

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNĂRĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica 785

Prof. D-r S. NICOLAU: FEBRA AFTOASĂ 789

Prof. D-r M. KERNBACH: RESPONSABILITATEA PENALĂ ȘI TENDINȚELE MEDICO-LEGALE ACTUALE 793

D-r GHITEA IOSIF: PLASA SANITARA „MODEL” BREASTA DOLJ, DESCRIEREA PLAȘII 805

D-ri MAREȘ CAHANE, TATIANA CAHANE, MARGARETA SWED: CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNOR CAZURI DE ENCEFALITA DIN ULTIMA EPIDEMIE DE GRIPA (1935) 823

D-r I. SĂRDĂRESCU: SINDROMUL AZOTEMIC MIXT, IMPORTANȚA SA CLINICĂ ȘI TERAPEUTICĂ 830

D-r IOSIF LEONIDA: DESPRE PELAGRA 838

D-r P. COSAC:—Braila; MEDICUL DE PLASA.—II. NOI LACUNE SANITARE 847

D-r VASILE I. D. CAMENIȚA: CRIZA CORPULUI MEDICAL ROMÂN 857

ANALISE

A. CARȚI — MONOGRAFII

C. I. PARHON et M. GOLDSTEIN: TRAITÉ D'ENDOCRINOLOGIE, LES PARATYROIDES. — (Tome II, fasc. I), Iassy, Goldner, 1935; un vol. de 518 pag., preț 200 lei sau 40 frs. fr. 863

D-r YGREC: BOLILE EPIDEMICE (MOLIMELE) CARI BÂNTUȚE TARĂ ROMÂNEASCĂ — No. 1355—1356 din „Bibl. pentru toți”. — Edit. „Alcalay” București, un vol. de 122 pag., 14 lei 865

D-r YGREC: COPII CRIMINALI, COPII LENESI, COPII MINCINOSI (CAUSELE, REMEDIILE). — Un vol. de 102 pag. tipărit în cadrul „Biblioteca pentru toți”, No. 1347, de Edit. Universală „Alcalay”, Buc. preț 7 lei 867

Rec. de *D-r M. Cănciulescu*

(Urmare pag. 2-a cop.)

**B. — SOCIETĂȚI și PERIODICE
MEDICALE**

	Pag.
<i>Biologie...</i> pag. 869. — <i>Chirurgie...</i> pag. 871. — <i>Endocrinologie-Neurologie...</i> pag. 873. — <i>Igienă socială...</i> pag. 877	877

C. — CONGRESE

CONGRESUL PROFESIONAL AL ASOCIAȚIEI GENERALE A MEDICILOR	879
AL VI-lea CONGRES NATIONAL DE CHIRURGIE (15-19 Decembrie 1935)	883
CONGRESUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, PSIHOLOGIE SI ENDOCRINOLOGIE	886
de: M. M. R.	

III.

CRONICA MEDICALĂ LATINĂ

Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine	891
--	-----

CARTI STRAINE

C. LEVADITI: PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS, — PROFHYLAXIE LOCALE, — PRÉSERVATION PER OS, METALLOPRÉVENTION. — Un volume broché. Librairie Maloine, 27, Rue de l'École de méd., Paris (6). — Prix 18 fr.	893
RÉNÉ FAU: RÉGIMES. — Librairie Maloine, Rue de l'École de méd. Paris (VI), 1935. — Un volume in 16. — 12 frs.	894
D-r C. CLAOUE et I. BERNARD: DONNÉES ANATOMIQUES EN VUE DE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE MAMMAIRE. — O monografie de 58 pag. — Librairie Maloine Paris 1935	804

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Testogon

*Hormon sexual masc. Lob ant. hipofiză. Suprarenală. Thyroidă
Vitamină E. Yohimbina. Arsenic. Strichnina*

*

Astenie și Neurastenii sexuală

*

O injecție intramusc. zilnic. După 12 zile, repauz. Apoi repetarea curei. Sau 2—3 ori pe zi după masă câte o dragee cu puțină apă (fără a sfărâma) timp de 14 zile. Pauză o săptămână și repetarea curei de 2-3 ori. Recomandabil tratamentul combinat simultan injecții și per os.

*

Flacon 40 dragele și cutii cu 2 fiole 1 cc.

**D-r Georg. Henning, Fabrică de produse farmaceutice, Berlin-Tempelhof
L. Melamed & Co., Calea Șerban-Vodă 41, București.**

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU—PROF. C. DANIEL—PROF. D. DANIELOPOLU—PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADIȚI—PROF. G. MARINESCU—PROF. I. NANU-MUSCEL

DIRECTOR ȘI PRIM REDACTOR:

DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACȚIE:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU.
Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.
Cancer: AGR. A. BABEȘ - CONF. E. CRĂCIUN.
Chirurgie: PROF. IACOBVICI - AGR. I. JIANU - AGR. T. NASTA.
Chimie biologică: AGR. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifilografie: PROF. S. NICOLAU, V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC. I. PAVEL - AGR. D. SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farm.-Terap.: AGR. G. BĂLTĂCEANU.
Genito-Urinare: PROF. N. HORTOLOMEI.
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Infecțioase: PROF. M. CIUCA, PROF. A. SLĂTINEANU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. Socială: INSP. SAN. V. POPESCU.

Med. Exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂEȘTI, S. NICOLAU (INST. PASTEUR-PARIS).
Medicina Legală: PROF. M. KERNBACH.
Medicina Militară: GL. A. VASILESCU, COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU, CONF. I. NICULESCU, AGR. D. PAULIAN.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAÏL.
Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEMPEA, DOC. I. ȚETU, DOC. D. VASILIU.
Pat. Internă: PROF. I. ENESCU, PROF. I. HAȚIEGANU, PROF. N. LUPU.
Parazitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrică: PROF. M. MANICATIDE.
Physioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU, DOC. A. GEORGESCU, DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV, DOC. M. NASTA.

Secretari de Redacție:

I. ROSENSTEIN — I. VASILESCU.

COLABORATORI:

GH. I. ALEXIU; M. BACULESCU; V. BISTRICEANU; N. BLAT; V. CERCHEZ; AL. CRĂINICEANU; I. DANIEL; ALEX. DANIEL; DUMITRESCU-MANTE; V. DIMITRIU; I. GAVRILĂ; I. GLĂVAN; PROF. I. GOIA; M. GOLDSTEIN; E. HESSELMANN; N. IONESCU-SISEȘTI; A. IANCU; TRIFON-LICHTER; PROF. I. MINEA; H. MAKE-LARIE; L. MAYERSOHN; I. MARCU; G. MARINESCU; PROF. MRACZEK; PROF. C. MIHAILESCU; D. NOICA; I. NICOLAU; MEDEA NICULESCU; GH. NICULESCU; G-RAL I. PÂRVULESCU; I. PLĂCINTEANU; M. POPPER; POPESCU-BUZĂU; A. RADOVICI; A. RUSCĂ; M. SĂCEANU; L.-COL. SĂRDĂRESCU; T. SARAGEA; H. SLOBOZIANU; C. STANCA; L.-COL. STROIAN; PROF. M. STURZA; DAN TEODORESCU; PROF. I. TUDORANU; PROF. ȚEPOSU; PROF. C. ȚURECHIA; P. VANCEA.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

RIVANOL

Antisepticul chimioterapic

pentru pansamente în adâncimea și suprafața plăgilor; contra tuturor cocilor supurativi.

În procese infecțioase și supurații localizate, injecțiuni circulare, irigațiuni și tamponări.

Prezentațiune:

Substanță / Tablete / Pudră 2½ %



» Bayer «

LEVERKUSEN — I. G. Werk

Eșantioane și literatură prin reprezentanții generali pentru România :
„Pharma“ Studerus & Co. București I, str. Brezolanu 53, Tel. 3-9285 și 3-9286

C R O N I C A

Incheind CRONICILE acestui an, ținem să subliniem în primul rând desăvârșirea unei instituțiuni de cea mai mare importanță pentru medicina românească și pentru organizarea noastră sanitară: **Academia de Medicină**.

Această înaltă instituție medicală, va avea rostul, ca pretutindeni în țările de înaintată civilizație, unde funcționează de decenii, să stimuleze, să selecționeze și să coordoneze activitatea științifică medicală a Țării; va mai studia nevoile sanitare ale țării și va elabora principiile legislației noastre sanitare, fiind astfel cheazășia stabilității și continuității, fără de care un program în acest scop nu poate fi bogat în rezultate.

Accentuam în cronica trecută asupra numărului tot mai mare al participanților români la Congresele Internaționale, precum și importanța rapoartelor prezentate. Neputând recenza toate rapoartele și comunicările prezentate, continuăm semnalând participarea românească la aceste manifestări medicale internaționale cași la cele din țară în cursul acestui an.

CONGRESE.

La **primul Congres internațional de transfuziune de sânge**, România a fost reprezentată de D-l Prof. C. Daniel, membru al Academiei din Roma. D-sa a fost proclamat președinte de onoare și a prezidat o ședință chiar din prima zi a acestui Congres, care a avut loc la Roma.

La **Congresul general pentru protecția copilului din Bruxelles**, România a fost reprezentată de D-l Prof. D-r Gh. Popovici, Directorul Clinicii Infantile din Cluj. D-sa a prezentat Congresului interesante rapoarte privind mortalitatea infantilă la noi, precum și cauzele acestei mortalități. A expus bunele rezultate obținute în plasa-model Gilău unde s'a reușit a se scădea mortalitatea dela 22,4 0/0 (în 1927), la 13,6 0/0 (în 1933).

A suscitât un deosebit interes partea raportului în care D-l Prof. Gh. Popovici a relatat rezultatele bune obținute în combaterea turburărilor digestive prin administrarea vitaminei B.

Din lipsă de spațiu nu am putut publica pe larg, cum facem deobicei, debaterile **Congresului român de Neurologie și Psihiatrie** care a avut loc în zilele de 6—8 Oct. la Chișinău sub presidenția D-lui Prof. Gh. Marinescu; vom semna din numeroasele chestiuni ce s'au debătut, „**Chestiunea responsabilității**” la care au fost raportori pentru partea de psihologie D-nii Prof. Ștefănescu-Goangă și Prof. P. Tomescu și pentru partea medico-legală D-l Prof. Kernbach; o altă importantă problemă pusă în debateri prin raportul D-lui Agr. State Drăgănescu a fost a „**Infecțiunilor neurotrope**”. Deasemenea D-l D-r Bagdasar a prezentat un raport asupra „**chirurgiei durerii**”.

Deasemenea facem o prezentare pe scurt a **Congresului de chirurgie** dela București; iar prezentarea **Congresului de Urologie**, asupra căruia da-

rea de seamă a D-rului Traian-Katz ne-a sosit prea târziu, o vom face în numărul viitor.

În zilele de 25—27 Oct. 1935 a avut loc **Congresul anual de oto-rinolaringologie**.

Subiectul raportului general l-a format „Meningita otogenă”, raportori fiind D-nii D-ri I. Jianu, Cristide și Panaitescu. Am recensat în numărul trecut acest interesant raport.

La **Congresul medicilor din Jugo-Slavia** care a avut loc în cursul luni Octombrie crt. la Belgrad a participat o delegație de chirurzi români compusă din D-nii D-ri I. Jianu, Cristide și Panaitescu.

D-l Agr. Ion Jianu a făcut două comunicări privind precedul D-sale operator pentru Construirea unui nou esofag și pentru Extirparea plexurilor nervoase hipogastrice și lombo-aortice ca tratament al durerilor în cancerul uterin.

Tot D-sa a executat în serviciul de chirurgie al profesorului Cristici o operație de simpatectomie lombară; iar D-nii Agr. Cristide și D-r Panaitescu au executat o Operație de apendicită după tehnica Prof. Djuvara.

Asociația Generală a Medicilor sub presidenția D-lui Prof. P. Tomescu a desfășurat în ultimul timp o activitate demnă de toată lauda. Diferitele nevoi ale sănătății publice și desiderate ale corpului medical românesc au fost cercetate, debătute și în urmă precizate în ultimul **Congres al Asociației**, de care ne ocupăm în acest număr.

La al **IX-lea Congres Internațional de Dermatologie** care a avut loc la Budapesta în cursul luni Septembrie, au participat numeroși medici români, în frunte cu D-l Prof. D-r S. Nicolau delegat al Facultății de Medicină din București și al Ministerului Sănătății.

O parte din comunicările prezentate de D-l Prof. Nicolau și școala D-sale, le-am publicat în numărul trecut; în acest număr publicăm raportul asupra „febrei aftoase”, prezentat în cadrul temei „Virusurile filtrabile în Dermatologie”.

Au mai prezentat comunicări D-nul D-r S. Longhin despre „Patogenia și tratamentul psoriasisului” și despre „Lichidul cefalo-rachidian în experimentari cu virusul boalei lui Nicolas și Favre”, precum și D-l D-r A. Voina despre „Dermatologia estetică sau cosmetologia și raporturile ei cu eugenia”. Participanții la Congres au putut constata cu satisfacție autoritatea de care se bucură în lumea științifică internațională personalitatea D-lui Prof. Nicolau și reputația activei școli dermatologice ce conduce.

Am publicat în numărul trecut concluziunile raportului prezentat de către D-l D-r V. Gomoiu la al **X-lea Congres Internațional de Istoria Medicinii** care a avut loc la Madrid în cursul luni Septembrie crt.

Ulterior am putut obține o dare de seamă detaliată a acestui congres. A fost prezentat un bogat și interesant material de rapoarte și comunicări. Dar ceace voim să subliniem aci este râvna neobosită cu care D-l D-r Gomoiu a știut și de data aceasta să activeze pentruca numele Țării să fie onorat cum se cuvine. Din inițiativa D-sale și fără ajutorul bănesc al Statului, D-sa a reușit a determina ca un grup important de 18 români să ia parte la lucrările acestui congres.

D-l D-r Gomoiu a fost proclamat președinte de onoare al Congresului și „doctor honoris cauza” al Colegiului Universitar din Madrid, cinstire care se refrânge în primul rând asupra Țării noastre.

CONFERINTE.

D-l Prof. Danielopolu a prezentat la Paris ca delegat oficial al României, la „Oficiul Internațional de Igienă publică” următoarele rapoarte:

1. Accidentele produse de benzen și de substanțele medicamentoase conținând un nucleu benzenic (cu colab. D-lor D-ri Marcu, Petrescu și Ghingold).
2. Cercetări asupra endemiei tiroidiene în România (al II-lea memoriu), (cu colab. D-lui D-r D. Niculae).
3. Cercetări asupra endemiei tiroidiene (al III-lea memoriu), rolul factorilor tirogeni. Program de profilaxia endemiei tirodiane (cu colab. D-lor D-ri Stoichiță și Cosma).

Cu ocazia prezenței D-sale la Paris, D-l Prof. Danielopolu a fost invitat de către D-l Prof. Roussy pentru a conferenția la Facultatea de medicină din Paris, unde a expus chestiunea: „Tiroidiile endemice și sporadice”; deasemenea a fost invitat de către D-l Prof. Sergent pentru a conferenția la spitalul Broussaix unde a vorbit despre: Proba amfotropă sinocarotidiană în afecțiunile cardio-vasculare.

Cu ocazia acestor conferințe, atât D-l Prof. Roussy cât și D-l Prof. Sergent au elogiât organizarea institutului clinico-medical din Spitalul Filantropia după concepțiile D-lui Prof. Danielopolu, concepțiuni cari au servit și la organizarea clinicei D-lui Prof. Sergent din Spitalul Broussaix.

D-l Prof. M. Ciucă a fost invitat de către Institutul de malariologie din Roma pentru a ține o serie de 4 lecțiuni în cadrul unor cursuri de specializare. D-l Prof. Ciucă s'a ocupat de malarie experimentală și de terapeutila malariei aducând prin conferințele D-sale o contribuție originală.

În cadrul celui de al XV-lea Curs internațional dela Carlsbad, D-l Agregat D-r Băltăceanu, din partea României, a conferențiat despre „Tratamentul maladiilor ficatului și ale căilor biliare, mai ales din punct de vedere al balneologiei”.

D-l Agr. D. Paulian, invitat de către Prof. Marburg, președintele societății de psihiatrie și neurologie din Viena, a conferențiat în ziua de 10 Dec. la Viena în fața unui distins public medical despre: „Permeabilitatea hemato-meningo-encefalică la novarsenobenzoli în paralizie generală, înainte și după malariaterapie”.

CARTI.

Am prezentat în cadrul acestui număr cărțile: *Les Parathyroides* din tratatul de endocrinologie al D-lor Prof. C. Parhon și M. Goldstein; precum și *Bolile epidemice cari bântue țara românească și Copii criminali, lenși și minciñoși*, de D-l D-r Y grec.

Menționăm în treacăt, recensia făcând-o ulterior, cartea *La Colibacilose*, a D-lui D-r L. Stromingher, apărută la Paris în 1935 și care a obținut din partea Academiei franceze de medicină premiul Mongut.

De asemenea *Lucrările asupra turbării* ale eminentului nostru colaborator, D-l D-r Ștefan Nicolau, șef de laborator la Institutul Pasteur din Paris, pentru care i s'a acordat de către academia de științe a Franței premiul Montijon.

Amintim cu această ocazie că D-l D-r S. Nicolau a devenit astfel pentru a treia oară laureat al Academiei de științe din Paris (prix Bellion în 1926 și prix Bréant în 1930).

Semnalăm încă ca fiind apărute în anul 1935, rezervându-ne dreptul de a reveni în viitor cu recenzii complete lucrările D-lui D-r G. Banu: *Igiena muncii, studiu de igienă și politică socială și Sănătatea poporului român*; lucrarea D-lor D-ri C. Popescu și Gh. Panaitescu despre: *Epidemiologia și Profilaxia boalelor infecțioase în mediul civil și militar*; tratatul D-lor Prof. Gh. Lupu și D-r M. Petrescu: *Hematologie clinică*.

*

Asupra lucrărilor mai importante prin noutatea noțiunilor și contribuția personală a autorilor, cuprinse în numeroasele articole, comunicări și studii, imprimate aparte, apărute în cursul anului 1935, am prezentat recenzii înserate la rubricile respective ale „ANALISELOR”. Parte din ele, nefiind cuprinse în analizele făcute în numerile anului acestuia, asupra lor se va reveni în numerile viitoare.

Ne facem o deosebită plăcere a aminti în cadrul acestei cronice, studiul extrem de documentat, „*In chestiunea specialităților farmaceutice*”, adâncit încă prin „*Reflexiunile unui medic*”, medic care este D-l Prof. D-r S. L a l u.

Asupra acestei valoroase lucrări vom reveni pe larg, întrucât ea confirmă în întregime, propriul nostru studiu asupra aceleași chestiuni: „*Starea actuală a farmacoterapiei — Specialitățile farmaceutice*”, publicat în coloanele acestei reviste, comunicat la Congresul Internațional de Istoria Medicinii din București 1932, și asupra căruia am revenit parțial în „*La publicité pharmaceutique. C'est que'elle doit être*”, în colaborare cu D. D-r I. Rosenstein, la al III-lea Congres al „*Federației Presei Medicale Latine*”, dela Paris în 1934.

D-l Prof. S. L a l u aduce noi contribuțiuni la studiul acestei probleme, pe care noi am propus-o a figura ca subiect aparte în desbatere la unul din Congresele viitoare ale „*Federației Presei Medicale Latine*”.

Fiind dată complexitatea aspectelor, precum și rapoartele de corelațiune strânsă, ce aceste „*specialități farmaceutice*” stabilesc cu atâtea ramuri ale medicinei și practicei medicale, și întărit de astădată prin marea autoritate de specialist în materie a D-lui Prof. L a l u, vom relua în sânul apropiatului Congres, care va avea loc în Sept. 1936, la Veneția, această propunere, având, sperăm, și asentimentul distinsului nostru profesor de farmacologie dela Facultatea de Medicină din București, D-l D-r S. L a l u.

*

D-l Prof. D-r I. N a n u - M u s c e l, Directorul Clinicii I medicale a Facultății din București s'a retras dela catedra D-sale. Cu adâncă emoție am luat cunoștință de această retragere; munca de peste 30 ani a maestrului multor generații de medici, a clinicianului neîntrecut, a lăsat urme adânci în ogorul medicinei românești.

Opera științifică și didactică a celui ce poate fi socotit printre creatorii învățământului medical românesc, se cuvine a fi reamintită spre a servi ca pildă generațiilor viitoare.

O vom face, consacrand într'un număr viitor opera științifică universitară și profesională a D-lui Prof. N a n u - M u s c e l, în clinica căruia dela spit. Filantropia am avut fericirea a începe studiile medicale ca stagiar și a le termina ca intern.

M. Cănculescu.

FEBRA AFTOASA

*Raport prezentat în ședința din 18 Sept. 1935 al celui d'al
IX Congres internațional de Dermato-Sifiliografie
din Budapesta*

de

Prof. S. NICOLAU

Febra aftoasă este o boală foarte răspândită la bovidee, ovidee și porcine, dar care se poate transmite câte odată și omului.

Cu tot interesul științific mare legat de studiul acestei afecțiuni, — relativ la care se pun toate problemele legate de infecțiunile datorite unor virusuri filtrabile, — din punct de vedere practic, dată fiind raritatea sa în speța umană, putem zice că boala interesează mai mult pe veterinar decât pe medic.

Frecvența boalei a fost, ce e drept, divers apreciată după autori și epoci. Astfel, s'au descris odinioară adevărate epidemii umane în coincidență cu epizotii animale, dar aceste așa zise epidemii au fost în bună parte contestate. Ori cum ar fi lucrurile, în zilele noastre, majoritatea autorilor sunt de acord a recunoaște raritatea febrei aftoase la om. Acest fapt denotă o slabă receptivitate din partea acestui din urmă, dacă ne gândim la marea difuziune a boalei în mediul animal și la multiplele posibilități de infecțiune ce decurg.

Agentul patogen al febrei aftoase este un *virus filtrabil*, după cum Löffler și Frosch l'au demonstrat deja în 1897.

Spațiul impus acestui raport și calitatea noastră de referent „clinic”, ne opresc de a ne întinde asupra laturei biologice și experimentale a chestiunii. Să ne fie totuși permis a aminti câteva date, care nu pot fi lipsite de interes pentru clinician, prin deducțiile practice ce decurg din ele.

Cu toate cercetările numeroșilor autori și mai de curând ale lui Frosch și Dahmen care ar fi decelat, pe fotografiile la lumina ultra-violetă, germenul febrei aftoase, sub formă de bastonașe minuscule, se poate spune că actualmente agentul febrei aftoase este încă necunoscut opticește.

În ce privește multiplicarea virusului în afara corpului ome-

nesc, problema pare a fi fost rezolvată în mod afirmativ prin cercetările recente ale lui Hecke și mai ales acelea ale lui Stiegl er, primul reușind a inocula și a face virulente în serie, culturi de piele de embrion de cobai și cel de al doilea obținând adevărate culturi de virus, în mediu lichid conținând ser, și după câteva treceri, chiar în soluție fiziologică. După autor aceste culturi se arătau virulente chiar în diluție de 1/1000—1/1.000.000.

Din punctul de vedere al afinităților organice, virusul aftos pare a ocupa un loc intermediar între *ectodermozele* propriu zise și *mesodermoze*, apropiindu-se însă mai mult de cele dintâi. Studiind în mod comparativ virulența organelor cobaiului infectat, Levaditi și colaboratorii săi au putut demonstra că în primele 3 zile ale infecțiunii, adică în perioada de invaziune, virusul aftos se găsește conținut nu numai în organele ectodermice, dar și în cele mezodermice, ca splină, sânge, etc., și numai după a 4-a zi, el părăsește complect aceste din urmă organe, pentru a nu mai fi prezent decât în ectodermul cutan și mucus, acesta fiind ultimul care se sterilizează. Caracterele clinice ale boalei umane par a demonstra că lucrurile se petrec la fel și la om.

Afară de animalele domestice, amintite mai sus, la care febra aftoasă se dezvoltă spontan, infecțiunea a putut fi transmisă experimental la diferite animale de laborator. Hecker și mai ales Waldmann și Pape au reușit a inocula febra aftoasă la cobai, prin scarificare la pielea tălpilor. Această descoperire a însemnat un moment important în identificarea boalei umane, cobaiul fiind de atunci utilizat ca un adevărat animal reactiv pentru verificarea cazurilor cu diagnostic îndoelnic.

Observațiile clinicienilor și în special experiențele mai recente de imunitate încrucișată și de fixare a complementului au permis să se recunoască, mai întâi la animale, apoi la om, existența mai multor varietăți de virus aftos. Vallé și Carré au descris 2 tipuri de virus; Waldmann și Trautwein, în Germania, au descris și ei 3 tipuri pe care le desemnează, sub numele de virus A, B și C, infecțiunea cu unul din aceste virusuri neconferind imunitate contra celuilalt.

FEBRĂ AFTOASĂ LA OM.

Cu toate observațiunile acumulate de clinicieni, posibilitatea transmiterii febrei aftoase la om a fost mult timp pusă în discuțiune și nu e mai mult de 2 ani, când Charles Nicolle și Balozet, bazați pe încercările lor infructuoase de inoculațiuni a tipurilor A și C, la 9 persoane, conchideau că proba directă a receptivității omului față de virusul aftos nu este încă făcută. Acest mod de a vedea este contrazis prin faptele de inoculări pozitive necontestabile ale lui Dammann (autoinoculare) și a lui Trautwein (inoculare accidentală), cât și prin inoculările practicate cu produse patologice umane la cobai, animal practicament nesupus la infecția spontană.

Contaminarea omului se realizează de cele mai multe ori prin

lapte sau derivatele sale, provenind dela animale bolnave și conservat în stare proaspătă. Contaminarea prin lapte este demonstrată nu numai prin fapte și observație clinică, dar și prin cazurile de ingestione, în scop experimental a produsului în cheștiune (K w e r r, K r a j e w s k i). Pasteurizațiunea și mai ales ebulițiunea, distrug repede virulența laptelui, ceea ce explică raritatea contaminărilor la care el dă naștere în practică. Virusul pare de altfel să fie destul de labil în afara organismului, căci transmiterea prin unt este tot așa de rară. Se consideră pe de altă parte consumarea cărnei animalelor bolnave ca puțin periculoasă, ea pierzându-și, pentru acelaș motiv, orice virulență după 24 ore.

O a doua posibilitate de infecțiune rezidă în contactul direct cu animalele bolnave sau cu obiectele murdărite de secrețiunile lor. Acest izvor de contaminare nu pare nici el a fi din cele mai active, dată fiind raritatea infecțiunei printre personalul prepus îngrijirii animalelor. Transmiterea boalei pare să fie favorizată printr'o soluție de continuitate; așa erau cel puțin circumstanțele într'un număr de cazuri, cu semnificare experimentală, ca acela al lui P a p e (rănire accidentală cu spărturile unui vas conținând virus) și acela al lui D a m a n n (autoinoculare prin scarificare).

Manifestările clinice ale febrei aftoase umane reproduc de obicei pe acelea observate la animale. Din punct de vedere evolutiv, la om ca și la animal, se poate distinge în mod schematic, 2 faze în dezvoltarea boalei. O *fază primară*, debutând printr'o stare febrilă, putând să depășească 39⁰, însoțită de cefalee, greață, abateri, urmată repede de apariția uneia sau mai multor vezicule la punctul de inoculare al virusului, cele mai adesea la gură și o *fază secundară*, care survine după 3—4 zile, traducându-se prin o adevărată nouă izbucnire de noi vezicule, localizate și ele, de obicei, în gură, dar putându-se desvolta, câte odată, la fel ca la animale, pe degetele dela mâini și picioare, sub patul unghiei (G e r l a c h, F e s s l e r) etc. Erupția odată desvoltată, febra cade, veziculele se ulcerează repede, iau aspectul bine cunoscut de „afte”, apoi ele încep a se cicatriza după 7—8 zile, totul intrând în ordine după 10—20 zile.

S'au descris și forme anormale traducându-se prin absența totală a veziculelor bucale, tabloul morbid reducându-se la febra inițială, urmată de o simplă roșeață a mucoasei bucale, sau cel mult de câteva vezicule răspândite pe extremități. În opoziție cu această formă cu un minimum de manifestări mucoase și cutanate, s'au mai descris încă cazuri, în cari fenomenele eruptive, de tip deosebit, prezentau o intensitate cu totul neobișnuită, îmbrăcând aspectul unor erupțiuni rubeoliforme, scarlatiniforme, emoragice și câte-odată eritemato-papuloase și veziculoase generalizate.

S'au mai menționat încă în febra aftoasă diferite *complicațiuni*: intestinale, respiratoare, cardiace, nervoase, capabile de a lăsa urme și a întuneca pronosticul. Cazuri mortale au fost de asemenea publicate (S c h l o s s b e r g e r, F a h r).

Explicațiunea polimorfismului clinic al boalei trebuie căutată

în variațiunile virulenței izvorului contaminant, în cantitatea de virus inoculată și mai presus de orice, în starea de rezistență a organismului.

Oricum ar fi lucrurile, acest polimorfism simptomatic poate pune uneori probleme delicate de diagnostic diferențial. Pentru a ne pune la adăpost, în viitor, de orice eroare posibilă, este indispensabil să se recurgă în cazurile îndoelnice, sau care se depărtează de la tabloul clasic, la inocularea la cobai.

Metoda de fixare a complementului a lui Ciucă, și mai ales metoda preconizată de curând de Helm, pot aduce și ele servicii de autentificarea cazurilor.

Traimentul febrei aftoase umane, dată fiind evoluția benignă a bolii, trebuie să rămână pur simptomatic.

În cazurile prezentând un oare-care caracter de gravitate au fost întrebuințate cu succes injecțiuni intra-venoase de neosalvarsan, de silbersalvarsan sau de collargol.

Constatarea anticorpilor specifici la animalele atinse de febră aftoasă trebuia să conducă forțamente la utilizarea seroterapiei în medicina veterinară.

Rezultatele obținute cu ser de animale convalescente de către Dietsch și de către Waldmann cu ser de boi imunizați, par a fi din cele mai satisfăcătoare. Dată fiind însă multiplicitatea virusurilor aftoase, care nu conferă, fiecare, decât o imunitate strict specifică, este întotdeauna preferabilă întrebuințarea unui ser polyvalent. În medicina umană, seroterapia găsește o aplicare mai restrânsă, întrebuințarea sa trebuind să fie rezervată numai cazurilor cu caracter mai grav.

„Henning”

Hybridin

Soluție uleioasă de Ol. Eucalypt,
Camfor, Phenylchinolincarbonic,
Gayacol, Menthol.

*Gripă. Pneumonie. Broncho-Pneumonie.
Bronșită. Bronchectasie. Astm bronchial.
Complicații Pulmonare (preventiv și terapeutic).*

Fiole de 1 cc. și 2 cc. Injecabile intramuscular.
Cutii cu 5 și 10 fiole.

D-r G. Henning, Fabrică de produse farmaceutice, Berlin-Tempelhof
Reprezentant: L. Melamed & Co, Calea Șerban-Vodă 41, București

RESPONSABILITATEA PENALA ȘI TENDINȚELE MEDICO-LEGALE ACTUALE *)

de

Prof. D-r M. KERNBACH

Directorul Institutului medico-legal Cluj

Progresele crescânde ale științelor auxiliare dreptului, au impus noilor codificări penale acceptarea ideilor naturaliste. Concepția antropologică a omului delicvent, cunoașterea detaliată a factorilor criminogeni esențiali, rostul educativ curativ și preventiv al pedepsei sunt cele mai evidente cuceriri pozitive ale biologiei criminale. În aceeași ordine /ce înșirue și metodele științifice puse în serviciul profilaxiei criminalității, începând cu combaterea factorilor ereditari ai mediului biologic și cei medico-psihologici.

Noțiunea clasică a responsabilității penale, care se găsea în largul speculațiunilor empirico-științifice sau filosofice a fost revizuită, operațiune condusă tocmai de curentele pozitivistice.

Nu vom putea înțelege și pătrunde în mecanismul intim al acestui proces complex, pe care îl denumim „responsabilitate” până ce nu vom cunoaște actul de care e legat, va trebui să cunoaștem mai întâi crima, s'o analizăm ca act generator, în mersul lui dinamic, dela geneza ideii criminale și până la realizarea ei. Fără această cunoaștere, fără posedarea factorilor biologici ai criminalității, responsabilitatea ce urmează, va rămâne și mai departe un fenomen abstract, neîncadrat în procesele verificabile științificește. Responsabilitatea legată de crimă, cu un cuvânt actul criminal legat de personalitatea celui ce o comite, ne dă perspectiva unei juste și pozitive aprecieri a procesului de răspundere. Acesta privit prin prisma criteriilor bio-antropologice, este în mod logic legat de consecințele ce decurg: pedeapsa. Actul de răspundere și dreptul de a pedepsi formează un tot unitar, care converg spre omul delicvent, acest rezervoriu care poartă cu el și germenii crimei și potențialul unei ameliorări sociale.

Criminalitatea, responsabilitatea și penalitatea, formează un

*) Raport prezentat celui de al XV-lea Congres național de Psihiatrie, Psihologie, Neurologie și Endocrinologie ținut la Chișinău, 6-8 Oct. 1935.

triplu indisolubil în medicina legală. O componentă se completează și se rezolvă prin celelalte două.

În această lăănțuire de fapte suntem determinați a prezenta în acest raport trei capitole deosebite:

- 1) Concepția biologică a crimei.
- 2) Ideile de responsabilitate și ăresponsabilitate. După cunoașterea tendințelor actuale, ne vom opri asupra codului penal român votat de Senat.
- 3) Criminalitatea și căile științifice de profilaxie și combatere. Înainte de a studia acest capitol, ne vom opri și asupra expertizei psihiatrice.

I. CONCEPȚIA BIOLOGICĂ A CRIMEI.

Toți criminologii moderni sunt de acord a aprecia crima ca pe un proces biologic: „Le crime est un fait biologique comme la tuberculose ou les anomalies sexuelles. C'est à ce fait biologique q'il faut tout ramener pour ordonner à l'égard de chaque malheureux anormal un jugement équitabile, un traitement curatif et d'abord pour les collectivités des méthodes prophylactiques”. Astfel Toulouse¹⁾ în 1934, rezumă concret aspectul biologic al crimei.

Juridicește și doctrinal știm cu toții ce este o infracțiune. După o definiție recentă a lui Berenini²⁾, „delictul e actul omului, violent sau fraudulos, care înfrânge raporturile fundamentale ale societății. Prohibit de lege actul e determinat de motive antijuridice și antisociale, care descoperă la agent o lipsă absolută sau relativă a sentimentelor altruiste (subliniat de autor), fundamental necesare pentru adaptarea (subliniat de autor) individului în societate”.

Din această definiție din punct de vedere al mecanismului psihic găsim două momente: sentimente și facultatea de adaptare. Acestea două sunt insuficiente să explice desfășurarea intimă a acțiunii anti-sociale.

Unul dintre cercetători care s'a ocupat mai amănunțit este Prof. Greeff dela Louvain. A urmărit în deaproape psihologia asasinatului, infracțiunea cea mai complexă. De Greeff³⁾ a studiat geneza și evoluția ideii criminale, actul criminal însuși și apoi premeditarea, procesul psihologic care juridicește caracterizează asasinatul.

GENEZA: Ideia apare insidios sub forma unei prezentări indirecte, datorită unui paroxism emotiv, declanșat de o furie sau furii repetate. În cursul unei emoții vii, asentimentul ineficace se deslănțue, se impune și se infiltrează în conștiință. Fenomenul impulsiei emotive stă la baza genezei ideii criminale.

EVOLUȚIA ideii criminale e în funcție de cei doi factori: personalitatea și mediul. Mediul sugerează atitudinea față de anu-

1) Toulouse: L'expertise psychiatrique. Ann. de méd. lég. No. 3 | 934.

2) Berenini: Capacita a deliquere et periculosita crim. Archivio di antrop. crim. ecc. Fasc. 1 | 935.

3) De Greeff: La psychologie de l'assassinat. Rev. de droit pén. et de crim. 1935, pg. 153, 213, 357.

mite cauze a unor conflicte și pasiuni. El poate dicta atitudini diferite. În primul loc adaptarea individului sau chiar perfecționarea lui spre acte criminale. Va putea însă să ofere și privilegiul sinuciderii morale, traduse prin descurajare, alcoolism, etc.; a sinuciderii fizice sau în fine a „compensației”, individul încadrându-se în statutul social colectiv nimicind ideea criminală.

Rolul mai important îl are personalitatea. Ea motivează atitudinea dictată de mediu. Personalitatea intervine prin trăsăturile ei dominante. Prin temperament, care variază dela individ la individ. Unul poate fi dominat de reacții emotive (ușor dezechilibru emotiv), altul de modul de a gândi (tendința la otutisme sau la interpretare), ș. a. m. d. Reacțiile datorită intervenției unor astfel de temperamente sunt în afara proporției motivului ce le-a determinat. Personalitatea mai intervine și prin patologie. Reacțiile celor cu stări patologice se fac după o adaptare lungă sau prin explozie. Ele se caracterizează prin motivare imaginară.

În ceea ce privește normalii, ideea criminală evoluează după o perioadă de adaptare mai lungă sau mai scurtă sau actul poate fi comis și sub imperiul unei impulsii bruște. Actul criminal e cu atât mai rău preparat cu cât individul suportă rezistență morală vicioasă.

Dela geneza și evoluția ideii criminale, ajungem la realizarea ei. Se poate realiza brusc, de îndată ce apare (furie violentă). Furia e o forță căreia infractorul nu-i poate rezista, adevăr susținut și de Vervaeck⁴⁾. În joc nu e calitatea emoției ce stă la baza ideii, ci personalitatea individului, cu trecutul și temperamentul lui. Se poate realiza și insidios, trecând printr'o perioadă de adaptare. Ea reprezintă spațiul ce separă asentimentul formulat de execuția faptului. După De Greeff, pentru indivizii cu un nivel intelectual normal și cu o moralitate legală suficientă adaptarea variază între 15 zile—2 luni. În acest timp, ideea criminală învinge anumite obstacole, sau e ajutată de anumiți factori pentru a permite deslănțuirea asentimentului refulat, care duce sigur la realizarea actului.

Actul — omorul — „nu este niciodată fapta unei personalități bine echilibrată într'un mediu unde inhibițiile sunt în general bine organizate. Fie că sunt dispoziții patologice în joc, fie obiceiuri și o constituție psihică, ele fac de multă vreme pe ucigaș sclavul impulsurilor sale afective. Criminalii în marea lor majoritate sunt de o parte sau de alta prejudecării eredității, ai mediului sau a antecedentelor medicale sau personale”.

E prima chestiune ce ne-a interesat în legătură cu problema responsabilității. La originea ideii criminale există o *emoție puternică*, iar desfășurarea ideii *criminală* și a actului criminal e în funcție de întreaga personalitate a infractorului și de contribuția mediului. Cu alte cuvinte ideea criminală nu se poate realiza decât la indivizii care au o anumită *capacitate delictuoasă*, un anumit *grad de periculozitate*.

4) Vervaeck: cit. după de Greeff, op. loc. cit.

