Anul I. No. 10 — 11 Oct. — Noembrie 1928

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

Comitet de Patronaj:

Prof. C. ANGELESCU — Prof. I. CANTACUZINO — Prof. C. DANIEL
Prof. D. DANIELOPOLU — Prof. D. GEROTA
Prof. C. LEVADITI — Prof. I. NANU-MUSCEL — Prof. A. TEOHARI

Director:

DOCENT Dr. M. CÂNCIULESCU

Comitet de Redacţie:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: D. Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeş—Conf. I. Jianu.
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu-Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau —V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel-Conf. Simici.
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: N. Petrescu
Farmac.-Terapeutică: Prof. E. Savini— Conf. G. Băltăceanu.
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel
Gin.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I.— Doc. A. Poenaru.
Infecţioase: Prof. M. Ciuca—Conf. T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu-Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Doc. St. Drăgănescu — Conf. D. Paulian.
Nutriţie: Doc. I. Daniel — Doc. G. Litarzeck-Doc. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Haţieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel.
Phisioterapie: Doc. P. Niculescu.
Radiologie: Doc. A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Sociale: Ch. Laugier.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — T. Voiculescu.

Secretar de Redacţie: Dr. I. Rosenstein

SCU Cluj / Central University Library Cluj

Tiparul Soc. Prietenii Ştiinţei Str. Unirei, 102, Craiova.

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 12 pagini de tipar, faptele clinice 5 pagini, articolele de actualităţi 3 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 200 lei pagina, iar pentru extrasele cerute tariful este următorul:

	4 pag.	8 pag.	16 pag.
Pentru 50 exemplare	200 lei	250 lei	350 lei
„ 100 „	250 „	300 „	450 „

Costul clişeelor priveşte pe autor.

Manuscrise vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Referatele din publicaţiile streine vor fi cât se poate de scurte. Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză autorul, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul, pagina şi anul

Se refuză articolele, cari au fost publicate într'una din revistele din ţară, caşi cele cari nu vor păstra caracterul de obiectivitate ştinţifică necesară.

Articolele nepublicate nu se înapoează.

Anunciurile se angajează direct prin Administraţia Revistei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rugăm a achita abonamentul.

Reclamaţiile de orice fel, **Corespondenţa** şi tot ce priveşte **Redacţia** se va adresa:
Dr. M. Cânciulescu — Str. Egalităţii, 9 — Craiova.
Administraţia: *Col. Dr. G. Diamandescu — Logofătul Tăut — Craiova.*
Abonamentul 250 lei pe an.

Anul I. No. 10 — 11 Oct. — Noembrie 1928

MIŞCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX BIBL. MEDICAL ROMÂNESC
BULETIN AL CERC. MED.-F. — CRAIOVA

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica 505

A. — LUCRĂRI ORIGINALE

Fisiologia normală şi patologică a vesiculei biliare de *Dr. I. Pavel* . . . 507
Tratamentul ulcerelor cronice ale gambei şi al ulcerelor varicoase. Metoda Leriche de *Dr. A. Dragoş* 516

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. — FAPTE CLINICE

Scleromul familial de *Dr. Creţer-Bacău* 524
Heredo-sifilis tardiv cu sifilide tubero-serpiginoase şi spina ventoza sifilitică de *Dr. V. Drăgoescu* 527

C. — EVOLUŢIA TERAPEUTICĂ

Tratamentul tub. pulmonare prin Sanocrysină de *Dr. I. Vasilescu* . . . 531
Tratamentul rachitismului prin Phytosterine iradiate de *Dr. I. Rosenstein* . 533

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCA
IN ŢARĂ

A. — CONGRESE. — RAPOARTE

Lacunele organizaţiunei sanitare civile 535

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

Archives r. de path. exp. et microb (No. 2 şi 3 — 1928) 556
Buletinul medico-terapeutic (No. 8 şi 9 — 1928) 562
Clinica (No. 4 — 1928) 563
Clujul Medical (No. 7, 8, 9 şi 10 — 1928) 565

Pag.

Revue Médicale Roumaine (No. 3 şi 4 — 1928) 568
Revista medico-chirurgicală dela Iaşi (No. 3 şi 4 — 1928) 570
Revista ştiinţelor medicale (No. 7, 8, 9 şi 10 — 1928) 572
Revista sanitară militară (No. 6 şi 7 — 1928) 578
Revista de obstetrică, ginecologie, puericultură (Sept.—Oct. 1928) . . 582
România medicală (No. 13, 14, 15, 16, 17 — 1928) 582
Spitalul No. 9, 10, 11 — 1928) 587

MIŞCAREA MEDICALA ROMÂNEASCA
IN STRĂINĂTATE 590

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ 601

IV.

DIVERSE — INFORAŢIUNI — PROFESIONALE

Dificultăţi în arta de a face clientelă de **Dr. Gh. Diamandescu** . 615

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

O lămurire 625
Din carnetul unui inspector sanitar 627

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA

Studiul fisio-patologiei vesiculei biliare a fost refăcut, pe baze noi, în ultimii ani de către autorii în colaborare **Prof. Chiray** dela Paris şi **Doc. Pavel** din Bucureşti.

Pe funcţiunile normale precis puse la punct s'au transpus turburările corespunzătoare şi astfel, cu cunoaşterea mai precisă a acestora, s'a înlesnit diagnosticarea mai din vreme şi indicaţiunile terapeutice adequate.

Syndrome noi s'au individualizat, iar boale, ca litiasa biliară, cari îşi arogaseră uu rol covârşitor în patologia colecistului, au fost desmembrate şi rolul lor redus.

Pentrucă vesicula biliară este un reservor contractil, şi experienţe precise au dovedit-o, se produce acel syndrom al diarei prandiale, asupra căruia atât a insistat Linossier, cu evacuări verzi precipitate dupe masă şi se datoreşte unei contractilităţi, tot anormale, de natură spasmodică şi dureroasă (căci se face asupra unui organ cu pereţii inflamaţi) a vesiculei şi colica hepatică, alt syndrom deslănţuit de cause variate graţie unei excitabilităţi generale sau locale a sistemului vegetativ parasimpatic.

Jena contractilităţii printr'un obstacol extrinsec, (aderenţe, cuduri) sau prin perderea tonicităţii normale a pereţilor conduce pe de altă parte la syndrome de stasă cu caractere distincte şi indicaţiuni terapeutice chirurgicale sau medicale, dupe cum sunt mecanice sau atonice.

In vesiculă se concentrează bila, de acea bila vesiculară este neagră, iar în clinică proba colecistografiei cu tetraiod este posibilă şi puterea de concentraţie scade când forţa de contracţie diminuă.

Colecistul absoarbe grăsimile şi colesterina aflate în bilă, funcţie care poate fi împedecată, atunci când există o jenă a circulaţiei limfatice şi resultă o depunere a cristalelor de colesterină sub epiteliul vilosităţilor dând acel aspect caracteristic al vesicei fragă.

Vesicula secretă o mucină, care intră în constituţia bilei, modificările în plus sau minus ale secreţiei conduc la producerea hidrocolecistitei sau litiazei biliare, la determinarea acesteia din urmă intervenind şi un proces de infecţie locală precum şi o turburare humorală generală, de acea litiaza fiind considerată mai puţin ca o boală exclusivă a vesiculei, litiazicul nu trebue îndreptat cu uşurinţă la chirurg, iar intervenţia acestuia, de a scoate sau lăsa pe loc vesica, trebue dictată de alte considerente, decât de cele pe care s'a bazat până acum (de noţiunea valoarei funcţionale a colecistului).

Autorul în acest articol de enunţare şi orientare atrage atenţia şi asupra durerilor, cari survin la colecistectomisaţi şi asupra turburărilor digestive consecutive, datorite primele distensiunei coledocului, secundele scurgerii continue de bilă printr'o incontinenţă a sfincterului lui Oddi; intervenirea în primele săptămâni dupe operaţie cu tubajuri duodenale ameliorează durerile, iar fracţionarea meselor atenuiază turburările digestiunei duodenale.

Mai semnalează şi turburările digestive de ordin reflex, cari se petrec la nivelul stomacului sau intestinului sau mai departe prin intermediul iradiaţiunilor dureroase.

Concepţia şi cercetările autorilor tind a deveni clasice; ele reprezintă noţiunile azi admise şi formează capitolul respectiv din tratatul de fisiologie normală şi patologică al Prof. Roger şi Binet Vol. III 1928.

Tratamentul ulcerelor cronice ale gambei şi al ulcerelor varicoase prin *metoda Leriche* este expus de D-l **Dr. A. Dragoş,** care l-a practicat în calitate de asistent în însă-şi clinica maestrului său din Strasbourg.

Cauzele de cronicitate şi resistenţa la cicatrizare a acestor ulcere o formează între altele: starea de infecţie permanentizată la suprafaţa lor, starea extrem de rea a ţesuturilor sub-jacente şi peri-jacente ulcerului, perderea de substanţă cutanată întinsă şi care creşte mereu, persistenţa varicelor.

Aceste cause multiple au făcut că diversele metode întrebuinţate mai înainte, metode banale (cu pansamente locale) sau chirurgicale (metode directe sau indirecte, metode mai simple sau radicale), cari se adresau unei singure cause, n-au putut da decât resultate trecătoare, recidiva survenind în scurt timp.

Metoda lui Leriche este complexă, combinată şi timpii se desfăşoară dupe cum se adresează unui ulcer cronic mai recent mic fără varice, sau unui ulcer cronic mai întins şi de lungă durată sau unui ulcer varicos cu varice; ea constă într'o: simpatectomie peri femorală, excisia în bloc a ulcerului, aplicarea de grefe şi safenectomia.

Aceste operaţii succesive se adresează tutulor causelor de insucces amintite mai sus şi de aceia promite a da resultatele cele mai durabile; din 1926, de când a fost aplicată, nu s'au produs recidive la bolnavii operaţi.

Scleromul, boală determinată de un agent patogen pe cale de a fi identificat ca specific, cel puţin în unele cazuri, a făcut obiectul unui raport în continuare la Congr. R. de O. R. L., ţinut în Bucureşti în Oct. trecut şi cu studiul său în Balcani a fost însărcinată o comisie compusă din Prof. Belinoff din Sofia, Prof. Meţianu şi Col. Brătescu la noi instituită la Congr. Int. de O. R. L., ţinut la Copenhaga în vara acestui an.

Contagiositatea lui în mediul familial a fost totusi extrem de rar semnalată şi D-l **D-r Creţer-Bacău** prin cazul, ce publică, aduce o nouă contribuţie la teoria specificităţii.

Observaţia detaliată, ce publică D-l **D-r Drăgoescu,** atrage atenţia asupra *Spinei ventoza sifilitică* şi deci relevă confusia, ce se poate face cu cea de natura tuberculoasă, mult mai frequentă: radiografia anexată arată localizarea procesului la epifiză, contrar de ce se petrece în cea de natură tuberculoasă, în care procesul interesează diafiza.

In cazurile dubioase aplicarea tratamentului specific de încercare ridică îndoiala.

Ce se poate aştepta şi cum trebue aplicată *Sanocrysina în tratamentul tuberculozei pulmonare,* precum şi *Acţiunea binefăcătoare asupra rachitismului a unor substanţe irâdiate* le expun cu claritate şi în mod practic D-nii **D-ri I. Vasilescu** şi **I. Rosenstein** în articolele respective de terapeutică.

Rapoartele ce publicăm în extenso în corpul revistei, cu doleanţele ce cuprind, explică cu precisiune *Lacunele mari ale organisaţiunei noastre sanitare civile.*

Pentru noua reorganizare, ce se pregăteşte, credem că aprofundarea acestor rapoarte, precum şi complectarea lor prin altele cerute representanţilor similari ai diferitelor categorii de medici dela toate regiunile sanitare din ţară, se impune imperios.

In descentralisarea, care se vântură de ani, n-ar strica întru nimic solidităţii operei, dacă centrul ar consulta şi pe periferici, pe spinarea cărora se proectează noua legiferare: salutarul sfat „audiatur et altera pars“ s-ar potrivi cu atât mai bine la medici, cari trebue „să lase şi bolnavul să vorbească“.