Să vedem ce se cunoaște asupra acestora. Capacitatea delictuoasă se confundă cu însuși noțiunea periculozității. Berenini, crede că periculozitatea se datorește a doi factori: unul generic, care dă posibilitatea să se înfrângă ordinea socială și altul specific, care permite specializarea infracțiunii. *Cu alte cuvinte periculozitatea nu stă în act ci în om.* In ce constă această capacitate delictuoasă, juristii știu prea puțin despre ea. Se afirmă că se datorește cauzelor endogene, exogene, native sau câștigate. Această capacitate delictuoasă și periculozitatea ce derivă sunt desigur legate de personalitatea infractorului, căci însuși Berenini⁵⁾ care se ocupă în timpul din urmă de această problemă, ajunge la concluzia că factorul antropologic — adică omul care a voit, gândit și manifestat —, domină toată criminalitatea. „Fără acest factor criminalitatea nu există”.

Deci pentru înțelegerea infracțiunii, pentru a aprecia capacitatea delictuoasă și periculozitatea socială a infractorului, pentru a putea combate factorii generici ai acestei capacități trebuie să cunoaștem *omul*.

„Starea de periculozitate este prin excelență o stare biologică” (Carrara⁶⁾), care se poate dovedi prin mai multe metode psihoantropologice. In noul cod penal italian, datorită lui E. Ferri, periculozitatea este criteriul fundamental al pedepsei.

Pentru o înțelegere mai apropiată a mecanismului dezvoltării periculozității delincvențiale, va trebui să cunoaștem factorii criminogeni, cu un cuvânt *etiologia delictului*. Factorii criminogeni constituiesc însuși acea capacitate delictuoasă, greu de definit.

Asupra acesteia se cunosc numeroase studii și cercetări, cele mai importante aparținând școlii constituționaliste italiene sau a școlii de biologie criminală austro-germană. Asupra acestora ne-am ocupat pe larg în altă parte⁷⁾. In rezumat factorii criminalității sunt specifici și secundari. Cei specifici se datoresc constituției morfo-fizio-psihică, caracterizată printr-o ereditate morbidă, submorbidă sau degenerativă, ce aduce după sine o dezvoltare neregulată sau incompletă a individualității (Tullio⁸⁾). Factorii cauzali secundari criminalității, patologici sau parafiziologici, lucrează numai ca elemente activatorii, sensibilizatorii sau regulatorii a diferitelor tendințe sau atitudini delincvențiale originale.

Factorii criminogeni esențiali se găsesc în însuși individ, în însuși personalitatea infractorului. Acești factori se cunosc în cea mai mare parte și tratatele recente de antropologie sau biologie criminală, ne dau toată semiotica criminologică. Rămâne să ne întrebăm dacă vom putea depista și condițiile fundamentale determinante ale obiceiului și periculozității criminale? Ottolenghi⁹⁾, pentru a le pune în evidență propune următoarele examinări:

5) *Berenini*: Op. loc. cit.

6) *M. Carrara*: L'antropologia criminale, Archivio di antrop. crim. ecc. Fasc. V, 1934.

7) *Kernbach*: Constituția și personalitatea delicventului în lumina noilor cercetări. Rev. de drept penal, etc. No. 6 | 933.

8) *B. di Tullio*: Antropologia e psicologia criminale, An. Rom. 931.

9) *Ottolenghi*: Sulle condizioni personali determinanti l'abitudine e la pericolosità del delinquente. Zacchia 1922.

1. Condițiile personale a caracterelor delicvențiale:

a) Inspirarea actelor substitutive delictului, ca: tendința la trândăvie, la fraudă, la parazitism.

b) Oferirea condițiilor celor mai favorabile spre infracțiune, ca: obiceiul de a risipi, excese în plăceri, asociate cu pasiunea politice delictuoase. (În Italia).

2. Condițiile personale speciale anormale:

a) Influențând direct asupra manifestărilor criminale: deficiență intelectuală, parazitism, epileptoidism, cecitate morală, turburări neuro-psihice, etc.

b) Influențând indirect manifestările criminale, ca: ereditatea degenerativă gravă, ipo-algesii, etc.

Periculozitatea criminală va rezulta din concursul a doi factori cauzali: organismul și mediul. Gravitatea ei va fi în funcție de raportul ce se va stabili între acești doi factori, dela individ la individ. E dela sine înțeles că mecanismul dezvoltării periculozității va fi același variind numai gradul efectului, ținând cont de categoriile obișnuite de criminali: ocazionali, constituționali și patologici. Astfel la delicvenții ocazionali nu există o periculozitate propriu zisă. Ei pierd ocazional facultatea de auto-control datorită unei diminuări trecătoare a contra-stimulilor morali obișnuți și în consecință o limitare a capacității inhibitorii (Tullio). Delicvenții ocazionali mai pot produce acte antisociale în mod accidental sau în stare de necesitate, fără ca actele lor să aibă vre-o valoare simptomatică în erarhia periculozității criminale. La unii s'au găsit unele predispoziții latente spre delict, la alții o capacitate insuficientă de adaptare la mediul social, caracterizate prin acte de violență și exagerarea instinctelor de atacare — apărare. Sau în fine stări nervoase submorbide sau intoxicațiuni. Sunt apoi delicturile politice, pseudo-pasionale, cu alte motive.

Mecanismul dezvoltării periculozității la delicvenții patologici este suficient de cunoscut.

Mai important sunt delicvenții constituționali. Aceștia se recunosc printr'un ansamblu de caractere particulare morfo-fizio-psihice anormale. Ele reprezintă criminalitatea latentă și asupra lor lucrează ca stimuli realizatori numeroși factori cauzali secundari ai criminalității. Dispozițiile constituționale la delict se traduc în special prin anomaliiile sferei afectivo-sentimentală, pentru că știut este că „comportarea morală și socială a individului e tocmai determinată, în cea mai mare parte, de dispozițiile afective primare. Fiecare om lucrează în general mai mult prin propriul său mod de a simți, decât de a gândi, și în ce privește însuși voința, ea e subordonată mai mult capacității de a simți și de a dori, decât de a gândi și de a raționa (Tullio).

Stimulii sensitivo-sensoriali pun în mișcare dispozițiile originale, dând loc la procese idiative și manifestări voluntare. Anomaliiile acestei sfere se găsesc adesea în constituțiile delicvențiale. Aceste constituții au diferite orientări (după Tullio), astfel că mecanismul dezvoltării periculozității variază după grupa de tipuri.

Din punct de vedere biologic, crima rezidă în gradul de periculozitate a individului. La rândul ei periculozitatea poate fi recunoscută prin metodele moderne ale antropologiei și psihologiei criminale. Responsabilitatea criminală nu se va putea înțelege decât în sensul procesului generic și evolutiv al infracțiunii. În posesiunea terenului bio-psihologic al agentului și a actului, cu un cuvânt, cunoscând coeficienții generatori ai crimei, vom putea înțelege mai pozitiv ce este responsabilitatea, scoțând-o din largul speculațiilor empirico-științifice sau filosofice.

II. RESPONSABILITATEA PENALĂ.

1) EVOLUȚIA IDEILOR ASUPRA RESPONSABILITĂȚII.

a) **TERMINOLOGIA:** Sub aceeași etichetă a responsabilității întâlnim și alți termeni: imputabilitatea, liberul arbitru, liberă voință, conștiință, capacitate penală, discernământ, facultatea de acțiuni raționale, puterea de înțelegere, pricepere, stăpânire de sine, temibilitate, reductibilitate, luciditate, etc.

Toți acești termeni arată haosul de cuvinte ce domnește asupra acestor noțiuni. Ei pot fi înțeleși de inteligențele mult evaluate și deși exprimă în fond idei juste, înțelesul lor variază după școli. Ce este responsabilitatea? Nu se știe exact. Ea se apreciază după criterii diferite.

b) **CRITERIILE METAPSIHICE SAU ETICO-FILOSOFICE** au fost primele admise de doctrina și practica judiciară. Aci întâlnim două teorii: a *determinismului* și *indeterminismului*. După prima teorie omul e determinat în acțiunile lui de anumite stări psihice. Libera sa voință (liberul arbitru) îi va permite de a alege între diversele solicitări, în măsura libertății componentelor structurii sale psihice.

Indeterminiștii admit pe om liber de a dispune oricum de acțiunile sale — cu liberă voință — și deci responsabil de actele lor. Discuțiile celor 2 tabere a dat loc — perzistând și azi — la un dezacord permanent între lege și medicina legală. Delicvenții socotiți iresponsabili medico-legal, nu erau și juridic, căci nu admitea legea. Aceasta e construcția juridică curentă a responsabilității bazată pe doi termeni fictivi: libertatea de a voi și libertatea de a determina: (R u i z - F u n e s ¹⁰).

B i r n b a u m ¹¹), unul din cei mai competenți psihologi criminali, arată cu dreptate că procesul psihic al voinței se razimă pe spontaneitate, fără a fi de fapt expresiunea unei libertăți interne activate. Impulsul poate fi îngreunat, ușurat sau să dispară în stări normale sau patologice. Această lipsă de acordare între impuls și actul voinței poate chiar în cadrul aceleași boale, să fie asociată când cu sentimentul puternic al nelibertății, când cu acel al libertății evidente (manie-melancolic).

„Nu există în conștiința omului puterea de alege a actului

10) *Ruiz-Funes*: La formula dell'imputabilità penale. Archivio di antrop. crim. ecc. 1931 pag. 735.

11) *Birnbaum*: Kriminal-psychopathologie. Springer. Berlin 1921.

volitional sau a celui de acționare. Decizia voinței este precis determinată și corespunde unor determinante preexistente obligatorii a fi urmată. Voința nu este legată de sentimentul de răspundere, care la rândul lui să fie legat de sentimentul libertății interne". (Birnbaur).

Psihiatria singură cunoaște cazuri normale, care pentru doctrina liberului arbitru ar părea paradoxale. La indivizi perfect responsabili juridicește, găsim componente mari și importante cari domină (afectivitate, impulsivitate), și aceștia nu vor putea dispune liber de voința lor. Acelaș fenomen îl găsim invers la psihopatii gravi, juridic iresponsabili, la cari eul ajunge la liberă valorificare (caractere psihopatică, debilitate mintală, etc.).

Birnbaur refuză liberul arbitru drept criteriu cel mai bun al responsabilității. Libertatea psihică va trebui analizată naturalist psihic și psihopatologic. Căci fixarea liberei voinți în sensul libertății procesului voinței fără influențare patologică, „e o noțiune neclară, fără sens și abusivă”.

c) CRITERIILE MEDICALE ALE RESPONSABILITĂȚII au trecut după H. Verger¹²⁾ prin următoarele două tendințe:

1) Psiho-fiziologică reprezentată de Falret, Régiss și dezvoltată în urmă de Grasset în 1907, în cartea sa celebră „Demi-fous, demi-responsables”. Omul își exercită libertatea sa practică în funcție de neuronii săi corticali, responsabilitatea fiind legată de integritatea funcțiunilor acestor elemente anatomice. Scara alterațiunilor funcționale a neuronilor corticali, cuprind grade infinite, de unde vom avea indivizi cu pierderea totală sau numai parțială a funcțiunii neuronilor, ce va echivala cu iresponsabilitatea totală, parțială sau semi-responsabilitate.

Desigur că această concepție e nu numai dificilă, ci și periculoasă. Cum se va putea stabili limita între normalitatea și anormalitatea neuronilor? Dar sunt și stări patologice, fără afectarea sistemului nervos. Iar dacă admitem afectarea neuronilor, toți delicvenții cu afecțiuni nervoase pot fi declarați iresponsabili. Ori din practica psihiatrică să știe că nu orice psihopat e de domeniul iresponsabilității, cum nu orice psihopat e infractor.

2) *Medico-legală* a fost susținută de Gilbert-Ballet și Dedieu Auglade și reprezintă o reacțiune contra primei tendințe. Medicul trebuie să se supue doctrinei juridice și să se limiteze la determinarea stărilor morbide susceptibile de a intra în cadrul demenții încadrate de legiuitor. Chestia responsabilității nu e de resortul medicului, ci el se va rezuma la un diagnostic. Dedieu socotea iresponsabili numai pe cei buni de internat în azile.

Această concepție lasă în afară pe cei parțiali iresponsabili.

d) CRITERIILE EMPIRICO-ȘTIINȚIFICE sunt după Birnbaur, psihologice, psiho-patologice și mixte.

1) *Criteriile psihologice*. După unele coduri penale responsabilitatea ar apartineea sferei voinței (Codul penal german, ungar,

12) H. Verger: *L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquents*. Flammarion. Paris 1923.

etc.). Științific nu poate fi admis, căci manifestările voinței nu formează un teren psihic de sine stătător, ci sunt legate de alte manifestări, cari participă de obicei la prefacerea dispoziției interne și a impulsului, în acte exterioare. După Birnbaum, este necesar a se subînțelege pe lângă voință și *sfera intelectuală și afectivă*.

După alte coduri (englez, american), responsabilitatea s'ar confunda cu conștiința, cu facultatea pentru acțiuni raționate (codul penal german referitor la minori și surdo-muți) sau să dispună de facultatea înțelegerii. Desigur că nici acest punct de vedere nu poate fi admis științificește, căci pentru executarea unor anumite acte, trebuie să dispunem de unele determinante psihice din domeniul sentimentelor și în special să putem domina prin sentimentele superioare regulatorii și inhibitorii. Dar acestea nu sunt valorificate și reprezentate corespunzător la toți indivizii.

„Din acest punct de vedere, responsabilitatea nu poate fi încadrată într'un anumit teritoriu izolat psihic. O formulare logică și științifică nu se poate baza decât pe toate componentele psihice care au participat deodată la săvârșirea actului” (Birnbaum¹³). Va trebui deci ca responsabilitatea să fie încadrată în sfera intelectuală (facultatea de înțelegere a ilicitului) și sfera emoțional-volitivă (facultatea de autoregulare și inhibiția în măsura înțelegerii actului).

Dar chiar atunci când responsabilitatea va fi formulată pe baza întregii vieți psihice, va fi insuficient. Se vor găsi numai elemente presupuse ale responsabilității, nu și ale iresponsabilității. Va fi necesar să avem în vedere și

2) *Criteriile psiho-patologice*. Aci întâlnim în primul loc tablourile stărilor fixate ale iresponsabilității după formele bine cunoscute ale psihatriei: demența, alienația mintală.

Mai întâlnim apoi, stările generale mai puțin precizate, ca forme principale: debilitatea psihică, tulburări de conștiință, etc. Toate gradele diviațiunilor psihice dela cele mai grave până la cele mai ușoare, intră aci. Nu toate corespund iresponsabilității. Asteniile psiho-patologice vor trebui determinate calitativ la un anumit grad și înălțime.

Pentru o mai justă aplicare practică, aceste criterii vor trebui raportate și la personalitatea infractorului. Va trebui cercetată influența mutuală între psihoză și personalitate. Lofora¹⁴), găsește că această influență se poate prezenta în trei combinații: a) Personalitatea morală peste care se dezvoltă psihoza: (alcoolicii, traumatizanții, emoționalii).

b) Psihoze determinate prin însuși anomalia personalității: (psihoze câștigate, sifilitice și post-encefalitice).

c) Personalitatea anormală e factorul determinant al conținutului psihozei și nu cauza sa (paranoia, schizofrenia).

Sunt criterii ce ar folosi și la stabilirea gradului pericolozității. Tendința e de a se examina personalitatea, chiar în cazurile

13) Birnbaum: Op. loc. cit.

14) Lofora: Cit, după Ruiz-Funes loc. cit.

psihopatice, căci pentru toată lumea e dovedit că factorul individual are rolul important în geneza delictului.

3) *Criteriile mixte-psihologice și psiho-patologice* sunt după Birnbaum¹⁵⁾ cele mai științifice, căci ele permit și măsurarea deficiențelor funcționale. Aceste criterii sunt admise azi de majoritatea codurilor penale moderne.

Aci se rezumă concepțiile curente asupra responsabilității. Rezultă neîndoios că natura noțiunii responsabilității nu poate fi cuprinsă într'o formulă obiectiv științifică, așa cum s'a încercat fără izbândă de către știința penală.

Toate criteriile și formulele responsabilității enumerate până aci, nu se bazează pe fapte strict științifice. Termenii izolați dau loc și azi la discuții inutile, în timp ce delictele cresc și penitenciarele devin arhipline. Se cerea alte criterii și alte metode.

e) TENDINȚELE MODERNE ALE ANTROPOLOGIEI CRIMINALE ȘI NOȚIUNEA RESPONSABILITĂȚII.

Contra rolului crescând al criminalității și în special contra ineficienței codurilor în a o combate, s'au ridicat curente mari în majoritatea statelor civilizate, care au impus o revoluție a vechilor și inutilelor doctrine. Neolombrozienu în Italia, în Belgia și țările latine, biologii criminali în țările austro-germane și în Rusia, au schimbat cu totul aspectul regimului penitenciar și au îndreptat pe alte căi rostul pedepsei.

Pentru majoritatea criminologilor de azi, — așa cum se exprimă Jimenes de Asua¹⁶⁾ — delicventul este o entitate biologică și pedagogice nu va mai fi nevoie de represiune și apărare penală. Dreptul penal transformat va ține cont de anomalia psiho-antropologică a criminalilor, pentru a o atenua prin institute de educație corectivă, reformatorie, etc. și nu prin pedepse. *Dreptul penal devine un drept protector.*

Există o mare pleiadă a marilor penaliști contimporani cari concep antropologic criminalitatea, în sensul că preocuparea primordială a apărării sociale să fie valorificarea antropologică individualizată a criminalului. Mulți din ei prezic „Crepusul codului penal actual”. Sunt și unii cari rămân la concepțiile clasice.

Pentru a ilustra, vom da câteva concepții — pretinse moderne — asupra responsabilității, formulate de penaliști actuali.

Pentru Alimena¹⁷⁾ responsabilitatea e sinonimă imputabilității. E starea în virtutea căreia un individ care a comis un delict — oricare ar fi natura lui — trebuie să sufere o pedeapsă. Imputabilitatea juridică nu are nimic comun cu cea morală. Ea vizează numai posibilitatea de a intimidă individul.

După acest penalist imputabilitatea s'ar confunda cu intimidabilitatea. Practic e inutil, căci știut este că cei mai mulți infractori sunt în general puțin intimidabil și ca atare pedeapsa nu va avea nici un efect. Fapt verificat de secole pe atâtea milioane de infractori.

15) Cit. după H Claude op. loc. cit.

16) Jimenes de Asua: Cit. după Carrara op. loc. cit.

17) Alimena: cit. după Kinberg, op. loc. cit.

Sentimentul responsabilității joacă un rol formidabil în viața noastră psihică (întâmplă-se ce s'o întâmplă, soarta e în joc, ce e scris e scris, evitarea regretelor, etc.).

El face parte din viața noastră mintală, conștiință, atât în stare de veghe, cât și la debilizii mintali; e mai puțin pronunțat la aceștia și nu există cazuri când „*chestiunea responsabilității ar putea servi la demarcarea normalului de patologic*”. Psihologia umană nu se poate studia decât în funcție de subiectul ce lucrează și aceasta lucrează cu sentimentul liber (el nu poate opri sentimentul de desgust sau de indiferență față de un act). E faptul ce domină toată viața socială și psihică: „conștiința de a opera prin alegere, de a poseda *sentimentul libertății de acțiune*”. (Insuși inteligența poate fi definită: „facultatea care alege constant în vederea viitorului”). Cei ce susțin concepția metafizică a responsabilității nu cunosc valoarea sentimentului interior de libertate, care este cu totul altceva decât ceea ce se înțelege curent juridicește sub responsabilitate. Plastic, fiecare individ are un „eu” care zice „vreau”. E sentimentul *responsabilității subiective*, care se găsește și la un bolnav iresponsabil. La ei acest sentiment e legat de alte afecțiuni psihice. Sentimentul intim al libertății de acțiune e comun și actelor psihice normale, ca și celor patologice și în consecință e inutilizabil în practica criminologică.

Responsabilitatea admisă profan pe „luciditate”, pe „conștiință de a ști ce face”, sănătatea mintală și invers pentru iresponsabilitate, ca și dozarea lor, va trebui înlocuită prin cunoașterea exactă a personalității. Dar mai întâi cunoașterea individului în vederea normelor social-juridice, adică până la ce punct el e capabil să se adapte circumstanțelor vieții sociale, până la ce punct el poate alege din mai multe alternative, pe aceea care vatămă mai puțin societății.

Personalitatea infractorului cu atât mai mult trebuie cunoscută, cu cât azi societatea a admis ca pedeapsa să aibă un rol terapeutic și preventiv. Cere chiar categoric, mai întâi reconstituirea sufletului infractorului care a dus la reacția antisocială și apoi reconstituirea materială a crimei.

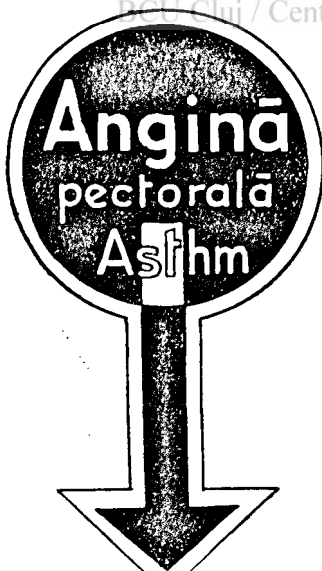
„Preocuparea esențială a codurilor moderne ca și a societății, este de-a readuce pe delicvent la echilibrul social și ca atare problema responsabilității, deși esențial, cade pe planul al doilea”.

Care va fi criteriul? Foarte just se exprimă De Greeff: „si je dis du même individu qu'il est normal, c'est vers l'avenir que je puis regarder; j'essaie en quelque sorte cet individu dans l'avenir (au moyen du présent et du passé) et je prévois ou donne à prévoir qu'il va faire dans le futur ce qui feraient la plus-part des hommes mis en sa place, c'est à dire éventuellement reque quelqu'un est responsable d'un act qu'il vient de commettre, et qui lui aura nuit. On le voit, cette question de la responsabilité reste en quelque sorte la charpent des préoccupations. Mais elle est utilisée non plus pour elle-même, mais en vue de l'avenir... Pour dire que quelqu'un est responsable d'un act qu'il vient de commettre,

il suffit de n'avoir pas constaté chez lui des grands troubles; meme si on a remarque certaines petites anomalies on ne peut en tenir compte: elles n'auraient d'importance que si elles étaient très graves et on les negliges. Mais s'il s'agit d'affirmer la normalité d'un individu chez qui l'on constate de ces petites choses qui en font craindre d'autres pour un avenir plus ou moins proche, le diagnostic ne se fera pas aussi légèrement, car, si personne ne peut retourner dans le passé controler la responsabilité, le diagnostic, lui, suit le delinquent et tout le monde pourra, y compris l'auteur du diagnostic, revoir la justesse de l'examen, ce qui ne manquera pas d'avoir de l'importance pratique. *Si l'on se trompe en jugeant le passé, ce n'est rien: mais si on se trompe en regardant l'avenir, c'est cerbainement plus grave, et tout l'oeuvre de réadaptation est compromise*".

Normalitatea va fi baza represiunii în viitor și metodele psihiatrice actuale nu vor putea servi la determinarea ei. Temibilitatea și reabilitatea unui individ sunt deasemeni în funcție de normalitatea sa. Pentru a ști în ce măsură sunt speranțe ca un individ să-și conformeze acțiunile sale după acele ale majorității, vom trebui să știm în ce măsură acestea seamănă majorității oamenilor adică în ce măsură e normal. Atunci când vom găsi anomaliile, vom trebui să apreciem în ce măsură am putut devia hotărârile bolnavului.

(Urmare în No. viitoare).



Agatheosan
drageuri

CONȚINE:

TEOBROMINĂ PURĂ	0.25
ACID FENYLAETHYLBARBIT	0.02
NITROGLICERIN	0.0005

*Se inghit zilnic 3-4 drageuri
pentru a preveni și a vindeca
accesele anginoase.*

Mostre și literatură servește, la cerere
DR. WANDER S. A.
București - Str. Cazarmii 89

PLASA SANITARA „MODEL“ BREASTA-DOLJ

Descrierea plășii

de

D-r GHITEA IOSIF

Medicul igienist al Plășii «Model»
Breasta-Dolj

Plasa sanitară Model Dolj, delimitată în ziua de 17 Iulie 1933, de o comisie specială, cuprinde următoarele 3 circumscripții: Breasta, Balta-Verde, Negoești, și e compusă în total din 26 comune, cari se repartizează astfel pe circumscripție:

Circumscripția Breasta cu 9 comune aparținându-i în total 26 sate.

Circumscripția Balta-Verde cu 10 comune aparținându-i în total 15 sate.

Circumscripția Negoești cu 7 comune și înglobează 26 sate.

Personalul sanitar al Plășii înainte de înființare.

În această Plasă înainte de înființarea Plășii Model, au activat 3 medici, 13 agenți sanitari, 8 moașe cu diplomă și 1 moașă empirică.

Azi personalul s'a întregit cu un medic igienist de Plasă, 4 surori de ocrotire și un agent sanitar.

Repartizarea personalului sanitar pe circ. este următoarea:

Circ. Breasta: 2 medici, 6 agenți sanitari, 3 moașe cu diplomă, 2 surori de ocrotire.

Circ. Balta-Verde: 1 medic, 5 agenți sanitari, 4 moașe cu diplomă, 1 soră de ocrotire.

Circ. Negoești: 1 medic, 3 agenți sanitari, 2 moașe, (1 diplomată și 1 empirică), 1 soră de ocrotire.

Situația geografică a Plășii.

Plasa sanitară Model este situată la N.-E. județului, în jurul Craiovei și cuprinde o suprafață de 530 kmp.

Plasa numără un total de 44.756 suflete, și are o densitate de 82 locuitori pe kmp. Această cifră în comparație cu aceea care reprezintă densitatea (65 în 1930) populației în județ este mult mai mare.

Râul Jiu parcurge Plasa dela Coțofenii din Față până la satul Vărăți.

Dealuri.

Toată Plasa este deluroasă. Dealurile se întind din masivul Parângu înspre sud prin ramura Horez până aproape de Craiova. Iar spre sud de Craiova, terenurile situate la stânga Jiului sun exclusiv pe șes, iar malul drept al acestui râu este brodat cu mici ridicături apte pentru viticultură și vie.

Clima.

Clima este temperată, cu ierni extremi de friguroase și reci ce ating 40 grade în Iulie și August.

Vânturi.

Austrul foarte cald bate adesea dela S.-V. și aduce uscăciuni. Crivățul dela N.-E., Bălărețul dinspre mare, ploios și Zefirul dela sud bate foarte rar.

Media lunară a precipitațiunilor după datele Institutului meteorologic din ultimul timp oscilează între 10—50 mm. Cantitatea medie anuală este 593 mm. în jurul Craiovei.

Solul.

E din vârsta quaternală, subsolul argilos mai ales înspre sud. În regiunea văii Jiului terenul e nisipos mai ales în regiuni inundabile, unde se depune din râu, iar în vecinătatea văii este resfirat nisipul prin vânturi. Terenul argilos cu straturile impermeabile favorizează permanentizarea bălților rezultate din inundații și ploi.

Hidrografie.

Jiul traversează Plasa dealungul. Râul și afluenții lui Rasnicu și Amaradia au un trecut foarte ondulat, lent și adeseori întrerupt mai ales în timpul secetei. Acești afluenți inundă regulat terenurile revărsându-se primăvara și uneori toamna. Terenul e foarte bogat în izvoare, astfel că aproape în toate comunele sunt cișmele într'un număr mai mare sau mai mic. Comunele din nordul Plășii sunt foarte bogate în izvoare (Negoești cu 28 cișmele). La marginea de sat a comunei Breasta trece Jiețul, o ramură a Jiului, care stagnează în multe părți, formând bălți multiple.

Rasnicul se varsă în acest râuleț în partea de nord a comunei Breasta.

Apa de canalizare a municipiului Craiova în lipsă de alte mijloace de supurație, se conduce printr'un canal deschis pe un teren liber în apropierea comunei Balta-Verde și Malu-Mare, unde stagnează și se autopurifică.

Bălți mai mari sunt încă în apropierea satului Gura Văii și Țuglui.

Fauna.

Lunca Jiului și a afluenților săi servește pentru pășunat și fânețe.

Principalele produse agricole sunt grâul și porumbul.

Pădurile sunt de mică întindere și respirate la Podari, Bucovăț, Mihăița cu varietățile de plop, salcâmi, gârniță, teiu, stejar și plantații de brazi cu toate varietățile de pinus.

Viile sunt întâlnite în toate comunele pe micile ridicături, cari privesc spre sud mai ales.

Căile și mijloacele de comunicație.

Toate drumurile sunt concentrice și duc la Craiova. Comunicații directe între comune așezate dealungul altei șosele nu există. Astfel că în aceeași circumscripție pentru a ajunge în anumite comune este necesar a trece prin Craiova, afară de Circ. Negoști, în care comunele sunt așezate dealungul șoselei județene Craiova—Mierea Birnicii.

Comunele sunt în mare parte traversate de drumuri județene, vecinale și în parte de șoseaua națională (Craiova—Filiași), practicabile în tot timpul anului.

Șoselele sunt pierdute, uneori în condiții bune de îngrijire cum este spre Breasta, spre Ișalnița—Coțofenii din față, iar celelalte prezintă gropi mari, cari împiedecă circulația normală.

Din toată Plasa numai 4 comune au haltă de cale ferată și anume: pe linia Craiova—București Cârcea. În direcția Craiova—Filiași, Ișalnița și Coțofenii din față, în spre Băilești—Calafat: Livezile.

În restul comunelor transportul de persoane e asigurat prin curse de automobile, cari toate sosesc dimineața pe la orele 8 la Craiova și pleacă în toate direcțiile pe la orele 4 p. m.

Oficiul poștal este pentru majoritatea comunelor la Craiova, de unde se deplasează factorul cu o cărioară cu 2 roți zilnic, afară de Duminică.

Pentru a ilustra mai bine această repartizare alăturăm un Tablou cu distanța km. a comunelor dela Craiova, dela gara de care se servește, oficiul P. T. T. și dela Breasta.

Circ.	Numele comunei	Gara	Dist. în Km. dela comună la gară	Oficiul P.T.T.	Dist. în Km. dela comună la P.T.T.	Distanța la Craiova în Km.	Dist. în Km. la sed. Plășii (Breasta)
I.	Balta Verde	Craiova	10.	Craiova	8.	8.	—
	Cernelele	"	6.	"	5.	5.	3.
	Bucovăț	"	6.	"	4,5	4,5	12,5
	Sărbătoarea	"	15.	"	14.	14.	22.
	Predești	"	18.	"	17.	17.	9.
	Mihăița	"	14.	Scaești	10.	13.	5.
	Coțofeni	Coțofenii	1.	Filiași	19.	22.	30.
	Almăj	"	15.	"	31.	21,5	29,5
Ișalnița	Ișalnița	0,5	Craiova	12,5	12,5	20,5	
II.	Balta Verde	Livezi	3.	Craiova	6,5	6,5	14,5
	Podari	"	1.	"	7.	7.	15.
	Livezi	"	1.	"	9.	9.	17.
	Glodu	"	5.	"	13.	13.	21.
	Cârcea	Cârcea	1.	"	6.	6.	14.
	Coșovenii de S.	"	4.	"	13.	13.	21.
	" de jos	"	5.	"	12.	12.	20.
	Ghindenii	"	10.	"	16.	16.	24.
	Preajba	"	6.	Bratovoesti	13.	8.	16.
Malu-Mare	"	6.	"	14,5	11.	19.	
III.	Negoești	Brădești	8.	Melinești	6.	24.	32.
	Godeni	"	10.	"	3.	27,5	35,5
	Milești	Coțofenii	11.	"	15.	15.	23.
	Mălăești	"	5.	"	16.	19.	27.
	Goești	"	13.	"	11,5	18,5	26,5
	Adâncata	"	10.	"	11.	19.	27.
	Izvoru	Craiova	12,5	Craiova	11,5	11,5	19,5

Starea economică și ocupația locuitorilor.

În comunele circ. Negoești, 70—80% a bărbaților sunt plecați la lucru, fie ocupându-se cu comerțul ambulant, în marile orașe și în special în capitală, fie găsindu-și lucru în altă parte ca maestri zidari. Pentru transportul acestor lucrători s'au pus în circulație curse speciale dela București spre valea Amaradiei, cari odată pe săptămână — de obicei Sâmbăta — vin cu lucrătorii, cari se întorc Luni cu aceeași cursă.

Satele din apropierea orașelor dau un procent foarte mare de lăptari. Restul populației din comunele aparținând Plășii, se ocupă exclusiv cu agricultura.

Populația, viața familiei, gospodăria.

În comuna Cârcea sunt mulți funcționari dela CFR.

Populația în întregime românească. Abia în 3 comune ale circ. Breasta se găsesc câteva familii de Italiani și anume:

La Breasta 25 persoane; la Cernele 23 persoane; la Işalniţa 18 persoane. În această din urmă comună sunt încă şi 6 bulgari, cari se ocupă cu grădinăria.

Se mai întâlnesc foarte mulţi Țigani în fiecare comună. Amestecul cu românii prin căsătorie se face atât de frecvent, încât nu se poate face o separație din punct de vedere al studiului pentru rasă.

În ceea ce priveşte numărul analfabeților, deși numărul lor e foarte mare, nu găsim date precise din lipsă de înregistrare.

Viața familiară și gospodăria casnică prezintă anumite particularități demne de semnalat.

Astfel uzul este că în camera, care servește de bucătărie să fie un pat mare de scânduri acoperit cu rogojină, fără saltea, haine de pat, perini sau plapumă, servindu-le loc de odihnă pentru întreaga familie oricât de numeroasă ar fi.

Bordec nu se întâlnesc decât foarte rar și cele existente sunt proprietatea Țiganilor. Sistemul de case cu coridor deschise de obicei are 2 camere. Zidul este făcut în mare parte din cărămidă sau alteori din pământ bătut zis cârpiciu. Acoperișul este de obicei de tablă și foarte rar de stuf sau Țigla.

Grajduri clădite cu pereți de zid nu se găsesc, nici grădini cu flori sau de zarzavaturi. Deasemenea nu se plantează nici pomi fructiferi.

Pâinea se cumpără dela brutărie, care există aproape în fiecare comună câte 1—2. În comunele în cari nu este brutărie este datorit faptului, că acea comună este în apropierea orașului ori de o altă comună mai mare de unde se aprovizionează. În gospodăria țaranului nu se întâlnește cuptor, fie că se cumpără pâinea dela brutar, fie că se consumă numai mămăligă, și aceasta insuficient fiartă.

Unele case pe lângă vatră au și un Țăst (o pălărie sau mai bine zis căciulă din pământ), care se așează deasupra cărbunilor și după ce s'a încălzit și s'a scos cărbunele servește pentru copt pâinea de casă, nedospită, insuficient frământată și care se acrește a doua zi.

Alimentația este unilaterală, iarna populația se hrănește cu carne de porc și mămăligă, iar vara salate, roșii, castraveți și ardeiu verde, cari se consumă mai mult crude.

Există o promiscuitate nu numai din cauza îngrămădirii într-o singură cameră a tuturor membrilor unei familii, ci prin faptul că locuiesc mai multe familii în aceeași casă. Construcția și salubritatea locuințelor din circumscripția Negoești se apropie mai mult de cerințele igienice, din cauza, că zidarii locuitori ai acestor regiuni știu să-și construiască locuințe corespunzătoare.

Pentru a ilustra această stare de lucru alăturăm Tabloul comparativ al raportului dintre numărul caselor și numărul familiilor în ordinea crescândă a numărului de familii ce corespunde la 100 case.

C O M U N A	No. caselor	No. familiilor	No. de familii la 100 case
Goești	249	224	90.
Preajba	184	179	97,3
Ișalnița	660	669	101,4
Izvor	549	557	101,4
Coțofenii din față	439	450	102,5
Negoești	402	387	103,9
Bucovăț	600	624	104.
Coșovenii de sus	645	673	104,3
Adâncata	352	380	108.
Predești	475	513	108.
Milești	409	449	109,8
Malu-Mare	307	358	116,6
Mălăești	225	272	120,8
Godeni	396	480	121,5
Coșovenii de jos	226	278	123.
Podari	476	587	123,3
Cernelele	292	366	125,3
Livezi	310	419	131,9
Breasta	555	745	134,2
Balta-Verde	371	498	134,2
Cârcea	382	517	135,3
Sărbătoarea	335	456	136,1
Ghindenii	332	800	150,4
Almăj	542	828	150,9
Mihăița	311	537	172,7
Glodu	452	870	192,7
Circ. Negoești	2567	2764	107,7
„ Breasta	4209	5188	123,3
„ Balta-Verde	3885	5179	133,3

Pe baza acestor date constatăm, că există variațiuni dela comună la comună în cari, fiecare familie are câte o casă (Goești, Preajba, Ișalnița, Izvorul) și altele unde în fiecare casă sunt 2 familii (Glodu).

Această aglomerare are importanță și din punct de vedere al parazitizmului, care este în raport direct cu ea din cauza unei posibilități mai reduse de curățenie generală și corporală.

Organizația administrativă.

Plasa sanitară Model după noua împărțire administrativă cuprinde comune din 4 Plăși administrative și anume:

Comunele circ. sanitare Negoești afară de izvoru aparțin Plășii administrative I Amaradia. Această din urmă comună împreună cu acele ale circ. Balta-Verde și mare parte din comunele circ. Breasta aparțin Plășii adm. II Ocolu.

Comunele Almăj, Coțofenii din față și Mihăița din circ. sanitară Breasta, aparțin Plășii administrative III Filiași, iar comuna Predești aparține Plășii administrative IV Brabova.

Cele mai multe comune sunt compuse din câteva sate, res-resfirate în regiunile deluroase, iar pe șes un singur sat constituie o comună administrativă.

Alimentarea cu apă a comunelor.

În fiecare comună sunt câteva izvoare captate, în mare parte rău îngrijite și se datorește vre-unui filantrop sau credincios bogătaș, care a voit să-și eternizeze numele pe o placă așezată deasupra cișmelei.

În rest sunt fântâni construite în plină stradă din inele de beton, neacoperite și cu găleți duble cu lanț și scripete. Fântânile sunt toate publice, astfel că în curțile gospodariilor nu găsim fântână nici acolo, unde apa subterană este superficială.

Terenul cel mai bogat în apă subterană e în regiunea N.-V. a Plășii și pe valea Jiului.

Fântâni cu pompă nu există decât în curtea marilor proprietari (boeri) și la mori.

În Tabloul, care urmează dăm diferitele surse de alimentare cu apă pentru fiecare comună în ordinea descrescândă a populației din comune.

COMUNA	Nr. locuitorilor	Nr. total al surselor de apă	Nr. cișmelelor	Nr. fântânilor cu ghișduri de beton	Nr. fântânilor cu ghișduri de lemn	Ștubee	Fântâni cu pompă	Adâncimea apei subterane
Ișalnița	3004	28	9	18	—	—	1	15-25 m.
Breasta	2730	31	2	24	1	2	2	10-25 m.
Bucovăț	2624	29	9	12	2	6	—	2-10 m.
Izvoru	2511	29	7	21	—	1	—	3-12 m.
Coșovenii Sus	2358	9	—	8	1	—	—	22-25 m.
Ghindeni	2191	31	6	24	—	—	1	8-30 m.
Glodu	2113	24	6	18	—	—	—	3-10 m.
Podari	1986	20	1	18	—	1	—	3-10 m.
Predești	1768	26	2	23	—	—	1	20 m.
Căreea	1752	15	3	10	2	—	—	6-18 m.
Băilești	1694	28	5	20	1	—	2	1-10 m.
Balta-Verde	1580	28	3	25	—	—	—	5 m.
Adâncata	1506	7	4	—	—	2	1	4-6 m.
Godeni	1485	38	13	21	3	1	—	4-8 m.
Mihăița	1471	20	1	15	4	—	—	14 m.
Cernelele	1450	14	2	12	—	—	—	10-15 m.
Coțofeni	1411	17	8	9	—	—	—	15-20 m.
Negoești	1393	46	28	17	—	1	—	4-8 m.
Sărbătoarea	1353	18	5	12	—	—	1	3-8 m.
Livezi	1319	23	2	20	1	—	—	8 m.
Almăj	1296	37	13	20	1	—	3	35 m.
Goești	1257	30	11	9	6	—	4	4-8 m.
Coșovenii Jos	1013	11	4	6	—	—	1	20-30 m.
Mălăești	842	12	1	10	1	—	—	3-10 m.
Preajba	810	9	4	3	2	—	—	6-8 m.
Malu-Mare	729	11	2	8	—	—	1	5-6 m.

Din acest Tablou vedem, că cele mai multe surse de apă sunt în comunele Negoești, Godeni, Almăj și Goești, deși numărul populației în aceste comune este cât se poate de mic. Ori tot aceste comune dispun și de numărul cel mai mare de izvoare naturale și din cauza unei dispoziții străine de voința omenească sursele de apă din sus amintitele comune sunt mai multe. În general

aceste surse sunt insuficiente pentru oricare din comunele Plășii și această insuficiență se remarcă mai ales în comunele: Coșovenii de sus, Cârcea, Adâncata. Dacă pentru Coșovenii de sus din cauza profunzimii apei subterane construirea fântânilor constituie o problemă la Adâncata și Cârcea se pot crea surse noi cu multă ușurință.

Capacitatea de plată a comunelor.

Ca să ne dăm seama de capacitatea de plată a comunelor din Plasa sanitară Model, vom studia media prevederilor bugetare și a sumelor încasate pentru fiecare comună în parte din ultimii 3 ani. Cifrele obținute le vom raporta la numărul sufletelor și vom obține suma impunerii la mia de locuitori.

Comuna	Suprafața terenului ce-i aparține	Nr. populației (media pe ultimii 3 ani)	Densitatea populației	Media anuală a bugetului comunal			
				Prevederi	Incasări	% Realizări	Imp. pe 1000 locuitori
Almăj	2161 Ha.	1320	61,08	265.000	187.333	71%	201 Lei
Cernelele	1256 "	1466	116,7	497.000	190.000	38%	339 "
Breasta	2787 "	2770	99,3	522.333	284.333	54%	188 "
Coșovenii	2037 "	1420	69,7	258.667	205.333	79%	182 "
Predești	1488 "	1799	120,8	295.667	146.667	50%	164 "
Mihăița	2060 "	1812	87,9	289.000	131.333	45%	159 "
Bucovăț	1815 "	2649	145,9	398.667	132.333	33%	146 "
Ișalnița	2288 "	3033	132,5	400.667	260.000	65%	132 "
Sărbătoarea	1455 "	1367	93,9	167.667	56.333	34%	115 "
Total în circ. Breasta	17347 "	17347	101,7	3.094.668	1.593.665	51%	175 "
Malu-Mare	2572 "	750	29,1	243.176	101.576	41%	324 "
Podari	4988 "	2002	40,1	646.000	200.667	31%	323 "
Livezi	3073 "	1340	43,6	304.000	166.667	55%	227 "
Preajba	625 "	821	131,3	154.975	53.976	35%	181 "
Coșovenii-sus	1933 "	2382	123,2	430.706	193.193	45%	181 "
Glodu	1770 "	2149	121,4	364.667	175.175	48%	161 "
Cârcea	2510 "	1771	70,5	275.278	102.673	37%	155 "
Ghindeni	2372 "	2227	93,8	336.409	117.750	35%	151 "
Balta-Verde	1600 "	1597	99,8	237.333	178.333	75%	142 "
Coșovenii-Jos	1018 "	1022	100,3	70.359	44.133	63%	69 "
Total în circ. Balta-Verde	22461 "	16061	71,5	3.062.903	1.334.143	44%	191 "
Milești	2400 "	1712	71,3	316.667	183.000	58%	185 "
Negoești	2233 "	1405	62,9	218.000	164.667	76%	154 "
Goești	1482 "	1261	85,1	172.670	98.670	57%	137 "
Mălăești	1200 "	855	71,2	101.907	88.000	86%	119 "
Izvoru	1295 "	2542	111,3	223.667	140.667	63%	88 "
Adâncata	3200 "	1525	47,1	126.000	77.000	61%	82 "
Godeni	1362 "	1501	110,2	93.000	67.670	73%	62 "
Total în circ. Negoești	13172 "	10801	80,4	1.251.911	819.674	67%	176 "

Din cifrele date reese, că cea mai mare suprafață de teren are circ. Balta-Verde și ca o consecință densitatea populației este mai mică.

Capacitatea optimă de plată este în circ. Negoești.

Incasările raportate la numărul populației ne indică comunele Almăj, Cernelele, Breasta, Predești ca cele mai bune de plată din circ. Breasta. În aceeași categorie amintim comunele Balta-Verde, Malu Mare, Livezi și Podari din circ. Balta-Verde și Mălăești, Negoești și Milești din circ. Negoești.

Instituțiile sanitare din cuprinsul Plășii Model Dolj.

Afară de cele 3 circumscripții sanitare pe teritoriul Plășii mai sunt încă 2 instituții mari de importanță capitală: un Dispensar de sugari la Breasta și un Sanator de tuberc. la Leamna de jos.

Dispensarul de sugari „Constanța și G-ral Argetoianu” este proprietatea Soc. Cercului de gospodine cu sediul la București. Acest Dispensar funcționează din anul 1923, condus din punct de vedere tehnic de medicul de circ. Breasta, ajutat de personalul sanitar auxiliair: agentul sanitar și moașa.

Clădirea igienică dispune la etaj de 6 camere pentru locuința și cancelaria medicului, iar la parter acelaș număr de camere servește de locuință Directoarei Dispensarului, 1 sală de așteptare, 1 de consultații, iar alte 2 camere pentru depozit de medicamente, instrumente și alimente. Sălile frumoase ale Dispensarului dau asistență permanentă la 140—150 copii.

Consultații s'au dat permanent tuturor bolnavilor, iar în ziua de Duminecă sugarilor li se distribuia griș și zahăr. Dela Săpt. 6-a fiecare sugar avea dreptul la 65 gr. zahăr și 160 gr. griș săptămânal, celor debili și gemeni li se dădea porția dublă. Desvoltarea copiilor se urmărea la domiciliu prin vizite făcute de moașe și agentul sanitar. Copiilor bolnavi li se administra medicamente fie din cele primite dela Ministerul Sănătății, fie din acele cumpărate din venitul proprietății acestei instituții (20 pogoane de pământ arabil).

Dela înființare până în Iulie 1933, sunt înscriși în registrele sugarilor 1037 copii, cărora li s'a dat asistență medicală permanentă.

Numărul morților din copiii asistați dela înființare până azi este următorul:

A n u l	Nr. copiilor asistați	Nr. morților dintre copii asistați
1923	148	16
1924	126	13
1925	160	10
1926	139	22 (Epid. tusă conv.)
1927	143	13
1928	155	6
1929	147	5
1930	167	2
1931	160	8
1932	147	8

Dintr'o singură privire putem vedea cum numărul morților printre cei asistați a scăzut la jumătate începând cu anul 1928.

Sanatorul „D-r Laugier” din Leamna de jos este înființat în anul 1928 și dela data aceasta a funcționat neîntrerupt. Clădirea igienică ridicată de Societatea Profilaxia Tuberculozei are posibilitatea de a îngriji 100 de bolnavi, mare parte bărbați. Înainte de a fi pus în funcțiune Sanatorul a fost dat sub îngrijirea și în sarcina Ministerului M.S.O.S.

Bine înzestrat cu tot mobilierul și instrumentarul necesar, Sanatorul are instalație electrică, conducte de apă potabilă, canalizare. Deși are mașinăriile necesare unei spălătorii și uscătorii igienice, din lipsa unei clădiri ea nu funcționează. Încălzire este centrală cu apă caldă.

Internarea bolnavilor se face de Minister și Inspectoratul sanitar Craiova, în urma unei cereri a solicitantului. Aprobările se dau pe 3 luni și ulterior se poate prelungi acest termen cu încă 3—6 luni.

Există deci o posibilitate de internare a bolnavilor suferinzi din Plasă prin Inspectoratul sanitar Craiova.

Serviciul sanitar din Plasa Model.

Până la înființarea Plășii sanitare Model Dolj, serviciul sanitar al circ. Breasta a activat în cadrul Dispensarului de sugari, iar la Balta-Verde în locuința medicului de circumscripție.

Infirmeria circ. Negoști din această comună a rămas și mai departe centrul de activitate din circ. având camerele suficiente pentru Dispensarul Casei de Ocrotire. Una din camere servește ca locuință sorei de ocrotire, o sală de așteptare, una de consultație și 2 camere pentru locuința agentului sanitar.

Atât la Breasta cât și la Podari (sediul circ. Balta-Verde) s'au închiriat câte un local cu 3 camere pentru Casa de Ocrotire. Una din camere servește ca locuință sorei de ocrotire, una ca sală de așteptare și una pentru consultația și tratamentul bolnavilor.

Fiecare din aceste Dispensare este înzestrat cu instrumentarul necesar trimis dela Ministerul M.S.O.S., iar chiria și mobilierul sunt achitate de Prefectura județului.

Cap. I. — MIȘCAREA POPULAȚIEI.

A. Căsătorii și Divorțuri.

1) Căsătorii.

Cifra medie a căsătoriilor în țară la 1000 locuitori pe anii 1920—1928 este 10,11.

În Plasa sanitară Model, numărul căsătoriilor din ultimii 5 ani îl dăm în Tabloul următor:

Anul	Populația plășii	Nr. căsăt.	Propoția la 1000 locuitori	Nr. divorțurilor	Prop. la 10.000 locuitori	Prop. div. la 100 căsătorii
1928	42.587	403	9,5	14	3,3	3,5
1929	43.167	397	9,2	18	4,2	4,5
1930	43.548	461	10,6	13	3,0	2,8
1931	44.195	488	11	19	4,3	3,9
1932	44.755	499	11,2	19	4,2	3,9
Media anuală	43.649	450	10,3	17	3,9	3,8

Din acest Tablou se vede, o tendință de creștere anuală a căsătoriilor la mia de locuitori, iar cifra medie a nupțialității 10,3 se apropie de aceea a țării.

Această medie se menține aproape la același nivel în cele 3 circumscripții:

Balta-Verde 10,7; Breasta 10,2 și Negoești 9,0.

În această din urmă circ. bărbații fiind mai mult plecați din comună se înțelege că mare parte din ei contractează căsătoriile în altă parte. Drept dovadă avem, că cea mai scăzută medie e în comuna Negoești (7 la 1000 loc.), deoarece în această comună sunt 100 zidari și aceștia împreună cu băieții lor lucrează mare parte din an (afară de lunile de iarnă) aiurea și leagă căsătoriile acolo unde stau mai mult.

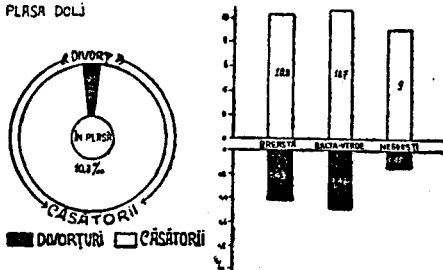
2) Divorțurile.

După cum se vede din Tabloul anterior atât numărul global cât și procentul raportat la 10.000 de locuitori, ori raportat la 100 căsătorii (aceste 2 rapoarte merg paralel) cifra divorțurilor se menține la o medie staționară de 39 la 10.000 locuitori sau 3,8 la 100 căsătorii. Numărul căsătoriilor are o tendință de creștere din an în an și după cum am văzut procentul divorțurilor rămâne același.

Această cifră este spre mulțumire mai mică decât cifra medie de divorțuri din țara întreagă (4,8) pe anii 1920—1928.

Grafica următoare ilustrează pe deplin raportul acestor divorțuri și căsătorii la 1000 locuitori și variația anuală a mediilor pe circumscripție.

MEDIA CĂSĂTORIILOR ȘI DIVORȚURILOR LA 1000 DE LOCUITORI PE 5 ANI ÎN PLASA DOLJ



B. Natalitatea.

1) Cifre globale și proporții.

În Tabloul următor dăm cifrele de născuți vii la 1000 de locuitori din ultimii 5 ani, în Plasa întreagă.

A n u l	Nr. populației	Nr. născuților	Proporția la 1000 de locuitori
1928	42.587	1567	36,8
1929	43.167	1485	34,4
1930	44.543	1505	34,3
1931	44.195	1463	33,1
1932	44.755	1633	35,1
Media	43.649	1531	35,1

Atât în acest Tablou cât și în cel următor pe circumscripții se vede o ușoară depresiune corespunzătoare scăderii natalității între anii 1928—1932. Faptul, că aceeași scădere se observă în toate circumscripțiile este o dovadă, că ține de aceeași cauză generală, astfel ca și natalitatea din ultimul an, care arată o tendință marcată de sporire.

Tabloul natalității comparate pe circumscripție.

A n u l	PROPORȚIA NĂSCUȚILOR LA 1000 LOCUITORI		
	Circ. Balta-Verde	Circ. Breasta	Circ. Negoști
1928	41,6	36,1	29,8
1929	38,5	34,7	27,8
1930	39,8	35,5	25,3
1931	37,9	30,8	29,5
1932	41,7	34,7	31,4
Media	40,0	34,3	28,8

Din aceste cifre se poate concluda, că cea mai mare natalitate este în circ. Balta-Verde, care este și mai bine din punct de vedere economic având proprietăți mai mari și pământul mai productiv. Cea mai mică natalitate din această circ. e în comuna Cârcea 32, 7 la 1000 loc.

Procentul scăzut de natalitate din circ. Negoști este datorit faptului, că mortinatalitatea e foarte mare și probabil numărul avorturilor este deasemenea foarte ridicat. Cauza medicală este sifilisul, care este importat din diferite orașe mari ale țării, unde plecați mare parte din locuitori pentru lucru. Printre cauzele so-

ciale amintim: lipsa de îngrijire și sprijin a gravidei, condițiile mizere de muncă și de traiu.

Această remarcă reese și din studiul mortinatalității, care o confirmă pe deplin.

Cifra medie a natalității în Plasă 35,1 la 1000 este aproape aceea a țării întregi din anul 1925 (35,3 la 1000) și e mai mică decât procentul natalității din Oltenia în acelaș an 37,15. Se mai poate constata, că natalitatea în circ. B.-Verde oscilează mult dela an la an în jurul cifrei 39 în circ. Breasta, arată o ușoară tendință de scădere cu maximum de depresiune în anul 1931, iar în circ. Negoești natalit. oscilează în jurul cifrei 28.

2) Natalitatea pe comune și fertilitatea populației rurale.

Pentru studiul natalității pe comune dăm Tabloul, care urmează în ordinea descrescândă a natalității pe baza mediei calculate din datele celor 5 ani din urmă.

COMUNA	Nr. născ.	Prop. la 1000 loc.
Malu-Mare	47	64,4
Glod	103	48,7
Balta-Verde	73	46,3
Almăj	54	41,3
Bucovăț	103	39,2
Livezi	51	38,6
Ghindenii	83	37,8
Podari	74	37,2
Coșovenii de jos	37	36,7
Predești	64	36,3
Cernelele	52	35,8
Breasta	97	35,5
Sărbătoarea	47	35,0

COMUNA	Nr. născ.	Prop. la 1000 loc.
Preajba	28	34,5
Coșovenii de sus	80	33,9
Mălăești	28	33,2
Cârcea	58	33,1
Adâncata	49	32,5
Godeni	47	31,6
Ișalnița	93	30,9
Milești	47	27,7
Coșovenii din față	39	27,6
Izvoru	69	27,4
Mihăița	40	27,1
Negoești	37	26,6
Goești	31	24,6

Studiul acestor cifre ne arată o natalitate mare în circ. Balta-Verde, a cărei maximum e 64,4 la 1000 (Malu-Mare) și minimum 32,7 la 1000 (Cârcea), pe când în circ. Negoești natalitatea cea mai mare abia e de 38,3 la 1000 în comuna Godeni, în restul comunelor natalitatea este inferioară de 33,5 ajungând până la minimum 24,6 la 1000 în comuna Goești.

Fertilitatea comunelor din circ. Breasta este intermediară între aceste 2 circ. Comunele Almăj, Bucovăț, Predești și Breasta, prezintă un număr mare de născuți vii la 1000 de locuitori.

3) Natalitatea după sex.

În Plasa sanitară Dolj, media nașterilor pe sex este 113 născuți de sex masculin la 100 de nașteri de sex feminin. Această cifră e mult mai mare decât media nașterilor de băieți la 100 fete din

toată țara (106) și faptul, că în circ. Negoești numărul nașterilor de sex masculin este mai mare decât acela din celelalte circ. este probabil un indiciu, că sarcinile de sex masculin sunt duse la sfârșit într'un număr mai mare, decât cele de sex feminin, ori că anumite împrejurări mai puțin favorabile, determină o predispoziție pentru dezvoltarea fătului masc. Dăm proporția de nașteri pe sex din întreaga Plasă, după cifrele culese din ultimii 5 ani:

In circ. Negoești la 100 nașteri de sex feminin corespunde	116	de sex masculin
„ „ Breasta „ „ „ „ „ „	113	„ „ „
„ „ Balta-V. „ „ „ „ „ „	110	„ „ „
In Plasă „ „ „ „ „ „	110	„ „ „

Deoarece circ. cu natalitatea mai mare (Balta-Verde) tinde a se apropia de cifra generală din întreaga țară, e încă o dovadă în plus că din cifrele mici, restrânse la un mic număr de locuitori nu se pot trage concluziuni generale, aceste date fiind schimbăcioase și oscilează din an în an.

4) Natalitatea după starea civilă.

Numărul născuților neligitimi în Plasa sanitară Dolj, este mare în raport cu totalul nașterilor și anume 12,1% din nașteri sunt nelegitime, ceea ce e o dovadă că numărul concubinilor e foarte mare.

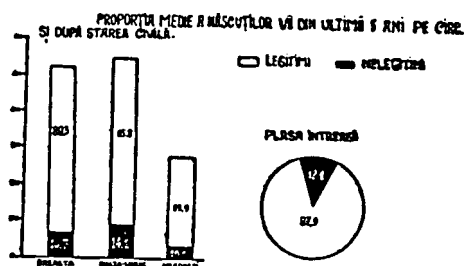
În Tabloul de mai jos dăm cifrele natalității pe circumscripții după starea civilă între anii 1928—1932.

Anul	Circ. Breasta				Circ. Negoești				Circ. Balta-Verde				In Plasă			
	Nr. născ. vil		La % de nașteri		Nr. născ. vil		La % de nașteri		Nr. născ. vil		La % de nașteri		Nr. născ. vil		La % de nașteri	
	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.
1928	546	59	90,2	9,8	294	19	93,9	6,1	555	94	85,5	14,5	1395	172	89	11
1929	524	62	89,4	10,6	269	25	91,5	8,5	505	200	83,61	16,4	1298	187	87,4	12,6
1930	537	69	88,6	14,4	227	44	83,8	16,2	540	88	86,0	14,0	1304	201	86,6	13,4
1931	476	59	89,0	11,0	275	43	86,5	13,5	540	70	88,5	11,5	1291	172	88,2	11,8
1932	543	66	89,2	10,8	318	25	92,7	7,3	580	101	85,2	14,8	1441	192	88,2	11,8
Media	525	63	89,3	10,7	287	31	89,9	10,1	544	91	85,8	14,2	1346	185	87,9	12,1

Numărul născuților nelegitimi variază mult dela circ. și în aceeași circumscripție aceste cifre oscilează din an în an. Numărul nașterilor nelegitime sunt în raport direct cu natalitatea astfel, că media cea mai urcată de născuți nelegitimi o găsim în circ. Balta-Verde și cea mai scăzută în circ. Negoești. Aceasta întărește ipo-

teza, că concubinajele există în realitate în toate comunele Plășii și încă într'un număr proporțional cu numărul locuitorilor.

Pentru ușurința interpretării redăm datele de mai sus prin grafica următoare:



Tablou despre proporția medie a născ. vii din ultimii 5 ani pe circ. și după starea civilă.

Comparând media născuților nelegitimi din întreaga Plasă 12,1 cu procentul de nașteri nelegitime pe întreaga țară din anul 1920 și anume acel din comunele rurale 10,3% (anul în care procentul e mai ridicat la țară) și 14,6% în comunele urbane; vedem că în Plasa Dolj acest procent e mai mare decât maximum nașterilor nelegitime, în comunele rurale din întreaga țară dintre anii 1900—1928 (afară de anii din timpul războiului 1914—1919) și, că ea tinde mai mult de a ne apropia de procentul nașterilor nelegitime urbane.

C. Mortinatalitatea.

Dăm Tabloul procentualității medii de mortinatalitate din ultimii 5 ani în toate comunele Plășii Model repartizate pe circ. și în ordinea descrescândă a cifrei, care reprezintă mortinatalitatea.

CIRCUMSCRIȚIA BREASTA

Comuna	Nr. născ. vii	Nr. născ. morți	Prop. la 100 născ. vii
Cernelele	52	1,8	3,4
Ișalnița	93	1,0	1,0
Coțofeni d. f.	39	0,4	1,0
Mihăița	40	0,4	1,0
Predești	64	0,4	0,6
Bucovăț	104	0,4	0,39
Breasta	97	—	—
Almăj	34	—	—
Sărbătoarea	47	—	—
Media pe circ.	588	4,4	0,74

CIRCUMSCRIȚIA BALTA-VERDE

Comuna	Nr. născ. vii	Nr. născ. morți	Prop. la 100 născ. vii
Coșovenii J.	37	2,4	6,5
„ de Sus	80	2,0	2,5
Cârcea	58	1,4	2,4
Podari	74	1,6	2,1
Glod	103	2,0	2,0
Balta-Verde	78	1,4	1,9
Malu-Mare	47	0,8	1,7
Preajba	28	0,4	1,4
Livezi	51	0,2	0,4
Ghindeni	83	0,2	0,2
Media pe circ.	635	12,4	1,95

CIRCUMSCRIȚIA NEGOEȘTI

Comuna	Nr. născ. vii	Nr. născ. morți	Prop. la 100 născuți vii
Goești	31	4	12,9
Adâncata	49	4,2	8,6
Mălăești	28	1,8	6,4
Izvoru	69	2,8	4,1
Milești	47	1,6	3,4
Godeni	47	1,2	2,6
Negoești	37	0,4	1,1
Media pe circ.	308	16,0	5,2
Media pe Plasă	1531	32,8	2,1

Mortinatalitatea cea mai mare e în circ. Negoești, având media 5,2% de născuți vii și îndeosebi în comunele Goești, Adâncata, Mălăești și Izvoru. Acest procent e însă foarte ridicat și în restul comunelor afară de Negoești. În al doilea rând urmează circ. Balta-Verde cu un procent de 1,95 morți născuți la 100 născuți vii, procentul fiind foarte ridicat în comunele Coșovenii de jos, Coșovenii de sus și Cârcea.

Din circ. Breasta abia comuna Cernelele prezintă o mortinatalitate (ridicată) urcată 3,4%.

Procentul mortinatalității din Plasa întregă e de 2,1% și se apropie de aceea a județului Dolj în mediul rural din anii 1924—1927 2,4, iar față de cifra 1,4% de morți născuți din țara întregă în mediul rural, Plasa sanitară Dolj prezintă un procent ridicat de mortinatalitate.

Explicațiunea medicală a unei mortinatalități atât de urcate în întreaga Plasă și în special în circ. Negoești stă în faptul că, locuitorii acestei circumscripții se îndeletnicesc cu comerțul ambulant în diferite orașe mari sau sunt plecați la lucru (zidari) și se reîntorc acasă la intervale mari și cu infecții venerice capabile de a răspândi în familie și în special de a contamina soția.

În scurtul timp de 6 luni de când activăm în această Plasă, am constatat și un număr însemnat de oftalmii blenoragice la copiii noui născuți din comuna Negoești, ceea ce este o dovadă, că există infecție venerică în această comună și probabil vor exista și în altă parte din circumscripție.

1) Mortinatalitatea după starea civilă.

Aproape acelaș procent de morți născuți legitimi ne dă Plasa sanitară Dolj cași țara întregă în anul 1928, iar mortinatalitatea nelegitimilor corespunde întocmai cu aceea din țară (pe acelaș an) cu media din Plasa întregă în ultimii 5 ani. Tabloul, care urmează

ne dă mortalitatea după starea civilă în fiecare din circ. Plășii și media pe Plasa întregă.

Circumscripția	L e g i t i m i			N e l e g i t i m i		
	Nr. născ. vii	Nr. născ. morți	Proporția mortinat.	Nr. născ. vii	Nr. născ. morți	Proporția mortinat.
Breasta	525,2	2,6	0,5%	63	1,8	2,80%
Balta-Verde	544	10,4	1,9 / 0	90,6	2,0	2,20%
Negoești	276,6	12,2	4,40%	31,2	3,8	12,30%
In plasă	1345,8	25,2	1,9%	184,8	7,6	4,10%

În Tabela dinainte se poate vedea, că numărul de născuți nelegitimi este mult mai mare decât acela a născuților morți legitimi raportat la totalul nașterilor vii legitime. Mortinatalitatea nelegitimilor atât de urcată ține probabil de cauze generale, sociale și igienice din cari puncte de vedere, fetele mame sunt puse în condiții de inferioritate. În circ. Negoești unui procent mare de născuți morți legitimi. Această creștere paralelă confirmă presupunerea unei infecții (sifilitice) în întreaga massă a populației, capabilă de a da un număr atât de mare de morți născuți.

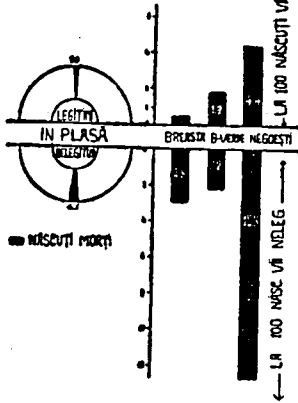
Diferența mică între procentul de morți născuți legitimi și nelegitimi din circumscripția Balta-Verde ține de o cauză generală mai mult socială decât infecțioasă. Probabil o lipsă de îngrijire a femeii gravide în general, fie că e căsătorită ori nu, se înbină cu condițiile rele de muncă și traiu. În circ. Breasta aceste cauze influențează în special graviditatea la femeile cari nu au contractat căsătoria legală.

2) Raportul între mortalitatea și natalitate.

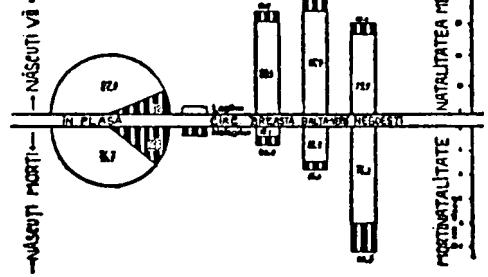
Tabloul următor cuprinde cifrele globale de născuți vii și născuți morți după starea civilă și proporția lor la 100 născuți vii. Pentru a ușura înțelegerea acestor date alăturăm două grafice, cari reprezintă valorile arătate în Tabloul anterior și cel care urmează.

Circumscripția	Născ. vii cifre globale			Prop. la total născ. vii		Născuți morți, cifre globale			Prop. la total născ. morți	
	Nr. total	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.	Total	Leg.	Neleg.	Leg.	Neleg.
Breasta	588	525	63	89,3%	10,7%	4,4	2,6	1,8	59,1%	40,9%
Balta-Verde	635	544	91	85,7%	14,3%	12,4	10,4	2,0	83,9%	16,1%
Negoești	308	277	31	89,9%	10,1%	16,0	12,2	3,8	76,3%	23,7%
In Plasă	1531	1346	185	87,9%	12,1%	32,8	25,2	7,6	72,7%	27,3%

GRAFICĂ DESPRE MEDIA PROCENTULUI DE
NĂSCUȚI MORȚI DUPĂ STAREA CIVILĂ, RAPOR-
TAT LA 100 NĂSCUȚI DE ACEIAȘI CATEGORIE.



GRAFICĂ RAPORTULUI DINTRE NĂSCUȚILE ȘI MORTALITATEA, DUPĂ STAREA
CIVILĂ A NĂSCUȚILOR.



Din aceste grafice și tablouri se pot trage următoarele concluzii:

- 1) Procentul de născuți morți (mortalitatea) e mai mare printre copiii născuți nelegitimi, decât la cei legitimi.
- 2) atât la născuți vii cât și la născuți morți cifra care reprezintă procentul copiilor născuți după starea lor civilă e mai mare la copiii legitimi, decât la cei nelegitimi. Cu alte cuvinte numărul copiilor nelegitimi atât la născuți vii cât și la născuți morți este mai mic decât a celor legitimi.

(Urmare în No. viitoare).

**ECZÉMAS
PRURITS**

INOTYOL
Dr. DEBAT

**ULCÉRES
BRULURES**

60 Rue de Prony PARIS
REPRESENTANT GENERAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCUREȘTI

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNOR CAZURI DE ENCEFALITA DIN ULTIMA EPIDEMIE DE GRIPA (1935)

de

**D-rî MAREȘ CAHANE, TATIANA CAHANE,
MARGARETA SWED**

**Se semnalează rolul gripei în determinarea unor neuro-
infecțiuni socotite ca boli fără cauză cunoscută.**

Dela marea epidemie de encefalită letargică din anii 1916—1919, în diverse țări s'au putut constata mici epidemii de encefalită, cari nu îmbrăcau toate caracterele boalei descrisă de Von Economu.

Tot în aceeaș categorie și determinate de același virus trebuie socotite și alte forme clinice constatate în epidemii ulterioare din diferite țări: Encefalite mioclonice, dela simplul sughiț până la chorea electrică a lui Dubini, formele algice, diverse sindrome nervoase de tip parkinsonian, combinate cu leziuni infundibulare, forme psihice, forme respiratorii, forme joase de tip mielitic sau polinevritic.

În afară însă de aceste forme care însă intrau în marele grup al encefalomielitelor (Netter, Cruchet, Moutier și Calmettes etc.), care era datorit de acelaș agent ca al boalei lui Von Economu, asistăm la o serie întreagă de encefalomielite acute sau subacute, fie că apar singure, fie că însoțesc unele boli epidemice. Așa avem de ex.: encefalită post-vaccinală în care statisticele olandeze dau un procent letal foarte important de 42%. Netter, Turnbull și Mac. Intosh o explică printr'o generalizare a virusului vaccinal asupra centrilor nervoși pe când Levaditi, Pelte și Hamburger, susțin că vaccinarea ar produce o redeșteptare și o exacerbare a unui virus filtrabil aflat în organism în stare de latență.

Aceeaș problemă și-o pun unii autori în cazurile de encefalite acute care însoțesc variola, varicela, rougeola, coquelușa și alte boli epidemice.

Intr'un studiu documentat D-nii Drăgănescu și Façon și-au pus aceeași problemă. Cu ocazia actualei epidemii de gripă am constatat un număr de cazuri cu encefalită acută sau subacută, cari pun și mai net această problemă.

Redăm cazurile de mai jos, din care primele 2 cazuri studiate mai amănunțit.

OBSERV. 1. — G. J., căsătorit, evang., de 38 ani, plugar, din comuna Sâncreus, jud. T. Mică, intrat în spital la 18 Februarie 1935, pentru întâia dată.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: Pacientul n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă în copilărie. A urmat 4 clase primare. A făcut armata. Intrebuințează băuturi spirituoase fără să abuzeze. În 1919 s'a însurat. Soția a avut 5 copii, toți sănătoși, n'a avut avorturi.

Istoric: Bolnavul a suferit de gripă epidemică cu temperatură timp de 8 zile. A avut dureri mari în spate, în membrele inferioare și cefalee intensă.

Pacientul este adus după prima săptămână. Este în stare febrilă cu contractura mușchilor cefei, talia imobilă, masca rigidă a feței. La sfârșitul celei de a 8-a zi a prezentat neliniște, stare confusivă cu mutism, negativism, insomnie rebelă, inapetență, etc. În acelaș timp familia a observat schimbarea fizică a bolnavului, privirea fixă, fața imobilă, nu era în stare să întoarcă capul, rămânea în aceeaș atitudine, greutate în mișcările active și mai ales pasive. Febra a scăzut după primele zile până la 37,6°.

Starea prezentă: Examenul fizic: Talia 173, constituție astenică, greutatea 60 kg. Are un coeficient de iperfuncțiune hipofizară și de insuficiență diastematică. Capul proporțional cu talia, în care predomină diametrele lungi, mari. Tegumentele feței și a corpului albicioase, slab colorate, fața lucește. Tegumentele trunchiului sunt umede. Pielea extremităților membrelor superioare și inferioare este foarte rugoasă și xantocromică. Tesutul celulo-grăsos a feței cât și a trunchiului este extrem de redus. Tot scheletul este golit și evidentiat în toate detaliile mici anatomice. În ce privește musculatura notăm masca rigidă a feței, greutatea în mișcările cefei și a trunchiului, este cu neputință să-i îndoim capul, Kernig și Brudepinsky lipsesc. Totuși ipertonicitatea mușchilor membrelor superioare și inferioare este mărită. Scheletul osos a corpului și a trunchiului este masiv dezvoltat. Degetele mâinilor și a picioarelor lungi, mari. Coloana vertebrală prezintă o ușoară cifoză la nivelul primelor 2—3 vertebre dorsale. Capul rotund, circumferința lui 56 cm., semi-circumferințele egale, index cranian 83 tip subbrahicefal. Fața alungită mult cu scheletul osos accentuat, bula lui Bichat topită. Expresia feței imobilă (facies figé). Fruntea înaltă de 51/2, largă de 17 cm., cu ridicături șterse, arcadele sprâncenoase bine accentuate, șanțurile naso-genio-labiale puțin șterse. Sprâncenele rare, nu se îmbină pe linie mediană. Enoftalmie, ușoară ptoză a pleoapelor, bilaterală. Nasul lung, drept, puțin cianozat la vârful, nările largi deschise. Oasele malare proeminente, gura mijlocie, buzele cianozate. Mucoasa bucală palidă, limba saburală, mirosul urât traduce starea toxi-infecțioasă a bolnavului. Dinții implântați relativ bine, puțin cariați, cei din partea posterioară. Gingiile palide, puțin tumefiate. Bărba înalți, proeminentă înainte, maxilarul inferior puțin în prognotizm, ramura ascendentă a maxilarului inferior înaltă de 6 cm., diametrul bizigomatic 12, bimolor 7, biauricular 13 cm. Urechile mari, alungite, pavilionul îndepărtat de craniu, lobulul liber. Helixul slab înfășurat în partea superioară, antehelixul puțin proeminent față de helix. Gâtul înalt de 17, circumferința lui de 36 cm. Glanda tiroidă, nu proemină. Toate adânciturile supra și subclaviculare ca și reliefele musculare sunt mult accentuate. Toracele îngust, rău căptuși, sternum lung de 20,

larg de 8 cm. Circonferința toracelui la nivelul coastei a 4-a 87, circonferința lui la bază 77. Diametrul biacromial 37, diametrul antero-post. la nivelul coastei a 4-a 19, diametrul transvers la acelaș nivel 26. Capacitatea toracică 9880. Lungimea xifo-epigastrică 9, diametrul antero-post. ipocondriac 19, diametrul transvers ipocondriac 23. Capacitatea abdominală superioară 3933. Diametrul biliar 25, lungimea pubo-epigastrică 26. Capacitatea abdominală inferioară 12350. Capacitatea abdominală totală 16,283³ cm.

Lungimea membrelor superioare 61 cm., lungimea brațului 38, circonferința lui la mijloc 25, lungimea antebrățului 30, circonferința lui în treimea superioară 25, în treimea inferioară 18, lungimea mâinii 12, circonferința ei 23, lungimea degetului medius 9. Lungimea membrelor inferioare 100, lungimea coapsei 56, circonferința ei la mijloc 43, lungimea gambei 50, circonferința ei în treimea superioară 30, în treimea inferioară 22, lungimea piciorului 27, circonferința lui 25. Valoarea membrelor după Viola 161.

Sensibilitatea tactilă, simțul stereognostic sunt păstrate. Sensibilitatea termică păstrată. Sensibilitatea dureroasă, subiectivă: se plânge de cefalee intensă, furnicăături, înțepături în membrele superioare și inferioare, în spate junghiuri. Sensibilitatea obiectivă: păstrată. Sensibilitatea articulară și profundă deasemenea păstrată.

Examenul funcțiunilor sensitivo-senzoriale, văz, auz, gust, sunt păstrate.

Reflexele oculare conjunctivale corneene se produc. Pupilele reacționează la lumină și acomodează la distanță. Reflexul faringian se produce. Reflexele cutanate abdominale superioare, mijlocii și inferioare, cremasteriene sunt păstrate. Reflexele perioste-tendinoase și cele rotuliane foarte exagerate, deasemenea cel radial se produce viu. Reflexul olecranian, achilian se produce. Reflexul contralateral a lui Pierre Marie și cel de postură nu se produc.

Babinsky și clonus al piciorului schițate. Dermografism este destul de pronunțat, dunga roșie se menține mult timp. Reflexul oculo-cardiac, 72/68, vagotonic. Rigiditate foarte mare, bolnavul este ca dintr'o bucată. Adiadococinezie, dismetrie, nu prezintă; opune mare rezistență la mișcările pasive.

Examenul psihic: Bolnavul este în stare de subnutriție generală cu simptomele unei stări toxi-infecțioase, care a atins în mod vădit sistemul nervos central, declanșând un tablou de adevărată encefalită. Extremă bradicinezie în mișcări din cauza tonusului muscular exagerat, a mușchilor celei, a membrelor superioare și inferioare. Turburările mintale pe care le-am putut observa s'au redus la starea de obnubilație psihică cu dificultatea vorbirii, negativism pentru mâncare și necesități fizice, insomnie mare succedată, alteori de agitație sub forma unor svârcoliri continue și uniforme în pat. La multiplele întrebări n'am putut căpăta totdeauna răspuns că ne-a înțeles bine. Se pare că ar avea halucinații vizuale după unele atitudini bizare. Este interesant că toate aceste simptome atât fizice cât și psihice au început să cedeze către sfârșitul celei de a 3-a săptămână după internarea lui. Paralel cu ameliorarea funcțiunilor organice (diureză mai bună, etc.), a început să se schimbe și aspectul fizic al bolnavului. Au dispărut câte puțin simptomele de meningism, rigiditatea figurei fiind scăzută mult, bolnavul este în stare să-și întoarcă capul cât de puțin, fața sa a pierdut din expresia anterioară de mască, însă se mai observă tendința la atitudini catatonice, îl găsim pe bolnav cu aceeaș figură încovoaiată înainte și în jos cu mâinile reunite în aceeaș atitudine, privirea însă nu mai este fixă ca înainte. Deasemeni starea psihică este mult amelio-

rată și a dispărut elementul oniric. Pacientul este acum în stare să vorbească cu noi, dar tot cu greutate, ne dă singur relații, știe unde se găsește. Este însă de reținut extrema bradipsihie pe lângă bradicinezie și ce este mai interesant oarecare amnezie retro-anterogradă. Nu este în stare să ne precizeze ziua săptămânei și luna chiar. Se concentrează cu mare greutate și pentru a da un răspuns trece mult timp 10—15 minute.