M. Cânciulescu.

FIZIOLOGIA NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ A VEZICULEI BILIARE

de

I. PAVEL

Fiziologia veziculei biliare aproape necunoscută până acum câtăva vreme a fost în ultimul timp complect remaniată. Ea a ocazionat o înţelegere nouă a patologiei acestui organ. In cele ce urmează vom încerca să arătăm succint, cari sunt funcţiunile acestui organ şi cum se suprapune patologia veziculei biliare pe alterările acestor funcţiuni. Pentru a uşura lectura vom face abstracţie de autori şi controverse mulţumindu-ne a da aci ideile admise azi de majoritatea autorilor, ce s'au ocupat cu acest capitol de medicină [1].

Din punct de vedere al **fiziologiei normale** *vezicula biliară este un rezervor contractil, care resoarbe o parte din elementele constitutive ale bilei şi concentrează restul. Ea secretă unele substanţe.*

Funcţiunea de rezervor, care părea evidentă la prima vedere a fost greu admisă de cercetători. Dificultatea rezida în disproporţia capacităţei sale (50 cc. în medie) faţă de secreţia biliară totală (800—1200 cc. pe 24 ore). Acest argument este azi complet îndepărtat. O parte din secreţia biliară amintită se varsă direct în duoden în timpul digestiei. Rezervorul trebue deci considerat faţă de cantitatea secreţiei dintre digestii. De altă parte rezervorul îşi triplează capacitatea, dacă ne gândim că el videazâ conţinutul după fiecare masă. In fine cantitatea de bilă din vezicule nu traduce o cantitate egală de bilă secretată în ficat, ci o cantitare de 3—4 ori mai mare, căci în rezervor elementele constitutive ale bilei sunt concentrate, prin rezorbţia de apă, de 3 sau 4 ori.

---

[1] Pentru cei ce doresc să aprofundeze aceste chestiuni sau să ia indicaţiunile bibliografice necesare vom indica: Chiray et Pavel: La Vesicule biliaire—Masson 1927 şi La physiologie normale et path. des voies biliaires în Traité de physiol. norm. et path. a lui Roger şi Binet vol. III Masson 1928.

Rezervorul biliar e contractil. Această noţiune e susţinută azi cu argumente foarte variate. Inscrierea mişcărilor obţinute pe vezicula izolată a avut darul să arate cu detalii forma contracţiunilor cari sunt de două feluri: una amplă lentă şi durabilă evoluând între 30′ şi 2 ore. şi altele mici şi frecvente (2 – 3 pe minut). Rezultate analoage însă cu mai puţine detalii se obţin prin inscrierea contracţiunilor «in vivo». Cercetări analoge făcute la om pe vezicule izolate de supliciaţi şi, excepţional, prin observaţiune directă, în timpul laparotomiei cu ajutorul excitaţiei cu sulfat de magneziu intraduodenal, au confirmat faptul. Azi, există un mijloc elegant de control furnizat de colecistografie. Dacă unui individ cu o veziculă opacifiată cu ajutorul injecţiei de tetraiod i se provoacă o contracţiune a veziculei, fie cu ajutorul prânzului lui Boyden (gălbenuş de ou şi smântână) fie cu alt excitant al contracţiei veziculei biliare se poate uşor vedea, pe plăcile radiografice succesive, umbra veziculei diminuând. Numeroase alte argumente sau experienţe confirmă contractilitatea rezervorului biliar şi azi, foarte puţini sunt cei cari mai aduc obiecţiuni. Insă, dintre cei cari admit contractilitatea sunt unii autori, cari se îndoesc de eficacitatea ei, socotind-o ca insuficientă pentrurolul evacuator ce i se atribue. La prima vedere această obiecţie pare fundată. Stratul muscular e, în adevăr, relativ redus, mai ales dacă ne gândim pentru comparaţie la cel al peretului intestinal. Dar muschiul veziculei are o structură reticulară şi e deci capabil să producă o diminuare a celor trei diametre. De altă parte contracţia muşchiului vezicular lucrează asupra unui conţinut lichid ce se elimină printr'un singur orificiu. Toate acestea sunt circumstanţe optime pentru ca cea mai mică contracţie să se traducă prin eliminarea unei părţi din continutul rezervorului. Inervaţia motrice a muşchiului vezicular e dată de pneumogastric.

Digitized by Central University Library Cluj

In veziculă are loc concentrarea bilei. Faptul cunoscut prin constatarea diferenţei de culoare între bila veziculară şi cea hepatică pe masa de autopsie a fost confirmată prin experienţe ingenioase. Această funcţiune stă la baza probei colecistografiei. Concentrarea normală în pigmenţi a bilei veziculare obţinută prin proba lui Meltzer-Lyon o socotim azi de 3 – 4 ori mai mare ca aceia a bilei coledociene recoltată prin tubaj duodenal. Concentrarea are loc prin rezorbţia apei. Aceasta urmează apoi calea venoasă şi limfatică. Importanţa pentru digestie a bilei astfel concentrată şi evacuată în momentul digestiei e remarcabilă. Alături de acţiunea directă asupra grăsimilor ea activează în proporţie însemnată celelalte se-

creţii ale carefurului duodenal. In afară de această şi în mod indirect deversarea în momentul digestiei a unei soluţii concentrate de săruri biliare ce se rezorb în parte, are un efect coleretic manifest, acţiune care n'ar putea avea loc cu diluţia slabă din bila hepatică.

Colecistul posedă proprietatea de a absorbi unele componente normale ale bilei (grăsimile, colesterina) precum şi unele substanţe străine (fenolsulfonftaleina, indigocarminul, iodurul de potasiu etc.) Această funcţiune a fost însă foarte mult exagerată de câţiva autori, cari cred că tot ce intră în veziculă pe calea cisticului nu mai ese niciodată, ci se rezoarbe. Această părere o dăm ca o curiozitate. Ea se găseşte în opoziţie cu observaţiunile clinice şi de laborator cele mai elementare.

Vezicula biliară secretă o mucină care se adaugă la constituţia bilei. S'a susţinut că secretă încă şi un hormon cu acţiune asupra secreţiei biliare, dar experienţele tinzând să demonstre aceasta nu sunt concludente nici controlate.

* * *

Cunoaşterea precisă a fiziologiei colecistului a uşurat mult înţelegerea **fiziopatologiei sale.** Progresele făcute în înţelegerea sindromelor şi maladiilor veziculei biliare, după cum vom vedea în cele ce urmează, sunt considerabile. Inainte însă de a le cerceta şi pentru uşurarea înţelegerei lor dăm un tablou care expune schematic patologia veziculei biliare raportată la fiziologia ei normală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tablou sinoptic

Fiziologie normală	Fiziologie patologică	Intervenţiuni externe
1° Funcţia de rezervor contractil	Diarea prandială. Colica hepatică.	Instabilitate vegetativă
2° Funcţia de concentraţie	Staze mecanice. Staze atonice.	Obstacole
3° Funcţia de absorbţie	Vezicula fragă.	
4° Funcţia secretorie	Hidrocolescistita. Litiaza biliară.	Turb humorale Infecţiuni

Diarea prandială este un sindrom caracterizat printr'o contractilitate veziculară exagerată sub influenta unei excitaţiuni anormale a sistemului vegetativ. Evacuarea veziculei biliare care, în

fiziologia normală, începe la câteva minute după ingestia alimentelor şi se prelungeşte un timp mai mult sau mai puţin îndelungat are loc, în cazul ce ne ocupă, dintr'odată.

De obiceiu diarea prandială are loc după masa dela amiază când bolnavul nu a luat nimic, încă din seara precedentă. În acest caz bila se găseşte în veziculă în cantitate mare şi evacuarea sa brutală în intestin provoacă mişcări peristaltice puternice ce aduc eliminarea diareică a bilei şi a materiilor. Posibilitatea unei contracţiuni puternice şi rapide a vezicului e azi dovedită experimental cu ajutorul pilocarpinei a cărei acţiune excitantă asupra terminaţiilor vagului, nerv motor al vezicului, e cunoscută.

Pe de altă parte această contracţie are loc pe un perete vezicular bolnav ceiace explică durerea ce acompaniază criza. Astfel se explică faptul clinic bine cunoscut al coexistenţei unei afecţiuni veziculare şi a unui sistem nervos iritabil la bolnavii ce prezintă acest sindrom.

* * *

Colica hepatică traduce în clinică o contractilitate anormală a veziculei. Ea nu trebue să mai fie considerată ca o formă clinică a litiazei biliare cum e clasic considerată, ci ca o manifestaţie foarte generală a patologiei veziculei biliare. Independenţa colicei hepatice de migraţiunea calculoasă este astăzi sprijinită de numeroase fapte. Vom cita doar cazul colicelor hepatice ce survin la vezicularii necalculoşi şi pe acela al litiazicilor cu migraţiuni de calculi neacompaniate de colici. Teoria peritonitei sub hepatice este şi ea azi abandonată. Între alte obiecţiuni ce i se pot aduce cităm imposibilitatea de a admite un proces peritoneal de durata unei colici hepatice scurte.

Sprijiniţi pe observaţiuni clinice deoparte şi pe constatări experimentale dealta parte, putem considera azi colica hepatică ca fiind datorită unei contracţiuni spasmodice a peretelui vezicular bolnav datorit intervenţiunei sistemului neurovegetativ ‹pneumogastric›. Iată faptele capabile să susţină rolul contracţiei spasmodice, care constitue prima parte a acestei teorii: *a)* Survenirea şi terminarea bruscă a unor colici hepatice independent de vreo cauză materială extrinsecă ‹peritonită› sau intrinsecă ‹calcul›, ci numai sub influenţa unei emoţiuni, supărări etc. *b)* Evoluţia scurtă a unor crise, cari durează mai puţin de o oră sau chiar numai câteva minute. *c)* Paroxismele dureroase în cursul colicelor hepatice. *d)* Producerea quasi-experimentală a durerii veziculare, veritabilă colică

în miniatură, la indivizi suferind de cholecistită cronică, atunci când după introducerea sulfatului de magneziu în duoden se produce contracţia veziculei biliare.

Aceste fapte demonstră, că sindromul colicei hepatice este datorit unei contracţiuni anormale. Ele cadrează cu datele câştigate în medicina experimentală şi cari ne-au demonstrat (contrar opiniunilor unor autori moderni) că vezicula este capabilă să dea contracţiuni foarte importante şi durabile. In această ordine de idei pilocarpina şi eserina pot să provoace contracţiuni susceptibile să dureze ore întregi. Contracţiunea spasmodică e dureroasă când se produce la o veziculă cu peretele inflamat sau cu aderenţe pericolecistice.

Chestiunea contracţiunei dureroase nu resolvă decât în parte patogenia colicei hepatice. Rămâne să explicăm cauza care determină spasmul vezicular. Anclavarea unui calcul sau inflamaţia peretelui nu sunt suficiente pentru declanşarea spasmului. Multe colecistite evoluiază fără să prezinte sindromul colicei hepatice precum, foarte des, acesta apare, fără ca să existe vreun calcul anclavat în cistic sau duoden. Intre aceste două elemente, cari pot fi socotite drept cauze predispozante de o parte şi spasmul vezicular de altă parte situam azi starea în care se află sistemul neuro-vegetativ. După cum aceasta va fi mai mult sau mai puţin susceptibil, contracţia spasmodică a muschiului vezicular va apare sau nu, în cursul unei litiaze biliare sau unei colecistite necalculoase.

Orice cauză capabilă să deştepte reflexul motor vegetativ este susceptibilă să declanşeze colica hepatică. Poate deci să fie un calcul, o supărare, o emoţie etc. In aceste ultime cazuri un calcul ar putea să fie mobilizat şi să fie secundar anclavat în cistic sau coledoc fără ca el să fie o veritabilă cauză a colicei.