Exame de laborator: Sânge, R. Meinicke negativă.

Leucocitoză 5600 mm. Azotemie 0,46^{0/00}. Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 72^{0/0}. Mononucleare mari și mijlocii 18^{0/0}, limfocite 10 la sută.

Lichid cefalo-rachidian: Puncție suboccipitală, lichid clar, sub tensiune mică. R. Meinicke negativă, Nonne Appelt slab pozitivă. Albumină 0,10^{0/00}, limfocite 2 elemente pe mm.³

Urină: Diureza sub 500 a crescut până la 1000 în 24 ore. Albumină, zahăr și alte elemente patologice lipsesc. Clor 1,78^{0/00} (scăzut), a crescut până la 10^{0/00}.

Tratament: Urotropină, salicilat de natriu, ser fiziologic ipertonic, septicemină.

OBSERV. 2. — Sch. Maria din Finitelnic, jud. T. Mică, de 35 ani, casnică, căsătorită, evang., intrată în spital la 26 Februarie 1935.

Antecedente heredo-colaterale: Tata trăește, mama a murit se pare de tuberculoză pulmonară. N'a avut alți copii afară de pacienta noastră, nici avorturi. În familia pacientei n'au existat boli mintale sau neuroase.

În copilărie pacienta n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă. Menstruația la 14 ani, s'a măritat la 19 ani. A avut 6 copii. Cel din urmă s'a născut acum 10 zile în urmă. Fiind în ultima lună a gravidității, pacienta s'a îmbolnăvit de pneumonie, de care s'a însănătoșit. Facerea a fost normală, ușoară, la termen. Însă la 7 zile după facere s'a îmbolnăvit de gripă formă pulmonară, având temperatură mare până la 40 grade. La 2—3 zile după începutul gripei, pacienta prezintă obnubulație psihică, insomnie, inapetență, etc.

În acelaș timp cei din jurul pacientei au observat că a devenit rigidă, n'a fost în stare să îndoie capul.

Starea prezentă: Talia 156, constituția astenică, greutatea 52 kg. Tegumente palide, anemice. Țesutul celulo-grăsos redus mult pe față și trunchiu. Țesutul muscular prezintă o hipertonie ce este accentuată mai ales la nivelul cefei și a mușchilor coloanei vertebrale. Deasemenea sistemul muscular a membrelor superioare și inferioare este în stare de ipertonie.

Craniu perimetru 54. Diametrul antero-post 17, diametrul transvers 14, indice cefalic 82, tip subbrahicefal. Fața simetrică, alungită, bula lui Bichat topită, nasul drept, lung. Bolta palatină ogivală. Urechile mari, îndepărtate de craniu, lobul liber. Gâtul lung, subțire. Glanda tiroidă este hipertrofiată. Gușa parenchimatoasă. Glanda mamară în perioadă de lactație. Toracele îngust. Abdomenul excavat. Pacienta se găsește 12 zile post-partum. Prezintă încă scurgeri roșii abundente, fără miros rău. Facies rigid, figura imobilă ca dintr'o bucată. În mers nu observăm oscilarea membrelor superioare. Nu putem să-i îndoim capul, ca să privească lateral își întoarce tot trunchiul.

Pupile egale. Reflexul fotomotor și cel la acomodare se produc normal. Reflexele periosto-tendinoase exagerate. Reflexele cutanate păstrate, Westfal

sub formă pendulară. Refl. de postură este ușor schițat la membrul superior stâng.

Examinări de laborator: Sânge R. Meinicke negativă. Leucocitoză 11, 600; formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 72%, mononucleare mari și mijlocii 22%, limfocite 6%.

Lichid cefalo-rachidian extras prin puncție suboccipitală, clar, tenziunea mică, R. Meinicke, Nonne Appelt negativă, leucocite 65 p. mm³. Albumină 0,10⁰/₁₀₀ (Sicard și Cantaloube).

Urină: Albumină, zahăr, lipsește, clor 5,7⁰/₁₀₀. În sediment nimic deosebit.

Examenul psihic: Din punct de vedere psihic bolnava se prezintă confuză, nu vorbește cu nimeni, nu răspunde direct la întrebare. Prezintă o mimică imobilă, rigidă, privirea fixă, deschide și închide gura ritmic; mișcarea aceasta sperie pe toți din jurul ei și se produce în mod catatonice și obsesiv. Bolnava nu este bine orientată în timp și spațiu. Nu reacționează când vede pe soțul ei, nu-l recunoaște, nu-l întreabă de copii, etc. Este greu să ne întreținem cu bolnava căci are turburări nete de atenție din cauza stării de obnubilație psihică. Nu putem să examinăm din această cauză nici memoria. Nu este în stare să mănânce singură, trebuie să fie hrănită cu forța. Are alteori raptusuri, când se scoală brusc și pornește în fugă sau merge așa mute din loc patul, masa, scaunele. Voința, lipsa de inhibiție altădată este înlocuită cu starea de depresiune.

După 13 zile dela internare când începe ameliorarea bolnavei, face un erisipel al feței. Din primele zile ale acestei noi afecțiuni se observă o însemnată ameliorare psihică și paralel cu asta am putut să notăm cum se schimbă în fiecare zi aspectul fizic al bolnavei. A început să dispără rigiditatea feței, mișcările capului și a trunchiului s'au eliberat parcă din încătușarea rigidă, au dispărut toate simptomele anterioare. Bolnava se trezește din starea onirică și revenind la realitate începe să se intereseze de casă, copii etc. Peste 3 zile după trecerea erisipelului este lăsată acasă aproape vindecată. Boala n'a lăsat nici o sequelă encefalitică sau psihică.

Tratamentul: Salicilat de sodiu, urotropină, ser antistreptococic.

III. M. S. de 42 ani, timp de o săptămână prezintă un tablou caracteristic al gripei cu temperatură, curbatură și stare generală variabilă.

După o săptămână starea generală se agravează. Pe lângă durerile din încheieturi și mai ales ale membrilor inferioare, bolnava acuză dureri de cap foarte intense. Tot timpul temperatura se menține la 40°.

Cu toate că conștiința este păstrată, răspunde foarte încet și cu greutate, dificultatea vorbirii este impresionantă. Bradikinezie și bradipsihie. Masca encefalitică, rigiditatea cefei. Reflexul fotomotor și la acomodare sunt păstrate. Inghite băuturile relativ bine. Amigdalele sunt mărite și roșii.

La aparatul pulmonar și la cord nimic deosebit. Constipație, nu prezintă anurie. Rigiditatea mușchilor membrilor inferioare.

Reflexele cutanate și tendinoase sunt păstrate.

Tratament: Urotropină, piramidon, cafeină, etc.

După 10 zile starea generală se agravează, bolnava sucombă.

Autopsia nu s'a putut face.

IV. V. S. de 50 ani, prezintă de câteva zile simptome de gripă, putând totuși să se ocupe de afacerile personale.

La o oră după amiază fiind pe stradă, a simțit o cefalgie puternică și amețeală.

A intrat într'o prăvălie pierzând conștiința și a fost dus acasă. Medicul casei l'a examinat și a constatat o stare encefalitică caracteristică, temperatură 38,8°, rigiditatea cefei, mișcărilor membrelor dureroase, cefalgie rebelă.

Examenul aparatelor, cord, pulmon, nimic deosebit.

Diureza normală, constipație.

Reflexele oculare, fotomotor și la acomodare păstrate. Nu prezintă nistagmus. Nervii cranieni, nimic deosebit afară de dificultatea vorbirii.

Bradipsihie, bradikinezie.

Babinsky nu este.

Tratament: Urotropină, Salicilat.

După 8 zile temperatura revine la normal, durerile în membre și cefalgia persistă. Bolnavul mai prezintă dureri în prostată (suferă de o prostatită cronică).

După 3 săptămâni pacientul este complect sănătos și nu se mai constată nici o sequelă encefalitică.

În rezumat vedem că avem de a face cu 4 bolnavi cari în cursul gripei prezintă o serie de simptome de natură encefalitică.

Bolnavii sunt într'o vârstă variând între 30—50 ani. Afară de un caz letal, în celelalte cazuri, boala n'a lăsat nici o sequelă. Din tabloul boalei unele simptome sunt comune la toți bolnavii, rigiditatea cefei, dificultatea vorbirii, cefalgie cu hipertermie și stare onirică. Lichidul cefalo-rachidian examinat numai în 2-ă cazuri, a prezentat o reacție netă în un caz (65 elemente pe mm³). Lichidul cefalo-rachidian dela primii doi bolnavi a fost inoculat intracerebral la 2 șobolani și animalele au supraviețuit. Cazurile de mai sus se pot alătura de numeroasele cazuri survenite în ultimul timp în diferite țări și la noi în țară.

Recent, Robert Clement face o privire generală asupra epidemiilor encefalitice de care leagă și diferitele apariții sporadice. Autorul, în afară de encefalita tip B observată în Japonia în 1924—1929, în Australia 1933, atrage atenția asupra epidemiei de encefalită acută care a bântuit în America în vara anului 1933 și 1934. Această epidemie s'a întins rapid, astfel că numai în două luni s'au constatat 1100 cazuri, în împrejurimile dela St. Louis (Missouri). Redăm câteva caracteristice ale boalei fiindcă unele simptome le-am constatat și la bolnavii noștri. Această formă atinge cu predilecție oameni mai în vârstă, începe brusc cu o ridicare termică, cefalgie, rigiditatea cefei, somnolență sau stare confuzivă, dificultatea vorbirii. În cea mai mare parte din cazuri, boalele avea un mers rapid, ducând la o vindecare complectă în 2—3 săptămâni fără sequele. Unii autori au constatat însă și o mortalitate de 20%. S'a putut izola un virus de către Muckenfuss, Armstrong și Mc. Cerdock transmitându-l la maimuțe, iar Khessus, Webster și Fite transmitându-l la șoareci. Inoculația intracerebrală la aceste animale era urmate de un sfârșit letal după 4—8 zile.

Departa de noi gândul să facem vreo apropiere etiologică între această epidemie și cazurile noastre, am ținut numai să notăm oarecare simptome comune.

Este locul să amintim că printr-o serie de publicațiuni interesante, D-nii Drăgănescu și Façon au arătat importanța unor neuro-infecțiuni primitive de natură nedeterminată observate la noi în țară și în străinătate. Autorii insistă asupra epidemiilor de gripă care ar putea fi încredințate în determinarea acestor neuro-infecțiuni.

Din studiul unui material de 17 cazuri, autorii au putut distinge următoarele grupuri: a) Cu simptomatologie radiculo-nevritică; b) Cu atingerea periferică la care se adaugă participarea coarnelor anterioare (neuronită anterioară); c) Cu mielită acută; d) Sindrome ophtalmo-neuromielitice; și e) Cu leziune cerebrală. În cele mai multe cazuri a fost constatat elementul gripal. Cazuri asemănătoare ca ale D-lor Drăgănescu și Façon au fost constatate de Greenfield. Autorul crede că această formă de encefalo-mielită acută diseminată este o maladie „per se” la a cărei apariție ar contribui alți factori printre cari ar fi și gripa.

Althaus, Revillod, Simons, Kinn, Parage au observat turburări nervoase în cursul infecției gripale.

Deasemenea Austregessilo a publicat cazuri (1932) în care gripa a determinat turburări ale sistemului nervos vegetativ mai ales parasimpatic.

Mai avem de amintit că în cursul gripei, a fost constatat de Bettina 2 cazuri de laringoplegie, de Musso-Beili și Unimissa Chanum o paralizie a nervului abductor, iar de Wodeck nevralgia trigeminului.

În cursul epidemiei de gripă din 1921, Natroff a constatat un caz de encefalită care a determinat o hemiplegie cu afazie.

Într'un caz de encefalită cu convulsii determinat de influență, Rostan a găsit leziuni meningo-encefalitice și leziuni inflamatorii în rinichi și ficat.

După cum am spus și mai sus, toate aceste cazuri sunt apropiate de D-nii Drăgănescu și Façon de marele grup al neuro-infecțiilor primitive de natură nedeterminată.

Trebuie să punem în acest grup?

Factorul gripal a fost net observat însă pe altă parte simptomele clinice se deosebesc de cele comunicate de autorii de mai sus. Cazurile noastre au fost observate numai în două județe din Valea Târnavelor. Să fie sporadice?

Aceste considerațiuni ne-au determinat să le dăm publicității și de a îndemna pe confrăți să facă cunoscut dacă au observat cazuri asemănătoare.

Astfel se va putea contribui la studiul neuro-infecțiilor cu virus necunoscut, capitol atât de interesant în patologia nervoasă, datorit cercetărilor D-lor D-ri Drăgănescu și Façon.

MAREȘ CAHANE, TATIANA CAHANE et M. SVED: *Considérations sur quelques cas d'encéphalite dans la dernière épidémie de grippe (1935)*.

MAREȘ CAHANE, TATIANA CAHANE und M. SVED: *Betrachtungen über einigen Fällen von Encephalitis in der letzten Grippe-Epidemie (1935)*.

SINDROMUL AZOTEMIC MIXT, IMPORTANȚA SA CLINICĂ ȘI TERAPEUTICĂ

de

Doctorul L. SARDARESCU
Medic Șef de Spital-Timșoara

Cercetările biochimice, studiul echilibrului acid-bază, etc., aplicate în bolile rinichiului au adus în ultimii ani, cunoștințe atât de folositoare și importante, în cât s'ar putea spune că ideile pe care le-am avut acum un sfert de secol și-au schimbat aproape complet aspectul lor — și în ceea ce privește terapeuțica, am ajuns la aplicațiuni practice noi și interesante.

Din cele trei cazuri de bolnavi la care am urmărit cu atenție deosebită evoluția boalei lor și la care aplicațiunile terapeuțice indicate de diferiți autori mi s'a părut de cea mai mare importanță — nu voi descrie decât un singur caz în cele mai mici amănunte.

Trebue să arăt că într'un caz de hiperazotemie prin cloropenie nu i s'a făcut rechlorațiunea din cauza unor împrejurări, și acest individ a sucombat.

Celelalte trei cazuri se identifică cu observația clinică pe care o redăm mai jos.

Bolnavul P., pescar, de 28 ani, acuza dureri lombare. Febra oscila între 39—40°, prezenta timpanism abdominal, limba saburală.

Sero-diagnosticul Widal făcut la timp și în două rânduri a fost negativ; s'a diagnosticat o gripă gastro-intestinală.

După 12 zile temperatura scade; totuși pulsațiunile se mențin între 110—115 pe minut; bolnavul urina numai 250 grame de urină de culoare roșie și cu o apreciată cantitate de albumină.

Ureia în sânge s'a găsit 6,20 gr.

La a 20-a zi deși cu o diureză mai abondentă, totuși bolnavul acuza astemie, anorexie și în cele din urmă au apărut vărsăturile; a 22-a zi vărsăturile continuau și a început și diareea.

Tensiunea arterială era 16/9 (Vaquez-Laubry).

S'au prescris clisme cu ser fiziologic în cantitate de 400 grame, deasemenea s'au administrat și injecții subcutanate de ser fiziologic, circa 250—300 grame.

Cu începere dela a 23-a zi, am administrat clisme cu ser fiziologic „în picătură” dela 200—600 grame zilnic. Pe fiecare zi se constată o ameliorare vădită; mai întâi au încetat vărsăturile și apoi diareia; în a 34-a zi de boală starea bolnavului era mai bună, urina nu mai conținea albumină, deci s'a observat o adevărată resurecțiune.

Sângele conținea 1,1 grame ureie; a 40-a zi diureza s'a stabilit complet și ureia în sânge scăzuse la 0,60 grame.

Pe zi ce trecea bolnavul își recăpăta forțele, i s'a autorizat o alimentație din legume, cartofi prăjiți, supe, puțină pâine și chiar sare.

A 42-a zi diureza s'a micșorat și urina conținea albumină.

S'a revenit la regimul lactat absolut pentru 48 ore; după aceea bolnavul și-a reluat starea sa bună, a început să se alimenteze și a 45-a zi părăsește patul.

Din toată expunerea clinică a acestui bolnav, se desprind următoarele puncte demne de reținut:

- 1) Cantitatea enormă de uree în sânge;
- 2) Tensiunea arterială deși puțin ridicată se poate spune totuși normală;
- 3) Dispariția bruscă a simptomelor de anorexie, vărsături și diaree după rechlorațiune cu ser fiziologic și chiar alimentațiune cu sare.

Aceste caractere evidente m'au dus la ideia, dacă nu m'ași găsi în prezența cazurilor descrise de *Blum*, *Vancaulaert* și *Grabar* sub titlul de: SINDROMUL AZOTEMIC MIXT, numit astfel căci la azotemia renală se adaugă și azotemia prin lipsă de sare (cloropenie).

* * *

Intr'adevăr în ultimii ani o pleiadă de cercetători au găsit în cursul unor anumite nefrite o hipocloremie.

Studiul bio-chimic al sângelui în diferite alterațiuni al tractului gastro-intestinal cu privire la hiperclorurațiune a dat la iveală rezultate frumoase; distribuirea clorului și mai ales acțiunea sa asupra deshidratațiunii și regulațiunii *acid-bază* a fost din cele mai fericite.

Hartwell și *Houget* au observat că în obstrucție intestinală, deshidratațiunea este factorul principal al toxemiei. Câinilor cu intestinul subțire obstruat, li s'a prelungit viața dacă li se administra lichide sub formă de ser fiziologic. *Hadën* și *Orn* au constatat scăderea clorurilor în cazurile de obstrucție intestinală. S'a mai găsit și alterațiuni ale sângelui: deshidratare, hipocloremie, alcaloză, mărirea azotului neproteic, accelerarea catabolismului țesuturilor cu mărirea escrețiunii azotoase. Tratamentul consta în a administra o soluție de ser fiziologic cu sau fără glucoză.

Același lucru s'a putut observa și în cazurile cu vărsături în pancreatitele hemoragice în urma injecțiunilor cu apomorfina, în stenoza pilorică sau duodenală cu vărsături, în vărsăturile incoercibile ale sarcinei.

În cele mai dese cazuri diminuarea clorului, nu pare a fi o

turburare umorală izolată și că cloropenia sanguină duce în mod fatal mai de vreme ori mai târziu, la alte turburări și mai grave, cum este *azotemia*; cu alte cuvinte există un echilibru constant între metabolismul clorului (hipocloremie) și azotemie.

Rathery și *Rudolf* au publicat în 1928 prima observație a unui caz de azotemie prin cloropenie izolată și individualizată: bolnavul lor cu spasm al pilorului supus unui tratament declorurat, a prezentat vărsături repetate, cu cloropenie și azotemie bine dovedite; supus unei rechlorurațiuni, vărsăturile au încetat, clorurii plasmatici au crescut și azotemia a diminuat.

Același bolnav a prezentat în două epoci ulterioare același sindrom și de fiecare dată rechlorurațiunea îl vindeca.

Blum, *Vancaulaert* și *Grabar* au publicat asemenea cazuri cu vindecări prin rechlorurațiune și au insistat asupra acestui sindrom de azotemie prin lipsă de sare.

Din punct de vedere practic se desprinde însemnătatea, că un regim declorurat continuat multă vreme, face să agraveze accidentele azotemiei și că o rechlorurațiune când trebuie, după cum vom vedea, atenuează brusc manifestațiunile acestui sindrom (*Merklen*).

Hipocloremia ca fenomen constant în oligurii și anemii era necunoscută până la lucrările lui *Blum*.

El a pus în evidență existența azotemiei prin lipsă de sare și a arătat că această carență de sare poate agrava turburările datorite leziunilor renale.

Unii autori au încercat a explica hipocloremia, grație unei atonii gastro-intestinale; însă s'a observat și diareea în hipocloremie și deci s'a părăsit această teorie.

Chabanier, *Lobo-Onell*, *Lelu*, au găsit în hipocloremie o excitație exagerată a centrului bulbar al vărsăturilor, alții a centrului respirator; rechlorurațiunea a calmat acest sindrom al vărsăturilor.

Autorii de mai sus cred, că din perturbațiunea în metabolismul proteinelor, ce apare cu declorurațiunea organismelor — ar rezulta o substanță cu putere excitatoare asupra centrului respirator ori bulbar.

Această perturbațiune în metabolismul proteinelor, *Chabanier* o explică printr'o mărire a dezasimilației proteinelor (cum se constată din studiul azotului neproteic din plasmă) și nu prin vre-o alterațiune calitativă a dezintegrării lor și el conchide: a) Lipsa mediului interior în sare nu lucrează direct asupra centrului bulbar al vărsăturilor, și b) Ceeace excită acest centru este o substanță toxică rezultată din alterațiunile proteinelor.

În concluziune: mecanismul fiziopatologic s'ar petrece în modul următor: turburările produse la nivelul rinichiului, consecința alterațiunilor metabolismului general, influențează mult asupra porțiilor elementelor din sânge și asupra distribuiri lor; s'a observat variațiuni în rezerva alcalină, alterațiunea lui p H și modificări în repartiția ionilor: *clor* și *sodiu*.

Blum, *Vancaulaert* au demonstrat că orice acidoză intensă și persistentă, este însoțită de pierderea ionilor clor și sodiu, care

scad progresiv până la declorurațiune; oprirea sărurilor de a fi introduse în organism lipsesc mediul interior, de clor; țesuturile având nevoie, iau din sânge o cantitate de clor necesară; în sânge se produce o cloropenie prin faptul că în țesuturi s'a fixat clorul (cloropexie); cum între azot și cantitatea de cloruri există un echilibru constant, se înțelege că diminuarea unuia implică mărirea celuilalt și ca atare în urma cloropeniei, cantitatea de uree crește până la o limită, peste care se produce o toxemie puternică a organismului; atunci acestea excitând centrul bulbar al vărsăturilor sau centrul respirator, apar vărsăturile și diareea, care și ele la rândul lor elimină o cantitate mare de cloruri producându-se în acest caz o declorurație manifestă în organism. Reclorurația organismului face să se restabilească echilibrul dintre cloruri care cresc în raport cu azotemia care diminuează ori dispere.

METABOLISMUL CLORULUI ȘI MECANISMUL HIPOCLOREMIEI.

Cauzele de ordin mecanic și funcțional ori bio-chimic care influențează variațiunile metabolismului clorului ar fi:

1) **Cloropexia.** Blum a găsit adese-ori în uremie, (ca și în acidoza diabetică), o acidoză cu diminuare de sodiu și clor, lucru ușor de explicat dacă se admite că există un schimb reciproc de elemente minerale între sânge și țesuturi. Autorul a demonstrat că în azotemia extra-renală fixațiunea de cloruri se face pe substanța cerebrală; se remarcă o cloropexie poliencefalică.

2) **Oprirea sărurilor de a fi introduse în organism.** Acestui act de natură exogenă nu i s'a dat toată atenția cuvenită căci, suprimarea sărurilor joacă un rol foarte important în metabolismul clorului. Influența lor asupra deshidratațiunii, asupra intensității fenomenelor toxice, asupra alterațiunilor substanțelor proteice și mai ales asupra diurezei renale, este prea bine cunoscută.

Dacă unui bolnav nu i se dă nici un lichid, nici alimente, se suprimă în acest caz și clorurii cari vor diminua, în mod fatal, în cantitate, în driferitele medii organice.

Acest lucru s'a pus în evidență prin reclorurațiune sau tratament sero-terapeutic, căci cu acest tratament făcut subcutanat, intrarectal, per-os sau intrarachidian, se obține revenirea tabloului humoral în mod progresiv, adică mărirea clorurilor și a glucozei și o diminuare a albuminelor atât în sânge cât și în lichidul cefalo-rachidian; ca urmare, apare poliuria, starea generală cu atenuarea sau suprimarea simptomelor cardinale se obține imediat.

Lipsa de săruri intervine încă în funcțiunile de coordonare a sistemului nervos central. Wyss arată că după o absorbție de bromuri în mare cantitate, clorurii diminuează și imediat apar simptome de paralizie; faptul e datorit nu acumulării de bromuri, ci eliminării exagerate de cloruri, căci administrarea de cloruri de sodiu face să dispară complet aceste manifestațiuni.

3) **Participarea renală.** Rinichiul îndeplinește două mari funcțiuni cu un rol activ în echilibrul acid-bază.

Prin funcțiunea sa excretorie, el elimină sărurile și acizii organici, prin funcția amoniacală el elaborează în parenchimul său mari cantități de amoniac (Nasch și Benedict).

Turburările parenchimului renal, consecința metabolismului general alterat, influențează asupra proporțiilor elementelor din sânge și asupra distri-

buirei lor; s'a observat variațiuni în rezerva alcalină, alterațiunea lui pH și modificări în repartiția elementelor clor și sodiu.

S'a dovedit că această acidoză este însoțită de pierderea de cloruri de sodiu care scad progresiv până la declorurațiunea organismului.

Se știe că sângele își păstrează totdeauna o concentrațiune fixă grație unui mecanism regulator; această concentrație este asigurată printr'o excreție renală abondentă și prin trecerea lichidelor în țesuturi și în lichidul cefalo-rachidian, care lichide iau cu ele fie substanțele normale, fie străine, aflate sau introduse în sânge (Achard, Loeper).

Clorul, fiind cel mai difuzibil va fi împins cel dintâi, producându-se astfel o hipocloremie cu cloropexie; von Slyke a arătat că pH este asigurat tot prin repartiția clorului, căci el acidificând plasma a constatat o deplasare a clorului către globule; e un mijloc de compensațiune, căci clorul lăsând liber sodiul în plasmă acesta neutralizează acizii, combate deci acidoza; acidoza explică și hipocloremia.

Cauzele mecanice ale declorurațiunii sunt:

4) **Expectorațiunea.** În mod normal în expectorațiuni media clorurilor este de 2—3 gr. la litru, în pneumonii această medie se dublează: 5—7 grame la litru.

Segura dând unui pneumonic 10 grame de cloruri, în expectorație a găsit 5—14 grame; dacă se suprimă clorurii în 48 de ore se revine la normal.

El atribuie retențiunea de cloruri unor leziuni ușoare renale produse de toxinele endo sau exomicrobiene purtate de sânge și care ar face rinichiul impermeabil pentru aceste săruri; organismul caută atunci să scape de acest exces prin febră, prin eliminarea lor pe diferite căi de suplinire și prin dizolvarea acestor cloruri în lichidele interstițiale și în protoplasmă.

5) **Vărsăturile.** S'a demonstrat în mod experimental influența vărsăturilor frecvente asupra demineralizării organismului și asupra modificărilor bio-chimice ale sângelui.

Pentru unii autori, acidul clorhidric din sucul gastric, provine din clorurii din sânge; mai mult, se presupune că majoritatea clorului sanguin ($\frac{2}{3}$), ar trece în sucul gastric. Acest singur fapt ar explica eliminarea clorurilor în vărsături.

De altfel s'a probat că în afară de alterațiunile metabolismului clorului, datorit leziunilor renale, eliminarea clorurilor prin vărsături ar putea fi și o cauză a declorurațiunii generale. Widal și Javal în 1904 studiind cloruremia gastrică au găsit că, la anumiți uremici cu vărsături, cantitatea de clor vomitat depășea cantitatea ingerată: „Bolnavii ingerau pur și simplu apă lactozată și vomitau apă sărată”.

La aceasta se mai adaugă pierderile rezultate din metabolismul fenomenelor respiratorii, care sunt exacerbate prin intoxicațiunea generală și prin persistența vărsăturilor. Pentru Ambard, în acidoză întovărășită de vărsături, ar fi o supraîncărcare clorhidrică a centrilor bulbari, o micșorare a ventilațiunii și o epuizare a sărurilor baze bicarbonatate.

Se poate deasemenea admite o eliminare pe căile respiratorii a multor compuși ai clorului sub formă gazoasă. Eliminarea lichidelor și a sărurilor prin vărsături, deshidratarea pe care o produc, stimulează declorurațiunea organică și provoacă hipocloremia.

Rudolf, Vancaulaert, Stahl și Hofstein au remarcat la anumiți nefritici cu hipocloremie, persistența vărsăturilor.

Rathery și Rudolf au afirmat că: „Odată cloropenia instalată, întreține din cauza sa vărsăturile; vărsăturile declorurează organismul și se constituie un cerc vicios în sensul că: cu cât un organism se declorurează, cu atât el vomită mai mult și cu cât vomită mai mult cu atât se declorurează; reclorurațiunea însă, face să diminue sau să înceteze vărsăturile”.

Cloropenia. Cloropenia este consecința vărsăturilor și a diareei. Azi este lucru bine cunoscut că există o azotemie prin carență de sare în vărsăturile abundente, când este vorba de o stenoză pilorică sau duodenală, în ocluzie intestinală, în vărsături ale sarcinei, în injecții cu apomorfina în care cazuri Gosset, Binet și Dutailis au obținut încetarea vărsăturilor prin reclorurațiunea.

Hiperazotemia pare a avea o explicațiune mai ușoară prin faptul că secreția renală fiind suprimată (oligurie ori anurie), substanțele care ar trebui să se elimine prin rinichi, se acumulează în sânge și din corpii azotați, ureia, e cea mai importantă.

Am arătat mai sus că proveniența azotemiei provine și din perturbațiunea metabolismului proteinelor.

* * *

La bolnavul nostru am putut constata o nefrită primitivă caracterizată prin oligurie și albuminurie.

Acest sindrom oliguric sau anuric, prezintă 2 faze umorale:

1) O fază cu azotemie destul de mărită și, o a 2-a fază ce s'a manifestat prin vărsături și diaree.

Autorii din Strasburg au constatat la prima fază, pe lângă hiperazotemie și o diminuare a rezervei alcalinei. Ei explică această acidoză prin hipocloremie, datorit faptului că clorul plasmatic se deplasează în țesuturi unde se fixează (clorplexie); în a 2-a fază a vărsăturilor și a diareei, pierzându-se o enormă cantitate de sare, se constată o cloropenie, cu alte cuvinte, în prima fază, deși este o hipocloremie — nu există hipoclorurațiune a organismului, căci clorul aproape în întregime se găsește fixat în țesături; lucru ce pare că este enorm modificat în faza a 2-a a vărsăturilor, unde există cu adevărat hipocloremie cu accentuată hipoclorurațiune, în acest caz clorul fiind eliminat prin vărsături.

Această distincțiune ni se pare că are o mare însemnătate practică: în prima fază, cu toate că există o hipocloremie, nu este hipoclorurațiunea organismului și deci administrarea de sare nu pare indicată; în faza 2-a când apar vărsăturile, pe lângă cloropenie, există și o hipoclorurațiune a întregului organism și o terapeutică de reclorurațiune se impune de astădată.

Cum fenomenele de hipocloremie, ca și vărsăturile caracterizează totdeauna imaginea umorală la o anurie fie secretorie sau excretorie în cursul unor nefrite acute sau cronice, toți autorii au tras concluziunea, că aceste 2 fenomene nu sunt complicațiuni adăogate sau banale, ci ambele fac parte integrantă din acest sindrom și că orice nefrită cu oligurie sau anurie se termină cu cloropenie (*Cristan*).

Dacă pentru unii autori hipocloremia anurică sau oligurică

este considerată ca un simptom constant (*Vancaulaert, Pétrequin*), acest simptom are o mare importanță în prognosticul bolnavului: „In multe anurii — zic autorii — sau în nefritele oligurice, moartea „este datorită, nu inflamației rinichiului, care împiedică excrețiunea „urinei, ci hipoclorurației constante, care prin turburările funcționale ce ea provoacă la nivelul rinichiului, îl împiedică de a se „creta — chiar când din punct de vedere anatomic leziunea sa a „dispărut sau a regresat”.

Dacă admitem această ipoteză, evoluția boalei în cazul nostru ar fi următoarea: 1) Rinichiul este cel dintâi lezat și el devine organul cel mai sensibil la orice pierdere de clor (*Rathery*); 2) Marea pierdere de clor este datorită: a) Insuficienței lui în ingesta, și b) Vărsăturilor și diareei — după care urmează o hiperazotemie cu persistența unei stări comatoase (*Blum & Weil, Gosset, Binet*); 3) Regimul clorurat sau rechlorurațiunea prin ser fiziologic face să reinvie bolnavul, primul efect al administrării sale fiind reducerea azotemiei.

Noi am întrebuințat ser fiziologic și nu hipertonic, deși unii autori apreciază că cecea este mai important, este concentrațiunea serului și nu cantitatea de cloruri (*Chevasu*), alții țin seamă mai mult de masa de lichid administrată odată cu sarea (*Merklen*); 4) Administrând sare se observă că depășind o oarecare măsură albumina reappare — ca la cazul nostru, — cu alte cuvinte a reapărut brusc leziunea renală primitivă. Intr'adevăr — și aici e lucru important — nu azotemia a reapărut ci albuminuria care după un regim lactat a dispărut din nou; „căci — după cum zice *Cristan* — „este destul de evident că azotemia nu poate fi influențată de rechlorurațiune, decât în măsura în care aceasta este în legătură directă „cu cloropenia și nicidecum cu leziunile renale”.

Trebuie să recunosc că examenele de laborator, ca: dozajul clorului plasmatic, globular, în lichidul cefalo-rachidian, căutarea rezervei alcaline, nu s'a făcut.

Cazul nostru este asemănător cu observațiunile lui *Ratehry* și a școalei din Strasburg, din care se evidențiază sindromul oliguric ca rezultat al unei nefrite, caracterizat prin 2 fenomene: a) Hiperazotemie ce este determinată de hipocloremie, și b) De vărsături și diaree ce dispar brusc prin rechlorurațiune.

Existența unui echilibru aproape constant între metabolismul clorului și al ureei a fost demonstrat de *Achard, Rathery, Rudolf*.

Laudat ajunge la următoarele concluziuni: dacă ureea sanguină este aproape de normal (0,50—1 gr.) și cloremia este tot aproape de normal; cu o azotemie de 1—2 grame hipocloremia este frecventă, dacă ureea trece peste 2 grame, hipocloremia este de regulă. *Rudolf* în teza sa admite un adevărat sindrom de „carență de clor”, cu vărsături repetate, cu vertige, astenie, ce merg până la prostațiune cu azotemie dela 1—3—6 grame și care sub influența rechlorurațiunii dispar destul de repede toate aceste fenomene.

Conduita practică de modul cum am putea să ne comportăm la cazurile de azotemie prin hipocloremie, ar fi: a) In prima fază când se constată acidoza (hipocloremie cu cloropenie), rechlorurațiune

nea nu este indicată, căci rinichiul este încă inflammat. Acidoza se combate cu alcaline, bicarbonat de sodiu per-os, ori rectal și acest lucru când organismul ar fi slăbit, altfel el are substanțele tampon *).

Mărirea concentrației moleculare a sângelui, se combate cu mari cantități de ser fiziologic ori glucozat, subcutanat ori rectal, care hidratează organismul; injecțiile intravenoase sunt contra indicate, căci măresc presiunea sanguină și s'ar repercuta tocmai asupra unui rinichi bolnav.

b) În a 2-a fază a vărsăturilor și diareei, reclorurațiunea este formal indicată, se recomandă a o administra cu prudență (obiectul de control este apariția albuminei) și a nu începe decât a 5-a sau a 6-a zi. Administrarea de sare este indicată nu spre a vindeca rinichiul ci de a combate hipocloremia.

S'ar putea spune că reclorurațiunea are o mare importanță în viitor, mult mai mult ca decapsulațiunea, care are multe riscuri și puține șanse de vindecare.

CONCLUZIUNI:

a) După formula lui Achard se poate spune că printr'o terapeutică prudentă și supravegheată în deaproape — cunoaștem astăzi un tratament de urgență la nefretici, care ne poate da cele mai frumoase rezultate mai ales la cei tineri, unde alterațiunile renale nu sunt profunde.

b) Din punct de vedere terapeutic se desprinde importanța clorului în mediul organic, adică menținerea unei limite a clorului pentru buna funcționare a celulei renale.

„Regimul declorurat nu trebuie considerat ca un regim — à „*tour faire* — în orice nefrită — zice *Rathery* — și că azi un nefritic „nu trebuie a fi tratat fără a nu ne preocupa de modul cum se „comportă organismul lui față de clor”.

c) Din punct de vedere practic, dat fiind dificultățile de cercetare de laborator și chiar a interpretărilor delicate a rezultatelor obținute, *Laudat* ne dă oarecare indicațiuni practice cu privire la cloropenii: cloropenia e de regulă, când ureea din sânge depășește 4 grame și din acest moment se poate recurge la reclorurațiune; alți autori (*Vanculaet, Petrequin*), recomandă reclorurațiunea, când diureza reîncepe, când ureea sanguină nu descrește și când apar și vărsăturile; noi am urmat ultima cale.

Nu trebuie să perdem însă din vedere existența unei nefrite primitive, căci reclorurațiunea tratează numai cloropenia, acțiunea ei s'a arătat nulă, asupra nefritei, ba chiar poate fi vătămătoare, atunci când nu se întreprue regimul de sare la timp.

I. SĂRDĂRESCU: *Le Syndrome azothémique mixte. Son importance clinique et thérapeutique.*

I. SĂRDĂRESCU: *Der gemischte Azothämische—Syndrom. Seine klinische und therapeutische Wichtigkeit.*

*) Revista Sanitară Militară 2—3 din 1929 de D-r Sărdărescu.

DESPRE PELAGRA

de

D-r IOSIF LEONIDA

Med. Circ. Posești-Prahova

Motto: Confluxio una, conspiratio una, consentientia omnia. (Hippocrate).

Alături de cauzele etiologice ale pelagrei trebuie admisă intervenția unui factor constituțional datorit unui dezechilibru pluriglandular, precum și prezența în organism a unor substanțe toxice foto-sensibilizante de proveniență exo sau endogenă.

Intr'un articol foarte bine documentat („Cauzele pelagrei în lumina cercetărilor actuale”, apărut în revista „Mișcarea Medicală Română”, No. 1-2/1935, pag. 83), D-l D-r Iuliu Nitzulescu, expune sintetic toate rezultatele obținute pe cale experimentală și clinică în cercetările întreprinse pentru elucidarea etiologiei pelagrei.

Problema pelagrei este una din cele mai interesante, mai înțâiu fiindcă nu s'a ajuns la o rezoluție științifică definitivă a ei și apoi, pe noi românii ne interesează și mai mult fiind pelagra — pe lângă tuberculoză și sifilis — un flagel social.

„Mal della miseria” — cum îi mai spun italienii pelagrei — acest flagel social interesează aproape exclusiv populația rurală, ceea ce constituie o deosebire fundamentală cu celelalte două flageluri sociale.

Practicând medicina la țară și având ocazia să observ un număr de câteva sute de pelagroși, îmi permit să aduc și eu o mică contribuție la această problemă.