Mesele copioase, excesul de băuturi alcolice, depărtarea dela regim, provoacă la indivizii predispuşi, turburări generale în echilibrul sistemului neuro-vegetativ sau, local, un puternic reflex vegetativ de evacuare al vezicului şi astfel putem vedea apărând o colică hepatică.

Pentru sprijinirea rolului sistemului vegetativ în patogenia acestui sindrom există azi numeroase argumente. Cităm doar reproducţia oarecum experimentală a acestui sindrom în clinica umană, după datele teoriei patogenice de mai sus. Dacă întâmplător sau cu alt scop terapeutic injectăm intravenos sau chiar subcutan pilocarpină la un individ suferind de o colecistită cronică se poate

produce o colică hepatică tipică. Se ştie că pilocarpina este un puternic excitant al terminaţiunilor periferice ale parasimpaticului. Experimental s'au obţinut, cum spuneam mai sus, contracţiuni puternice şi durabile cu ajutorul ei. Această teorie se deosebeşte fundamental de cele clasice şi se sprijină pe argumente şi probe experimentale foarte solide. Stabilirea ei n'ar fi fost posibilă fără o bună cunoaştere a fiziologiei normale.

* * *

Importanţa cunoaşterei acesteia este şi mai evidentă pentru interpretarea *stazelor veziculare*, cari multă vreme au făcut surpriza şi nedumerirea operatorilor. Aceste stări patologice, cari altădată constituiau «des tronvailles» de autopsie sau de operaţie constituesc azi afecţiuni bine individualizate al căror diagnostic este azi posibil graţie probei lui Meltzer-Lion, al colecistografiei şi al radiografiei.

Distingem între ele stazele de ordin mecanic şi cele de ordin funcţional. Primele au ca simptom comun staza veziculară datorită unui obstacol mecanic (aderenţe pericolecistice, cudurile cisticului etc.). Tot în acest cadru trebue situat şi volvusul veziculei, care se deosebeşte prin accidentele supraacute la care dă loc.

Stazele mecanice trebuesc deosebite de *stazele prin atonie sau hipotonie* ale veziculei biliare. Aceste ultime sunt caracterizate anatomiceşte printr'o simplă distensiune a rezervorului biliar independentă de orice obstacol mecanic. Din punct de vedere fiziologic aceste stări patologice corespund unei slăbiri a contractilităţii muschiului vezicular. In fine, în clinică, ele se traduce printr'un oarecare număr de simptome dintre cari niciunul luat separat nu e patognomonic, dar considerate în ansamblu, mai ales când sunt coroborate de rezultatele probei lui Meltzer-Lyon, ele ne pot conduce la diagnostic. Intre aceste două tipuri de staze există diferenţe fundamentale nu numai din punct de vedere al patogeniei, dar şi din acela al clinicei şi mai ales al terapeuticei. Dacă primele sunt ameliorate aproape exclusiv de intervenţia chirurgicală, ultimele sunt ameliorate şi chiar vindecate prin tratament medical.

Raportându-ne la fiziologia normală, primele au funoţia contractilă împiedicată prin cauze extrinseci şi ultimele, prin slăbirea puterei de contracţie. Funcţia de concentraţie e exagerată. Bila ce se găseşte în vezicule e aproape constant neagră. Prin concentraţie ea tinde să împiedice distensiunea rezervorului, cauza principală a durerii, mai ales a aceleia din cursul atoniei vezicule biliare.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vezicula fragă e un tip bizar de colecistită a cărei apariţie pare să fie datorită alterării funcţiei absorbtiei. Se ştie că ea e caracterizată prin depozitele de colesterină ce se găsesc de preferinţă sub epiteliul vilozităţilor. Ele se găsesc de obiceiu pe veziculele inflamate. Circulaţia limfatică prin care se rezorbe grăsimile şi lipoizii e împiedicată şi acestea se depun în cantităţi importante sub epiteliu. Uneori semnele inflamaţiei veziculei numai sunt aparente pe cupa histologică. Atunci intervin însă cauze mecanice pentru detalierea cărora nu ne putem întinde aci. Cunoaşterea fiziologiei patologice a acestei afecţiuni a putut explica până la un punct rezultatele mediocre sau submediocre date de colecistectomie în aceste cazuri şi să justifice oarecum întoarcerea la colecistostomie.

* * *

Modificarea funcţiei secretorii o găsim în patologie în aşa zisa *hidrocolecistită* şi într'o măsură ce rămâne încă să fie determinată în *litiaza biliară*. Cititorul va fi desigur surprins să constate la citirea acestui articol locul restrâns ocupat de această boală. Toate progresele făcute în cunoaşterea fiziologiei şi patologiei veziculei n'au dus la ceiace, a priori, ar părea logic, anume la o teorie satisfăcătoare în patogenia litiazei biliare. Aceasta se datoreşte de bună seamă faptului că această boală e numai parţial veziculară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportându-ne, conform planului adoptat în această lucrare, la fiziologia normală, vom considera că deficienţa funcţiei contractile care duce la stază şi a funcţiunei secretorii prin hiposecreţia de mucus, ce ar constitui un coloid de apărare pentru bilirubinatul de calciu, ar reprezenta circumstanţe favorabile producerii calculilor.

Rolul stazei veziculare poate fi discutat prin faptul că se produc calculi şi în afară de vezicula biliară, în canalele hepatice şi în al doilea rând prin absenţa calculilor în cazuri verificate de stază prelungită, de exemplu în atonia veziculei.

Infecţia şi turburările humorale au primit în ultimul timp noi argumente şi interpretări favorabile. Aşa datorită infecţiei mucusul s'ar produce în cantitate mai mică, iar, de altă parte, diverşi microbi au o acţiune distructivă asupra colaţilor. Acestea contribuesc ca cei doi coloizi de apărare (mucusul şi colaţii) pentru bilirubinaţi şi colesterină să dispară şi astfel să se favorizeze precipitarea lor. Turburările humorale, cari în diversele teorii sunt indicate sub numele de: încetinirea nutriţiei, diateza colesterinică, colesterinemie sau în fine toxemie, iau un rol din ce în ce mai însemnat.

In general vorbind cu toate că patogenia litiazei biliare nu este încă definitiv cunoscută putem spune că ea nu e decât parţial o maladie a colecistului. Cealaltă parte, şi poate cea mai importantă este o maladie de nutriţie şi poate fi pusă alături de gută obezitate. Această conclusie, oarecum negativă pentru studiul organului care ne interesează, are şi o faţă practică. Se ştie că în tratamentul chirurgical se invoacă adesea în sprijinul alegerei operaţiunei un argument patogenic. Sunt şcoli chirurgicale, cari recomandă exclusiv colecistectomia sau colecistostomia după cum admit origina hepatică sau veziculară a litiazei. Superficialitatea acestor concepţiuni reiese din constatarea statisticilor furnizate de apărătorii respectivi. In starea actuală a ştiinţei nu poate exista o terapeutică chirurgicală patogenică a litiazei biliarei. Singurul criteriu, care poate comanda natura operaţiunei este noţiunea valorei funcţionale a colecistului posibilă azi cu ajutorul mijloacelor de explorare moderne.

* * *

Inflamaţiunile veziculei biliare, *colecistitele*, ating funcţiunile veziculei biliare în totul sau în parte şi studiul lor precum şi indicaţia terapeutică ulterioară, comportă analiza minuţioasă a acestor alteraţiuni.

* * *

Extirparea veziculei biliare are ca urmare dilataţiunea canalului coledoc şi uneori a canalelor şi canaliculelor hepatice. Ritmul secreţiei şi caracterele bilei s'ar putea modifica şi ele pentru a obvia lipsei cantităţei necesare de bilă în momentul digestiei. Când colecistectomia s'a făcut în momentul când vezicula îşi îndeplinea încă total sau parţial funcţiunea şi deci când dilatarea vicariantă a coledocului sau acomodarea secreţiei hepatice n'au putut avea loc putem vedea apărând, după cum sfincterul lui Oddi este sau nu continent, dureri (datorite distensiunei coledocului) sau, în al doilea caz, turburări digestive (datorite scurgerei continuă a bilei în duoden).

Această interpretare fiziopatologică a celor două simptome principale ce se întâlnesc la colecistectomizaţi are ca urmare practică necesitatea intervenirei în primele săptămâni cu tubajii duodenale la intervale regulate, pentru a face să cedeze hipertonia sfincterului, sau necesitatea fracţionării alimentaţiei în mese multiple pentru înlesnirea digestiei duodenale în al doilea caz. Simptomele

consecutive colecistectomizării îşi găsesc justificarea în experienţele pe animale. Ele constituesc sindromul numit *al insuficienţei veziculei biliare.* Acesta poate fi indentificat la toţi vezicularii de unde sugestia de a designa într'un prim timp pe bolnavul presupus suferind de vezicula biliară ca având insuficienţa vezicuiei biliare. Rămâne ca în al doilea timp după executarea cercetărilor moderne de laborator, să-l înlocuim cu numele boalei, care a provocat sindromul. Acest mod de a proceda ar avea darul să rupă cu tradiţia diagnosticului de litiasă, de atâtea ori falş, aruncat oricărui individ suferind de veziculă. Acest singur fapt a întârziat cunoaşterea şi desvoltarea patologiei colecistului, tot atât cât necunoaşterea fiziologiei sale.

* * *

Studiul fiziopatologiei veziculei biliare cuprinde o întreagă serie de turburări ce în stadiul actual al ştiinţei trebuesc interpretate ca fiind de origin reflex. In acest cadru trebuesc situate: turburările secreţiunei gastrice ‹hipo sau hipersecţie› ale motilităţei tractului digestiv ‹hiperperistaltism şi spasm mai ales la nivelul pilorulu', antrului, mediogastru şi colon› şi în fine iradiaţiunile dureroase şi, poate, migrena biliară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Militar — Galaţi

TRATAMENTUL ULCERELOR CRONICE ALE GAMBEI ŞI AL ULCERELOR VARICOASE

Metoda lui Leriche

de

Dr. AUREL DRAGOŞ

Fost Asistent al Prof. Leriche din Strasbourg

Chestiunea unui tratament cu rezultate sigure în maladii ca ulcerele cronice ale gambei şi ulcere varicoase, este la ordinea zilei. Bolnavii, de obicei, poartă aceste ulcere ani, zeci de ani, se tratează incontinuu cu fel de fel de medicamente, unguenţi, etc., fără nici un rezultat. Din contră ulceraţiile se măresc, alături mai apar altele şi astfel situaţia se complică.

Pentru ce ulcerele rezistă la tratamentele obişnuite? Fie că e vorba de ulcere veritabil varicoase, fie de ulcere cronice nespecifice, ne aflăm în faţa unui sindrom vascular. Fără a ne ridica până la cauzele iniţiale ale ulcerelor, afirmăm că acest sindrom vascular nu se instalează dela începutul maladiei ci treptat, treptat. In tot cazul, ne vom afla de cele mai multe ori în faţa acestei situaţii de insuficienţă vasculară constituită.

Ce constatăm noi la un ulcer cronic de gambă? Că este situat de obicei pe faţa internă a tibiei, că este uşor adâncit, cu margini neregulate, cu o suprafaţă roş-gălbue murdară ce secretă o secreţie galbenă-roză sau sângerează în suprafaţă, cu margini violacee. De jur împrejur, ţesuturile sunt violacee pe o distanţă mai mare sau mai mică.

Din observarea amănunţită a ulcerelor, constatăm următoarele cauze de cronicitate şi mai ales de rezistenţă la cicatrizare.

1. Există în aceste ulcere o stare de infecţie care nu dispare ci rezistă la infinit, chiar după săptămâni şi luni de repaos, de tratament cu cele mai variate pansamente, cu antisepticele cele mai energice.

2. Ţesuturile din vecinătate sunt într'o stare extrem de rea. Se observă în regulă generală, că epidermul pe o rază apreciabilă este subţiat, lucitor, întins, se descuamează foarte uşor. Pielea prezintă dermită pigmentară. Ţesutul celular subcutanat este în stare de oedem cronic iar arterele şi venele din interior sunt obliterate. Terminaţiile nervoase sunt atinse de nevrită.

3. Toate aceste manifestări de mai sus, ulcer şi ţesuturi vecine, stau pe un teren defectuos, inextenzibil şi rezistent, constituit de creasta tibiei şi de faţa ei internă.

4. Pierderea de substanţă cutanată este de cele mai multe ori mare, efortul organismului trebue să fie şi mai mare cu cât condiţiile anatomo-patologice sunt foarte rele şi nu favorizează întru nimic cicatrizarea. Aceste condiţii constituesc dar o piedică considerabilă, cu atât mai mult cu cât toate tratamentele se adresează unei singure cauze, fără să aibe în vedere celelalte trei. Se obţin, e drept, oarecari ameliorări, cari sunt repede pierdute, încât cercul vicios de mai sus se reface mai repede.

Metode directe. E drept că, cu foarte mare răbdare, atât din partea medicilor cât mai ales din partea bolnavilor (şi aceste lucru se întâmpla numai în clinici sau în spitale) cu anumite metode (cu pansamente şi keratinizante), se parvine uneori la o cicatrice violacee, subţire, lucioasă, întinsă, dureroasă, foarte sensibilă la schimbările de temperatură şi mai ales foarte, foarte fragilă. La primul traumatism neînsemnat, această cicatrice se rupe, soluţia de continuitate reapare şi ulcerul cronic se instalează fără intenţie de plecare.

Faţă de aceste rezultate temporare, s'au încercat procedee mai energice, chirurgicale propriu zise. Grefele de tot felul, aplicate pe ulcere, au dat greş prin faptul că starea proastă a sistemului vascular împreună cu starea de infecţie cronică la suprafaţa ulcerului, nu s'au influenţat şi au rămas aceleaşi. Afară de aceasta, la un ulcer cronic avem o zonă în profunzime precum şi de jur împrejur, o zonă în care ţesutul conjunctiv scleros a format o masă compactă, o barieră prin care foarte greu se filtrează sau trece sângele şi limfa, în care vasele sunt literalmente jugulate şi inglobate în acest ţesut conjunctiv scleros, în care deci circulaţia este extrem de defectuoasă sau chiar imposibilă. Ţesutul acesta scleros merge în profunzime câţiva milimetrii şi depăşeşte ulcerul pe o rază de unul până la 2 cm. şi chiar mai mult. Se explică acum foarte bine culoarea lor violacee dimprejur, rău hrănite, lucioase, cu dermită pigmentară, inextenzibile, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eşecul metodei a dus la alta mai energică, ezcizia ulcerului şi apoi grefaj. ‹Excizia ulcerului trebue făcută împreună cu aceste ţesuturi violacee, ridicând în bloc această masă de ţesut conjunctiv dens, care împiedică evoluţia în bine a ulcerului, favorizând în schimb infecţia şi cronicitatea›. Intr'adevăr, *Gunnar Nisström* care a preconizat-o, a aplicat-o în 9 cazuri de ulcere nu tocmai vechi, cu rezultate bune îndepărtate ‹1 an›. ‹Acta Chirurg. Scandinavica LVIII, 1924›.

Facem rezerve asupra metodei de mai sus, întrucât nu avem alte rezultate dela 1924.

Pentru ca grefele să prindă e nevoe de circulaţie intensă sanguină, un aport de limfă mai mare, care să favorizeze neoformaţia vasculară, imbibiţia, fenomenele de osmoză, etc., dela plagă la grefon, favorizând astfel prinderea lui. Ori, circulaţia este activată în urma acestor operaţii, însă nu suficient ca să poată prezida la procesul de cicatrizare necesar pierderii de substanţă şi prinderii grefonului sau grefelor.

Cităm ca titlu de document operaţia lui *Dolbeau* şi derivatele sale.

Metode indirecte. Moreschi în 1894 s'a gândit să modifice circulaţia sanguină la locul ulceraţiei, să divizeze oarecum volumul sanguin şi să obţină o micşorare a calibrului venelor sau chiar obliterarea lor. Ori rezultatul inciziilor sale circulare a fost atins numai în parte şi nu totdeauna. *Moreschi* a fost din ce în ce mai abandonat. *De Nabias*, la 1921, preconizeaxă şi execută resecţia nervului safen intern, a ramurei gambiere întâi, a trunchiului însuşi mai în urmă, în canalul lui Hunter. Tot odată, *Proust* şi *Nabias*, aduc pe tapet operaţia lui *Moreschi* care, prin faptul că incizia circulară mergea până la aponevroză, secţiona indirect nervul safen intern ‹ramura lui gambieră› şi deci astfel s'ar explica oarecari rezultate bune, în urma operaţiei lui *Moreschi*. Reabilitarea s'a făcut doar cu titlul de document şi nici de cum în favoarea reluării operaţiei.

In urma acestor ambe operaţii, se observă o ameliorare rapidă a circulaţiei generale subjacente. Căldura piciorului se măreşte, ţesuturile se colorează în roş, oedemele încep să dispară. Ulcerul, propriu zis, se transformă şi el, devenind roş, nu mai secretă, e sec, străluceşte, începe să se micşoreze şi ajunge să se cicatrizeze complect. Cicatrizarea este mai activă şi mai rapidă în rezecţia nervului safen intern şi vindecările sunt de 55 până la 60 % după un an. Restul de 40–45 la sută recidivează. In *Moreschi*, unde

BCU Cluj / Central University Library Cluj

procesul este mai lent, se poate ca cicatrizarea să nu se completeze sau dacă se face complect, atunci asistăm la recidive de peste 50 % în interval de un an. Operaţia lui *De Nabias* păstrează însă valoarea ei, ca o metodă la care se poate recurge cu destul succes, mai ales când e vorba de o maladie, a cărei cronicitate e proverbială.

Ecot, în 1921, entuziasmat de efectele rapide vasomotorii ale simpatectomiei periarteriale, de aportul sanguin provocat în membrul bolnav de această operaţie, preconizează simpatectomia în ulcere varicoase. *Guillemin* şi mai ales *Bardon* şi *Mathey-Cornat*, studiază efectele simpatectomiei în ulcere varicoase şi conchid că rezultatele imediate sunt excelente. Ulceraţiile se curăţă, se usucă şi oricât de întinse sunt, se cicatrizează în interval de 6 până la 35 de zile. E deja un foarte mare succes. Totuşi *Leriche*, autorul simpatectomiei, nu se entuziasmează de aceste rezultate, întru cât el nici nu o încearcă în acest timp, de cât într'un ulcer varicos prea mic, ca să poată conchide la ceva, convins fiind că, simpatectomia nu poate da în aceste cazuri de cât o cicatrizare momentană. Obiectivul tratamentului trebuind să fie însăşi cauza şi anume, varicele ‹vom reveni pentru ulcerele cronice zise tot varicoase şi unde varicele nu pot fi constatate la suprafaţa membrului›. Scepticismul lui *Leriche* se adevereşte, întrucât rezultatele îndepărtate ale operaţiei sunt, cu aproximaţie, din 5 cazuri, 3 vindecări în interval de 5 la 16 luni *(Ecot)*, 3 altele din 5 cazuri, între 4 şi 10 luni *(Guillemin)* şi 3 din 13, în interval dela un an la 2 ani *(Bardon* şi *Mathey-Cornat)*. In general este imposibil de a trage o concluzie. Trebuesc 3—5 ani pentru a putea spune că un ulcer varicos este într'adevăr vindecat.

Ca metode radicale, metode ce s'au adresat direct varicelor, avem safenectomia şi anastomosa safeno-femurală. *Cloitre*, în teza lui din 1919 în care a studiat recidivele post-operatorii ale ulcerelor varicoase, arată recidive după safenectomii totale, după Moreschi, etc., etc. Cât priveşte despre anastomoza safeno-femurală, *Delbet* spune şi el că *„dă rezultate foarte bune, durabile şi chiar definitive în ulceraţiile încă recente şi că ne putem aştepta la recidive în cele mai vechi, dat fiind faptul că, aceste ulcere sunt întreţinute de leziunile arterelor, venelor şi a nervilor din regiunea bolnavă“*.

Metoda lui Leriche. Inainte de a ataca ulcerele varicoase, *Leriche* s'a gândit să aplice metoda lui la ulcerele cronice ale

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gambei, acele *ulcere zise varicoase*, fără să fie specifice şi deci cari rezistă la tratamentul antisifilitic.

Leriche a observat că simpatectomia are, în afară de efectele sale vaso-motorii, o putere de desinfectare foarte mare şi nebănuită până atunci. Ulceraţii întinse, în care flora microbiană nenumărată, dusă la infinit, în urma simpatectomiei, devin sterile în câteva zile numai. Aceste ulceraţii au fost de altfel tratate în prealabil cu antisepticele cele mai variate şi chiar cu metoda Dakin-Carrel. Rezultatul a fost că microbii depăşesc numărul de loc de câmp microscopic. De altfel se poate oricând constata, prin frotiuri regulate, în timpul unui tratament obişnuit cu pansamente antiseptice, că numărul microbilor variază foarte puţin, şi că de cele mai multe ori rămâne constant. Ori, în urma unei simpatectomii, numărul microbilor cade în câteva zile şi în regulă generală, după 8–10 zile, foarte rar 14 sau 15 zile, microbii dispar aproape complect de pe câmpul microscopic. Odată cu dispariţia microbilor putem aplica ori şi ce grefe şi suntem siguri că vor prinde. *Leriche* şi *Fontaine* au imaginat această metodă combinată, simpatectomie şi grefaj, reluând o idee deja veche, aceea de a trata ulcerele de gambă cu ajutorul grefelor de piele, metodă logică, însă care a fost părăsită în urma atâtor eşecuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar tot din motive de prudenţă, invocate de starea rea a ţesuturilor şi mai ales în ulcere cronice întinse şi foarte vechi, pentru a preîntâmpina orice recidivă, *Leriche* merge şi mai departe, combinând simpatectomia cu excizia totală şi apoi grefe, complectându-şi metoda şi mai departe, în ulcerele cu varice pronunţate, prin safenectomie.

In regulă generală vom distinge următoarele cazuri, compatibile pentru una din derivaţiile metodei combinate:

1. *ulcere cronice mai recente, mici, fără varice.*
2. *ulcere cronice fără varice întinse şi de lungă durată.*
3. *ulcere varicoase cu varice.*

1. *Ulcere cronice mai recente mici şi fără varice.* Inainte de operaţie, i se face bolnavului un frotiu de pe suprafaţa ulcerului, avându-se grije de a se lua din puncte diferite, de pe toată suprafaţa ulcerului. Se colorează cu albastru de methylen sau Gram, se pune la microscop şi se face numărătoarea a 4–5 câmpuri după care se face media. Urmează apoi simpatectomie perifemurală sub anesthezie locală. După simpatectomie, controlul bacteriologic se va face din 2 în 2 zile prin frotiuri, după care urmează pansamente

cu ser fiziologic, pur şi simplu. De obicei 8—10 zile după simpatectomie plaga este complect sterilizată, roşie vie, nu secretează, cu muguri sănătoşi, cu tendinţa netă la cicatrizare dinspre borduri. Plaga astfel evoluată, este aptă de a primi orice fel de grefe. Profesorul *Leriche* dă preferinţa grefelor *Dawis* şi noi practicăm în clinică acest fel de grefe pe o scară foarte întinsă. (Grefele *Dawis* sau *Halsted Dawis* sunt grefe dermo-epidermice sub formă de pastile sau lentile de 0,5 mm. diametru, recoltate de obicei de pe faţa anterioară a coapsei.

Grefele acestea se prind foarte uşor şi, de obicei după 8—10 zile, asistăm la un proces de proliferare foarte activ între grefe, aşa încât după alte 10 zile obţinem o epidermizare complectă, nemai rămânând nici o urmă de ulcer, având în faţă o piele nouă, rezistentă, elastică, colorată normal, uşor pigmentată între lentilele de piele grefată. Primele 4 vindecări comunicată la Reunion Dermatologique de Strasbourg, s'au menţinut controlate de noi timp de aproape 2 ani. In plus un număr de aproximativ 10 cazuri de vindecări durabile între 6 şi 15 luni. (Vezi obs. I).