Observația clinică a pelagrei chiar la țară, adică în ambientul unde se produce, cred că are un avantaj asupra observațiilor culese pe cale experimentală, deoarece acestea introduc condițiuni — în mod neîndoios — artificiale, cărora apoi, când fenomenele trebuie a fi interpretate, li se atribue o valoare pe care efectiv nu o au.

Mai înainte de a face critica diferitelor teorii emise pentru

a explica etiologia pelagrei, să-mi fie îngăduit să reamintesc un principiu de logică științifică, care trebuie să fie la baza oricărui raționament și nu trebuie să fie contrazis de nici o concluzie teoretică.

Este vorba de *principiul determinismului*.

În baza acestui principiu, pentru ca un fenomen A să fie considerat cauza unui fenomen B, se cere următoarele condițiuni:

1) Ori de câte ori se produce fenomenul A, îi succede fenomenul B. Pentru a nu cădea însă în sofismul „Post hoc, ergo propter hoc”, trebuie ca această condiție să se fi verificat un număr mare de ori.

2) Ori de câte ori fenomenul A nu se produce, lipsește și fenomenul B, (contra probă).

În fine, pentru a consolida și mai mult temeinicia concluziilor, și când aceasta este posibil.

3) Ori de câte ori variază fenomenul A, variază și fenomenul B.

Aplicând acest principiu de logică științifică în medicină, s'a ajuns a se stabili *definitiv* etiologia tuberculozei (bacilul lui Koch), etiologia sifilisului (spirochaeta pallidum a lui Schaudinn), etc.

Rămâne să aplicăm acest principiu la pelagră, sau mai bine zis rămâne de văzut dacă teoriile emise pentru a explica etiologia pelagrei rezistă unei critici bazate pe acest principiu.

Să considerăm mai întâi — ca fiind mai importantă — teoria avitaminozei.

După această teorie, pelagra ar fi o avitaminoză, adică o maladie de nutriție, datorită lipsei unei — sau mai multor — vitamine în alimentația unilaterală a țaranului.

Au fost alimentați șoareci, șobolani, câini, epuri, cu diverse regimuri avitaminozice, pelagrogene și s'ar fi obținut experimental o boală, care după unii ar avea analogie, după alții ar fi chiar identică, în fine după alții n'ar avea nici cea mai mică asemănare cu pelagra umană.

Se știe că în chestie de metabolism, două chestiuni sunt de importanță capitală:

1) Aportul diverselor substanțe (proteine, grăsimi, carhidrați, apă, săruri, hormoni, vitamine), cu alimentele, și

2) Capacitatea organismului de a utiliza aceste substanțe.

Astfel că, întotdeauna când se constată un sindrom carențial oarecare, se pune întrebarea:

„Este datorit acest sindrom carențial aportului alimentar insuficient sau incapacității organismului de a utiliza substanțele respective?”

Și astfel, diferiți autori (de ex. Kramer și Ederer), au introdus concepția *avitaminozei endogene, datorită nu unui aport alimentar insuficient de vitamină, ci incapacității organismului de a utiliza vitaminele respective*.

Trecând peste lipsa de acord a diferiților cercetători în interpretarea fenomenelor, să considerăm cum se prezintă pelagra în condițiuni naturale, adică la țară.

Aci se observă următorul fapt de importanță capitală:

Intr'o familie în care toți membrii — tata, mama și copii — au acelaș regim alimentar, numai o persoană se îmbolnăvește de pelagră.

Dacă ar fi adevărată teoria avitaminozei, în baza principiului determinismului, ar trebui ca toți membrii familiei să fie pelagroși.

Ori, deși am observat câteva sute de pelagroși, niciodată nu mi-a fost dat, să constat o familie întreagă de pelagroși.

Logica ne impune, deci, să respingem această teorie. Ceeace am spus despre o familie, se poate repeta pentru o grupare de familii, cari constituie un cătun sau un sat. Alimentația diferitelor familii diferă prea puțin — ași spune chiar nu diferă dela o familie la alta, cu toate acestea, nu toți locuitorii unui sat sunt pelagroși.

Tot acelaș principiu de logică științifică ne face să respingem și teoria, care pe lângă avitaminoză, mai atribuie și mizeriei, în care locuiesc și trăesc țăranii, ivirea pelagrei.

Repet: *toți membrii unei familii, locuind, trăind și alimentându-se exact în aceleași condiții* (fenomenul A), *ar trebui ca toți să fie bolnavi de pelagră* (fenomenul B), *altfel nu putem admite drept cauză a pelagrei condițiile mai sus incriminate* (avitaminoza și mizeria).

Am vorbit de avitaminoză în general; trebuie să reamintesc însă că diferiți autori nu sunt încă de acord asupra vitaminei speciale, care ar fi în cauză. Dar aceasta nu ne mai interesează, deoarece critica rămâne, fie că se tratează de o vitamină sau de alta, sau de mai multe.

Mutatis mutandis, vom respinge și *teoria carenței minerale* (Fe, K) *teoria carenței amino-acide* (triptofan, lizină), *teoria substanțelor toxice* (maidice sau nemandice).

O particulară mențiune merită *teoria substanțelor toxice fotosensibilizante*, care pleacă dela observația precisă că pelagra are recrudescențe primăvara și se atenuază toamna. Vom vedea mai jos că această teorie trebuie complectată cu o alta, anume cu teoria constituțională.

Aceasta din urmă atribuie constituției individului partea cea mai importantă în etiologia pelagrei.

Dar mai înainte de a trata despre teoria constituțională a pelagrei, doresc să fac câteva observații critice asupra unei noi concepții despre patogenia pelagrei, expusă de D-l D-r Robert Flincker într'un articol, apărut tot în revista „Mișcarea Medicală Română” No. 1-2/1935, pag. 40.

Acest autor întrevăzând oarecare asemănare clinică între anemii pernicioasă Biermer și pelagra, se crede îndreptățit a aplica pelagrei teoria gastrogenă a patogenezei boalei lui Biermer.

D-sa a constatat modificări în chimismul gastro la toți pelagrosii și atribuie tulburarea funcțională gastrică unei alimentații inadecvate cu mâncări greu de mistuit, ca mălai (mămăligă), varză, fasole, castravete, ș. a., precum și abuzului de băuturi alcoolice.

Deasemenea, „toate schimbările patologice, cari pot provoca turburări gastro-intestinale, pot avea și ca urmare o îmbolnăvire de pelagră”¹⁾).

Este foarte ușor, după cele spuse mai sus, a combate această nouă concepție a patogenzei pelagrei.

Mai întâiu nu putem pricepe de ce o repartitie așa de inegală a pelagrei la sate și la orașe, când nu s'a dovedit încă o repartitie tot așa de inegală la sate și la orașe a diferitelor afecțiuni gastro-intestinale, cari pot avea ca urmare, după Flinker, pelagra.

Al doilea, revenind la concepția hippocratică, după care o boală nu trebuie localizată la un anumit organ, ci trebuie înțeleasă ca fiind bcala „totius substantiae”, concepție cristalizată în aforismul hippocratic pus în fruntea acestui articol, este evident că în pelagră care este o boală care interesează întreg organismul, trebuie „per forza” să găsim modificări și în chimismul gastric, dar aceasta nu ne îndreptățește a considera aceste modificări drept patogenia pelagrei, ci, pe drept cuvânt, ca un simplu simptom pe lângă celelalte multe ale pelagrei.

Al treilea, când se știe câte dificultăți de interpretare oferă modificările chimismului gastric atunci când este vorba de afecțiunile proprii ale stomacului (ulcer, gastrită, cancer, nevroză), cum vom putea noi considera modificările chimismului gastric caracteristice și de importanță capitală pentru pelagră?

În fine, D-l D-r Flinker nu spune dacă în cercetările d-sale, a luat în considerație și așa zisul „factor intrinsec” al lui Castle, absenței căruia s'ar datori, după unii autori moderni, maladia lui Biermer, care, după alții însă, n'ar fi decât o reticulo-endoteliroză!

Dar să revenim la teoria constituțională a pelagrei. Un prim fapt care rezultă din statistici, este frecvența pelagrei mult mai mare la sexul feminin decât la cel masculin. Reproduc, din articolul citat al d-lui D-r Nitzulescu, următoarele date:

FRECUENȚA PELAGREI DUPĂ SEX

România în general . . .	69% sex feminin	Babeș
Plasa Tomești (Iași) . . .	79% „ „	Inst. Hig. (Iași)
Statele Unite (Missisipi) .	72% „ „	Nitzulescu
Rusia (Georgia)	73% „ „	Kandelaki

În circ. med. Posești jud. Prahova, am observat 471 cazuri, dintre cari 88 (18,7%) de sex masculin și 383 (81,3%) de sex feminin. Dar, ceea ce ne surprinde este că nici d-l D-r Nitzulescu, nici toți ceilalți autori citați de d-sa, nu ia în considerație factorul VÂRSTA. Complectând această lacună și repartizând cele 471 cazuri de pelagră, observate de mine, după sex și vârstă, obținem următorul tablou:

1) Robert Flinker, loco citato.

TABLOU DE FRECVENȚA PELAGREI DUPĂ VÂRSTĂ ȘI SEX

	Până la 2 ani	2—5 ani	5—15 ani	15—30 ani	30—45 ani	45 ani în sus	OBSERVAȚIUNI
Bărbați	0	1 (1,1%)	14 (15,9%)	14 (15,9%)	16 (18,2%)	43 (48,9%)	Cifrele în paranteză se raportează la num. total de bărb. pelagr. observați (88).
Femei	0	6 (1,6%)	15 (3,9%)	118 (30,8%)	151 (39,4%)	93 (24,3%)	Cifrele în paranteză se raportează la num. total de femei pelagr. observate (383).
Bărbați și femei	0	7 (1,5%)	29 (6,1%)	132 (28%)	167 (35,4%)	136 (28,9%)	Cifrele în paranteză raportează cazurile observ. la o anumită vârstă la num. total de cazuri observ. (471).
Frecuența pelagrei în procente, după vârstă	0	14,3% (85,7%)	48,3% (51,7%)	10,6% (89,4%)	9,6% (90,4%)	31,6% (68,4%)	Cifrele în paranteză se referă la sexul feminin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din acest tablou observăm că:

1) Morbiditatea pelagrei la copii este foarte mică, 7 cazuri (1,5%) dela 2—5 ani, 29 cazuri (6,1%) dela 5—15 ani.

2) *Dela epoca pubertății în sus (15 ani) morbiditatea foarte mare* și anume: 132 cazuri (28%) dela 15—30 ani, 167 cazuri (35,4%) dela 30—45 ani. În total 299 cazuri (63,4%) în perioada maximei activități sexuale. Dela 45 ani în sus 136 cazuri (28,9%).

3) Pe câtă vreme însă la bărbați, dela 15—45 ani avem 30 cazuri (adică raportându-ne la numărul total de bărbați pelagrosi) = 34,1%, la femei avem, tot în aceeași perioadă de vârstă 269 cazuri = 70,2%²⁾. *Ací este diferența specifică între cele două sexe, aceasta este cheia problemei pelagrei: vârsta maximei morbidități a pelagrei coincide cu vârsta maximei activități genitale, resp. ovariene.*

4) Dela 5—15 ani, atunci când caracterele sexuale secundare nu sunt încă definite, procentele relative ne arată o frecvență mai mare la bărbați ca la femei, (15,9% : 3,9%). Deasemenea, dela 45 ani în sus, atunci când activitatea sistemului glandular endocrin se estompează, procentele relative ne arată o frecvență mai mare la bărbați (48,9% : 24,3%). În cifre absolute însă vedem că, dela 5—15 ani avem 14 bărbați (48,3%) și 15 femei (51,7%) — deci o ușoară preponderență a sexului feminin, — dela 45 ani

2) Dela 15-30 ani, bărbați 10,6%, femei 89,4%; dela 30-45 ani, bărbați 9,6%, femei 90,4%.

în sus avem 43 bărbați (31,6%) și 93 femei (68,4%) — deci iarăși o netă preponderență a sexului feminin, nu însă așa de accentuată ca în perioada maximei activități sexuale.

Din aceste observații putem deduce următoarele:

Dat fiind frecvența pelagrei mai mare la sexul feminin (81,3%), dat fiind că, morbiditatea mai mare a pelagrei se prezintă la vârsta de 15—45 ani, care coincide cu vârsta maximei activități sexuale, trebuie să considerăm glandele genitale — în special ovarul — ca acel factor constituțional despre care fu vorba mai sus, de care depinde manifestația sindromului pelagros. Și mai precis, vom considera pelagra ca un sindrom endocrinopatic, de insuficiență genitală (în special ovariană), care determină secundar turburări în domeniul celorlalte glande endocrine, cari, prin activitatea lor sinergică cu glandele genitale, prezidă funcțiunea sexuală.

Totul concordă cu acest mod de a vedea.

Că, dela 45 ani în sus avem încă o morbiditate mare, faptul se explică prin aceea că fenomenele de insuficiență genitală (în special ovariană) și turburările endocrine secundare se accentuează și ele dela această vârstă în sus.

Periodicitatea care se observă la pelagră, cu recrudescențe primăvara și cu atenuare până la dispariție toamna, ne face să ne gândim că după cum în lumea animală factorii cosmici influențează ciclul activității sexuale, apărând oestrul constant la anumite epoci ale anului, tot astfel este probabil că factorii cosmici influențează și glandele endocrine ale omului și prin intermediul lor tot organismul, făcând astfel să se producă, la anumite epoci ale anului, sindromul pelagros.

Turburările gastro-intestinale, precum și turburările profunde ale metabolismului, cari duc la o stare de cachexie progresivă în pelagră, se pot deasemenea atribui unui dezechilibru pluriglandular. Voi reaminti că turburări gastro-intestinale și stări de cachexie se găsesc și în alte endocrinopatii, ca în morbul lui Basedow și cachexia hypophysară a lui Simmonds.

În atitudinea pelagrosului, se notează o stare de timiditate, de neîndemânare, care cu timpul se agravează până la profunde turburări neuro-psichice. Acestea au un caracter depresiv și merg până la melancolie, în al cărei mecanism patogenetic ne-am deprins de mult să vedem intervenția sistemului endocrin.

Apariția pelagrei primăvara, când țaranul este mai mult expus radiațiilor luminoase, apariția eritemului pelagros pe părțile descoperite (gât, mâini, picioare), fac plauzibilă teoria care admite existența unor substanțe toxice fotosensibilizante.

Însă această fotosensibilitate trebuie să o integrăm cu factorul predispozant, constituțional. Într'adevăr, dacă pelagra ar fi datorită exclusiv substanțelor toxice fotosensibilizante, ar trebui ca toți membrii unei familii, supuși aceluiaș — mai mult sau mai puțin

3) La vârsta maximei activități genitale dela 15-45 ani (63,4%) și dela 45 ani în sus când funcțiunea sistemului glandular endocrin se estompează (28,9%).

hipotetice — substanțe toxice să fie pelagroși: ceeace nu este cazul. Numai asociația acestor substanțe toxice fotosensibilizante cu un factor constituțional, ne explică în mod clar apariția sindromului pelagros. Această concepție nouă a etiologiei pelagrei, are avantajul că ne explică pentru ce într'o familie, în care toți membrii trăiesc și se alimentează la fel, nu toți se îmbolnăvesc de pelagră. Mai precis, se vor îmbolnăvi numai acei cari sunt predispuși.

Am văzut mai sus cine sunt predispuși: în special sexul feminin (81,3%) în special dela vârsta de 15 ani în sus (92,3%)³⁾, în special cei cu un dezechilibru endocrin.

La origina acestui dezechilibru endocrin, găsim câte odată infecția sifilitică, fie moștenită, fie dobândită. Dintre cele 29 cazuri de pelagră, dela 5—15 ani, am constatat la 4 cazuri (= 13,8%), doi de sexul masculin, doi de sexul feminin, heredo-sifilisul. Dar, și sifilisul dobândit pare să aibe oarecare importanță în etiologia pelagrei, deoarece este o observație curentă că vechi sifilitici latenți prezintă la un moment dat pelagră.

Rămâne să tratez despre terapia pelagrei. După cele spuse mai sus, în mod logic, aceasta va avea de scop:

1) Să restabilească pe cât posibil echilibrul endocrin, cu o apropiată opoterapie;

2) Să desensibilizeze organismul;

3) Să combată sifilisul, când acesta este în cauză.

N'am avut încă posibilitatea să experimentez opoterapia în pelagră — o voi face cât de curând — însă sunt convins că aceasta este calea cea adevărată, căci un raționament just nu poate duce decât la o concluzie justă.

Ar fi îndreptățite, deasemenea, încercări terapeutice cu metode desensibilizante generale, cum ar fi autohemo, autosiero, autoure, proteinoaterapie.

Când pelagra este asociată cu sifilisul, fie moștenit, fie dobândit, se obține rezultate apreciable cu tratamente specifice.

Dela obișnuita terapie a pelagrei (T-ra ferri pomat., T-ra Bestucheffi, Lig. arsen. Fowler, cacodilat de sodiu), rare ori am obținut rezultate favorabile.

În ceeace privește terapia pelagrei cu vitamine, voi spune următoarele:

Intrucât am demonstrat — pare-mi-se — insuficiența teoriei avitainozei a pelagrei, rezultă *a priori* că nu putem atribui o valoare terapeutică mare, sau chiar exclusivă, aportului de vitamine. De fapt, nici nu prea știm încă precis ce anume vitamine ar trebui să administrăm.

După Goldberger, Nitzulescu ș. a., drojdia de bere — adică vitamina B₂ — ar avea un efect mai mult profilactic decât curativ, cu alte cuvinte nu s'ar mai observa recidive la cei cari urmează tratamentul cu drojdia de bere. Cine are însă ocazia să observe pe pelagroși mai mulți ani dearândul în ambientul lor, adică la țară, știe — ceeace rezultă dealtfel și din anamneza pelagroșilor — că recidivele nu apar în fiecare an regulat, ci de multe ori se

notează lungi perioade de remisiune fără recidive, de câțiva ani, ba chiar decenii. Astfel că ne putem întreba, pe drept cuvânt, dacă bunele efecte profilactice obținute cu drojdia de bere nu sunt cumva iluzorii.

În CONCLUZIE putem spune:

Teoriile emise pentru a explica etiologia pelagrei nu ne explică în mod satisfăcător apariția acestui sindrom. Eroarea provine dela faptul că s'a luat în considerație numai factorii externi avitaminoză, mizeria, carențe de minerale (Fe, K), de aminoacizi (triptofan, lizină) substanțe toxice maidice și nemandice). Dacă fiecare din aceste teorii ar fi adevărată, ar trebui ca toți indivizii cari sunt supuși diverselor condițiuni incriminate să fie pelagroși. Realitatea ne arată că nu toți indivizii se îmbolnăvesc de pelagră. Și atunci?

Atunci trebuie să admitem intervenția unui *factor constituțional*, care, după cele expuse în cursul acestui articol ne pare a-l fi găsit într'un *desechilibru pluriglandular*. La acesta se adaugă *prezența unor substanțe toxice fotosensibilizante*, fie acestea de proveniență exogenă sau endogenă.

La origina dezechilibrului pluriglandular, se găsește de multe ori o infecție sifilitică, fie moștenită fie dobândită.

Corespunzător cu această nouă concepție despre pelagră, și terapia acesteia va trebui să adopte alte metode decât cele obișnuite până în prezent. <http://www.cup.edu.ro> / Central University Library Cluj

Și acum, dacă ne gândim că unii autori consideră vitaminele ca niște „hormoni exogeni” putem clasifica teoriile moderne ale pelagrei, precum urmează:

1) *Teoria avitaminozei*, care consideră carența vitaminelor (= hormoni exogeni) ca factor etiologic al pelagrei;

2) *Teoria avitaminozei endogene*, care explică pelagra prin incapacitatea organismului de a utiliza vitaminele;

3) *Teoria constituțională*, care nu trebuie confundată cu precedentă și care explică pelagra prin un deficit endocrin (= hormoni endogeni), prin un dezechilibru pluriglandular, la care trebuie adăugat și un alt factor, anume substanțele toxice fotosensibilizante, fie acestea de proveniență endogenă sau exogenă.

IOSIF LEONIDA: *La pellagre*.

L'auteur montre dans cet article l'importance très grande qu'a le facteur «constitution de l'individu» dans la pathogénèse de la pellagre. On observe, en effet, que les individus soumis aux mêmes conditions de vie, d'alimentation, ne deviennent pas tous pellagres. Est plus predisposé le sexe féminin (81,3%), à partir de l'âge de 15 ans (92,3%) et surtout les personnes qui présentent un déséquilibre endocrinien, précisément d'insuffisance génitale avec troubles secondaires des autres glandes endocrines synergiques. — Comme étiologie de ce déséquilibre endocrinien on trouve parfois la syphilis. En outre il faut admettre l'intervention de certains poisons photosensibilisants, d'origine exogène ou endogène qui explique les recrudescences de la pellagre pendant le printemps et l'atténuation pendant l'automne.

Comme thérapie: desensibilisation de l'organisme; un traitement spécifique, quand la syphilis semble être le facteur étiologique de la pellagre.

IOSIF LEONIDA: Die Pellagra.

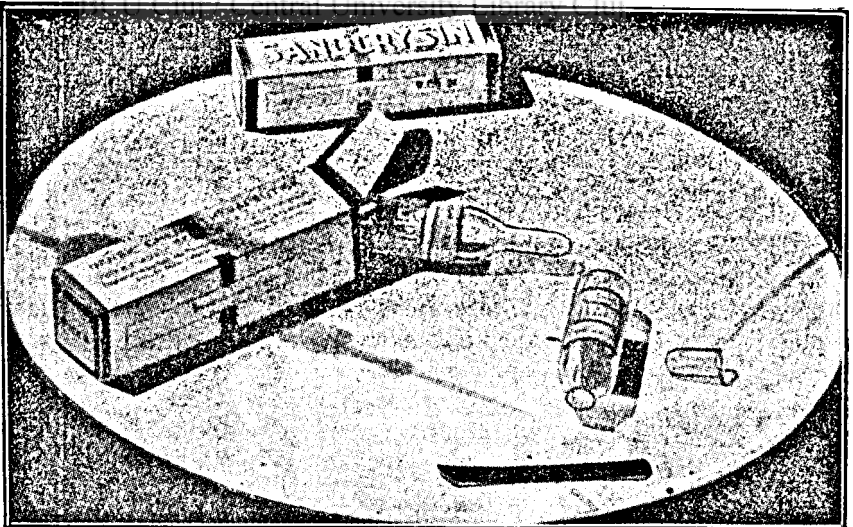
Verfasser zeigt in diesem Artikel, dass man in der Pathogenese der Pellagra, ausser den exogenen Faktoren — toxische Substanzen, infektiöse Ursache, mangelnde Zufuhr von Vitaminen, von Aminosäuren, von Mineralstoffen (K, Fe) — einen individuellen Konstitutionsfaktor annehmen muss. Die grösste Frequenz der Pellagra fällt mit der grössten sexuellen Betätigung zusammen in dem Alter von 15-45 Jahre, u. z. weitaus am häufigsten beim weiblichen Geschlecht. — Infolgedessen ist die Pellagra als ein pluriglanduläres Syndrom aufzufassen, als dessen Ursache manohmal man eineluetische Infektion (ererbte od. erworbene) nachweisen kann. — Als Therapie kommen in Betracht: 1) Organotherapie; 2) Desensibilisierung des Organismus (Autohaemo, Autouro, Reizkörpertherapie); 3) Spezifische antiluetische Kur, wenn die Lues irgend eine Rolle zu spielen scheint.

TUBERCULOZA PULMONARA**TUBERCULOZA PIELII****MALADII ARTICULARE**

SANOCRYSIN
(Intravenos)

si

OLEO-SANOCRYSIN
(Intramuscular)



Literatură la cerere

Repr. Gen. pt. Rumânia „DROGUERIA STANDARD” S. A. H. Str. Sft. Ioniță No. 8, București I.

ORGANIZARE SANITARĂ

MEDICUL DE PLASA

II

NOI LACUNE SANITARE

de

D-r P. COSAC—Brăila

CUVANT INAINTE

Publicând în Nr. 3 și 4 al revistei Mișcarea Medicală Română din Craiova, de sub priceputa și inimoasa conducere a D-lui D-r Cânciulescu, articolul „Lacunele organizării sanitare”, mărturisesc că am avut o vie satisfacție văzând simpatia cu care colegii au împărtășit adevărul dureros al situației acestei oropsite categorii de medici funcționari (vezi, Mișcarea Medicală Română, Craiova, Nr. 5—6, Iunie, D-r V. Cameniță: Alte lacune sanitare).

În acest scop aduc la cunoștința colegilor că acest articol a format obiectul unui memoriu pe care l-am înaintat Asociației Generale a Medicilor — în calitate de delegat al medicilor sanitari rurali din 1933 — înainte de constituirea actualei Asociației a Medicilor Sanitari, asociație de dată recentă, memoriu a cărui apreciere în Buletinul Asociației Generale a Medicilor din România Nr. 3—4 din Martie—Aprilie 1934, pagina 126, s'a făcut în termeni următorii: Memoriu D-r Cosac cu privire la starea sanitară rurală este găsit de comitet foarte documentat și dispune a fi trecut la dosarul cu studiul acestei chestiuni de care asociația, prin D-l Președinte al său (Prof. D-r Danielopolu, se ocupă în mod special de această chestiune.

În articolul de față am reprodus introducerea din lucrarea „Organizarea Sanitară Rurală” a D-lui D-r Gh. Brănescu, medicul portului Brăila, pasagii din memoriul medicilor sanitari rurali ai județului Bihor de sub conducerea D-lui Medic Primar de județ D-r Zeno Dumitreanu din comitetul Asociației Medicilor Sanitari (de sub auspiciile Asociației Generale a Medicilor), din sugestiile D-lui medic primar al jud. Romanați, din modificarea unui șir de articole

ale subsemnatului publicate de câțiva ani încoace în ziarul „Universul” (28 Aprilie 1934), „Buletinul Presei Sanitare” (15 Sept. 1933 și 15 Oct. 1933), Revista „Tribuna Medicală” (Aprilie 1934), scrierile din aceeași revistă (Aprilie, Iunie 1933, Noiembrie, Decembrie 1934 și Martie, Aprilie 1935), și din cele șapte petiții ce am înaintat Asociației Generale a Medicilor, care prin adresa Nr. 267 din 22 Mai 1934, a hotărât să intervină la forurile competente pentru ca cererile care au fost găsite de comitet că reprezintă un punct just de vedere să fie ținute în seamă la viitoarele modificări ce se vor aduce legei sanitare.

Rog călduros pe D-nii colegi să se solidarizeze la aceste doleanțe formulate în prezentul și actualul articol, trimițându-mi pe adresa mea adeviziunile la Revista „Mișcarea Medicală Română” din Craiova, str. Sf. Arhangheli Nr. 9, spre a putea promova interesele noastre regionale și a păși la alcătuirea unui comitet regional, așa cum s'au constituit de foarte puține zile Asociația Medicilor Sanitari Rurali din Iași, comitete care să acționeze cu energie și perseverență.

I.

MEDICUL DE PLASĂ.

Problema situațiunii morale și materiale a medicului de plasă — mereu amânată — se impune. Se impune a salva odată cu situațiunea medicului de plasă și sănătatea rurală, atât de jeluită și totuși atât de puțin ajutată.

Viciul de structură bugetară la capitolul salarizării medicului de plasă și al dotației sanitare rurale, s'a tradus printr'o diminuare a capacității de muncă a acestuia din câmpul sănătății rurale.

Grija de sănătatea țaranului însemnează pe deoparte formularea unui program precis de înfăptuire, iar pe de alta mijloace pentru a asigura o viață omenească unicului factor distribuitor de sănătate în mediul rural, medicului de plasă.

S'a elogiât abnegația medicului de plasă și s'a făcut continuu chemare la apostolatul său, ca și când acestea ar fi fost arme cu cari se pot stăvili flagelele.

Jertfele consimțite de el n'au putut înlocui însă în totul lipsa arsenalului sanitar, iar absența mijloacelor bănești i-au restrâns sensibil câmpul de activare. Dacă nivelul sănătății țării este astăzi scăzut, aceasta se explică în oarecare măsură și prin salarizarea mizerabilă a medicului de plasă și prin condițiunile neomenoase de activare în care este situat.

Multă lume face confuzie între „apostolat” și „profesiunea de medic rural”.

Să fie bineînțeles că apostolatul medicului de plasă, mînat spre carieră de sublime cerinți sufletești, înseamnă trecerea peste interesele sale personale, medicul mulțumindu-se să trăiască la țară, într'o regiune necorespunzătoare cu cerințele sale intelectuale, — unde este chemat să lecuiască și povățuiască, — unde împarte cultura și contribuie la inobilirea caracterelor, — unde el își continuă voroava așa cum a cules-o dela nobilii înaintași și din sufletul lui mare.

Medicul asistă îngăduitor la micșorarea tot mai nemiloasă a drepturilor ce i se cuvin, călăuzit fiind de pasiunea îndeplinirii celei mai nobile dintre profesii.

Profesiunea, este în legătură cu nevoile fizice ale vieții, — căci și medicul trebuie să mănânce, să se îmbrace și să aibă un traiu omenesc, care să-i dea posibilitatea a-și îndeplini apostolatul său.

Concepțiile greșite și apologia sacrificiului trebuiesc părăsite.

Dacă medicina — știința suferinții omenești — este o carieră așa de spinoasă — o adevărată preoție, — dacă aceste frumoase și mărețe atribuțiuni, fac din medicul rural un apostol, se cuvine a-i da toată atențiunea și mijloace de existență necesare, spre a-și putea duce la îndeplinire sfânta sa misiune.

Dacă medicul atrage uneori atențiunea asupra greutăților materiale în care se zbate, aceasta o face numai din dorința de a nu-și măcina râvna de înfăptuire în inacțiune și a rămâne sceptic până la indiferență. În al 2-lea rând pentru a aminti tristul adevăr că țărâניה este prăpădită de boli într'o proporție înspăimântătoare.

Salvarea nației nu se realizează numai prin eterna soluție de numiri noi de medici, câtă vreme cei vechi își strigă la toate colțurile mizeriile iremediabile ale carierei lor într'un mediu protivnic, sărac și distrus, cum e cel dela țară.

Trebuiesc bani și iar bani. Cel puțin atâția bani cât se cheltuesc pentru armată, pentru muniții, fiindcă aceste muniții, spun ofițerii noștri nu vor mai putea fi mânuite de generația nouă roasă de tuberculoză, sifilis, pelagră și alte boale. În acest caz orice sacrificiu va fi de prisos. De fiecare medic care acceptă să se jertfească în mediul rural, trebuie să se socotească un buget pentru medicamente și mijloace de comunicație, pentru igienă generală, pentru nenorocirile în care se află părăsită populația țărănească, trădată întotdeauna politicește.

Gravitatea acestei probleme s'a ridicat amenințătoare în văzduhul preocupărilor generale ale actualității. Am uitat de medici, de mizeriile lor personale pentru a reliefa și mai bine adevărul și a sugera mai sever soluția. Dar nu putem trece cu vederea că ridicarea morală și materială a medicului trebuie înscrisă ca un prim punct în acțiunea pentru mântuirea mai devreme a satelor noastre.

Un medic rural în condiții omenești este prima garanție de succes a luptei sanitare la țară.

* * *

II.

NOI LACUNE SANITARE.

INTRODUCERE

Este în deobște cunoscut că viața unui popor ca și a unui individ rezidă în sănătatea sa — sănătate care se menține respectând igiena.

Cum populația rurală constituie capitalul biologic sau isvorul

de viață al fiecărei națiuni, — viața rurală trebuie să atragă serios atenția celor în drept, — fiindcă la noi aspectul ei este din cel mai trist.

Multiplele aspecte ale acestei vieți au fost cântate în toate vremile începând cu scriitorii anonimi populari, dela clasici și până la scriitorii contemporani, în așa fel încât scenele acestei vieți pitorești au ademenit nu numai penelul pictorilor autochtoni, dar chiar și străini.

Cine cunoaște toate lipsurile și relele acestui mediu rural la noi, simte o crudă ironie, fiindcă izvorul de viață fiind încetul cu încetul secăt de sănătatea și vigoarea sa — vom ajunge la un dezastru biologic național.

Legenda, care face să se considere mediul rural mai salubru decât cel urban, s'a înfiripat încetul cu încetul și astăzi multă lume este de această părere. Fapte bine stabilite arată însă că aerul curat și soarele bine-făcător, nu pot ajuta sănătății atunci când cele mai elementare principii de igienă nu sunt ținute în seamă.

Este incontestabil că poporul român dela țară este foarte viguros, dar azi când îndură cele mai mari lipsuri și mizerii, aceste calități se vor epuiza și vor ruina vitalitatea neamului. Din această cauză cunoștința igienei sau a științei prin care ne apărăm sănătatea, este astăzi o necesitate pentru fiecare membru al Statului.

TRATARE BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intrucât legiuirile de până în prezent nu au izvorit din cunoașterea nevoilor populației rurale cât și a greutăților pe care le întâmpină medicul rural în exercitarea funcțiunei sale, bineînțeles că nu au putut da roadele așteptate — ba mai mult au contribuit la crearea unei situații nefaste în care se găsește azi și poporul și medicul rural — supra încărcat cu fel de fel de îndatoriri fără posibilități a face față obligațiunilor impuse. Avem azi foarte multe și diferite instituții spitalicești, de profilaxie, de igienă, de eugenie, de caritate și ocrotire, multe, prea multe Inspectorate Sanitare, echipe volante pentru combaterea boalelor medico-sociale, etc., înființate parte după modelele celor din străinătate și care instituții, toate la un loc, n'au putut să realizeze programul fixat și nici să se adapteze celor mai imperioase nevoi ale populației cele mai numeroase.

Toate legiuirile sanitare și ordinele superioare primite, nu au avut alt scop decât supra încărcarea crescândă a atribuțiunilor medicului de Circ. fără ca cineva să se gândească și la *posibilitățile de executare* care ar trebui să fie ușurate cât mai rațional, să asigure o existență medicului sanitar rural care printr'un program logic de muncă așa ca să poată ajunge la un optimum de rezultate și care să-l încurajeze pentru a face eforturi maxime în realizarea acestui scop.

Dintre toate categoriile de funcționari medicul sanitar rural are rolul cel mai ingrât trebuind să-și îndeplinească îndatoririle într'un mediu absolut lipsit de concepții, de conștiinți igienice și de salu-

britate publică. De multe ori obligat a merge pedestru prin noroiu, ploaie, viscol și ger, medicul sanitar este lăsat să lucreze singur fără un pic de ajutor.

Slaba activitate a medicului isvorăște nu din vina medicilor sanitari ci mai mult din desorganizarea serviciului sanitar rural și haosul în fața căruia bietul medic stă nedumerit neștiind de ce să se mai apuce.

Dacă ținem socoteală că și medicul e un om a cărui putere de muncă este limitată, e ușor de a înțelege că în împrejurările de azi este o imposibilitate fizică a face față tuturor acestor obligațiuni, precum și o imposibilitate materială.

El este obligat să stea la dispoziția bolnavilor cari se bucură de gratuitate complectă și a presta servicii cum sunt:

a) *Străjerii*. Toți tinerii și tinerile între 7—18 ani, chiar dacă nu sunt bolnavi trebuiesc vizitați în mod obligatoriu gratuit de două ori pe an, iar constatările se vor trece în fișele lor individuale întocmite conf. reg. respectiv (vezi Reg. pentru Org. și funcționarea Ofic. de Educ. a tineretului român, art. 57, Monit. Ofic. Nr. 272 din 24 Noemv. 1934, pag. 7400).

b) *Premilitarii*. Tinerii între 18—20 ani vor fi vizitați gratuit odată pe lună — Minist. M. S. și O. S. în directivele pentru punerea în aplicare a Legii de pregătire premilitară part. I-a la cap. fonduri materiale localuri, terenuri, spune:

d) Orice material documentar se va folosi la desvoltarea ședințelor de igienă.

B) Filmele educative și instructive ce posedă.

8) Medicamentele necesare tratamentului pe timpul ședințelor și chiar în restul timpului, tratamentul făcându-se de medicii și agenții sanitari în mod gratuit.

c) *Invalizii, orfanii și văduvele de război* (conform art. 30/30 al 3 și 4 din Leg. p. înființarea Of. Naț. al I. O. V. din război, Monit. Ofic. Nr. 68 din 23 Martie 1926). Vor fi vizitați gratuit.

d) *Toți săracii* declarați de primari și cei nedeclarați care efectiv nu pot plăti și cărora nu li se poate refuza ajutorul medical (conform art. 74 litera e, din Legea Sanitară). Vor fi tratați gratuit.

e) *Bolnavii de boli epidemice* (conform art. 74 lit. B. art. 274 și 290 al. 4). Vor fi tratați gratuit.

f) *Bolnavii de boli sociale* (conf. art. 274 al. 4 din Legea Sanitară). Vor fi tratați gratuit.

g) *Jandarmii, grănicerii* care trebuiesc lunar de două ori obligatoriu examinați (conform Ord. Legii). Vor fi tratați gratuit.

h) *Școlarii*. Examinarea fizică și psihică a fiecărui elev în parte și întocmirea fișelor individuale calculat 6—10 minute pentru fiecare în parte (conf. art. 74 lit. D. din Legea Sanitară). Vor fi tratați gratuit.

i) *Asistența infantilă* și controlul copiilor separați de mamele lor în primii ani (conform art. 74 lit. C. și art. 440 și 442 din Ocrot. Națională. Ocrot. mamei și a copilului din Legea Sanitară). Vor fi tratați gratuit.



Medicul va mai face:

j) *Verificarea deceselor și nașterilor* (conform art. 74 lit. G. din Legea Sanitară și art. 157 al. 3 din Reg. legii privitoare la actele de stare civilă).

k) *Vaccinările obligatorii* contra variolei și preventive contra boalelor epidemice (conf. art. 74 lit. H. și art. 280 al. 3 din Legea Sanitară).

l) Propaganda pentru *apărarea pasivă contra gazelor*.

m) Ridicarea *probelor de alimente și băuturi* (conf. art. 74 lit. I. din Legea Sanitară).

n) Indicarea de măsuri și *control periodic al Higienei și salubrității publice* (conf. art. 74 lit. F. din Legea Sanitară).

o) *Activitatea intelecto-socială și culturală* cu parte activă la toate mișcărilor.

Cum se poate cere medicului sanitar să aibă o activitate care să nu lase nimic de dorit — în afară de epidemii în raza circ. sale, când munca medicului rural se mai dublează atunci când el primește delegația de a reține locul de medic și la o Circ. alăturată — (care de fapt i se impune și în mod gratuit) — Circ. care are în multe cazuri și un spital. Bietul medic pe lângă serviciul ce-l face la aceeași Circ. suplimentară și la spital, mai este obligat să facă și inspecțiuni în comunele pendinte noui circ., astfel că i se cere o muncă cu adevărat istovitoare spre a-și îndeplini conștiincios apotolatul său, trebuind să facă și sute de km. pe zi cu dusul și înapoiatul dela o Cirmscripție la alta.

Dacă delegația pentru acest serviciu suplimentar ține o lună sau și mai mult atunci medicul este obligat să fie prezent la spital cel puțin din două în două zile, adică: o zi obligat să fie prezent la Cirmscripția sa unde este titular, iar ziua următoare să facă serviciul la spitalul și circ. vecină.