OBSERVAŢIA I (Leriche, Fontaine)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ulcer al gambei consecutiv arsurilor, vindecat în 23 de zile

E vorba de un bolnav de 46 ani care la 26 Ianuarie 1925 fu ars cu fier roşu pe toată partea stângă a corpului.

Aceste arsuri erau în parte de gradul II, parte de gradul III. După câteva luni, în timpul cărora starea generală a bolnavului fusese de mai multe ori îndoelnică, cele mai multe din leziuni se cicatrizară, perzistând doar o ulceraţie rotundă a gambei, în mijlocul unui tegument cicatricial şi rău. Diametrul acestei ulceraţii era cam de 6—8 cm. La microscop s'au găsit sute de microbi de câmp.

In acest caz se începe cu Simpatectomia perifemurală (23 Oct. 1925). Vasodilataţia consecutivă fu foarte evidentă. A 3-a zi după intervenţie, un nou examen microscopic nu decela decât 10 microbi de câmp. A 5-a zi nu mai erau de cât 3 microbi şi la 30 Oct. nu mai era nici unul. Se procedă atunci la aplicarea grefelor lui Dawis. Se constată că, la primul pansament, toate grefele au prins şi la 15 Noembrie cicatrizarea era complectă.

Bolnavul a fost găsit în perfectă stare o lună mai târziu. In luna Decembrie 1925, revine la clinică pentru un erizipel al gambei, situat puţin deasupra vechei ulceraţii şi datorit gratajului. Se vindecă foarte repede, graţie injecţiilor cu mercurochrom. Cu toată această complicaţie, ulceraţia rămase cicatrizată complect. Pielea era în acest loc mai groasă de cât cea dinprejur şi de loc violacee.

Acest bolnav a fost revăzut de către autori timp de 1 an, în care timp vindecarea s'a menţinut excelentă.

2. *Ulcerele cronice întinse fără varice, de lungă durată.* De obicei se examinează ţesuturile vecine subjacente, dacă există oarecare duritate, aderenţe mai mult sau mai puţin profunde. Prezenţa ţesutului cicatricial scleros se relevă imediat la baza şi în vecinătatea ulcerului printr'un examen minuţios. In cazul acesta, dat fiind şi proasta calitate a ţesuturilor vecine, procedăm mai energic şi anume, asociem simpatectomia cu excizia ulcerului în bloc, şi în urmă, grefajul. Intr'un singur timp deci, sub rachianestezie, se face simpatectomie perifemurală împreună cu excizia în în bloc a ulcerului şi a ţesuturile vecine pe o rază de 1 cm. — 1 $^1/_2$ cm. (dacă ţesuturile sunt de proastă calitate, violacee) sau, în tot cazul se scoate tot ţesutul scleros rezistent. Uneori rezistenţa şi densitatea acestui ţesut este atât de mare, în cât ne sileşte să întrebuinţăm 2—3 bisturii bine ascuţite, pentru a duce la bun sfârşit această extirpare.

Grefajul, în cazul acesta, se face mult mai repede şi anume a 4-a zi, fie prin grefe totale *Woof*, fie pediculate, fie tubulate *(Gillies)*, fie dermo-epidermice *Thiersch* sau *Dawis*. In regulă generală, toate prind foarte repede şi foarte bine, cu condiţia să fie aplicate cât se poate da minuţios şi îngrijit. *Gillies* laudă grozav grefele lui tubulate, *Leriche* şi noi suntem foarte mulţumiţi cu grefele *Dawis*.

PCC Cluj / Central University Library Cluj

Amintim că în ulcerele cronice fie mici fie întinse, indiferent dacă reacţia *Wassermann* a fost negativă, se va face tratamentul specific de încercare, *Leriche* socoteşte până la 20 la $^0/_0$ numărul ulcerelor cronice ce se vindecă prin tratamentul specific.

3. *Ulcere varicoase adevărate cu varice.* Tratamentul trebue să se adreseze şi cauzei. E vorba dar de ulceraţii varicoase cu varice evidente. In acest caz varicele trebuesc atacate, însă nu în primul rând. E preferabil să se sterilizeze ulcerul, să se vindece şi în urmă să se atace varicele. In consecinţă metoda este următoarea:

Se face simpatectomia perifemurală în primul timp. Dacă e vorba de ulceraţii mici, nu prea vechi, se procedează ca în cazul I, adică se controlează flora microbiană şi după 10 zile se aplică grefe *Dawis*. Dacă însă ulcerul sau ulcerele sunt întinse, cu ţesuturi violacee împrejur, cu ţesut scleros abundent în regiunea ulcerată, se face excizia totală în primul timp, odată cu simpatectomia. In urmă, la 4 zile se aplică grefe *Dawis* ori altele.

După ce totul s'a vindecat, se procedează la al 3-lea timp, adică la safenectomie, fie după procedeul lui *Trendelemburg*, sau după cel american care e preferabil şi mai economic. (Vezi obs. II).

OBSERVAŢIA II-a

Ulcer varicos al gambei drepte cu varice ale safenei interne respective

Bolnavul Ch. K. de 32 ani, mecanic electrician, intră în clinica Chirurgicală A din Strasbourg la 20 Noembrie 1926, suferind de ulceraţie varicoasă întinsă pe partea internă a gambei drepte şi varice enorme ale safenii interne respective. Pus în repaos absolut şi pansat cu grije 10 zile, plaga nu face nici un progres, la microscop microbii depăşind numărul de 200 de câmp.

7 *Decembrie*. Simpatectomie perifemurală dr. şi excizia în bloc a ulcerului *(Leriche, Fontaine)*. 5 zile în urmă, pe această plagă bourgeonată, se aplică grefe *Dawis (Fontaine, Dragoş)*, cari după 20 de zile sunt complect cicatrizate şi acoperă complect plaga.

O lună mai târziu (5 Februarie 1927), bolnavului i se complectează operaţia, extirpându-i-se safena internă, după metoda americană *(Fontaine, Dragoş)*. Ese din clinică, vindecat complect, în ziua de 16 Februarie. Bolnavul a fost revăzut la 20 Mai 1927. Plaga grefată era la acelaş nivel cu restul tegumentelor şi perfect cicatrizată, suplă, neaderentă de planurile subjacente. De asemenea cicatrici lineare la locul extirpaţiei safenii. Mersul este absolut normal, fără jenă sau dureri la locul operaţiilor. Rezultatul este cât se poate de excelent.

In cele două din urmă cazuri, ulcerele vindecate au fost urmărite între 2 şi 10 luni, fără să asistăm la nici o recidivă. Prin faptul că metoda *Leriche* este aplicată abia spre sfârşitul anului 1925, precum şi derivatele sale în 1926, totuşi faptul că sunt cazuri cari nu au recidivat nici după aproape 2 ani, altele nici în decursul unui an, ne dă dreptul să sperăm că, vindecările prin metoda lui Leriche sunt într'adevăr cele mai durabile, după toate încercările de până în prezent, şi că nu vom asista la recidive chiar după intervale mai mari, de 4—5 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

1. **R. Leriche & Fontaine.** Reunion dermatologique de Strasbourg, 17 Janv. 1926 (Bull. de la Soc. de Dermatologie et Siphiligraphie).
2. **R. Leriche.** XXXVI Congres Français de Chirurgie, 19 Oct. 1927.
3. **Gillies (Londres).** Congres Français de Chirurgie, 22 Oct. 1927.
4. **Lecene-Leriche.** Therap. Chir. T. I pag. 280.
5. **A. Dragoş.** Simpatectomie peri-arterială, Teză, Iaşi, Febr. 1925.
6. **A. Dragoş, Al. Florescu.** Rev. Ştiinţelor Medicale, Nr. 7, Iulie 1927.
7. **Dawis.** Journ. Am. Med. Ass. 1914.
8. **Dawis.** Annals of. Surgery, 1927, Ianuarié — Februarie.

SCLEROMUL FAMILIAL

de

Dr. CREŢER-Bacău

In Octombrie 1927 sunt consultat la spitalul „Schuller" de o pacientă A. P. pentru o afecţiune unilaterală, acută dureroasă a gâtului, care ceru să fie internată în serviciu.

Bolnava era în etate de 28 ani. Febră şi adynophagia ce întovărăşiau afecţiunea, dovediră că aveam de a face cu un phlegmon periamigdalian, căruia i-a urmat o apoplexie velopalatină dreaptă.

O cicatrice disgraţioasă a obrazului drept, cuprinzând şi buza inferioară, atrage atenţia la cea mai sumară inspecţie: dură la pipăit, albă, fibro-scleroasă, păstrează caracterul unui proces stins infiltrând cu aspect cicatricial şi îngreunând funcţia gurei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Interogată asupra originei acestei afecţiuni dermice (cutanate), bolnava ne declară că afecţiunea, pentru care e acum chestionată, e veche.

A fost internată pentru această boală în anul 1915 în serviciul profesorului Petrini-Galaţi. La cerere, bolnava, urmărită de aproape, ne prezintă o dovadă de eşire din spital, cu diagnosticul de *Sclerom al obrazului drept.*

In luna Martie, acest an, se prezintă consultaţiilor spitalului nostru bolnava R. P., o soră a primei paciente, pentru insuficienţă şi dificultate respiratorie — mai ales nocturnă şi cu scăderea auzului. E internată în spital.

Bolnava în etate de 35 de ani, e robustă bine făcută. Nimic anormal — patologic — de semnalat în funcţiunea viscerelor. Nimic demn de remarcat în antecedentele heredocolaterale. Asupra maladiei pentru care e internată în serviciu, bolnava ne declară că ar fi început să sufere acum vreo 15—16 ani. Avea guturai atât de des repetat, încât era aproape continu şi avea greutate la înghiţit mai în urmă, că deci suferea simultan cu sora ei. La examenul obiectiv, nara stângă fără importanţă. Nara dreaptă cu vestibulul nasal liber. Septul nasal aderent în $^1/_3$ posterioară de cornetul inferior — e fibros, dur; sinechia e asemenea lemnoasă, dură la contactul cu sonda.

Oropharinxul: Nimic anormal până la faringe. care e sediul unui proces patologic de un aspect foarte interesant; vălul palatin alb-cenuşiu, întins, scleros, complect deformat, cu lueta cuprinsă în acelaş proces morbid, deformată, aproape distrusă şi atrasă spre stâlpii palatini drepţi.

Aceştia sunt aderenţi de peretele posterior al hemipharinxului corespunzător, care e deasemenea alb-cenuşiu, cicatricial, scleros, dând senzaţia cartilaginoasă prin consistenţa sa.

Hemipharinxul stâng mascat în întregime de amigdala palatină, hy-

pertrofiată, până la mărimea unei caise mari. Cu aspectul şi culoarea sănătoasă e ca o oază în mijlocul acestui tablou morbid, retractil, deformant, care a cuprins şi pilierul anterior stâng.

Pentru a putea examina în complect rhinopharinxul postero-superior (comun) cât şi pentru a diminua dificultatea anxioasă respiratorie, suprimăm în prealabil amigdala prin electrocoagulare, în şedinţe consecutive. Metoda întrebuinţată, având în vedere circumstanţa agravantă a fost metoda unipolară — electrodul antiderapant. Acest obstacol îndepărtat, afecţiunea faringelui se dovedeşte a fi simetrică: Hemipharinxul stâng fiind sediul aceluiaşi proces morbid, care de altfel se întinde până în hypopharinx, examinat prin pharingoscopia directă.

Strâmtoarea pharingiană (L'isthme du gosier) e atât de îngustă, încât rhinoscopia posterioară este imposibilă. Nici o adenopatie cervicală superficială — externă — de constatat. R. Wassermann şi Meinecke făcut în laboratorul Malhasovici negative.

Evoluţia lungă şi lentă a afecţiunei, simetria leziunelor, aspectul şi consistenţa lor, reacţiile de specificitate negative, lipsa oricărei adenopatii cervicale contrastând cu o stare generală excelentă, alăturate afecţiunei dermice (a obrazului) surorei pacientei noastre, evoluate aproape concomitent, afecţiune prinsă la un moment de evoluţie, când examenul anatomo-patologic au impus diagnosticul, ne confirmă diagnosticul de sclerom rhinopharingian. Se ştie de altfel că examenul bacteriologic şi anatomopatologic în faza tardivă, cicatricială, nu sunt concludente.

In tratamentul stenozărilor — *quoad functionem* — am urmat metoda D-rului Bourgeois dela Paris, care într'un caz *analog* a evitat electrocoagularea prin înaltă intensitate, ci a adaptat curenţii de înaltă tensiune. Am întrebuinţat deci *scânteia rece* şi, în şedinţe succesive, urmate timp de 8 luni — distanţate la 6 — 8 — 10 zile, am izbutit, să debridez întâiu pilierii drepţi, cum se remarcă clar pe prima fotografie, ceeace ne-a permis să facem acum rhinoscopia posterioară: Rhinopharinxul postero-superior (Cavum) ni se relevă atunci — cu marginele choanale şi faţa superioară a valului palatin, extrem de redus, infiltrat, dur, scleros.

Tot astfel regiunele corespunzătoare trompelor, ceeace ne explică diminuarea accentuată a auzului, cu caracter tubotimpanal.

Am continuat şedinţele, aplicând mereu scânteia rece şi am putut înregistra satisfacţia de a debrida şi pilierii palatini stângi, cum se vede pe fotografia a doua, evitând astfel bolnavei adevărata teroare ce o resimţia la apropierea nopţei, din cauza dificultăţei respiratorii nocturne.

Mi-am permis să alătur aceste două cazuri relatându-le ca un proces morbid de evoluţie concomitentă la două surori, din Nordul Moldovei sărace, asigurându-şi greu existenţa zilnică...

Literatura medicală cercetată, spre a-i conexa cazurile noastre, citează pe Sécrétan care a găsit scleromul la doi fraţi şi pe Robertson care l-a observat la două surori. Sargnon din Lyon mai adaugă pe Pieniazek, care la 273 cazuri de sclerom a notat boala de 3 ori la două surori şi de două ori la doi fraţi.

Digitized by Google Original from Universitatea din Bucureşti

D-rul Banciu — în literatura medicală românească — citează doi fraţi cu sclerom, în teza sa inaugurală.

Cazul comunicat, al acestor două surori, observate de mine, ar fi menit să sublinieze, odată în plus, realitatea contribuţiei mediului social ca factor patogenic în apariţia scleromului, mediu social considerat şi apreciat în tot complexul său: Mediu geografic, naţiune, mediu economic: Starea materială inferioară, precară şi condiţiuni higienice inferioare.

Relatarea mea ar fi menită să demonstreze la evidenţă, transmisibilitatea maladiei — recte — intercontagiositatea familială, fapt care m'a determinat la subiectul comunicărei mele, sperând că îmi va fi acceptat ca atare, titlu care include complexul de factori necesari şi de apreciat în apariţia şi studiul rhinoscleromului.

Rezultatul satisfăcător obţinut prin tratamentul diathermic — după metoda lui Bourgeois — ar avea titlul unei experimentări de încercare terapeutică, ce înregistrează o satisfacţie: *uşurarea chinului unei suferinţe!...*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Filantropia din Craiova

Serviciul Dermato-Veneric

HEREDO-SIFILIS-TARDIV CU SIFILIDE TERȚIARE TUBERCULOASE USCATE SERPIGINOASE ȘI CU SPINA-VENTOZA SIFILITIC ALE AMBELOR MÂINI

de

Dr. V. DRĂGOESCU

Medic Primar

Copila A. D. în etate de 13 ani din comuna Breasta jud. Dolj, intră în serviciul nostru la 4 Septembrie 1928 pentru leziunile ambelor mâini cât și pentru erupțiuni ce ocupau diferitele regiuni ale corpului și ale feței.

Ant. hered. Tatăl mort, nu știe de ce boală. Mama trăiește este sănătoasă. Are doi frați sănătoși. Șase frați au murit la diferite vârste, dar nu poate preciza natura boalelor.

Ant. pers. Nu știe să fi fost vre-o dată bolnavă sau să fi prezentat când-va vre-o leziune oarecare.

Istoricul boalei. Bolnava nu poate preciza începutul leziunilor. pe care le are. Cu câți-va ani în urmă, 4—5, își reamintește că pe corp i-ar fi apărut niște mici „bubulițe" care s'au întins cu timpul din ce în ce mai mult ajungând la dimensiunile actuale. Aceste leziuni nu o jenau prea mult. Leziunile mâinilor i-ar fi apărut acum vre-o doi ani prin umflături ce ocupau partea inferioară a degetului arătător dela mâna stângă și partea mijlocie a mediusului dela mâna dreaptă. Aceste tumefacțiuni în urmă s'au ulcerat în partea lor dorsală, lăsând să se scurgă un lichid purulent.

Starea prezentă. Bolnava este puțin desvoltată pentru vârsta ei. Optuză ca inteligență și abătută. Nu prezintă nimic deosebit în conformația sa generală. Prezintă o cataractă a ochiului drept pe care nu știe de când o are. Are un polimorfism dentar destul de accentuat. Degetul al treilea dela piciorul stâng este diminuat de volum; este mai scurt și mai mic în comparație cu celelalte degete. Reflexele normale. Nemenstruată. Virgină.

În regiunea feței, prezintă o leziune intinsă eritemo-tuberculoasă cu mici cruste cenușii, galbene cari ocupă pometul obrazului drept, se întinde pe ambele aripi ale nasului, pe pleoapa dreaptă și regiunea sprâncenei drepte, se oprește la doi cm. de comisura bucală dreaptă, la un cm. de maxilarul inferior și la 3 cm. de orificiul auditif extern al urechii drepte.

Pe corp. In regiunea hemitoraxului stâng partea post. există o leziune vastă, care se întinde în dreptul spinei omoplatului până la ultima coastă și dela linia axilară până la mijlocul toracelui. In treimea inferioară această leziune mai întinsă se apropie până la 8 cm. de coloana vertebrală. De culoare roșie închisă cu cicatrici albicioase pe alocuria și mai ales central prezintă la periferie mici papule, tubercule unele ușor scuamoase; marginile leziunei în general sunt arciforme, pe alocurea policiclice. Bolnava mai prezintă leziuni de aceiaș natură: în partea post. la mijlocul toracelui drept de mărimea unei piese de cinci lei; în regiunea lombară dreaptă ocupând o întindere de 12 cm. pătrați; în regiunea postero-internă a antebrațului stâng întinzându-se până în treimea inferioară a brațului; în regiunea internă a

coapsei stângi de mărimea unui lat de mână şi cu contur regulat, circonferenţial; în regiunea internă şi sub a gambei stângi şi în partea inferioară şi ext. a reg. tibio-tarsiene a aceleiaş gambe.

Fotografiile No. 1 şi No. 2 ne arată clar mărimea şi dispoziţiunea acestor leziuni.

La mâna stângă (fig. 3), degetul arătător în uşoară flexiune prezintă o tumefacţiune globuloasă, fuziformă. Această tumefacţiune porneşte dela

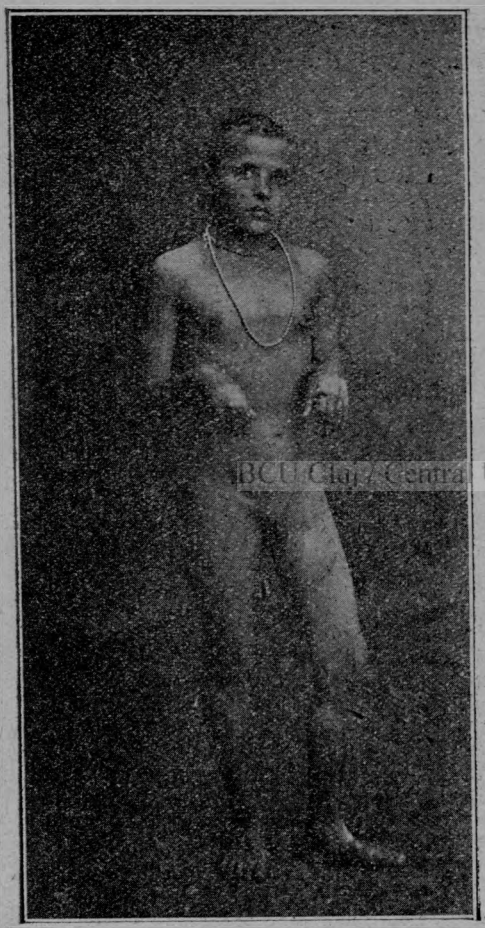

Fig. 1.

Fig. 2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

extremitatea inf. a primei falange, se întinde mărindu-se către metacarpianul corespondent până aproape de extremitatea sa superioară. Tegumentul este roşu violaceu şi în tensiune. La partea dorsală la limita primei falange cu extremitatea inf. a metacarpului corespondent, tegumentul prezintă o mică ulceraţiune, prin ale cărei margini neregulate şi violacee lasă să se scurgă un lichid sero-purulent abondent.

La mâna dreaptă, degetul medius este cu totul în poziţie vicioasă. El este complect întors în jurul axului său şi falanga a treia şi a doua luxate,

sunt aşezate în formă de cerc deasupra falangei întâia. Tumefacţiunea interesează mai ales prima falangă. In partea dorsală şi externă a acestei falange există deasemenea o ulceraţiune care lasă să se scurgă un lichid purulent. Tumefacţiunea şi ulceraţiunea prezintă aceleaşi caractere ca şi leziunea descrisă la mâna stângă.

Aceste leziuni ale mâinilor sunt dureroase şi determină bolnavii o vădită impotenţă funcţională.

Radiografia ambelor mâini (fig. 4), ne arată că la mâna stângă procesul morbid a distrus extremitatea inf. a metacarpului. Din această extremitate n'a mai rămas decât două lamele osoase: una internă care a pătruns extremitatea sup. a primei falange şi cealaltă externă foarte subţire. La mâna dreaptă procesul morbid a distrus complect extremitatea inferioară a primei falange.

La examenul ochilor făcut de D-l Dr. Socor s'a găsit:

La O. D. Cataractă polară congenitală de natură specifică.

La O. St. Atrofie papilară neegală, de natură specifică.

Reacţiunea Wassermann negativă.

Fig. 3.

In rezumat, bolnava noastră prezintă leziuni clinice, caracteristice de sifilide terţiare, tuberculoase uscate serpiginoase şi leziuni de spinaventoza, de natură heredo-sifilitică. Intr'adevăr privind radiografia observăm că procesul morbid a interesat extremitatea falangii la mâna dreaptă şi extremitatea metacarpiană la mâna stângă. (In spina-ventoza de origină tuberculoasă procesul interesează diafiza. Tuberculoza este diafizară).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deşi reacţiunea Wassermann este negativă, (de multe ori această reacţiune, dupe cum ştim cu toţi, este negativă în sifilis şi mai ales în leziunile de heredo-sifilis), instituim bolnavei ca tratament: injecţiuni intravenoase de Cy. Hg. şi Neosalvarsan, Iodură de Ka. 1 gr. pe zi şi opoterapie pluri-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 4.

glandulară. Sub influenţa acestui tratament care a durat o lună şi jumătate, leziunile tegumentare în mare parte s'au cicatrizat (se ştie cu câtă greutate leziunile terţiare de acest soi se vindecă, este nevoie de mai multe cure de tratament pentru a obţine cicatrizarea complectă). Leziunile mâinilor „spina-ventoza", cele mai importante în această observaţie, s'au vindecat şi ele complect. Tumefaţiunea a retrogradat, supuraţiunea a dispărut, iar ulceraţiunile s'au cicatrizat. Dupe un repaos de 20 zile am reînceput tratamentul prin iodo-bismutat de quinină pentru a consolida vindecarea. Nu s'a putut face bolnavei decât şaşe injecţiuni, de oarece n'a mai voit să rămână în spital, considerându-se pe deplin vindecată. La plecarea sa din serviciul nostru crescuse în greutate cu 8 kgr.