In concluzie: Acest medic e veșnic pe drum lipsit de mijloacele de transport, mișcându-se în permanență într'un chin și un sdruncin, extenuat complect și mort de oboseală.

In asemenea condiții medicul de plasă trebuie să muncească în spital, să facă vizita medicală, — să examineze bolnavii, să treacă la sala de operații spre a face intervențiile necesare, să intervină la nașteri, să execute diversele tratamente, să vază de contagioși, să treacă la consultațiuni gratuite, să proceda la expertize medico-legale și autopsii, să supravegheze personalul subaltern și să fie vigilent în toate, căci asupra lui se îndreaptă toată răspunderea.

In fine dacă la aceste obligațiuni, parte de ordin preventiv, parte de poliție sanitară, mai adăugăm și faptul că medicul sanitar este și *medicul curativ* al Circ. sale, este ușor de văzut cât de mult apasă pe umerii unui singur om aceste obligații atât de anevoioase — obligațiuni care nu le poate împlini nu numai în împrejurările actuale, dar nici chiar atunci când ar avea la dispoziție toate mijloacele moderne necesare și tot concursul forurilor administrative. Ori, tuturora le e cunoscută bunăvoința forurilor administrative care în situația economică dezastruoasă de azi, vrând să

facă economii pe toate căile, nu dau nici un concurs medicului — ba din contră în multe locuri mai îmbărbătează conservatismul consiliilor comunale de a nu asigura cheltueli sanitare, motivând că și până acum am trăit fără medic și nici de acum înainte nu vor avea lipsă de el.

Cum profesiunea medicală a devenit astăzi o profesiune de sacrificiu pentru a duce o existență compatibilă cu situația lor socială medicii sanitari propun următoarele doleanțe:

PROPUNERI

1) Asimilarea, încadrarea și armonizarea salariilor să fie echivalentă cu a celorlalte categorii de funcționari cu diplomă academică cum sunt: inginerii, magistrații, arhitecții, etc. și deci compatibilă cu situația lor socială.

Astăzi, când un inginer poate ajunge Director de Serviciu sau în cel mai rău caz Subdirector, cu un salariu ce variază între 20.000—30.000 lei, — când un avocat al Statului poate ajunge Director General de Contencios cu un salariu de peste 30.000 lei, — când un ofițer poate ajunge la gradul de General sau cel puțin de Colonel cu un salariu de 18.000—20.000 lei, — un medic primar de județ nu trece de 14.000 lei, — un medic primar de spital nu trece de 10.000 lei, — un medic șef de Policlinică sau de Dispensar iese la pensie cu 6.000—8.000 lei, iar un medic de circumscripție după 35 de ani de serviciu iese la pensie cu 5.000—6.000 lei, căci nu poate să facă anii ceruși de legea pensiilor, din cauză că lungimea studiilor medicale îl face să ocupe un post aproape la vârsta de 28—30 ani, după o tinerețe chinuită cu studii grele și lipsuri materiale, după cheltueli bănești mari și după examene și concursuri istovitoare — fără să mai socotim riscurile meseriei care-l expun la un permanent pericol de a rămâne infirm sau de a-și pierde viața.

În loc de o încurajare și o salarizare justă, medicul sanitar este cel mai prost plătit dintre toate categoriile de funcționari dela țară. De pildă un învățător când medicul sfârșește studiile, intră în funcție cu două gradații și un salariu de 3.500—4.000 lei, având osebbit avantajii ca: pământ, locuință, iluminat, încălzit, vacanțe de Crăciun și de Paște, Duminicile și sărbătorile libere de tot felul (bisericești, naționale, sociale), fără ca să mai înfrunte viscolul, gerul sau furtuna și să se miște noaptea suportând riscul medicului.

Medicul abia începe studiile când un învățător le sfârșește pe ale sale, depune o muncă intelectuală, obositoare, — și cheltueli materiale enorme, — nu beneficiază de repauz, trebuind să fie veșnic la post, iar dacă lipsește o singură zi din an, fie ea zi de sărbătoare, este raportat și admonestat sau înlocuit.

La consultații gratuite nu-i este fixată ora ca la toate gratuitățile dela oraș și bolnavul este adus la medic în orice oră din zi și noapte, medicul mergând la domiciliul bolnavului în orice împrejurări, pe oricare drumuri și prin orice mijloace.

2) Salarizarea medicilor să fie în raport cu gradația pe loc întocmai ca și la ceilalți profesioniști intelectuali, înlăturându-se neechivalența socială și cea de salarizare.

Intr'adevăr un Judecător de Judecătoria Rurală sau Urbană poate ieși la pensie în locul unde a trăit, însă înaintarea este obligatorie și automată, el poate ajunge salariul unui președinte de Tribunal sau Consilier de Curte, numai medicul după o viață de serviciu, își dă obștescul sfârșit tot cu gradul de medic de Circ., și cu salariu de mizerie.

3) Medicii cer să fie înaintați și la calcularea pensiilor încă delă primul an de serviciu, bazați pe riscurile profesionale cu mult mai frecvente.

4) Acordarea gradațiilor medicilor la timp, conform legii.

5) Alocațiile familiare, ce se acordă în prezent, să fie ridicate la o sumă echitabilă cu cerințele timpului de azi.

6) Pentru luminat, încălzit, chiria medicului, să se fixeze o sumă globală uniformă pentru regiunile unde nu sunt locuințe medicale în natură și această sumă să fie impusă de către Ministerul Sănătății comunelor respective.

7) Cerem reglementarea impunerilor, căci este o mare nedreptate ca pe lângă leafa minimală actuală, când clienții particulari nu mai există fiind întinsă pe toată scara gratuitatea tratamentului, — să fim impuși după venituri imaginare și expuși la arbitrajul forurilor fiscale care nu cunosc situația reală a medicilor de Circumscripție.

8) Pentru gospodăria medicului rural să se acorde 10—15 pogoane de pământ, tuturor circumscripțiilor rurale.

9) Să se facă o așezare mai dreaptă a Circ. medicale, cea veche fiind absolut în detrimentul populației românești, și ca atare în dauna intereselor noastre naționale. Ori, crede cineva că este admisibil să mai avem și astăzi regiuni curat românești, absolut sărace, cu drumuri inpracticabile, în care o circ. sanitară înnumără 20—25 comune, pe lângă circ. bogate cu 1—2 comune având distanțe de 5—6 km. de reședință, unde afară de unul sau doi medici sanitari plătiți de stat ca să facă o clientelă frumoasă Statului neaducându-i nici un folos, se mai află și medici particulari, cum este Circ. Sanit. Secueni, jud. Bihor.

Reședința Circ. Rurale să fie situată cât mai în centru geometric al razei de activitate așa cum o cere serviciul, dar în același timp să se țină socoteală și de posibilitățile alimentare ale medicului în timp de iarnă, care sunt extrem de anevoioase dacă nu imposibile și în această ordine de idei socot nimerit ca reședința Circ. să fie situată lângă un târgușor sau o comună cu târg săptămânal cu posibilități mai ușoare de traiu.

Circumscripția să nu aibă începând delă reședințe o rază aproximativ mai mare de 5 km. și numai mult de 3—5 comune.

10) Pentru inspecțiile medicului să se prevadă mijloace moderne de transport — dar nu e suficient ca ele să fie prevăzute, ci să fie în așa fel puse la dispoziția acestuia — pentru ca acest

transport să-i dea prestigiul și considerația cuvenită față de populație.

Mijloacele de transport să fie rapide, căci nu e interesul serviciului a se pierde o zi întreagă cu inspecția comunei și nici extenua medicul de oboseală. Din cauza oboselii medicul evită să facă 10 drumuri pe lună când se gândește că utilizează căruța sau carul cu boi care surmenează și fac din motive de sănătate aceste inspecții în câteva transporturi. Când îi vom da medicului mijloace de transport cari să-i menajeze sănătatea, să fie sigur Statul că nu se va găsi un medic care să nu facă cu drag inspecțiile oficiale — însă și cu condiția ca să i se achite fără întârziere aceste indemnizații și odată cu leafa.

Să fie bine înțeles că diurna de deplasare a medicului nu este echivalentă cu diurna orelor suplimentare de muncă ale celorlalți funcționari ai Statului, ele fiind indemnizații de deplasare, speze ce medicul le plătește din buzunarul său propriu.

Medicii cer ca diurna fixă să fie ridicată la minimum 3.000 lei lunar, căci nu se poate pretinde medicilor sanitari cu ocazia inspecțiilor și deplasărilor oficiale să abuzeze de buna voința preoților și învățaților și altor intelectuali din comune — ca să primească în mod gratuit atât cărăușul, agentul cât și medicul hrana și întreținerea pe ziua cât durează aceste deplasări. Aceasta cu atât mai mult cu cât s'au înmulțit în mod considerabil atribuțiunile medicului de Circ. n'ar trebui să fie recompensate câtuși de puțin de către autoritățile sau intelectuali respectivi. Pe de altă parte această miologieală la străini îl leagă pe medic de mâini și de picioare în așa fel încât nu-și mai poate îndeplini atribuțiunile serviciului.

11) Diurnele excepționale în caz de epidemii să fie deasemenea salarizate, statul ținând cont de numărul și enorma cheltuială a lor, fiindcă numai astfel Statul poate să încurajeze medicul, care fiind plătit echitabil v'a putea face o operă efectivă.

12) În anul 1933—1934 modificându-se în parte legea sanitară și de ocrotire din 1930, s'a omis a se pomeni în măsurile transitorii — de medicii sanitari rurali absolvenți ai cursurilor de specializare în igienă și anterior legii din 1930 — medici ce urmau a fi încadrați în legea modificată din 1933—1934.

Toți medicii sanitari absolvenți în igienă, anteriori anului 1930, s'au bucurat de definitivat, iar alții au fost numiți medici de spitale, numai medicii cari au urmat un an de zile aceste cursuri făcând și campania anti-malarică în anii 1931—1932, luând parte la două anchete anti-paludice, prima în luna Noembrie 1931, pentru sezonul de toamnă și secunda în luna Mai 1932, pentru sezonul de primăvară, la stațiunea de malarie Gurbănești, jud. Ilfov, și contribuind astfel prin modesta lor muncă la opera anti-malarică, grație căreia Institutul de Higienă din București a obținut din partea Fundației Rockefeller din America un fond de zeci de milioane pentru construcția unui local propriu, au fost omiși din legea modificată în 1933.

Primele serii de medici absolvenți în Higienă — după fre-

quentarea unui curs de trei luni — căci atât era durata cursurilor mai înainte, — au fost confirmați — parte medici definitivi, parte medici de spitale, în timp ce seria de medici absolvenți în igienă din 1931/932, n'au fost încadrați în legea modificată în 1933, pierzând și dreptul de a putea fi numiți și medici de spitale.

Rugăm să se prevadă pentru toți medicii absolvenți în igienă, indiferent de serie, dreptul de a putea fi confirmați la cerere, medici definitivi, medici de spitale.

13) Cerem ca medicii cu liberă practică în balneologie și climatologie care în același timp sunt și medici sanitari rurali, să aibă dreptul a fi cel dintâi cari să poată alege postul de medic de circumscripție rurală, în acelaș timp sediul unei stațiuni climatice sau balneare. Această prioritate s'o aibă cu atât mai mult cu cât dacă pe lângă libera practică în balneologie mai posed și certificatul de absolvire al cursurilor de igienă.

14) Medicii sanitari stagieri proveniți din concursurile anterioare să poată cere și înainte de împlinirea stagiului de 2 ani prevăzut de lege, transferarea din posturile ce ocupă în alte posturi de circ. provizorii vacante, scoase la concurs și publicate în Mon. Of. cu ocazia concursurilor de medici sanitari — fără a aduce un prejudiciu legii sanitare — aceasta, în cazul că numărul posturilor provizorii de circ. este mai mare decât numărul candidaților înscriși.

Transferarea să se facă în limita posturilor vacante posibile din numărul posturilor ce prisosește peste numărul candidaților înscriși fără a știrbi drepturile de prioritate a medicilor definitivi în alegerea locurilor.

Medicii sanitari rurali fac un energic apel la Asociația Generală a Medicilor sub auspiciile căreia Asociația Medicilor sanitari lucrează și în cari și-au pus toată speranța — rugând-o ca mai presus de interesele personale să se ridice la înălțimea unei concepțiuni de interes general al breslei medicale — trecând peste interesele mărunte — și punând în primul plan interesele profesionale Asociația să se facă exponentul acestui corp de salariați obijduiți.

CRIZA CORPULUI MEDICAL ROMAN

de

D-r VASILE L. D. CAMENTA

Medic definitiv Spitalul Circ. Cujmir, jud. Mehedinți

În articolele precedente am arătat trista situație în care se sbate în special corpul medical ce activează în mediul rural. Această situație ne-a permis nouă și suntem siguri și altor colegi ai noștri să facem și alte constatări, care sunt îngrozitoare în ceea ce privește viitorul corpului Medical Român.

S'ar crede poate de unii, că faptele ce vom relata mai jos sunt din domeniul fanteziei. Ostenească-se însă aceștia și personal să cerceteze, în mod sincer, și se vor convinge că rândurile noastre nu exprimă din nenorocire decât purul adevăr, care arată că există o adâncă și nimicitoare criză, ce ca o cangrenă, roade întreg corpul medical dela cel mai umil membru al său, din cel mai depărtat colț de țară, și până la cel mai celebru membru al său, care prin celebritatea sa ar crede că nu-i vatămă întru nimic relele constatate de noi.

Vom căuta deci a arăta în ce constă această adevărată cangrenă, care în mod destul de repede și sigur roade la lumina zilei întreg corpul medical al acestei țări. În rândurile ce urmează vom descrie două mari cauze care justifică prin ele însăși, termenul ce-l întrebuițăm.

Dar înainte de a schița aceste cauze, vom căuta să arătăm ce se întâmplă și în alte corpuri și aici vom lua în considerare corpul avocaților, al preoților, al învățătorilor și al farmaciștilor.

Este știut cât de mare este numărul avocaților și se știe asemenea câte milioane au strâns prin ajutorul timbrelor de pleoarii și al cotizațiilor personale, pe baza căror sunt pe punctul, poate în parte au și ajuns, de a-și asigura un frumos viitor pentru bătrânețe prin pensiuni, diferite ajutoare, cămine, etc. Este suficient a arăta, că fără asistența unui avocat, aproape că nu mai ai voie să faci un pas în templul dreptății. Nu criticăm acest monopol. Îl socotim chiar necesar. Dar în domeniul sănătății și al medicinei curative, tot așa este? Nu. Căci orice nechemat se socotește prea înțeles și deci îndreptățit a doftorici și el după a lui prostie. Dar

să reluăm cazul expunerii noastre revenind mai departe la această chestiune.

Învățătorii sunt în număr de câteva zeci de mii. Am arătat într'un articol cum pentru aceștia legiuirile excepționale nu și-au produs efectul. Acestora li s'au plătit gradațiile, ce corpului medical le sunt refuzate cu îndârjire. Alte câteva mii de învățători au fost așezați în învățământ. O înverșunată campanie s'a dus și încă se mai duce în favoarea construcțiilor școlare primare. D-l Ministru al învățământului poate să-și impună punctul său de vedere, care impune realizarea celor arătate de noi mai sus. Se uită însă cam prea mult că o minte sănătoasă nu poate sălășlui decât într'un corp sănătos și mai ales cum putem avea acest lucru.

Preoții au reușit prin unirea lor și a conducătorilor lor energici să-și câștige contra statului procesul, prin care protestau contra reducerii de salarii ce li se făcuse.

Corpul farmaciștilor își are asigurat monopolul vânzării medicamentelor. Să se noteze aici că acest monopol este numai al acelor ce sunt proprietari de farmacii, aceștia constituind adevăratul corp al farmaciștilor, farmaciștii care au numai diploma în buzunar, constituind doar un fel de paria al acestui corp.

Să se mai noteze aici că medicii sanitari, sunt obligați a controla ca vânzarea medicamentelor să se facă numai în farmacii și cel mult în drogherii. Cum răsplătesc în schimb d-nii farmaciști pe d-nii medici, vom arăta mai jos.

Desigur că și în corpurile intelectuale mai sus enumerate, există diferite neînțelegeri, dar când este vorba de a se apăra contra unui dușman, care voește să le atace interesele, sunt toți gata să se apere.

Oare tot așa se întâmplă lucrurile și în corpul medical? Din nenorocire nu, și cred că nu există nimeni care să poată dovedi contrariu celor susținute de noi. În rândurile de mai sus, am căutat să arătăm, măcar în parte, marele avantaj ce îl au corpurile intelectuale, strâns solidarizate și, prin contrast, marea nenorocire ce rezultă pentru corpul medical, din cauza quasi-iremediabilei sale desbinări, care-l face să fie incapabil de orice rezistență față de criza groasănică, ce-l face să se svârcolească în dureroase și neputincioase convulsii.

Una din cauzele crizei economice, care sugrumă până la asfixiere corpul medical, este și *practica ilicită a medicinei*. Colegul nostru Doctor N. Solonescu, în articolul său intitulat „Medicina ilicită la sate”, publicat în Revista de Igenă Socială No. 12 din Decembr. 1934, analizează destul de documentat această cangrenă a corpului medical și exprimă la sfârșit o serie de desiderate pe care le notăm mai jos și la care complectându-le, subscriem și noi, și cred că toți colegii medici.

- 1) *Adunarea materialului documentar.*
- 2) *Introducerea ilicisului medical în programul universităților.*
- 3) *Îmbunătățirea serviciilor sanitare.*

4) *Regulamentarea reclamei produselor farmaceutice.* — Astăzi această reclamă frisează chiar codul penal prin lipsa de scrupule cu care este făcută. Să se cerceteze reclamele din ziare și se va vedea că acesta este adevărul.

5) *Control, sancțiuni severe și aplicate prompt.* În rândurile ce urmează se va ilustra modul de aplicare al acestui deziderat.

6) *Propoganda de luminare a operei publice.*

Și mai adăogăm noi un al 7-lea desiderat și anume *regulamentarea vânzării tuturor drogurilor și specialităților, care să se facă numai în bază de rețetă medicală* și aici menționăm noi că în alte țări, nici măcar un piramidon nu poate fi eliberat fără rețetă medicală.

La noi în România majoritatea farmaciștilor sunt doctori s'au mai bine zis pseudo-doctori. Ori astăzi și la noi în țară, după cum semnalează și colegul nostru, farmaciile în special cele rurale, sunt adevărate pseudo-cabinete medicale, unde se dau consultații și se prescriu medicamente.

Din constatările noastre știm precis că există și preoți-învățători, care în loc să-și vadă de biserică și de școală, fac diferite tratamente medicale și chirurgicale, injecții etc. Majoritatea în mod întempestiv, producând agravarea boalei și chiar moartea nenorociților bolnavi, în loc să-i trimită la cel special pregătit pentru această carieră.

Carieră la medic, care are infinit mult mai multă cultură medicală decât acești pseudo-doctori. Deasemenea după cum am arătat și mai sus, există farmaciști ce fac injecții intravenoase, consultă, ca și cum ar fi doctori, aplică tratamente la fel și prescriu tot ei medicamentele cuvenite, transformând farmacia într'un pseudo-cabinet medical ilicit, și fără a uita că sunt și farmaciști și trebuie să vândă cu preț bun medicamentele, joacă tragicomedia vindecării pe spinarea nenorocitului bolnav și a pungei sale.

Voiu fi desigur imediat întrebat, de ce corpul medical sanitar, care cunoaște aceste criminale practici ale preoților, învățătorilor, farmaciștilor etc., nu ia măsuri pentru sancționare. Din nenorocire medicii sanitari chemați să-și facă datoria în această direcție sunt puși în imposibilitate de activare. Toată lumea crede că dacă s'a pus într'un colț de țară un medic plătit cu două mii cinci sute—patru mii nouă sute lei pe lună, s'a făcut deajuns pentru sănătatea publică. Poate concepe cineva un război fără arme? Nu. Deci nici sănătatea publicului nu se poate considera complect asigurată numai prin simplul fapt al numirii unui nou medic, care în cel mai ingrat mediu este lipsit de orice posibilitate de activare.

Aici atingem chestiuni ce le-am discutat în articolele precedente și socotim inutil a mai reveni. Ținem să constatăm că deseori am văzut medici pedepsiți că nu-și fac datoria, rare ori am văzut luate măsuri pentru a se da medicului mijloace pentru a-și face serviciul, nicăeri n'am văzut luată vre'o măsură menită să asigure medicului sanitar rural, o viață demnă de locul ce-l ocupă și trebuie să ocupe în viața socială a satelor.

Dar să revenim și să mai arătăm una din cauzele pentru care corpul medical rural nu mai cutează să activeze, atât cât sufletul său dornic de rodnică activitate ar voi. Dece aceștea nu încearcă să sancționeze măcar în parte practica ilicită a medicinii, care decimează atât de sângeros sursele practicei medicale?

Două fapte tipice ce ne-au fost aduse la cunoștință, luminează în chip nemărginit de tragic, cangrena ce roade corpul medical, și care fac pe medicii ce le cunosc să se descurajeze, ori cât ar fi ei de pătimași în împlinirea datoriei.

Aceste cazuri arată că doi medici sanitari rurali încercând să pună la punct pe niște farmaciști, pseudo-doctori, au fost rușinos înfrânți, spre a ilustra odată mai mult că desbinarea, ce caracterizează corpul medical, nu poate în nici-un caz să-i fie de folos.

Cazurile de care vorbim nu le mai publicăm, fiindcă știm prea bine că în fața corpului bine unit al farmaciștilor, noi medicii ne prezintăm prea izolați unii de alții și este de prisos a mai încerca să lupti când înfrângerea îți este dinainte asigurată.

Aceste două fapte cât și altele ce le relatăm mai departe arată că desbinarea quasi-iremediabilă, care separă pe membrii corpului medical, sapă însăși temelia existenței sale, căci după cum am arătat mai sus, celelalte corpuri intelectuale au numai foloase din solidaritatea ce leagă pe membrii lor, noi medicii avem numai ponoase, cum o și merităm, nu toți însă cum se întâmplă în realitate.

Dar să lăsăm faptele să vorbească mai departe.

Un medic prescrie unui bolnav o rețetă pentru o boală de ochi. Bolnavul se duce la farmacie să execute rețeta și aci, întâlnește pe un alt medic, care în fața farmacistului și a bolnavului, pe un ton doctoro-nazal spune că aceea rețetă nu este bună și să ia un alt medicament prescris de D-sa.

Dacă acest coleg avea măcar un pic de bun simț și puțină inteligență, chiar dacă această rețetă era într'adevăr rea, găsea el mijlocul s'o schimbe cu o alta bună, fără să vatăme întru nimic prestigiul colegului său.—Alt fapt.

Un bolnav se duce la un medic și examinându-l se constată că are o pleurezie sero-fibrinoasă și găsind-o indicată, practică o toracenteză, prescriindu-i apoi tratamentul cuvenit.

Bolnavul oarecum speriat de lichidul extras, trece în aceeași zi la un medic radiologic și îi povestește cele întâmplate și îi cere să-i facă și o radioscopie. Ca și în cazul precedent, al doilea coleg începe să injure birjerește pe primul coleg, criticându-i cu cele mai urâte și aspre cuvinte tratamentul aplicat și prescris.

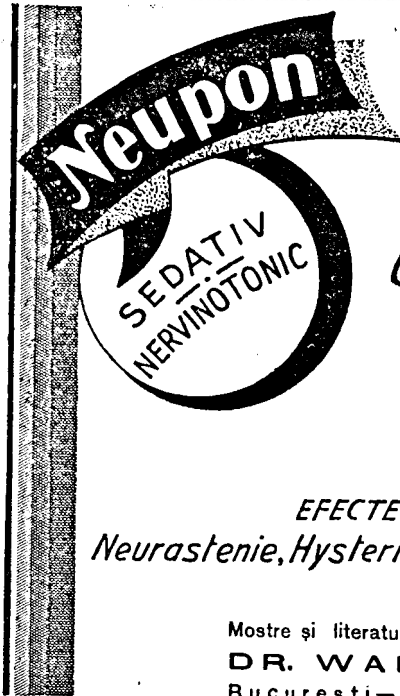
Și exemple de acestea ca acele date de noi se pot enumăra cu sutele și miile.

Sunt acestea sau nu sunt fapte, ce dovedesc cangrena adânc ucigătoare a corpului medical? Răspunsul credem că-l poate da oricine și de altfel se impune dela sine. Și acum un ultim fapt menit să arate după noi că desbinarea corpului medical nu poate avea

leac, este că la județul Mehedinți colegii medici încă nu se pot pune de acord pentru funcționarea colegiului medical, merit în bună parte tocmai să sancționeze faptele mai sus relatate de noi. Desbinarea aceasta este a două mare cauză a crizei corpului medical român. Ne întrebăm, cine are oare interesul s'o perpetueze? În toate rândurile prezentului articol și ale articolelor precedente, nu avem pretenția de mare originalitate, avem însă pretenția că am voit și voim să ne facem cât mai mult datoria ce ni se cere. Am încercat și credem că am dovedit în mod absolut evident de ce rezultatele activității noastre nu sunt deloc în raport cu eforturile ce am făcut și facem pentru îndeplinirea datoriei noastre.

Prezentul articol constituie și un strigăt de alarmă față de toți colegii mei, să lăsăm la o parte ori ce ne desbină, să ne unim cu toții eforturile, pentru a ne cuceri în viața socială a țării locul pe care-l merităm și pe care astăzi îl ocupă alte corpuri intelectuale, care au înțeles cu o clipă mai de vreme, că numai unirea face puterea. Medicii vor putea înțelege ei oare acest lucru?

BCU Cluj / Central University Library Cluj



SIROP și DRAGEURI

Conține: Polibromură de Na și Am
Glicerophosfați de Ca și Mg.

Gust plăcut

Ușor de luat

Nu dă bromisme

*EFFECTE RAPIDE și CONSTANTE în
Neurastenie, Hysterie, Nevroze organice și funcționale*

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazarmii 89

HORMONOTERAPIA MODERNĂ

HOGIVAL

Hormonul activ din foliculul matur

Riguros titrat și standardizat în Unit. șoareci (U. S.)

Tablete: 50, 100, 300 și 1000 M. E. (U. S.)

Injecții: 25, 100, 500 M. E. (U. S.) în soluție apoasă; 1000, 10.000 și 50.000 M. E. (U. S.) în soluție oleoasă.

DIURETIC IDEAL

NOVURIT

Inj. 1 și 2 cmc. și supozitoare pe cale rectală,
Acțiune energetică și prelungită fără efecte secundare.

Acțiune energetică.

Inofensiv.

Chinoin. S. A. Repr. G-lă: **FREDERIC SPODHEIM & Co., S. A.**
BUCUREȘTI I, Str. Sf. Constantin No. 4.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

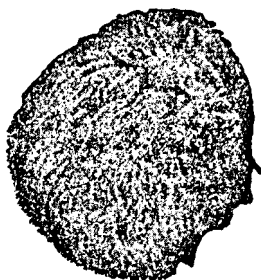
TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreciat de D-nii Medici Neurologi și Interniști

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic și moral.
- Anemie. - Convalescență. - Exten-
nuare. - Melancolie. - Nevrostenie.
- Nervi sensoriali. - Insuficiență
sexuală. - Timiditate. - Tic Nervos,
etc., etc.



Marca preparatului

Reconfortant.

Reconstituant.

Tonic.

Aperitiv.

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

II.

ANALISE*)

A. — CĂRȚI—MONOGRAFII.

C. I. PARHON et M. GOLDSTEIN: **TRAITÉ D'ENDOCRINOLOGIE. Les parathyroïdes.** — (Tome II, fasc. I), Iassy, Goldner, 1935; un vol. de 518 pag., preț 200 lei sau 40 frs. fr.

În această primă fasciculă a tomului al doilea al Tratatului lor de Endocrinologie, autorii, D-nii Prof. C. I. Parhon și Doc. M. Goldstein, studiază glandele „PARATIROIIDE”; o fac, conform planului stabilit pentru toate glandele cu secreție internă, din punct de vedere morfologic, chimic, fiziologic, patologic și terapeutic.

Cași pentru glanda tiroidă, autorii aduc aci „o imensă erudiție de specialitate, scrupulositatea bibliografică a adevăraților oameni de știință și contribuția personală a cercetătorilor pasionați cari, controlând și aducând fapte noi de observație și experimentare, desăvârșesc opera constructivă” ce au întreprins, dupe cum ne exprimam în No. 3—4/1931, pag. 238—239, al acestei reviste cu ocazia prezentării fasc. 2 al tomului I, în care autorii terminau expunerea patologiei glandei tiroide.

Cu privire la MORFOLOGIE, lucrarea începe cu expunerea câtorva noțiuni de anatomie macroscopică la om; se succeed apoi capitolele relative la: histologie și metodele tehnice; glandele paratiroidiene accesorii, morfologia comparată în seria animală; dezvoltarea embriologică; variațiile morfologice în dif. stări fiziologice (vârste, graviditate, alăptare, perioadele funcț. de reproducție, regimuri alimentare, inaniție), experimentale și patologice (ablația țiroidelor, inj. de extract paratiroidian, castrația orchitică, ovariectomie, inj. de adrenalină, de insulină, nefectomie, dif. distrofii endocrinene, osteita fibro-kistică, osteoporosă, osteomalacie, rachitism, poliartrita ankilosantă, hipertrofia timusului, acromegalie, syn. adiposo-genital, Adisson, virilism, epilepsie, miastenie, choree, etc., etc.).

*) Analizele poartă numai asupra lucrărilor medicale românești.

Capitolul se termină cu o privire sintetică asupra anatomiei patologice generale a paratiroidelor.

În cap. relativ la CHIMIA paratiroidelor, se insistă în special asupra metodei lui Collip pentru izolarea principiului activ, hormonul paratiroidian.

La PATOLOGIE, se studiază în cele mai mici amănunte sindromele de **A și Hypoparathyroidic, Tetania, Hyperparatiroidia** (Osteosa paratiroidienă), **Sindromele biglandulare thioparatiroidiene** (cu cele 4 aspecte clinice după cum predomină starea de hipo sau hiperfuncțiune de o parte sau alta), **Raporturile paratiroidelor cu alte distrofii** (osoase, articulare, aponevrotice, musculare, în rândul cărora cităm mai cu seamă reumatismul deformant, miosita ossifiantă, osteomalacia (osteoporosa), osteopsatiroza, rachitismul, nanismul paratiroidian (Pende), calcificațiile anormale multiple, rețracția aponevrosei palmare; — cu **turb. cutanate** (sclerodermia, cheloidele, acroangiospasmel, turburările pigmentației cutanate, căderea părului, urticaria, edemele angioneurotice, ulcerile varicoase; — cu **boalele sist. nervos** (eclampsia, epilepsia, miocloniile, migrena, miatonia pseudohypertrofică-Thompson, sindromul lui Parkinson, miasteniile, chorea); — cu **turb. org. sensoriale** (cataractă, sindromul scleroticelor albastre, suriditatea constituțională); — cu **boalele ap. digestiv** (caria dentară, ulcerile gastro-duodenale); — cu **boalele ap. respirator** (astmul, empișemul pulmonar); — cu **turb. celorlalte glande endocrine** (corelațiile tioparatiroidiene, paratiro-timice, paratiro-hipofisare, paratiro-suprarenale, paratiro-ovariene și orchitice, paratiro-pancreatice, paratiro-hepatice și splenice).

Cap. **TERAPEUTICA PARA ȘI ANTIPARATIROIDIANĂ** cuprinde noțiunile relative la: farmacodinamie, alegerea preparatului, standardizare, calea de administrare, posologie; la durată tratamentul; grefele paratiroidiene; opoterapia paratiroidiană asociată; contraindicațiile tratamentul paratiroidian; terapia antiparatiroidienă.

Intr-o Privire generală asupra patologiei, fiziologiei și biologiei paratiroidelor, care constituie capitolul final, autorii făcând bilanțul cunoștințelor solid stabilite și al celor numai întrevăzute sau bănuite asupra rostului în organism al acestor glande și al funcționării lor normale și anormale, mai stabilesc și datele problemelor necunoscute, a căror rezolvare trebuie soluționată în viitor, dar pentru care încă dau sugestii.

Acest capitol face dovada competenței desăvârșite în materie a autorilor și stăpânirea deplină a subiectului tratat; el justifică dorința, ce exprimăm altă dată, că autorii sprijinindu-se numai pe cercetările lor personale vaste și pe stocul de cunoștințe solid stabilite până în prezent, să ne dea un *Manual practic*, clar și precis, în care cetitorul să găsească repede cea ce-l interesează direct la un moment dat; acest manual i-ar permite să cuprindă și orizontul întins în domeniul endocrinologic al căruia să se poată mișca cu mai multă siguranță.

Din înșirarea numeroaselor afecțiuni cu cari aici glandele paratiroidiene, dincolo alte glande au corelațiuni funcționale mai mult sau mai puțin strânse, se deduce folosul mare ce-l poate avea studentul și mai târziu medicul din asimilarea acestor națiuni de întinsă aplicare în practica lui medicală.

Azi, și nu numai la noi, bagagiul endocrinologic al medicului este foarte redus; și cu toate că diferitele case farmaceutice îi pun la dispoziție numeroase produse opoterapice, (al căror control aprofundat trebuie încontinuu exercitat), el nu știe a le mănui cu perspicacitatea și tenacitatea, cari să-i îngăduie a trage concluziuni patogene valabile, din efectele terapeutice constatate.

În endocrinologie, care permite aplicarea terapeuticeii celei mai eficace, pentru-că specifice, fie pentru a suplea, fie pentru a înfrâna o funcție glandulară deficitară sau în exces, trebuie ca „încercarea terapeutică” înainte de a fi făcută cu oare-care insistență (ca să poată fi făcută simțită, se cere un timp mai îndelungat), dar în primul rând să fie adecuată (similia similibus și contraria contrariis curantur).

Or, Manualele practice sunt cele mai indicate să atragă atenția asupra diverselor și cât mai numeroaselor probleme de ordin patogenic și terapeutic, precum și să propage noțiunile într'un corp medical cât mai numeros.

Alături de aceste volume de enciclopedie universală, operă de savanți cu reputație mondială, rezervate unui număr mai restrâns de cetitori, în care de altfel lucrările și autorii români sunt citați cu precădere, așteptăm „*Manualele didactice de endocrinologie clinică*”, cari făcând tabula rasa de citate și autori, să pătrundă în masa mare a corpului medical românesc.

Ne permitem a socoti că este chiar o datorie de împlinit din partea profesorului, care dublează pe savantul D-r C. I. Parhon.

D-r M. Cănculescu.

* * *

D-r YGREC: **BOLILE EPIDEMICE** (Molimele, cari bântue țara românească. — No. 1355—1356 în „Bibl. pentru toți”. — Edit. „Alcalay” București, un vol. de 122 pag., 14 lei.

Marele nostru vulgarizator științific, care este d-l D-r Y g r e c, autorul minunatului „*Dicționar enciclopedic medical—Medicul nostru*” pe care l-am prezentat publicului românesc în No. 1—2/1932, pag. 108—109 ale acestei reviste, a publicat în „*Biblioteca pentru toți*” într'un volumaș de 122 pag. noțiunile medicale curente relative la „*Boalele epidemice cari bântue țara românească*”.

Pojarul (corii sau rușea), **Scarlatina**, **Variola** și **Varicela** (vârșatul mare și vârsatul de vânt), **Rubeola** și **Tifosul exantematic**, constituiesc cele 6 feluri de „vârșat” sau „febre eruptive” pe care autorul le prezintă publicului românesc atât pe partea lor științifică, cât mai ales practică de ordin medical.

Subtitlurile sugestive precum: Propășirea sau chipul cum se ivește și se stinge molima pojarului. — Cum ne molipsim sau cum trece de la om la om pojarul. — Cum poate fi molipsitor pojarul? — Epidemisarea unor complicațiuni ale pojarului. — Măsurile profilactice generale, în școli și în cazărmi. — Ocrotirea celor dimprejur (metoda profilactică a lui Milne: iso-

larea fără isolare). — Cum se face molipsirea cu scarlatina? — Intovorășiri și agravări cu alți microbi. — Cu ce poate fi confundată o scarlatină de neștiutori? — Tratamentul preventiv sau curativ al acestor febre eruptive cu ser de convalescent, etc. etc., întregesc această lucrare.

Sunt cunoștințe tot atât de instructive pentru marele public cât și pentru medic, căruia îi reinprospătează multe noțiuni și îi pun la punct altele.

Un distins medic șef al unei capitale din Oltenia perduse un bolnav de scarlatină, pentru-că îi injectase doze de ser mult sub cele date de autor la pag. 78, capitol pe care l-am recitat împreună cu confratele, căruia i-am arătat și numeroasele alte sublinieturi făcute în restul opusculului.

Afară de *folosul de ordin practic* mai menționăm și *caracterul românesc* prin descrierea molimelor cari bântue țara noastră; prin citarea lucrărilor românești, precum ale Prof. I. Cantacuzino în scarlatină; și alegerea unor expresiuni curat românești, precum „se întinde ca pojarul”, etc. etc.

Pentru a sublinia acest caracter românesc și marea utilitate a acestei broșuri, pe care o dorim reeditată și eventual adăogită, ne permitem de adăoga, în calitate de fost extern al unuia și fost intern al altuia, ambii eminenți practicieni, morți de tifos exantematic, Doctorul Gr. Iacobson la Dorohoiu în timpul războiului și C. Grozovici la București puțin dupe, aceste date, de care chiar dacă autorul ar fi vrut cunoștință, ele nu-și aveau locul a fi trecut într'o lucrare de cu totul alt scop și factură: „*Natura suspectă a oricărei angine apărute în cursul unei epidemii de scarlatină*” (pag. 81) a fost susținută alături de Thomas și de Gr. Iacobson; iar între semnele, după care se recunoaște scarlatina, este de menționat „*Semnul plicilor roșii dela coate*” și în general dela nivelul tuturor suprafețelor de flexiune, semn care fiind descris de C. Grozovici merită a-i purta numele și care constă în acea că după întâia săpt., când roșeața a trecut, timp de câte-va zile, în cari diagnosticul este nesigur, înainte de a fi apărut desquamația, care începe de regulă după a 2-a săptămână, și întâi tot pe aceste locuri (pag. 63) există la nivelul plicilor de flexiune, precum în primul rând dela coate, niște dungii roșii, cari pot pune un diagnostic retrospectiv al erupției scarlatinoase.

Dar autorul a fost frustat de bunul lui, căci încă în viață, fiind, un fost intern al lui, D-rul Marbe, l-a descris fără să menționeze numele adevăratului autor; iar după moartea lui un alt fost intern, D-rul C. Pastia, a căutat să restabilească paternitatea semnului, dar a făcut-o de așa natură, încât și-a însușit-o el, în unele manuale străine, imprimare în acel timp, semnul fiind menționat ca al lui C. Pastia, nu al lui C. Grozovici.

Ca un omagiu postum adus acestor 2 foști șefi ai mei, D-nul D-r Ygrec pentru ale cărui opere avem, cu sentimentul dreptei recunoașteri a meritelor, o admirație nemărginită, ne va îngădui această digresiune.

D-r M. Cănciulescu.

Doctorul YGREC: COPII CRIMINALI, COPII LENEȘI, COPII MINCINOȘI. (Cauzele, Remediile). — Un vol. de 102 pag. tipărit în cadrul „Biblioteca pentru toți”, No. 1347, de Edit. Universală „Alcalay”, Buc. preț 7 lei.

N'am luat cunoștință de această nouă și atât de valoroasă lucrare a D-lui D-r Ygrec, decât după ce am cetit o elogioasă recenzie făcută de către D-l Docent D-r Axente Iancu, în „Clujul Medical” No. 10/1935, pag. 556; precum și alta, din cotidianul „Adevărul” din 7 Dec. 1935, datorată D-lui Magistrat L. S. Belcin.

Unghiul sub care acești 2 recenzenți privesc lucrarea, dovedește, cu valoarea ei deosebită, importanță mare ce i se acordă; unul o așează în cadrul „Ocrotirii infantile, care în complexul ei integral trebuie să înglobeze și latura psihologică a copilului” și conchide că „puericultura românească nu poate decât să fie recunoscătoare autorului pentru publicarea valoroasei lucrări, cu un conținut încă atât de actual”; — celalt o „recomandă tutulor acelor cari pot să înțeleagă că problema creșterii copiilor și educarea tineretului este o problemă vitală a neamului românesc”.

Autorul, el o conține în lumina „Psihologiei individuale” o așează în cadrul „Fisio-patologiei medicale și sociale” și o pune „la îndemâna educatorilor, pedagogilor, părinților, profesorilor și magistraților, ca instrument de folos în greaua și sfânta lor misiune”.

Cartea ese astfel din cadrul ocrotirii infantile stricte, și intră în acela al vieții sociale generale, în angrenajul căreia rolul medicului pediatru este mai redus.

Și nu este destinată nici anume publicului românesc, căci însuși autorul spune: „crime și hoții comise de minori, precum cele comise de licenții din București (cari se par totuși a fi fost motivul determinant al publicării lucrării acesteia), s'au pomenit în toate timpurile și în toate țările”.

Imbrățișând un orizont și mai întins, fără nici-o restricție, dar cu aplicare mai deosebită în anume domenii, ceea ce face ca și diferitele ei „capitole să poată fi cetite aparte”, de aceea și poate interesa în acelaș timp atâta lume, socotim că meritul cel mare al acestei lucrări îl face „neexistența nici unei alte cărți cu un conținut asemănător” cum afirmă autorul și pe drept; de aceea cu toți cetitorii îi suntem recunoscători pentru îmbogățirea cu noile cunoștințe căpătate și nu mai puțin pentru stilul său unic, plăcut și vioi cu care ni le servește.

Conform obiceiului nostru de a recensa o carte, redăm materia conținutului, menționând titluri și subtitluri în ordinea succedării lor, cari împreună cu anume explicări scurte fac să ese și mai în evidență înțelesurile sugestive:

Sufletul copilului (chestie de psihologie individuală; necesitatea dezvoltării în sufletul copilului a sentimentului de solidaritate socială — „Mit menschlichkeit”, care să se opună celui numit de Adler „Complex al inferiorității” care îl descurajează și-l deviază). — **Lenea** (leneș este copilul care nu voește, iar nu cel care nu poate a munci; și de cele mai multe ori și voința lui este condiționată de nepotrivirea între gradul dezvoltării lui

mintale și munca la care este pus. Vârstea mintală și vârstea fizică nu-și corespund în totdeauna; cu anumite „teste” se poate măsura inteligența unui copil și stabili pe o „scară metrică a inteligenții”. Gradul „coeficientului său de inteligență”; lenea este determinată deseori de o inferioritate fizică sau de o hypofuncțiune glandulară; nevoia încercării unei opoterapii adecuate). — **Copii criminali** (instinctul de achiziție; influența mediului familial și a mediului social; abandonul fizic și moral; furtul constituie deseori o reacție ce se institue în mod inconștient unei alte impulsivități; influența pubertății și sexualității; debilitatea mentală și gradele ei: idiotii, imbecilii și proștii; cretinismul tiroidian; hereditatea criminală: se moștenește nu criminalitatea ci anomaliile psihice cari pot determina criminalitatea; concepția lombroziană a criminalului „născut”, a căzut; stigmatele de degenerescență nu coincid de obicei cu anestesia morală; există totuși o constituție perversă prin amoralitate și inactivitate înăscute; măsurile de luat pentru prevenirea și tămăduirea criminalității copiilor trebuie să asigure „higiena mintală”; nevoia unui dispensar de igienă mintală sau clinice medico-pedagogice; asistența socială să pună „diagnosticurile sociale” făcând fiecăruia „fișa sa psicho-fiziologică” în „stațiunile de observație”; necesitatea „anchetelor sociale”; cele 10 diagnosticuri ce se pun în clinicile medico-pedagogice merg dela debilul mintal până la dezechilibrul endocrinian; copilul criminal înaintea justiției; libertatea supravegheată; rezultatele obținute prin tribunalele de copii; regimul de semilibertate; casele de corecțiune sau coloniile corecționale; criteriile pentru alcătuirea unei fișe personale de observație medico-psicho-fisio-sociale). — **Minciuna** (ipocrisia, minciunile convenționale, politețea care este o jumătate de minciună, amenințările netraduse în fapt constituie rele exemple pentru copii; prefăcătorie; eroarea, reveria, să nu fie luate drept mitomanie). — **Copilul în lumina psihologiei individuale**, dupe Alf. Adler și **Furtișagul unui copil**, al cărui viciu a fost analizat și tratat cu succes de către Fr. Kunkel după metoda psihologiei individuale.

Acestea sunt grupele de noțiuni, multe din ele cu totul noi pentru cetitori, printre cari subsemnatul, la expunerea căroră și-au dat contribuția scriitorul de rasă, sociologul de bază și medicul adânc înțelegător de meseria lui din trecut, cari constituiesc personalitatea complexă cu tot atâtea posibilități bogate și fețe frumoase ale autorului, care este D-l D-r Ygrec.

D-r M. Cănculescu.

B. — SOCIETĂȚI ȘI PERIODICE
MEDICALE.

Biologie.

L. BALIF et S. GHERȘCOVICI: *Nouvelles contributions à l'étude de la chloropexie et de la chloropénie tissulaire.* — Bull. de la Soc. Roum. de Neurologie et Endocrinol. No. 1/1935.

Găsesc în diferite intocșițiuni și infecțiuni o cloropexie tisulară și o cloropexie plasmatică, de oare ce în aceste stări are loc o turburare a metabolismului general și mai ales al țesuturilor țesute. Când rinichiul e atins avem și o cloropenie. În stările preagonice și agonice găsesc numai o cloropexie tisulară, foarte rar o cloropenie.

R. H.

ED. ZUNZ et S. IAGNOV (București): *Contribuție la studiul acțiunii Germaninei și Moranylului asupra coagulării sanguine in vitro.* — Arch. intern. de Pharmacodyn et Thérapie, vol. XLV fasc. IV.

Germanina și Moranylul împiedică coagularea sângelui la epure și câine; împiedică deasemenea coagularea plasmei oxalate și recalcificate, a plasmei citratate și calcifiate.

Adăugarea de calciu, apă fiziologică, cytozym, plasmă normăla, acid clorhidric diluat, carbonat de sodiu, nu determină coagularea atât timp cât plasma oxaltată recalcifiată sau plasma citratată recalcifiată conține germanină sau moranyl în cantitate de 0.04% pentru plasma oxaltată și 0.20% în plasma citratată.

Germanina și moranylul exercită efecte inhibitorii mai accentuată asupra fazei a II-a a coagulării in vitro a plasmei oxaltate recalcificate.

I. Rosensteln.

E. ZUNZ, O. VESCLOVSKY et S. IAGNOV (București): *Cercetări cu privire la acțiunea efedrinei și adrenalinei asupra diurezei prin apă, prin soluție clorurată sodică și prin uree.* — Archives intern. de Pharmacodyn et de Thérapie, vol. XLVI, fasc. III.

Autorii studiază pe rând diureza apoasă, diureza clorurilor și diureza

ureei la câini cu o fistulă vezicală în care era inserat o canulă de ebonit cu un robinet metalic și constată că sub influența efedrinei și adrenalinei următoarele:

Adrenalina și efedrina micșorează sau împiedecă diureza consecutivă ingestiei cu apă, cu soluție cloruro-sodică și uree.

Ambele substanțe, cresc cantitatea de uree și diminuează cantitatea de cloruri în urina câinilor tineri; accentuează căderea cantității de cloruri urinari observată în cursul diurezei consecutive ingestiei cu apă; opresc scăderea cantității de uree din urina provocată prin diureza apoasă și într'un grad mai mic prin soluția cloruro-sodică. Cantitatea de uree poate chiar să crească sub influența acestor substanțe în timpul diurezei cloruro-sodice.

Efedrina și adrenalina opresc eliminarea clorurilor prin urină după ingestia de soluție cloruro-sodică.

Ingestia de uree tinde să mărească cantitatea de cloruri din urină, scăzută în cursul diurezei apoase; este un fenomen moderat care poate chiar lipsi.

În doze apropiate, efedrina și adrenalina fac mai precoce mărirea cantității de uree urinară provocată prin ingestie de uree.

I. Rosenstejn.

VIRGIL ANGHELESCU și PAUL ROIBAN: Notă asupra alterațiilor renale provocate la cobai prin injecțiuni de cantități mari de ser de cal. — Arch. Roum. de Path. exper. et de Microb., No. 2/1935.

Acțiunea toxică a proteinelor străine injectate în mare cantitate animalelor tinere este cunoscută. Se pare că rinichiul ar fi cel care se resimte mai mult. Pornind dela această opinie autorii studiază acțiunea serurilor de utilizare terapeutică mai răspândită, injectată în cantități variabile la cobai.

Îtă conclusionile la cari ajung: Serul de cal (antigangrenos) injectat la (cobai normali, determină apariția leziunilor renale. Aceste leziuni sunt constituite din degenerescența celulelor epiteliale ale tubilor conturnați, de tipul nofrozei, rar asociate ca leziuni de glomerulo-tubulo-nefrită în focare.

Importanța acestor leziuni este în raport direct cu cantitatea de ser introdusă.

I. Rosenstejn.

P. MOCQUOT, C. LEVADITI et L. REINIÉ: Recto-colită primitivă datorită virusului boalei lui Nicolas și Favre (virus limfogranulomatos. — Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris, Séance du 5 Mars, 1935.

Autorii publică studiul clinic și experimental al unui caz de recto-colită primitivă limfogranulomatoasă, cu punct de plecare într'o infecție localizată întâiu pe mucoasa intestinală.

I. R.

C. LEVADITI, I. LEVADITI și L. REINIÉ: Acțiunea in vitro a razelor lămpii cu mercur și a razelor de radium asupra virusului limfogranulomatos. — Soc. de Biol., 12 Janv. 1935.

Autorii formulează următoarele conclusioni: radiațiile totale ale lămpii cu mercur, suprimă in vitro proprietățile patogene ale virusului limfogranulomatos; dispariția virulenței nu ia cu sine și puterea antigenică, dacă lampa cu cuarț acționează 30 minute asupra unei emulsii nevraxice virulente și

proaspătă. Din potrivă, încălzirea prealabilă a unei emulsii de acest fel pare să sensibilizeze proprietățile antigenice ale virusului față de razele ultra-violete. Este probabil că efectele sinergice ale radiațiilor calorice și a razelor totale ale lămpii cu mercur, este de atribuit unei degradări a materiei care servește de suport unităților virulente, degradarea exercitată de primul din acești agenți fizici.

I. R.

D-r MAREȘ CAHANE: Starea sexuală și sulful total din sânge. — Soc. de biol., Iași, ședința din 28 Martie 1934.

Autorul cercetează sulful sanguin la boi, porci, galinacee, rațe, de ambele sexe și găsește mici diferențe între sexe.

Aceste constatări sunt deosebite de ale altor autori cari găsec o diferență de 30% în plus la bărbați.

I. Rosenstein.

Prof. G. MARINESCU, N. IONESCU-SIȘEȘTI și O. SAGER: Razele lui Gurwitsch (Razele mitogenetice). — La Presse Méd. No. 65/1935.

Căutând cauzele cari determină divisiunea celulară, Gurwitsch a descoperit radiațiile mitogenetice. Autorii expun experiențele făcute de diferiți autori precum și rezultatele pe cari aceștia le-au obținut; expun apoi cercetările personale urmărite prin două tehnici: prima este tehnica lui Protti și a doua tehnica preconizată de Brauner și Soru. Autorii au mai practicat experiențe privind variațiunile razelor lui Gurwitsch la capetele centrale și periferice ale nervilor secționați sau ligaturați. Capătul central s'a arătat totdeauna, chiar după 20—30 zile, mai bogat în radiații mitogenetice, decât capătul periferic.

Pornind dela experiențele făcute de Anna Gurwitsch și ale lui Kornmüller cari au putut înregistra curenți de acțiune în aria striată, după luminarea ochiului de partea opusă, autorii întreprind o nouă serie de experiențe pentru a cerceta, dacă iluminând un ochiu se poate determina emisiunea de raze mitogenetice în aria striată a părții opuse.

Lucrarea se încheie cu interesante considerațiuni asupra naturii razelor mitogenetice.

I. Rosenstein.

Chirurgie.

Prof. AL. POP, E. MUREȘAN și A. NANA: Considerațiuni clinice și terapeutice asupra chistului hidatic pulmonar. — Revista de Chirurgie, No. 5—6/1935.

După ce se expune în mod general chestiunea clinice și terapeutice chistului hidatic pulmonar, autorii rezumă în rezumat constatările a 15 cazuri cercetate din cari trag următoarele concluziuni:

Echinococoză pulmonară este o afecțiune caracteristică mediului rural; vârsta mai atinsă este între 16—18 ani, adică adolescență și adult; este mai frecvent la bărbați: Localizarea de elecție în pulmon este în lobul inferior drept și în general în pulmonul drept.

Lăsată în voe, boala are un prognostic grav în localizările corticale din cauza infecțiunilor pulmonare la care expune pe bolnav. Formele centrale se vindecă spontan prin vomică în 90% din cazuri.

Diagnosticul se face după simptomele clinice, cercetările de laborator, reacțiunile biologice și mai ales examenul radiologic.

Tratamentul este chirurgical în cazurile abordabile pe cale sângerândă și dă aproximativ 90% vindecări.

Prognosticul operațiilor este bun când se face indicațiuni exacte.

I. Rosensteln.

Doc. S. TOVARU: Sindromul febril postoperator al colibacilozei. — Spitalul No. 7—8/1935.

Diferitele sindrome pe cari le determină colibacilul au fost descrise în ultimul timp; febra post-operatorie survenind în urma operațiilor pe intestin a fost abea semnalată. Autorul, cu ocazia unui astfel de caz, examinează mecanismul de producere al acestui sindrom și-i face descrierea. Concluziile la cari ajunge sunt următoarele:

Sindromul acesta se găsește mai des la copii și femei, după operațiuni asupra intestinului și în deosebi după apendicectomie. Ascensiunea termică apare brusc, în primele zile după operație, și poate atinge 40°—41°. Ascensiunea termică este precedată de fior; oscilațiile febrile sunt mari, pulsul frequent, fără a fi în raport cu temperatura. Evoluția sindromului este benignă ca tot aspectul impresionant.

I. Rosensteln.

I. BALACESCU și I. MARIAN: Considerațiuni asupra 1241 aplicațiuni ale rachianesteziei la copii. — *Le Monde Médical*, 15 Oct. 1935.

Autorii redau în primul rând statistica celor 1241 cazuri operate; descriu apoi tehnica, substanța analgesivă, insuccesele, accidentele și complicațiile rachianesteziei observate pe acest important număr de cazuri și ajung la următoarele concluziuni:

Rachianestesia este o metodă excelentă, care trebuie întrebuințată sistematic la copii între 4—16 ani pentru chirurgia sub-diafragmatică și sub-ombilicată, toxicitatea sa fiind aproape nulă.

Cu un studiu îngrijit al indicațiunilor generale, cu o tehnică precisă și minuțioasă, a cărei importanță este considerabilă, cu o adâncă cunoaștere a condițiunilor fiziologice, pericolele rachianesteziei sunt minime.

Copilul suportă mai ușor rachianestesia, dacă a fost supus unei preparațiuni morale, mai ușoară de obținut în clinică, unde copilul poate judeca după camarazii operați, avantajile rachianesteziei.

I. Rosensteln.

Prof. D. DANIELOPOLU și A. ASLAN: Simpatectomia interlombo-sacrată în arteritele obliterante și anumite afecțiuni trofice ale membrilor inferioare. — *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris. Séance du 14 Mai 1935.*

În urma unor serii de cercetări asupra vaso-motorilor membrilor inferioare, autorii au preconizat din 1932 simpatectomia interlombo-sacrată pentru arteritele obliterante și afecțiunile trofice ale membrilor inferioare.

După ce reamintesc principiile metodei, autorii publică în rezumat rezultatele obținute de mai mulți chirurghi cari au aplicat-o.

Din expunerea acestor rezultate se poate constata că simpatectomia interlombo-sacrată prezintă următoarele avantagii:

Este o intervenție de scurtă durată. Se poate opera în aceeași șidintă în ambele părți. Satisface datele fiziologice.

În afară de rezultatele bune obținute în arteritele obliterante, a dat rezultate remarcabile și în ulcere varicoase, eczeme varicoase, ulcere trofice de natură necunoscută, oedeme cronice ale gambei etc., unde s'a văzut o vindecare rapidă a fenomenelor.

I. Rosensteln.

Prof. C. ANGELESCU și G. BUZOIANU: Patogenia hipotensiunii arteriale în rachianestezic. — Lyon Chirurgical, No. 4/1934.

Diferiți factori fac să varieze hipotensiunea după rachianestezie și anume: substanța anestezică, cantitatea introdusă, nivelul injecției, difuzibilitatea anestezicului, starea anterioară a tensiunii arteriale (care și ea este rezultatul acțiunii a numeroși factori: cardiac, vascular, neuro-vegetativ, endocrinian, lacunar și renal).

Hipotensiunea face parte integrantă din rachianestezie și nu va putea fi evitată decât când va exista un anesthetic lombar fără acțiune hipo-amfotropă asupra centrilor vegetativi medulari.

Diferența de acțiune a anestezicului administrat în aceleași condițiuni, se explică prin starea vegetativă a operatului. Vagotonicii prezintă hipotensiuni puternice, simpaticotonicii nu au decât hipotensiuni foarte ușoare.

Durata accidentelor și în special cefalea sunt în raport cu intensitatea hipotensiunii și cu starea neurovegetativă a operatului.

Concluziile terapeutice care decurg din aceste constatări sunt: să se utilizeze proprietățile simpaticotonice ale adrenalinei, calciului, efedrinei, efetoninei, dându-se preferință efedrinei și efetoninei cari au o acțiune mai durabilă și mai puțin brutală ca adrenalina.

I. Rosensteln.

Prof. I. BALĂCESCU și I. MARIAN: Considerațiuni asupra operației lui Albee în tratamentul boalei lui Pott la copii. — Le Presse Médicale No. 32/1935.

După ce examinează argumentele pentru și contra osteosintezei, își expun îngrijirile post-operatorii necesare, autorii trec la expunerea rezultatelor obținute:

Operația lui Albee a fost practică pe 288 copii în vârste dela 17 luni la 15 ani. După localizare, s'au prezentat 3 cazuri de Pott cervical, 15 dorsal superior, 72 dorsal mijlociu, 63 dorsal inferior, 51 dorso-lombar, lombar, 73 lombar, 5 lombo-socrat și 6 cu focar dublu)

Nici un operat nu a murit ca o urmare a operației. Din 288 de copii operați, au obținut 94 vindecări, 129 ameliorări și 51 cu desimea în în evoluție (operația fiind prea recentă).

După operație boala a devint, în general, afirectică, starea generală s'a îmbunătățit, greutatea bălășilor a crescut. Unii din copii s'au dezvoltat fără ca grefonul să constituie un obstacol.

I. Rosensteln

Endocrinologie - Neurologie.

D-ri MARIA BENETATO-MODVAL și LEONIDA POP: Considerațiuni asupra osteitei fibro-chistice a lui v. Recklinghausen și a conduitei terapeutice în această maladie. — Cancerul No. 3/1935.

Autorii descriu un caz de osteită fibrokistică cu osteoforosă generalizată și formațiuni chistice ale craniului și tibiei.

La acest bolnav au obținut rezultate excelente prin Roentgenterapia locală și a glandelor paratiroide.

Autorii cred că Roentgenterapia nu este suficientă pentru a determina recalifierea oaselor și că acest proces trebuie ajutat prin administrarea de doze de masive de calciu și vitamină D.

I. R.

M. CAHANE: Influence de l'hormone parathyroïdienne sur la cicatrisation des plaies cutanées expérimentales. — Bull. Soc. de Neurol. et Endocrin. No. 1/1935.

Cred că micșorând funcțiunea parathyroidienă modifică sistemul vegetativ și de aci o nutriție mai bună a țesuturilor. Fac o serie de experimente pe 5 perechi de șobolani și două serii de câini cărora li se face plăgi experimentale și thyroparatiroidectomie parțială și la unii se injectează parathormon.

Ajung la concluzia că țesutul cutanat are nevoie de o funcționare optimă a glandei paratiroide.

M. CAHANE: Les réflexes conditionnels et la glycémie émotive. — Bull. Soc. Roum. de neurologie et Endocr. No. 1/1935.

Produce reflexul condițional la pisică și caută glycemia înainte și după emoție; într'un caz găsește o mărire a glycemiciei după emoție. Autorul continuă cercetările și mai revine asupra acestei chestiuni.

R. H.

M. CAHANE: Alopecie et décoloration des poils chez les chats soumis au traitement thyroïdien et thyroxinique. — Bull. Soc. Roum. de Neurologie et Endocr. No. 1/1935.

Tratează 5 șoareci hibrizi cu thiroidă (0,30 ctgr. pe zi) după 18—37 zile găesc o alopecie, o decolorare și alte modificări morfologice a perilor; cu thyroxină observă că unii peri au albit. Deci hormonul thyroïdien influențează troficitatea perilor.

Prof. C. I. PARHON și D-r TOMORUG: Osteoza paratiroidiană. Ameliorare apreciabilă după ovariectomie. — Wiener Archiv für innere Medizin Band 27 1935.

Numeroase cercetări clinice, anatomo-patologice, experimentale și terapeutice ne permit să conchidem că simptomatologia complexă a hiperfuncțiunei paratiroidiene ar fi reprezentată prin osteita fibro-chistică (osteoză paratiroidiană după Lièvre).

Cazul atât de interesant ce-l studiază autorii, e important din următoarele trei puncte de vedere: a) din punct de vedere al patologiei geografice (este primul caz ce a putut fi studiat în România; b) din punct de vedere al etiologiei (este vorba de o fată tânără, ce s'a născut la 7 luni) și care a suferit în decursul anilor de 3 maladii infecțioase grave și anume: disenterie, malarie și tifor exantematic; c) din punct de vedere terapeutic, criza a mers spre ameliorare apreciabilă și în urmă boala a dispărut aproape cu desăvârșire în urma ovariectomiei. Nu numai paratiroididele par să aibă un rol important în metabolismul calciului, ovarele își au de asemenea partea lor, ca și tiroida.

În cazul autorilor calciul din sânge, deși rămas ridicat, a scăzut după castrajie dela 0.190 la 0.135.

Gustav Fastlich.

Prof. G. MARINESCU și Doc. FAÇON: **Contribuțiuni la studiul patogeniei și mecanismul producerii accidentelor consecutive tratamentului antirabic.** — Bul. de l'Acad. de Méd. de Paris, séance du 5 Févr. 1935.

Cu toate că în ultimii ani s'au publicat numeroase lucrări asupra patogeniei accidentelor paralitice survenind după tratamentul preventiv al turbării, chestiunea este departe de a fi elucidată.

Autorii aduc observația unui bolnav, care prezintă în a IV-a zi a tratamentului antirabic, o stare infecțioasă, urmată de o paralizie ascendentă frustă, evoluând timp de o lună la vindecarea clinică.

După ce expun diferitele opinii emise, autorii conchid, că mecanismul acestor accidente comportă deoparte posibilitatea intervenției virusului fix, mai ales în cazurile grave cu evoluție letală; pe de altă parte, în cazurile cu evoluție benignă este vorba de manifestarea unei afecțiuni neurotrope survenind într'un organism care, grație introducerii parenterale a vaccinului, realizează „noui condițiuni” (slăbirea imunității locale) necesară pentru izbucnirea acestor turburări.

I. Rosensteln.

D-ri MAREȘ CAHANE și TATIANĂ CAHANE: **Considerațiuni asupra unui centru nervos infundibular regulator al funcției genitale.** — Journ. belge de neurol. et de psychiatrie No. 5/1934.

Bazați pe literatură și observații personale, autorii redau chestiunea din toate punctele de vedere.

Datele experimentale și clinice demonstrează existența în diencefal a unui centru regulator al funcției genitale. Roussy crede că leziunea tuberiană care este la baza sindromului adifozo-genital, interesează doi centri: unul intervenind în metabolismul lipidelor, altul în funcția genitală.

Autorii cred că distrugerea acestui centru, cu toată aparența de integritate anatomică a hipofizei, determină o oprire a secreției hormonilor sexuali sau cel puțin o hiperfuncțiune a celulelor respective ale antetripofizei.

I. Rosenstein.

Agr. DEM. PAULIAN și G. TĂNĂSESCU: **Rezerva alcalină în paralisia generală progresivă înainte și după malarie-terapie.** — Spitalul No. 9/1935.

Din studiul a 12 paralitici generali cărora li s'a cercetat rezerva alcalină înainte și după tratament, autorii ajung la concluziunile următoare: Rezerva alcalină în sânge, înainte de tratament, este în limitele normale în 67 0/0 din cazuri; în lichidul cefalorachidian însă se găsește aproape în toate cazurile o stare de acidoză marcată.

După tratamentul malaric sângele capătă o stare de aciloză în 67 0/0 din cazuri, iar lichidul cefalorachidian prezintă o tendință de creștere a rezervei alcaline. Concluzii practice: alcalinizarea bolnavului înainte, în timpul și după aplicarea tratamentului.

I. Rosensteln.

Contribuția Românească la congresul internațional de Neurologie din Londra

Dela 29 Iulie la 3 August, a avut loc la Londra al II-lea Congres Internațional de Neurologie. Pus sub patronajul Ministerului Sănătății Engleze, Congresul a avut ca președinți de onoare

pe Prof. B. Sachs (din Statele-Unite) și pe Sir Ch. Scherrington, iar ca președinte activ pe D-r Gordon Golmes din Londra. Au participat reprezentanți din toate țările lumii în număr de aproximativ 400.

României i s'a acordat un loc de vice-președinte în biroul Congresului, pentru care Comitetul românesc a designat pe D-l Prof. C. Parhon, care ne-a reprezentat în această calitate ca delegat oficial. În plus României i s'a făcut marea cinste de a numi ca membru de onoare al Congresului pe D-l Prof. D-r Gh. Marinescu. Această onoare este cu atât mai însemnată cu cât în această calitate nu au fost numiți decât câțiva învățați ca Pierre Marie, Sir Henri Head, Pavlowt Winkler, Souques, Wagner von Jaureg, von Eilselsberg. Pe dealtă parte D-l Prof. Marinescu — a cărei absență dela Congres a fost mult regretată — fusese desemnat să prezideze una din ședințele științifice; iar la sfârșitul Congresului tot D-lui Prof. Marinescu împreună cu Profesorii Viggo Christiansen, Max Nonne și Pavlow, societatea de neurologie din Londra i-a conferit titlul de membru onorar. În această calitate i s'a trimis o diplomă specială și numele său va fi gravat în sala de ședințe a soc. medicale din Londra. La acest Congres, în afară de D-l Prof. Parhon au luat parte D-nii D-ri Goldstein, A. Radovici și O. Sager (care în acel timp lucra la Londra), D-ri Horneț, Chiser și State Drăgănescu, secretarul comitetului românesc. S'au prezentat o serie de comunicări atât de către participanți cât și din partea D-lor Prof. G. Marinescu, D-r Paulian, D-r Stănescu și Bonciu, D-r Kreindler. Dăm mai jos în rezumat conținutul acestor comunicări.

Prof. G. MARINESCU și A. KREINDLER prezintă o comunicare cu titlul „Sinus carotidian și Epilepsie”.

Studiind prin metoda pletismografică reflexele vasomotorii deslănțuite prin excitarea sinului carotidian, autorii observă că aceste reflexe sunt foarte scăzute la epileptici. Această modificare de reflectivitate se observă și la nivelul scoarței cerebrale cum arată înregistrările la bolnavii cu trepanație. Luminalul care suspendă accesele convulsive, crește și amplitudinea reflexelor vaso-motorii la acești bolnavi.

În general substanțele care măresc excitabilitatea sinului carotidian micșorează și dispoziția pentru provocarea de accese convulsive, acele care o scad au acțiune inversă.

Într-o a doua comunicare asupra „Rolului scoarței cerebrale în determinarea excitabilității nervilor vegetativi”, autorii făcând experiențe asupra pisicii și studiind excitabilitatea nervilor vegetativi (pneumogastrici și nervii dilatatori ai pupilei) arată că ablațiunea unui hemisfer cerebral scade excitabilitatea nervilor vegetativi. Această influență a hemisferului este bilaterală dar cu preponderență asupra nervilor vegetativi de aceeași parte.

D-l Prof. C. I. PARHON și D-r GERTA WERNER comunică interesante cercetări de biochimie făcute asupra Sângelui epilepticilor. Ei au notat scăderea frecventă a colesterolului cu ușoară scădere a calcemiei și creștere mică a clorului plasmatic.

D-l D-r NOICA a avut o interesantă comunicare privitoare la Fi-

ziologia corpului striat. D-sa arată că la bolnavii cu leziuni a nucleilor striai există o stare de rigiditate musculară dar care nu e evidentă; se poate provoca printr'o manoperă foarte simplă.

D-nii DEM. PAULIAN și S. SFINȚESCU comunică rezultatele radiologice de **Reperaj ventricular** făcute pe 122 de bolnavi cu epilepsie.

În o serie de cazuri în care s'a repetat insuflația de aer intraven-triculară s'a observat și o ameliorare terapeutică.

Intr'o a doua comunicare, PAULIAN și BISTRICEANU aduc documente patologice relative la **Patogenia hemoragiei cerebrale**, care vin în sprijinul teoriei vechi de ruptură a unui vas arterial în cazul atacului apoplectic.

D-r A. RADOVICI împreună cu I. MARCU aduc o contribuție relativă la **Epilepsia reflexă**. Ei arată atât clinic cât și experimental (prin stricninizarea scoarței) că excitațiunile optice și acustice provoacă, crize de epilepsie convulsivă.

D-l M. GOLDSTEIN relatează o observațiune de **Epilepsie familială** la adulți care vine în sprijinul rolului eredității în acest caz.

D-ri STATE DRĂGANESCU și E. FAÇON aduc o comunicare relativă la **Modificările lichidului cefalo-rahidian în cursul poli-radiculo-nevritelor infecțioase primitive**, infecțiuni neurotrope observate în ultimii ani la noi în țară. Insistă asupra disociației albumino-citologice, cu uneori o hiper-albuminoză considerabilă observată în marea majoritate a cazurilor studiate de ei.

D-l O. SAGER și Prof. DUSSER de BARENNE prezintă rezultate cercetărilor lor relative la **Funcțiunile sensitive ale talamusului la maimuțe și localizarea funcțională în acest centru**.

În fine D-nii STĂNESCU și BONCIU aduc un document anatomo-clinic pentru a dovedi existența unei **Epilepsii endocrino-ovariene**.

D-r State Drăgănescu.

Igienă socială.

D-r PETRE RĂMNEANȚU: **Crește mortalitatea prin cancer în România.** — Cancerul No. 3/1935.

După ce publică interesante date statistice asupra evoluției cancerului în România pe ultimii 5 ani, evoluția pe provincii, distribuția mortalității prin cancer pe județe, localizarea anatomică a cancerului, autorul trage următoarele concluziuni:

În România, mai ales în orașe, cancerul a fost în plină ursare între 1930 și 1934; a fost mai urcat în mediul urban decât în mediul rural. Provinciile cele mai afectate au fost cele de dincoace de Carpați și Bucovina. În mediul rural cancerul are proporția cea mai urcată în jud. Timiș-Torontal, Cernăuți și Trei Scaune, și în mediul urban în jud. Odorhei și Orhei. Cancerul în România în anii 1932—34 a avut localizarea cea mai frecventă pe organele paratului digestiv și pe uter.

I. R.

D-r GH. BANU: **Considerațiuni generale asupra biologiei colectivității.** — Rev. de igienă socială No. 9/1935.

Biologia fiecărui popor nu poate fi decât socială, căci trebuie să studieze totalitatea factorilor cari condiționează creația și selecția indivizilor cași protecția sănătății lor. Biologia socială acționează prin două categorii de măsuri practice: colective și particulare.

Ceeace rezidă la baza politicii sociale contemporane este dreptul la sănătatea a fiecărui membru al colectivității etnice.

Protecția sănătății colective, în societatea contemporană este dictată de 4 ordine de factori determinanți: principiul solidarității sociale, sentimentul generozității față de debili și suferinzi, interesul chiar al colectivității în vederea stimulării randamentului și în sfârșit echivalentul economic al capitalului sănătate.

Autorul face apoi o vastă privire asupra ciclurilor evolutive ale diverselor colectivități naționale; Punând igiena socială în cadrul larg al biologiei sociale o definește astfel: studiul influențelor exercitate de către factorii economici și sociali asupra sănătății diferitelor grupări sociale și studiul măsurilor cari tind la ameliorarea sănătății diferitelor clase sociale.

Autorul încheie expunând pe larg evoluția istoriei metodele și tehnica acestei discipline.

I. Rosensteln

D-r G. BANU: **Infățișările speciale ale biologiei poporului român.** — Rev. de Igienă Socială No. 11/1935.

Poporul român prezintă un număr de caractere de rasă distincte, puse în lumină prin măsurători antropometrice și prin metode serologice.

Poporul român se caracterizează din punct de vedere biologic prin marea sa vitalitate: rezistența crescută a țaranului român la intemperii și oboseală fizică; prolificitate (natalitate 35,9 0/0 de locuitori) puternic excedent natural (250.000 pe an) mare capacitate de adaptare la mediu, inteligență nativă.

Situația cantitativă a populației: a crescut dela 1920—1933 cu 3 milioane (populația actuală 18 1/2 milioane).

Natalitatea se menține, în comparație cu alte țări, foarte ridicată. Din nenorocire mortalitatea în România este crescută (în 1933: 18,7 0/00 locuitori). Se observă totuși un excedent natural apreciabil (13,3 0/00 locuitori în 1933).

Mortalitatea după rupele de vârstă arată o dureroasă caracteristică: predominența mortalității infantile (18,5 0/00 locuitori reprezentând 1/3 din mortalitatea generală a Țării).

Cauza deceselor la 10.000 locuitori: debilitate congenitală 39,0; pneumonie 23,5; tuberculoză 17,1; gastroenterite 13,6; boale infecțioase 7,5; boale cardiace 7,3; cancer 3,0.

Tuberculoza crește din an în an în mediu rural.

I. Rosensteln.

C. — CONGRESE.

Congresul profesional al Asociației generale a medicilor

În ziua de 7 Dec. 1935, a avut loc Congresul profesional al Asociației Generale a Medicilor. Au participat delegați din partea celor 71 filiale județene, precum și foarte numeroși medici din Capitală.

Desbaterile Congresului s'au făcut sub președinția *D-lui Prof. D-r P. Tomescu*, presidentul Asociației asistat de *D-nii D-ri P. Topa, M. Georgescu și I. Tețu* vice-președinți ai Asociației.

Criza materială și morală a corpului medical

Cuvântarea D-lui Prof. D-r P. Tomescu

D-l Prof. Tomescu își începe cuvântarea arătând că acest Congres a isvorât dintr'o mare și urgentă necesitate: criza materială și morală în care se sbate corpul medical românesc.

Examinând, pe rând, cauzele crizei în materiale, D-l Prof. Tomescu expune și remediile actuale și anume libera alegere a medicului în Asigurările sociale reglementarea gratuității, mai buna salarizare a medicului funcționar și Casa de Asigurare a corpului medical.

Trecând la examinarea crizei morale, conferențiarul arată că pentru remedierea acesteia se cere în primul rând înlăturarea crizei materiale. Arată apoi, în acelaș sens, nevoia de a scoate pe toți medicii de sub influența fluctuațiilor administrative și politice, aplicarea legilor existente, precum și legiferarea revendicării lor drepte ale Asociației.

* * *

Au fost prezentate următoarele RAPOARTE, la cari după discuțiuni s'au votat MOȚIUNILE ce publicăm:

1) Reglementarea asistenței medicale în asigurările sociale pe principul „libera alegere a medicului”.

Raportori: D-nii D-ri *Marius Popescu* și *A. Abramovici*.

Congresul extraordinar al medicilor din ziua de 7 Decembrie având în vedere raportul prezentat de D-nii D-ri *Marius Popescu* și *Abramovici*, asupra organizării asistenței medicale în asigurările sociale pe sistemul liberei alegeri a medicului, cu titlu de experiență, în București, admite în principiu această idee.

Propune ca această chestiune să fie soluționată într'un congres al medicilor din București, întrucât sistemul liberei alegeri urmează a se aplica numai în Capitală.

2) Casa de asigurare a medicilor.

Raportori: D-nii D-ri *Marius Georgescu* și *I. Tețu*.

Art. I. — Se înființează Casa de asigurare a medicilor din România ca instituție autonomă, cu controlul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Art. II. — Scopul acestei Case este de a servi membrilor săi în caz de boală, invaliditate și bătrânețe, o rentă proporțională cu vechimea asigurării.

În caz de moarte, Casa de asigurări va servi o rentă văduvei și copiilor minori proporțională cu vechimea asigurării și gradul de invaliditate.

Art. III. — Fondurile Casei de Asigurare a medicilor se compun din:

1. Un prim fond destinat de Asociația generală a medicilor în acest scop.

2. Cotizațiile membrilor.

3. Subvenția Statului prin toate autoritățile care au servicii medicale.

4. Subvenția Casei Asigurărilor sociale, Casa Muncei C. F. R., Eforia spitalelor civile, Eforia așezămintelor Sf. Spiridon din Iași, a Așezămintelor Brâncovenești și Instituțiilor sanitare de sub controlul Statului.

5. Subvenția instituțiilor și firmelor comerciale care au servicii medicale sau medici funcționari.

Toate aceste subvențiuni ale Statului, ale instituțiilor de sub controlul statului sau particulare, vor fi proporționale cu numărul medicilor pe cari îi au în serviciu.

6. Dintr'un timbru medical de un leu ce se va aplica de farmaciști, în mod obligatoriu pe fiecare rețetă în parte.

7. Din donațiuni și legate.

Art. IV. — Administrarea acestei case se va face de un Consiliu compus din:

1. Secretarul general — medic al Ministerului sănătății.

2. Un delegat al Ministerului de finanțe.

3. Președintele Asociației generale a medicilor, un vice-președinte și casierul Asociației.

4. Președintele Colegiilor medicale.

5. Decanul Facultății de medicină din București.

6. Șase membrii aleși pe termen de 3 ani de adunarea generală a Casei de asigurare.