Profesorul **Gaucher** este cel dintâiu care a atras atenţiunea asupra leziunilor osoase de natură sifilitică. Intr'un memoriu asupra dactilitei osoase supurate sau *Spina-Ventoza sifilitică* el precizează opinia sa asupra calităţei supurative frequente în osteitele sifilitice şi asupra confuziei obişnuite, ce se face cu osteitele de altă natură. Sifilisul osos, spune D-sa, nu este întotdauna hypertrofiant şi hyperostozant. El poate să fie şi supurativ ca şi tuberculoza şi leziunile sale pot să se asemene într'atâta cu cele tuberculoase încât numai tratamentul antisifilitic de probă poate să elucideze diagnosticul. Aceste leziuni de osteită supurată se observă la heredo-sifilitici mai ales, cu toate că se poate observa mai rar şi în sifilisul dobândit.

Această observaţiune prezintă interes nu atât prin leziunile cutanate, pe care le prezenta bolnava, ci prin dactilitele sale supurate, Spina-Ventoza-Sifilitică, leziuni cari şi acum sunt destul de rare.

II

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN ŢARĂ

A. — CONGRESE. — RAPOARTE

LACUNELE ORGANIZAŢIUNEI SANITARE CIVILE

Rapoartele medicilor de judeţ, oraş şi circumscripţie rurală, înaintate D-lui Ministru al Sănătăţei cu ocazia Reuniunei medicilor Regiunei I Sanitare la Craiova Iulie 1928.

Raportul D-lui Dr. Florantin, Medic Primar al jud. Vâlcea. In numele Medicilor Primari de Judeţe :

Ca mandatar al Medicilor Primari de judeţe din Regiunea I Sanitară, după o activitate de 20 ani în acest serviciu de Medic Sanitar, să-mi permiteţi a vă expune mai jos constatările noastre în cea ce priveşte organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar precum şi rezultatele ce am obţinut lucrând sub diferitele legi ce s'au succedat în acest lung timp, făcând şi propunerile noastre.

Mai înainte de a trece la fondul expunerii vă declar, că, *departe de noi simţimintele de ostilitate,* acum ca şi în trecut nu am fost conduşi în întreaga noastră activitate decât de simţul datoriei, sentimentul naţional şi dorinţa nespusă de a vedea şi noi poporul român ridicat pe aceiaşi treaptă ca popoarele din apusul Europei, în cea ce priveşte starea de sănătate şi higiena publică.

Avându-se în vedere importanţa acestei mari probleme, nu ne îndoim că factorii conducători ai ţărei, se vor fi convins că în stat organizarea instituţiilor şi serviciului sanitar primează şi că *în viitor se va da atenţia cuvenită cererilor şi propunerilor corpului medical, competent în materie de organizare şi înfiinţare de instituţiuni absolut necesare,* în special avându-se în vedere insuportabila stare sanitară a populaţiunei noastre româneşti.

Inainte de 1910, adică înaintea legii D-lui Profesor Dr. Cantacuzino, s'a constatat că, dacă instituţiile sanitare nu erau organizate şi dependente într'un singur corp, rezultatele au fost şi ele slabe, iar întreg serviciul sanitar nu avea importanţa şi activitatea necesară. *După 1910 s'a organizat, în adevăratul înţeles al cuvântului, întregul angrenaj al serviciului sanitar în ţară, după menţionata lege a D-lui Profesor Dr. Cantacuzino,* care a fost în mod continu rectificată, îndreptată şi complectată, trecân-

du-se la stat toate organizaţiunile, instituţiunile sanitare cu întreţinerea şi personalul, având un singur conducător şi unitate de acţiune şi competenţă. Şi aşa s'a făcut că în anii 1924—1925 această organizare progresase foarte mult şi mergea cu paşi repezi înainte, ne mai putându-se compara cu ce fusese în trecut; când deodată *veni legea administrativă cu spiritul descentralizator, lovind în plin întreaga organizare sanitară, rupând unitatea serviciului şi împrăştiind* diferitele instituţii şi personalul la diferite autorităţi fără nici o competenţă şi fără mijloace necesare. Atingând acest punct ţin să declar că o fac în principiu, fără nici o personalitate de oare ce eu personal nu am decât mulţumiri pentru actualul domn Prefect de Vâlcea, care are toată bună voinţa să ne ajute la opera sanitară, pentru a para descompunerea serviciului, însă dacă bună voinţa nu e secondată de fondurile necesare, bugetul judeţului fiind în mare dificit, nu se poate face nimic. Dar acolo unde lipsesc şi buna voinţa şi competenţa?

Şi acum să vă arăt *ce s'a întâmplat imediat după intrarea în vigoare a legii noi administrative.* In Vâlcea spre exemplu prin bugetul judeţului din 1926, s'a dispus de Prefectură reducerea a câte 5 paturi dela fiecare spital, s'a redus din personalul fiecărui spital, s'a redus din personalul sanitar agenţi sanitar, s'au desfiinţat dispensarele dela reşedinţele medicilor de circumscripţie şi lemnele pentru încălzitul lor, înfiinţate de noi cu atâta greutate şi atât de necesare, s'au tăiat cheltuelile de reparaţii mici anuale pentru întreţinerea spitalelor, fapt care le-a adus în ruină şi greu vor mai putea fi reparate, cerând pentru aceasta acum sume colosale. Spitalele nu au efecte, nu sunt medicamente suficiente; deci într'un cuvânt serviciul s'a desorganizat dintr'o dată ceea ce se clădise într'atâţia ani, iar acum apelăm în toate părţile a salva măcar ceea ce avem.

Este greu să vă închipuiţi starea în care se găsesc spilalele rurale. Personalul nu ştie unde să se adreseze, are atâţia şefi de care depinde, încât nu mai se simte, în siguranţă în serviciul ce ocupă, numai depune aceiaşi activitate, au perdut din autoritate şi caută să se sustragă dela muncă, scăpându-ne în parte de sub control. Din această cauză se fac diferite intervenţii de unele instituţii pentru a rămâne tot la stat.

Organizarea la care se ajunsese în 1925, satisfăcea mult mai bine cerinţele serviciului, căci prin Regiunile Sanitare unde se cunoştea mai de aproape situaţia judeţelor fiind în mai strâns contact cu ele, cererile şi nevoile serviciilor se rezolvau mult mai repede. Apoi în ceea ce priveşte numirile, selecţiunea adevărată sufere, deşi *ar trebui ca peste tot să se respecte avizul medicului respectiv;* dar când acest aviz nu se respectă, ce sancţiuni s'ar putea aplica? Intr'un cuvânt *desfiinţarea Directoratelor Regionale a îngreuiat mult serviciul şi au stricat legătura strânsă între diferitele instituţiuni şi personalul sanitar.*

Combaterea epidemiilor se face mult mai greoi din cauza lipsei de fonduri la Prefecturi şi necunoaşterei diferitelor procedee şi măsuri, care nu permit nici cele mai mici întârzieri. Inainte măsurile ce luam, ca deschideri de infirmerii, etc., se făceau de noi ştiind că Regiunea aprobă conform ordinelor ce aveam, fiind la dispoziţie şi fondurile necesare. Astăzi nu avem localuri de infirmerii şi dispensare unde să putem izola repede cazurile contagioase ce ar apare. E imperios necesar a se clădi şi organiza

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acestea, înzestrându-le modern cu cele necesare şi cu mijloace de transportul bolnavilor o auto-camionetă. Cu procedeele de azi, bolnavii mergând cu carul, contaminează satele pe unde trec. Nu se vor uita nici aparatele de desinfecţie, noi preferând aparate mici în special „Paff".

In ceea ce priveşte bolile sociale stăm foarte prost. In timpul din urmă am constatat că *pelagra se întinde din nou,* şi a devenit un mare pericol prin gravitatea cu care se prezintă, scoţând dela muncă un număr din ce în ce mai mare de muncitori pentru foarte mult timp, producând pagube enorme pentru familiile respective şi pentru economia naţională, contribuind şi la degenerarea populaţiunei. Din observaţiunile noastre multiple, am constatat mai multă pelagră în acele regiuni unde porumbul e mai abundent, alimentaţia făcându-se aproape exclusiv cu porumb în prea mare cantitate, fără alte alimente principale; pentru aceasta se cer urgente măsuri prin ordine severe, educaţie şi propagandă întinsă—*trebue neapărat să îmbunătăţim în mod ştiinţific alimentaţia ţăranului.*

Paludismul care devenise un mare pericol naţional, graţie chininizărei şi măsurilor ce am luat, călăuziţi şi ajutaţi continu de D-nul Inspector Regional, adânc cunoscător al problemei, azi nu mai prezintă gravitate—totuşi în strânsă legătură cu regiunea continuăm activitatea începută. Şi această campanie am făcut-o cu un rezultat uimitor numai cu propriile mijloace — personalul sanitar inferior sub controlul şi conducerea noastră.

Sifilisul care după război avea o tendinţă la răspândire mult îngrijitoare, graţie insistenţei noastre pentru descoperire şi tratament, precum şi posedărei de medicamente suficiente trimise de Regiune şi Minister reuşisem a-l opri, ne mai având cazuri noi şi contagioase decât rar. In timpul din urmă insuficienţa medicamentelor şi a personalului precum şi reducerea numărului de zile de inspecţiuni, ne-a îngreuiat această sarcină. Combaterea acestei boli, preferăm să o facem cu personalul nostru, evident să se dea mijloacele necesare şi surplusul de muncă să fie răsplătit, mărindu-se şi numărul zilelor de inspecţiuni. *Suntem contra echipelor, care scad prestigiul funcţionarilor locali şi îi umilesc, fiind mult mai slabi retribuiţi.* Cât priveşte activitatea echipelor, uneori lasă de dorit.

Tuberculoza din punctul de vedere sanitar este o problemă foarte complexă şi după situaţia prezentă şi tendinţa la răspândire constitue după noi unul din cele mai mari pericole interne, în special pentru populaţiunea noastră pur românească, care pe terenul sanitar, educativ şi economic stă pe trepte mult inferioare altora. Ca medic sanitar cunoscător al situaţiei prezente *cer urgenţa pentru măsurile de combatere a acestui flagel,* care a răpus viaţa în trecut a marilor intelectuali ca: Blaise Pascal, Laënnec, Chopin, Vasile Conta şi câţi alţii. Strigătul de durere al acestora nu ne dă răgaz de odihnă până nu vom reuşi să jugulăm acest crud distrugător al omenirei. Pentru aceasta sunt mijloace, corpul technic medical le cunoaşte, nu aşteaptă decât organizarea ştiinţifică a campaniei cu mijloace şi personal special suficient. *Ceea ce avem în prezent la ţară în materie de tuberculoză, cu tristeţe o spunem că e egal aproape cu zero.* Credem că ordinul pentru a se rezerva în fiecare spiral 10% din paturi pentru tuberculoşi nu ar corespunde cazului şi *ar fi preferabil a se desemna şi organiza special pentru*

aceasta un spital în întregime. Vaccinarea anti tuberculoasă cu vaccinul B. C. G. trebue generalizată cât mai repede.

Pentru aceste campanii de dus contra boalelor sociale, mai adăogând şi *alcoolismul,* evident că nu pot răspunde autorităţile locale dintr'un judeţ sau comună. Aceste campanii trebuesc organizate pe ţară şi regiuni cu mijloace în mare şi personal technic suficient, cu conducere competentă şi unitară, ne putându-se amesteca alte autorităţi decât prin concursul ce l'am cere în diferite împrejurări. Dar tocmai pentru a se răspunde la aceste mari campanii e nesesar ca întreg angrenajul sanitar ss fie strâns legat de Minister prin regiunile sanitare. *Experienţele făcute în aceşti doi ani din urmă sunt suficiente pentru a se reveni la organizarea din 1925, trecându-se din nou la Ministerul Sănătăţei toate instituţiunile, organizaţiile sanitare şi personalul sanitar în totalitate.* Numai aşa vom putea progresa din nou şi obţine rezultatele dorite.