7. Trei cenzori delegați al Ministerelor de finanțe, de sănătate și ai Asociației generale a medicilor.

Art. V. — Conducerea Casei de asigurare se va face printr'un comitet de direcție compus din cinci membrii aleși de Consiliul de ad-ție pe termen de 3 ani, putând fi realeși.

Art. VI. — Casa de asigurare a corpului medical va începe să funcționeze imediat după promulgarea prezentei legi.

Art. VII. — In caz de lichidare a Casei de asigurare a medicilor, fondurile vor trece în patrimoniul Asociației generale a medicilor.

Art. VIII. — Prezenta lege se va reglementa, fixându-se normele de administrare, rentele de plătit asiguraților și toate chestiunile se decurg din principiile generale prevăzute în legea de față.

3) Criza practicii medicale. Organizarea asistenței medicale pentru populația săracă și reglementarea gratuității.

Raportor: D-r *A. Crăciuneanu.*

Ascultând raportul asupra crizei practicii medicale și organizării asistenței pentru populația săracă al D-lui Dr. Crăciuneanu, Congresul hotărăște:

1. Să se intervină la Ministerul Sănătății, pentru aplicarea art. 71 din Legea sanitară, obligând comunele și județele a face tablourile de bolnavii săraci, conferindu-le actul de paupertate.

2. Triarea cât mai severă a bolnavilor cari solicită internarea în conul statului.

3. Să se intervină pentru reducerea numărului enorm de dispensarii de la orașe, cu consultațiuni gratuite pentru toată lumea, în dauna practicii medicale, și să se interzică sanatorilor de a da consultații gratuite sau cu tarif redus.

4. Să intervenim pentru desființarea consultațiunilor pentru toată lumea la Spit. Prof. Cantacuzino, fost I. O. V. și consultațiunile pentru civili la spitalul militar „R. E.”.

5. Să intervenim la D-l Ministru al Sănătății și la colegii medici-parlamentari pentru a trece în articolul de practică ilicită a medicinei și reclamele de medicamente și tratamente și descripția boalelor din ziarele zilnice.

6. Să intervenim, ca pentru o mai bună repartiție a medicinei la sate, să se formeze centre rurale de 2.500 locuitori cu dispensarii și locuință pentru medic, cu lot de cultură agricolă pentru gospodăria postului medical și un salariu cât mai corespunzător anilor grei de studiu al medicinei.

7. Ministerul Sănătății și Ocrot. Sociale să interzică funcționarea societăților particulare pentru asistența medicală (astfel de societăți se găsesc în număr mare în Ardeal).

4) Salarizarea și gradațiile medicilor funcționari.

Raportor: D-r *I. Stoichiță, Inspector General Sanitar.*

1. Să se creeze corpul tehnic al medicilor, în cadrele căruia să se reglementeze prin lege specială salarizarea, înaintarea și drepturile la gradații ale tuturor medicilor funcționari, inclusiv Medicii școlari.

2. Să se facă o revizuire și o armonizare a salariilor actuale, ele echivalându-se cu salariile medicilor militari și anume: „medicul de circ. sanitară rurală cu titlu definitiv să primească salariul unui medic căpitan;

medicul primar de județ sau șef de municipiu salariul unui medic colonel iar inspectorul g-1 sanitar să primească salariul unui medic general din armată”.

3. Să se revizuiască situația gradațiilor medicilor funcționari, sporul de salariu după aceste gradații socotindu-se în conformitate cu dispozițiile art. 236 din legea sanitară. Gradațiile astfel calculate, să se înscrie în bugetul Ministerului pe anul 1936—1937.

4. Restanțele de salariu, gradațiile neachitate și diurnele de transport în restanță să se achite în numerar, iar dacă aceasta nu ar fi cu putință ele să fie achitate prin bonuri de impozit sau prin rente de ale împrumutului de înzestrare tranșa B.

5. Medicii școlari să fie încadrați conform legii, și salarizați la fel cu profesorii secundari titulari (conf. art. 120 din legea învățământului secundar).

5) Numirile și concursurile medicale pentru funcțiunile publice.

Raportori: D-nii Prof. D-r *P. Tomescu* și D-r *V. Dimitriu*.

1. În toate locurile de medici, libere sau ocupate provizoriu, la stat, la instituțiile de sub controlul statului și la Asigurările sociale, să fie numiți medici definitivii după normele legii sanitare.

2. Medicii astfel numiți vor fi inamovibili și stabili în locurile lor.

3. Concursurile vor fi unitare pentru toate instituțiile publice și se vor ține la Ministerul sănătății.

4. Concursurile de internat și de secundariat vor fi unitare pentru toate instituțiile, se vor ține la Ministerul sănătății în cele trei centre universitare și vor da dreptul la un stagiu de 4 ani.

5. Pentru medici și funcțiunile lor, simplificarea aparatului de Stat să se facă la diferitele autorități, conform avizului Ministerului sănătății și dispozițiilor legilor sanitare în vigoare.

6. Echivalarea diplomelor medicale, provenite dela Facultățile străine.

Raportor: D-l D-r *P. Stroescu*.

Constatându-se că echivalarea diplomelor s'a făcut deseori în mod ne-regulat și în afara prevederilor legilor și regulamentelor, că mai totdeauna s'a arătat prea multă îngăduință și că de foarte multe ori nu s'a mai cerut nici diplome și nici chiar cetățenia română, ceea-ce constituie o știrbire gravă a drepturilor profesionale și a demnității naționale, cât și un mare pericol pentru sănătatea publică, congresul hotărăște:

Este o imperioasă nevoie a se revizui toate echivalările făcute de la război încoace cât și a se face controlul riguros al tuturor cabinetelor medicale.

Controlul să fie făcut de Colegiile medicale și sub nici-un motiv cu concursul personalului sanitar auxiliar.

Medicii cari au obținut libera practică fără acte originale, dacă într'un timp anumit nu le prezintă, să fie înlăturați de la practica medicală. Această măsură va privi și pe medicii strein cari nu vor face dovada cetățeniei.

Echivalarea diplomelor în viitor să cadă în sarcina Facultăților de medicină și să cuprindă examene asupra materiilor din toți anii.

Revizuirea să cuprindă și cabinetele dentare înlăturându-se la prac-

tica acestei specialități medicale toți acei ce nu vor face dovada liberei practice definitive și publicată în Monitorul Oficial conform legii.

Colegiile medicale, după cercetarea situației legale a fiecărui caz în parte, vor întocmi și publica anual, tabelele pe specialități de medici și dentiști cu libera practică, în conformitate cu legea.

7. Situația stațiunilor balneare.

Raportor: D-l *General D-r Vicol*.

Congresul medicilor, ascultând expunerea făcută de D-l general Vicol asupra modului secret cum s'a lucrat legea de organizare a turismului și a amestecului ei în vechea organizație balneară, recunoaște absoluta necesitate a organizării turismului, fără a aproba modul cum se organizează, îndepărtând de la conducere pe adevărații turiști și făcând un turism oficial cu mulți noi funcționari publici.

Congresul protestează încă în contra desființării comisiilor balneare ale stațiunilor care sunt baza organizării balneare și contra amestecului turismului în chestiunile sanitare însușindu-și controlul igienic în stațiuni și organizând în locul comisiilor balneare „oficii de turism, de cură și de termalism”, puse sub conducerea turismului, adică însușindu-și și controlul asupra executării medicinei balneare; constată că toate acestea nu ar fi introduse în lege dacă la alcătuirea legii s'ar fi cerut și concursul ministerului sănătății. De aceea, invită pe toți medicii a propaga oriunde cunoașterea greșelilor care au dominat la alcătuirea legii turismului și să stăruiască a se menține supremația sanitară în stațiuni, care în realitate sunt spitale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj *M. M. R.*

* * *

Al VI-lea Congres Național de chirurgie

(15—19 Decembrie 1935)

Duminecă 15 Dec. 1935, s'a deschis în Amfiteatrul Fac. de Medicină din București, sub președenția D-lui *Prof. D-r D. Gerotă*, al VI-lea Congres național de chirurgie. Biroul Congresului a fost format din: *Prof. D. Gerotă*, președinte; *Prof. I. Tănăsescu*, vicepreședinte; *Prof. I. Bălăcescu*, președintele Asociației române de chirurgie; *Conf. Dan Theodorescu*, secretar general. Primul a luat cuvântul D-l *Prof. D. Gerotă*, care și-a rostit cuvântarea de deschidere a Congresului, trimițând în numele Congresului o telegramă omagială către M. S. Regele.

D-l *Prof. Iacobovici* a vorbit în numele Societății de chirurgie, D-l *Prof. Tănăsescu* în numele Facultății de Medicină din Iași, D-l *Agr. I. Jianu* în numele Federației de chirurgie și D-l *D-r V. Racoveanu* în numele Societății de Otorinolaringologie.

ZIUA II-a: Dimineața a fost rezervată ședințelor aperiatorii. D-l *Prof. I. Bălăcescu* a expus la spitalul de copii, câteva cazuri de coxalgie și morbul

lui Pott; D-l Prof. **Lichterstern** din Viena a executat la spitalul Colțea o nefrectomie iar D-l Prof. **Hortolomei**, la acelaș spital, a făcut o operație de calcul renal și nefrectomie. La spitalul Colentina, D-l Prof. **Bosovic** din Jugoslavia a operat o simpatectomie pericarotidiană, iar D-l Agr. **I. Jianu** o simpatectomie lombară.

După masă s'a expus primul raport în ordinea de zi a Congresului despre: **Diagnosticul și tratamentul cancerului uterin***).

Raportori: *Prof. I. Tănăsescu, Agr. Tr. Nasta, D-r V. Vlădescu și A. Chirmiciev.*

S'au făcut următoarele comunicări în legătură cu acest raport:

D-r L. CÂMPEANU: Considerații asupra tratamentului cancerului rectului; D-ri A. SIANU, C. ENESCU și DAN THEODORESCU: Amputațiunea abdomino-perineală în cancerul rectal; D-ri I. SAVIN și I. FLORIAN: Poziție aparte a epiteliomului noa-rectal; D-r W. JACOVLIESIC (Jugoslavia): Lobectomie într'un timp în pleură liberă pentru echinococoză și bronșectasia putridă a lobului inferior a pulmonului drept; D-r TR. BONA (Suceava): Apendicită la stânga, complicată cu volvulus al coecului și colonului ascendent la doi ani după apendicectomie.

D. C. BORCESCU și M. CORNEANU (București): „Sfincterele colice și spasmele lor în diagnosticul cancerului colonului”; G. BUZOIANU: „Cardiotomia pentru cardiospasm esofagian”; E. CRISTIDE: „Osteosinteză Juvara în fractura diafizei femurale”; M. N. CONSTANTINESCU și I. N. PETROȘANU: „Asupra unui caz de hemiplegie dreaptă și afazie cu debut epileptiform tip Jackson după rahianestezie”; P. COSTESCU: „Aparat reductor și coaptant pentru fracturile cu indicațiune la osteo-sinteză”; C. ENESCU și P. GEORGESCU: „Tumorile extragastrice”; F. GOTLIEB: „Vaccinarea antitetanică” și „Acțiunea terapeutică a vitaminelor în aplicări locale”; I. I. GRIGORESCU: „Complicațiile pulmonare după operațiile de stomac”; C. HRISTU și G. IOANIȚESCU: „Vaccinoterapia Delbet în apendicitele din câmpul muncii”; G. IAMANDI și VALERIU ARSENE: „Considerațiuni asupra a 45 cazuri de fracturi de deschise, tratate la spitalul de urgență”; I. ANGHEL și MIRCEA CONSTANTINESCU: „Histeropezia prin procedeul Grigoriu”; E. CRISTIDE: „Bratamentul halluxvalgusului prin procedeul Juvara”, și MIRCEA CONSTANTINESCU și I. M. ALBU: „Sarcom primitiv al ligamentului rotund”.

ZIUA III-a: Intre orele 8—12 au avut loc **Ședințe operatorii** în clinicile D-lor Prof. C. DANIEL, Prof. A. JIANU, Prof. N. HORTOLOMEI, Agr. TR. NASTA.

După masă s'a expus al II-lea raport la ordinea de zi a congresului: **Diagnosticul și tratamentul cancerului uterin în România.**

Raportori: *Prof. C. Daniel, Prof. Cristea Grigoriu și D-r D. Mavrodin.*

*) Analizele rapoartelor și comunicărilor se va face în numerile viitoare la cap. «Analize».

În legătură cu acest raport au fost prezentate următoarele comunicări:

D-r L. CÂMPEANU: Asupra tratamentului cancerului colului uterin.

D-ri I. ANGHEL și MIRCEA CONSTANTINESCU: Asupra indicațiilor radio și radiumterapiei post operatorii în neoplasmul colului uterin.

D-ri C. IUBAȘ și E. ȘAIOVICI: Tratamentul cancerului uterin la maternitatea din Cernăuți (1930—1935).

Prof. A. JIANU și I. JOVIN: Tratamentul cancerului uterin prin radiațiuni. Statistica pe anii 1928—'30 a centrului de tratament a Clinicii a III-a chirurg. București.

D-r G. KITZULESCU: Diagnosticul și tratament cancerului colului uterin în România.

D-ri TOPA și CARAMZULESCU: Fibrom uterin asociat cu neoplasm al colului.

D-ri I. VOICU: Neoplasmul colului uterin și sarcina.

D-ri I. VOICU și POPA RUBIN: Inundație peritoneală mortală consecutivă, ruptura nodulilor metastatici într'un caz de chorio-epiteliom.

COMUNICĂRI DIVERSE.

D-na D-r I. CORCIOVEI și I. CORCIOVEI (Rădăuți): Un caz de sarcină extrauterină bilaterală simultană.

GEORGE IOANIȚESCU (București): Valoarea radiodiagnosticului în apendicită.

C. IUBAȘ (Cernăuți): Vagin artificial după procedeul Grigoriu.

EMINESCU IROFTE (Bârlad): Sarcină abdominală în luna IV-a, diagnosticată și operată.

I. JIANU (București): Considerații asupra simpatectomiei lombare.

ȘTEFAN JIANU (București): Radiografia organelor în secțiuni.

ȘTEFAN JIANU și GHEORGHE IAMANDI (București): Considerații asupra 135 cazuri de chirurgie gastro-duodenală, operate în Clinica II-a chirurgicală, în ultimii doi ani.

A. MORUZI (Iași): Câteva cazuri de traumatism cranian și tratamentul lor.

ION MUREȘAN (Cluj): Considerații asupra platiilor totale și subtotale ale nasului.

V. PĂTRAȘCANU (Bacău): Considerații asupra câtorva cazuri de apendicită gangrenoasă și peritonite apendiculare închise și vindecate per primam.

V. PĂTRAȘCANU și E. ALEXANDRESCU (Bacău): Când se drenează în sarcina extra-uterină.

V. PLĂTAREANU și ION TĂNĂSESCU (București): Flegmon gazos al lojei tiroidiene.

ZIUA IV-a: Au avut loc între orele 8—12 Ședințe operatorii în clinicele D-lor: Prof. I. IACOBOVICI, Prof. ZAHARESCU-KARAMAN, Ăg. I. JIANU, D-r P. TOPA.

După masă, a fost prezentat cel de al III-lea Raport la ordinea de zi a Congresului: Diagnosticul și tratamentul chisturilor mamare.

Raportori: *Prof. C. Angelescu, C. Ghișescu și Al. Pop.*

Au fost prezentate următoarele comunicări în legătură cu acest raport:

D-r L. CÂMPEANU: Considerații asupra chistelor mamare.

D-r F. GOTLIEB: Problema mamelelor ce sângerează.

Au fost prezentate în această ședință următoarele comunicări:

D-r V. PLATAREANU și IOAN TANĂȘESCU: Sarcom enorm al pe-

retelui abdominal.

Agr. POENARU CAPLESCU: Absența durerii și reflexului faringian.

Agr. POENARU CAPLESCU: Diagnosticul apendicitei latente.

D-r VINTILĂ MAX. POPOVICI: Cincizeci apendicectomii cu infun-

darea bontului apendicular fără legătura lui prealabilă.

D-r VINTILĂ MAX. POPOVICI și GH. GEORGESCU: Un caz de car-

cinoid apendicular la 1000 apendicectomii.

D-r VIRGIL RACOVEANU: Considerațiuni asupra tratamentului me-

ningitelor de origine otică.

D-ri C. STOIAN și P. COSTESCU: Simpatectomia lombară în trata-

mentul gangrenei și a câtorva afecțiuni trofice ale memmrelor inferioare.

Conf. DAN TEODORESCU: Anchiloză temporo-maxilară și corecțiune

consecutivă a mandibulei; vindecare.

D-r TOPA P.: Osteosinteza oaselor mici în accidentele de muncă.

D-r I. VOICU: Două cazuri de seminom al ovarului.

ZIUA V-a: Au avut loc între orele 8—12 **Ședințe operatorii** în clinicile

D-lor: Conf. C. LEONTE, Agr. E. CRISTIDE, Docent (ST.) POPESCU, Conf. DAN TEODORESCU.

După masă, s'a expus cel de al IV-lea Raport la ordinea de zi a Cong-

gresului despre: **Chirurgia în mediul nostru rural.**

Raportori: D-ri *Bordeianu și C. Dăniță.*

Au fost prezentate, în legătură cu acest raport următoarele comunicări:

Agr. I. JIANU: Chirurgia la sate.

D-r G. KITZULESCU: Chirurgia în mediul nostru rural.

În ultima ședință s'au discutat chestiuni profesionale privind pe

chirurgi (onorariile chirurgilor și sindicatul chirurgilor iar D-l *Prof. I. Iacobovici* a dezvoltat o interesantă conferință tratând despre

Inarmarea chirurgicală pentru rășboiu.

M. M. R.

* * *

Congresul societății române de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie

În sala festivă a primăriei municipiului Chișinău s'a deschis la 6 Oct. 1935, cel de al 15-lea congres al societății române de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie în prezența somităților noastre medicale și a autorităților locale.

Au asistat și d-nii: prof. d-r Marinescu, Parhon și Minea.

D. d-r LASCU, directorul ospiciului de boli mintale Costiugeni și președintele organizator al congresului, a salutat pe participanți.

D. LUJANSCHI, consilier județean a salutat congresul în numele județului Lăpușna.

D. APOSTOLESCU, ajutor de primar, a salutat congresul în numele municipiului Chișinău.

D. Colonel d-r BĂLĂCIOIU a salutat congresul în numele d-lui g-ral Cănușescu, comand. corp. 3 armată, aducând și salutul camaraderesc al medicilor militari.

D. d-r SMADU, inspector general sanitar al Basarabiei, a vorbit în numele ministerului sănătății și al colegilor medici din Basarabia.

D. prof. univ. POPESCU-PRAHOVA, decanul facultății de teologie, a salutat congresul în numele profesorilor universitari și a corpului secundar.

D. dr. DUVAN, a salutat congresul în numele secțiunii științifice a colegiului medical din Chișinău.

D. prof. dr. PARHON a mulțumit în numele congresului organizator pentru primirea călduroasă făcută de autorități și de cetățeni.

Acesta este al 15-lea congres al societății noastre — a spus d-sa — soc. datează de 18 ani, înființată imediat după război, cu hotărârea fermă de a nu se pierde imensul material necoleționat pe vremuri. Societatea a întâmpinat multe dificultăți pe cari le întâmpină și azi, dar trăește. Sub sugestia colegilor din Ardeal s'a organizat de acum 15 ani o serie de congrese succedate an cu an și la care s'au pus în discuție probleme importante. Conștienți de menirea noastră vom ști să facem ca societatea română de neurologie și psihiatrie să contribuie la progresul societății românești.

D. d-r LASCU propune și congresul aprobă ca președinte de onoare pe d. prof. Marinescu, vice-președinți pe d-nii prof. dr. Parhon, Tomescu, Baliff iar secretar pe d. Orenstein.

După amiază a fost o nouă ședință. D. prof. d-r Marinescu a luat cuvântul mulțumind pentru solitudinea ce se acorda acestui congres științific.

Să fiți siguri că viitorul unei țări nu depinde de numărul populației ci de energia și sănătatea lui. Voi, medicii, sunteți datori să depuneți munca voastră în sprijinul populației. Sunt convins că această muncă în țara noastră va lăsa urme nepieritoare cu toate împrejurările grele prin care trecem. Eu am venit cu dragoste cel dintâi la datorie.

A urmat conferința d-lui prof. M. KERNBACH-CLUJ: «Responsabilitatea penală din punct de vedere medico-legal».

Ziua II-a a Congresului și-a ținut desbaterile în sala festivă a primăriei municipiului sub președinția d-lui prof. MARINESCU.

D. prof. dr. STATE DRĂGĂNESCU a făcut o foarte importantă comunicare despre «Infecțiunile neurotrope».

D. dr. NICULESCU a citit un studiu al Chirurgiei durerii, a d-lui dr. BAGDASAR.

D. Agr. N. IONESCU-SISEȘTI a comunicat despre „Fractura spontană în cursul sclerozei în plăci”.

D-nii prof. dr. G. MARINESCU, docent dr. SAGER, docent E. FACON și-a făcut comunicări despre Trat. crizei gastrice tabetice cu sulfat de magneziu intrarahidian.

D. docent dr. E. FACON a făcut comunicări asupra câtorva cazuri de Migrenă tratate prin reflexoterapie endonazală.

D. dr. GH. VASILESCU-București prezintă **Un caz de crize transitorii de rigiditate decerebrată în idiopia amaurotică, survenite în urma encefalitei letargice.**

D. prof. TOMESCU și dr. CONSTANTINESCU prezintă o cercetare făcută la spitalul central de boli mintale din București, din care se constată că se găsesc numeroase cazuri în care boala mintală este datorită uremiei și se desvoltă paralel cu mărirea urei în sânge, pentru a dispărea atunci când această revine la normal. Această boală o denumesc **Encefalită psihozică uremică.**

D-nii dr. T. VASILIU și I. STĂNESCU au comunicat în chestiunea dacă **Demența este criteriul absolut de iresponsabilitate penală.**

D. dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU arată că problema epilepsiei larvate conștiente este încă descrisă des.

D. dr. POJOGA a făcut comunicări la dificultăți practice ale problemei responsabilității pentru psihiatru cum și importanța metodeilor experimentale psihologice și psihianalitice pentru problema responsabilității.

D-nii dr. GH. PREDA, TH. STOENESCU și S. CUPCEA au adus **Contribuțiuni experimentale psihologice la studiul constituției psihice a criminalilor și delicvenților.**

D-nii prof. G. MARINESCU, dr. G. ALEXIANU, BUTU și I. OLTEANU au comunicat **Variațiunile vitaminei din lichidul cefalorahidian în unele boale ale sistemului nervos.**

Ședința zilei a III-a s'a deschis la ora 9 dim., sub președinția d-lui prof. d-r MARINESCU în sala festivă a primăriei municipiului.

D. prof. MINOVICI, București, roagă ca congresul să aprobe ca organul oficial de publicație al societății de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie să poarte la titlu adaosul de „medicină legală” ceea ce congresul a aprobat.

Fac apoi diverse comunicări d-nii prof. BĂLTEANU, d-na CAHANE, prof. TOMESCU, d-r CONSTANTINESCU, BRASCU, prof. BALIFF, BRIESE, d-r MARINESCU BĂLOI.

La conferința administrativă, s'au făcut comunicări asupra organizării asistenței bolnavilor nervoși și mintali, d-nii: prof. PARHON, MINEA, BALIFF, TOMESCU și conferențiarii agregați: NICULESCU și IONESCU-SISEȘTI.

Alegerea comitetului societății

S'a desemnat comitetul de redacție al buletinului societății; s'a procedat la alegerea noului comitet al societății și s'a ales cu unanimitate de voturi următorul comitet: președinte, prof. Parhon; președinți de onoare: prof. d-r Gh. Marinescu, prof. N. Ștefănescu-Goangă, prof. Rădulescu-Motru, prof. N. Minovici; vice președinți: prof. d-r Minea, prof. d-r Tomescu, d-r Gh. Preda și prof. d-r Baliff; secretari generali: conf. d-r I. Niculescu și Orenștein; bibliotecar, d-r A. Blinoff; casier general, d-na d-r Zoe Caraman.

S'a fixat rapoartele pentru viitorul congres: **Problema isteriei**, raport. prof. MARINESCU; **Atrofiile cerebeloase**, rap. conf. d-r I. NICULESCU; **Medicina legală în raport cu celelalte științe medicale față de justiție**, raportor prof. d-r N. MINOVICI.

În ședința publică de a II zi dimineață, au făcut comunicări d-nii prof. PARHON cu d-r ORENSTEIN despre **Cercetări asupra biochimiei sângelui în sindromele ipofizare.**

D-l d-r POPA a făcut raportul despre: **Directivele cercetărilor la ipofizie cu demonstrațiuni.**

D-l prof. d-r PARHON și-a dezvoltat raportul asupra fiziologiei și biologia ipofiziei.

Au mai făcut comunicări d-nii d-r BARTH MILCU, d-na DRAGOMIRESCU, prof. BALIFF, d-r ORENSTEIN, d-na d-r CERNĂUȚEANU, d-nii d-r STOIA GRIGORESCU, OLTEANU, au comunicat despre Valoarea diagnostică a bandelor albe semilunare unghiale și polinevrita arsenicală.

D-nii prof. G. MARINESCU și d-r LOUIS COPELMAN au dezvoltat Raporturile dintre creier și inteligență.

La închiderea congresului s'a votat următoarea moțiune:

Al 15-lea congres al societății române de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie și medicină legală, ținut în zilele de 6, 7, 8 Octombrie la Chișinău, roagă pe d. ministru al sănătății publice să acorde întreg sprijinul bunei organizări a spitalelor de neuro psihiatrie, necesare la asistența bolnavilor cu turburări neuro psihice, contribuind astfel la profilaxia bolilor mintale și nervoase și la asigurarea unei mai bune eugenii, indispensabile dezvoltării viitoare a poporului român.

M. M. R.

UROFORMINE
GORBÉY

COMPRIMES 0^{rs}50
AMPOULES 2^{cc} & 5^{cc}

**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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

Gouttes **NICAN**
Tuse

Spasmodice, Convulsivă,
Gripa, Tuberculoza

Laboratoires **CANTIN / Palaiseau (France)**

Tratamentul Insomniei
prin

SOMNOTHYRIL

(1 — 3 pilule pe zi)

CEREOSSINE

(os proaspăt total)
Simple, Iradiate, Decalcificare,
Creștere, Convalescență, Tu-
berculosă, Fracturi

Laboratoires **DEHAUSSY / Lille (France)**

ENTEROBYL

Drenaj Biliar
Antiseptie Biliară și Intestinală
Desensibilizator

RHESAL

(Ether M. Salicilic a glicerinei)
Anti REUMATISMAL
Anti NEURALGIC
LUMBAGOSCIATICA - TORTICOLIS

Laboratoires **VICARIO / Paris**

KOUMYL

Ferment lactic bulgar
vii
în suspensie concentrată

DIMETOL

(Granule)

Artritis, Gută,
Reumatism

Specific al Diathesei Artrite

NOPIRINE

(Tablete)

Anti reumatismal

ANALGESIC / ANTIPIRETIC

Reprezentanți și depozitari pentru România:

„AGENCE ROUMAINE FRANCAISE“

București, 37 Sft. Apostoli.

III.

CRONICA MEDICALA LATINA

Comité permanent de la Fédération

Le Comité permanent de la Fédération s'est réuni le samedi 30 novembre, à 17 h. 30, au siège social, 52, avenue de Breteuil, sous la présidence de M. D-r JOAO COELHO.

Étaient présents: MM. les D-rs F. LE SOURD (France), VACCARO (Italie), COELHO (Portugal), SAENZ (Uruguay); L. M. PIERRA, secrétaire général de la Fédération; M. ROBERT GARDETTE, secrétaire administratif.

Excusés: MM. LÉOPOLD MAYER (Belgique); Prof. DOMINGUEZ (Cuba); Prof. LOEPER, Prof. FIESSINGER (France); LOBO-ONELL (Chili); H. TECON (Suisse).

Procès-verbal, correspondance. — Le procès-verbal de la précédente réunion est lu et adopté.

A propos de ce procès-verbal, le Secrétaire général donne lecture des lettres de I.L. EE. MM. les Ambassadeurs d'Espagne et de la République Argentine, concernant le choix des représentants de ces deux Nations au Comité permanent.

Le Secrétaire général donne également lecture d'une lettre du Prof. A. LE SAGE (de Montréal) directeur de L'Union médicale du Canada, concernant les questions à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Le Secrétaire général annonce à ses collègues, que le Gouvernement italien a bien voulu désigner MM. le Professeur sénateur DAVIDE GIOR-DANO (de Venise), le Professeur sénateur NICOLA PENDE (de Gênes) et le Professeur E. MORELLI, député au Parlement, secrétaire général du Syndicat national fasciste des Médecins, pour représenter la presse médicale italienne dans le Comité permanent de la F. P. M. L.

Comité d'honneur. Le Secrétaire général fait part officiellement à ses collègues de la mort du Prof. G. ETIENNE (de Nancy), membre de l'Académie de Médecine de Paris, rédacteur en chef de la *Revue médicale de l'Est* et membre du Comité d'honneur de la Fédération, qui présida — avec une autorité et un éclat incomparables — la 3-e Congrès de la Presse médicale latine. Il est entendu que le Secrétaire général transmettra à M-me ETIENNE les condoléances du Comité permanent.

Sur la proposition du Secrétaire général, le Comité décide d'inscrire parmi les membres du Comité d'honneur de la F. P. M. L. les noms des Prof. CH. ACHARD (de Paris), membre de l'Institut, secrétaire général

de l'Académie de Médecine, et A. LE SAGE (de Montréal), directeur de L'Union médicale du Canada.

Règlement intérieur. — Le Secrétaire général donne lecture du projet de règlement intérieur qu'il a élaboré, comme mission lui en avait été donnée par le Comité, lors de la dernière réunion.

Différentes modifications sont apportées à ce projet, sur l'intervention des D-rs COELHO, LE SOURD et SAENZ.

Le règlement intérieur, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté à l'unanimité des membres présents et représentés.

Congrès de 1936. — Le Secrétaire général communique à ses collègues l'avant-projet du programme provisoire du 4-e Congrès de la Presse médicale latine, tel qu'il résulte de ses conversations avec le Prof. D. GIOR-DANO (de Venise), président de la Fédération, et le Prof. T. DE SANCTIS MONALDI (de Rome), secrétaire-adjoint, et de sa correspondance avec les D-rs JUAN NOGUERA (de Madrid), EDUARDO COELHO (de Lisbonne), I. PAVEL (de Bucarest), etc.

Ce programme est approuvé dans ses grandes lignes.

A la demande de MM. COELHO et SAENZ, il est décidé:

sur la première question („Histoire de la presse médicale dans les Pays latins”), qu'outre les rapports prévus, d'autres seront demandés à l'Argentine, au Chili, au Mexique, à l'Uruguay, ainsi qu'au Canada et à la Grèce;

Sur la seconde question („Influence sociale de la presse médicale”), que le Prof. LE SAGE (de Montréal) sera prié rédiger un rapport;

sur la troisième question („L'enseignement et la pratique médicale dans les différents pays latins”), que le Secrétaire général se mettra en rapport avec le Prof. HARTMANN, président de l'Association pour le Développement des Relations médicales, et le priera de désigner un membre de son Association qui puisse traiter cette question.

Rapports avec la presse médicale italienne et les médecins italiens. — Le Secrétaire général donne connaissance au Comité d'un article du *Messenger de la Presse*, d'où il résulte que l'Italie aurait opposé une fin de non recevoir à une demande de la délégation française à la Société des Nations, tendant à ce que l'interdiction d'exportation en Italie ne soit pas étendue à la presse, et que, devant une décision officielle, l'Association des Libraires italiens vient de décider de ne plus s'approvisionner de journaux étrangers. D'autre part, le D-r PIERRA signale qu'une revue médicale française lui a communiqué des lettres d'abonnés italiens déclarant ne pas renouveler leur abonnement pour 1936, en raison de l'attitude de la France envers l'Italie. Si bien que la politique dite „des sanctions”, aussi absurde qu'inhumaine, aboutit à abolir toute relation intellectuelle entre les médecins italiens et ceux des Nations latines, toutes „sanctionnistes”.

Après discussion, et pour réparer, dans la trop faible mesure qui dépend de lui, les funestes effets d'une politique qu'il réproouve, le Comité permanent, adopte, sur la proposition de son secrétaire général et à l'unanimité des membres présents et représentés, les trois résolutions suivantes:

¹⁰ Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine demande aux revues et journaux fédérés de continuer le service régulier de leurs fascicules aux revues et journaux médicaux italiens avec lesquels ils sont actuellement en relations d'échange, et cela même en cas de non-réciprocité.

²⁰ Le Comité permanent de la F. P. M. L., désireux de continuer à

tenir les lecteurs des revues et journaux fédérés au courant du mouvement médical italien — auquel il saisit cette occasion de rendre l'hommage dû à son importance et à sa valeur — prie instamment ses collègues italiens de vouloir bien ne pas interrompre l'échange de leurs revues et journaux avec ceux des Nations latines.

3^o Le Comité permanent de la F. P. M. L. engage les revues et journaux fédérés à assurer, durant l'année 1936, le service gracieux de leurs fascicules à ceux de leurs abonnés italiens qui ne renouvelleraient pas leur abonnement pour cette année.

Enfin, désirant élever le débat et donner à ses collègues italiens, en même temps que ces marques d'intérêt sur le terrain professionnel et en quelque sorte matériel, un témoignage d'entière solidarité morale, le Secrétaire général propose à ses collègues de voter une adresse de bienvenue et de sympathie à ses collègues italiens.

Le principe de cette manifestation étant adopté avec enthousiasme, le D-r PIERRA propose le texte suivant:

Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine, heureux et fier d'apprendre, dans sa réunion du 30 novembre 1935, que le Gouvernement italien a bien voulu désigner, pour représenter dans son sein la Presse médicale italienne, les Professeurs Sénateurs Giordano (de Venise) et Pende (de Gênes) et le Professeur Moreli (de Rome), député au Parlement, adresse à ces trois Maîtres ses meilleurs souhaits de bienvenue et tient, dans les circonstances actuelles plus que jamais, à les assurer de ses sentiments d'amicale confraternité pour leurs personnes et de profonde sympathie pour leur grande et noble Nation et pour l'œuvre de civilisation dont elle poursuit, conformément à sa mission millénaire l'accomplissement sur tous les terrains.

L'adresse ci-dessus est adoptée, par acclamations et à l'unanimité.

La séance est levée à 20 heures. — L. M. P.

CĂRȚI STRĂINE

C. LEVADITI: *Prophylaxie de la Syphilis, — Prophylaxie locale, — Préservation per os, — Métalloprévention.* — Un volume broché. Librairie Maloinc, 27. Rue de l'École de méd., Paris (6). — Prix 18 fr.

Autorul a reunit într'un volum de 230 pagini totalul cunoștințelor noastre asupra chimio-prevențiunea sifilisului. A întreprins analiza acestei probleme atât de vaste și complexe a cărei importanță și actualitate nu se poate contesta prin faptul că în nenumărate rânduri participă el însuși la studiul său experimental. Lucrarea este împărțită în trei părți distincte. Prima privitoare la profilaxie prin aplicații locale de topice virulicide, pomade etc. Rezultatele experimentale și aplicarea practică sunt expuse cu toată obiectivitatea. A doua parte se referă la profilaxia per os. Efectele preventive ale stovarsolului și ale succedancelor sale precum le arată încercările la animale și întrebuintarea la om, sunt analizate în totalitatea lor. Metoda pe care autorul în colaborare cu Novarro-Martin a introdus-o în tratamentul curativ al sifilisului s'a arătat de o eficacitate necontestabilă.

În a treia parte este vorba de cea-ce autorul numește Metallo-prevențiunea sifilisului. Aci profilaxia se face cu derivate bismutice sau telurice, aur, mercur sau arsenic administrate prin injecție. Starea refractară obținută durează atâta timp cât organismul se găsește sub o presiune metalică suficientă; ea este în raport cu natura elementului, constituția chimică a com-

pusului administrat și cantitatea injectată. Aplicațiunea la om realizată de Sonnenberg confirmă în linii mari datele experimentale.

Cititorul va găsi în această monografie toate indicațiile utile și mai ales rezultatele întrebuițării a acestor trei metode profilactice în prevențiunea practică a sifilisului.

M. M. R.

RÉNÉ FAU: Régimes. — Librairie Maloine, Rue de l'Ecole de méd. Paris (VI), 1935. — Un volume în 16. — 12 frcs.

Apărută în colecția „des petits précis”, unde claritatea și concizia sunt regulă, cartea despre Regimuri a lui Fau este o lucrare practică prin formatul și concepția sa. Este imposibil de a da o listă completă a regimurilor, variabilă cu fie-care individ; dar prescripția unui regim trebuie să se supue unor reguli generale. El trebuie să fie simplu fără complicații de cântăriri, de calorii; ast-fel va fi ușor aplicabil, deci eficace și bolnavul le va urma. Rația zilnică trebuie să fie suficientă, nici prea mare, nici prea mică. Curba greutatei bolnavului este cel mai bun control.

Claritatea prescripției joacă un rol mare în eficacitatea sa, nu apără numai dar indică alimentele ce trebuiesc luate și felul lor de preparație. Acestea sunt principiile ce orientează pe Doctorul Fau.

Autorul a dat fie-cărui regim forma unei ordonanțe concepute după același plan: 1. reguli generale de dietetică; 2. alimente permise, alimente interzise, alimente tolerate sau supuse cântăririi. Băuturi; 3. tip de meniu pentru 24 ore calitativ, cantitativ și orar; 4. reguli generale de igienă.

Lucrarea se termină cu un tablou de alimente clasate după bogăția lor în grăsime, materii azotate, glucide și o listă sezonieră de legume. Are un format mic de buzunar în cât această carte este foarte utilă medicului în clientelă.

M. M. R.

D-r C. CLAOUÉ et I. BERNARD: Données anatomiques en vue de la chirurgie réparatrice mammaire. — O monografie de 58 pag. — Librairie Maloine Paris 1935.

Autorii caută a rezolva problema realizării chirurgicale reparatrice mamare, și tratează în prima parte studiul atomic și morfologic, punctele esențiale de anatomie descriptivă și topografică a glandei; date ce precizează principiile estetice ce chirurgul trebuie să respecte și normele tehnice operatorii; în a II-a parte descrie ptiza mamară, anatomia patologică și ideile directrice ce trebuie să aibe chirurgul în reconstrucția pieptului. În ultima parte autorii expun tehnica traseului topografic al doctorului Claoué și tehnica operatorie, cât și principiile estetice ale actului operatoriu cu minimum de cicatrice. Recomandă după operație cultura fizică și atrag atenția asupra unui bun echilibru endocrinian, mai ales la pubertate. Acest excelent mic memoriu bogat în date anatomice și fiziologice prezintă un deosebit interes pentru chirurg.

Dorim acestei interesante lucrări bine redată, clar imprimată, tot succesul ce-l merită.

Protagonistul chirurgiei estetice, care este D-l D-r C. Claoué, atât de reputat și cunoscut tot așa de bine în străinătate, cât și în Franța, își va vedea astfel ideile sale recunoscute și munca sa răsplătită.