In ceea ce priveşte *distribuirea medicamentelor gratuite la ţară părerea noastră bazată pe constatările nenumărate din trecut, e ca să se facă mici depozite la agenţii sanitari şi moaşe* care trebue neapărat să rămână numai sub autoritatea şi controlul Ministerului Sănătăţei Publice.

Spitalele astăzi sufăr foarte mari lipsuri, vorbesc de acelea trecute în sarcina judeţelor, nu sunt fonduri pentru întreţinere numai vorbim de îmbunătăţiri şi reparaţii. Toate aceste neajunsuri demoralizează şi personalul medico sanitar. E nevoe a se lua urgente măsuri pentru a se salva dela ruină, şi aceasta credem noi, nu se poate face decât trecându-se din nou la Minister. Azi aprovizionarea spitalelor se face din Bucureşti pentru efecte şi medicamente, ceea ce îngreue foarte mult serviciul, Bucureştiul fiind supra încărcat şi în necunoştiinţă de situaţia adevărată din diferitele judeţe.

Circumscripţiile medicale actuale sunt prea mari din care cauză serviciul sufere, în special combaterea boalelor sociale şi ridicarea stărei sanitare a populaţiunei. Medicul trebue să vie în contact cu populaţiunea mult mai des şi timp mai îndelungat dar aceasta nu se poate obţine decât *înmulţindu-se numărul circ. medicale şi ajutându-se medicii la procurarea mijloacelor de transport, intervenindu-se prin Minister a se putea procura automobile modeste în rate.* Prin aceasta nu s'ar mai pierde timpul pe drum, activitatea medicului s'ar mări considerabil precum şi prestigiul său, Pentru aceasta însă trebue mărit neapărat şi numărul de zile pentru inspecţii, numărul de opt actual este mult prea mic. Ar fi de dorit a se creşte şi diurnele respective.

Personalul sanitar inferior de spitale şi judeţ depinzând prin noua lege administrativă de autorităţile administrative locale, ne scapă de sub control. Modul de numire, am văzut mai sus, că nu admite numai decât selecţiunea, neţinându-se seamă totdeauna de avizul medicului respectiv. Aşa se pot provoca conflicte inerente, numiri nepotrivite şi intervenţii de tot felul. Activitatea acestor funcţionari a scăzut autoritatea lor în localităţi a suferit, iar siguranţa în serviciu nu o mai au şi se simt cu moralul scăzut. Numărul acestor funcţionari trebue mărit — se cere neapărat pentru fiecare comună un agent sanitar şi o moaşe precum şi infirmieri anchetori, pentru depistarea şi combaterea boalelor soclale, pentru îngrijirea copiilor mici care

au atâta nevoe de protecţia noastră, noi fiind în fruntea statelor din punctul de vedere al mortalităţei acestora. Intinderea tuberculozei precum şi mortalitatea copiilor ne aşează pe o treaptă mult inferioară ţărilor din apus— Hubert zice că e măsura a gradului de civilizaţie în care ne găsim, fiind invers proporţionale. *„Societatea Principele Mircea“ trebue ajutată pentru a putea să-şi întindă activitatea până în cele mai umile cătune* — activitatea care merită toată lauda, aceasfă societate îngrijindu-se cea dintâi de viitoarea generaţie a poporului nostru — fiind pentru protecţia copiilor mici. Cu aceată ocazie *vă rugăm Domnule Ministru binevoiţi să dispuneţi reînfiinţarea scoalei de moaşe şi anchetoare pe lângă Maternitatea din Craiova, de unde putem să ne formăm şi obţine personalul necesar.*

Ca o complectare a celor de mai sus *avem mare nevoe de o propagandă întinsă şi susţinută care să ni se încredinţeze nouă cu mijloace suficiente, moderne şi ştiinţifice pentru educaţie şi instrucţie.* Mai cerem reglementarea organizării diferitelor tipuri de gospodării cu strictă executare pentru case, curţi şi dependinţe, precum şi aplicarea rig iroasă a regulamentului pentru alimentarea satelor cu apă potabilă.

Cazierele sanitare comunale să cuprindă date mai întinse asupra populaţiunei întregi, pentru cunoaşterea complectă pe indivizi a stărei sanitare a comunelor.

Gratuitatea la ţară pentru asistenţa medicală şi medicamente suntem de părere să se păstreze pentru un moment, urmând însă să-i succeadă o asigurare în mediul agricol — care ar fi ultimul pas — case de asigurare controlate şi bine organizate. Această chestiune trebue prealabil studiată şi găsit procedeul cel mai bun. Asigurările se generalizează şi dau rezultatele cele mai bune — având totdeauna mijloace suficiente. In Olanda nu există gratuitate.

Găsim nimerit să propunem încă o cbestiune — *reglementarea modului de a-şi îmbunătăţi starea materială, pentru medicul funcţionar,* când poate încasa şi când nu, pentru a eşi din situaţia confuză actuală. De asemenea pentru asistenţa legală — diferite rapoarte, expertize — să se remunereze suficient ţinându-se seamă de poziţia şi titlul medicului.

In executarea întregului serviciu avem nevoe de imprimate, e necesar ca aceste imprimate să nu lipsească nici medicului de circ. rurale nici personalului sanitar inferior.

Din expunerea ce am avut onoarea să o fac *se poate vedea uşor că nevoile în materie sanitară sunt mari în ţara noastră. Organizara generală nu se poate face decât într'un singur tot, cu unitate de conducere şi vederi şi cu mijloace suficiente şi la timp, or aceasta nu se poate obţine decât prin întoarcerea la Ministerul Sănătăţei Publice a tuturor instituţiunilor şi personalului sanitar,* rătăcit pe la diferite alte autorităţi fără competenţă şi fără mijloace, de şi uneori bunăvoinţa complectă nu lipseşte.

Nu ne îndoim Domnule Ministru că veţi aprecia munca şi competenţa noastră în propunerile de mai sus iar noi vom avea mulţumirea sufletească de a fi contribuit la rezolvarea marilor probleme sanitare pentru salvarea, ridicarea şi întărirea poporului român.

Medic Primar al Jud. Vâlcea,
Dr. A. Florantin.

Raportul D-lui Dr. F. März, Medic al oraşului Caracal. In numele Medicilor Primari de Oraşe:

Am onoare a raporta în faţa Domniei-Voastre, relativ la serviciul sanitar de oraş şi *nevoile ce se simt în starea sa de organizaţie actuală.* Ţin dela început a remarca faptul, că în conferinţa noastră de astăzi, convocată în scopul avizării de măsuri pentru îmbunătăţirea stării sanitare, noi medicii conducători ai serviciilor sanitare ca şi ceilalţi colegi, ne găsim onoraţi de prezenta Dv. aci printre noi la reşedinţa acestei regiuni sanitare şi ne găsim şi mai fericiţi de a profita cu această ocaziune de experienţa Dv. Ca unul care trebue să lucrez în rolul acesta de medic al unui oraş, serviciu care e şi el ca o celulă ce face parte integrantă din organismul total care e serviciul sanitar al ţării, am datoria a vă relata ce facem noi şi ce îmbunătăţiri aşteptăm dela Dv. Insă cum suntem aci în o reuniune de oameni de ştiinţă, eu mă voi mărgini la o expunere obiectivă cât mai scurt posibilă, asupra chestiunilor mai importante ce privesc serviciul sanitar de oraşe.

1. **Chestiunea localurilor serviciilor sanitare de oraşe.** Dacă vre-un medic vine la conducerea unui serviciu sanitar de oraş, sau dacă vre-o autoritate sanitară vine să inspecteze un serviciu sanitar de oraş, sau dacă vre-un medic străin doreşte să viziteze un serviciu sanitar de oraş, va face cunoştinţă în primul rând cu localul serviciului sanitar.

Din acest punct de vedere al localurilor, serviciile sanitare de oraşe stau foarte rău.

Deşi a trecut o jumătate de secol dela independenţă, de când deci ţara a început să se reorganizeze pe baze solide, nici până astăzi serviciile sanitare de oraşe nu au localurile lor proprii. Aceste servicii sanitare sunt instalate prin câte-o cameră sau cel mult 2 camere din clădirile publice, mai ales în clădirile primăriilor. Ele se reduc astfel la un simplu birou. Cum serviciul sanitar de oraş trebue să îndeplinească şi atribuţia de dispensar, adesea suntem în situaţia ca în o singură cameră neigienică, cu egrasie, care serveşte drept cancelarie serviciului, sau cel mult în două asemenea camere, să lucrăm înghesuiţi la un loc cu agenţii sanitari şi moaşele la lucrările de cancelarie, corespondenţe, situaţii, statistice, etc.; în aceiaşi cameră trebue să facem consultaţiile medicale, aşa că ne găsim la un moment dat în aceiaşi cameră 20—30 persoane, camera care serveşte şi ca vestiar, căci acolo se desbracă de haine bolnavii spre a-i examina, trăiam într'o promiscuitate nepermisă nici de igienă, nici de morală, femeile şi bărbaţii desbrăcându-se une-ori la un loc, şi cu toţii respirăm o atmosferă plină de praf şi viciată de gaze toxice. Mai adaog că tot în această cameră mai suntem nevoiţi a face şi pansamentele, în acest mediu cu totul contrar cerinţelor chirurgiei. In unele oraşe s'au închiriat pentru serviciile sanitare şi dispensar case particulare, case destul de necorespunzătoare din punct de vedere igienic scopului pentru care s'au destinat.

Un local de serviciu sanitar la oraş, care trebue să aibă şi dispensar pentru consultaţiile medicale zilnice, pentru tratarea prin injecţii a sifiliticilor, pentru facerea pansamentelor în caz de plăgi accidentale, etc., scoţând pe bolnavii tuberculoşi pentru care este nevoe de un dispensar aparte, un asemenea dispensar nu poate funcţiona ca astăzi în camere din localul primă-

riei, camere cu pereţi zugrăviţi şi cu pardoseală de scânduri care sunt neigienice şi nu se pot desinfecta bine, ci trebue un local propriu cu mozaic ca pardoseală, cu pereţii uleiaţi spre a se putea spăla, etc., în care să avem şi un sterilizator, aşa ca să putem lucra în condiţii mai apropiate de cerinţele antisepsiei şi asepsiei.

Se va pune întrebarea dacă *este nevoe de dispensar la serviciul sanitar de oraş? de sigur că da.*

S ar putea zice că spitalele pot îndeplini acest serviciu. Găsesc că aceasta ar fi o greşală, a devia serviciul de spital, dela rolul său de îngrijire minuţioasă şi conform cu cerinţele noui ale ştiinţei a bolnavului la patul său. Şi sunt foarte cerute şi necesare aceste consultaţii la dispensarul oraşului. In un oraş, cum e Caracalul cu 15000 locuitori, sunt circa 4000 consultaţii pe an. Şi este foartă multă populaţie săracă la oraşe. *Tot cu ajutorul dispensarului se pot descoperi cazurile de tuberculoză, sifilis, paludism.* etc., *şi se poate combate şi mortalitatea infantilă.*

Ar fi de dorit ca la dispensar *să li se dea bolnavilor în o măsură mai mare medicamente gratuite;* dar chiar de nu au medicamente gratuite, totuşi sarcina materială a bolnavilor este uşurată având cel puţin consultaţia medicală gratuită. In legătură cu funcţionarea dispensarului ar fi şi chestia admiterei la dispensar a bolnavilor după anumite norme relativ la starea lor materială, ar fi deci alcătuirea unui regulament al dispensariilor. S'ar reglementa şi gratuitatea.

Pentru a nu se da naştere la abuzuri şi nici la obligaţiuni exagerate, s'ar putea reglementa şi când ar fi cazul profitului material al medicului sanitar, în plus de salarul său, căci nu putem admite ca o persoană care cere un certificat medical oficial dela un medic pentru leziuni de lovire, etc., să i-se dea acest certificat gratuit, când acea persoană îşi satisface cu acest certificat un interes material, ca despăgubiri, sau o ambiţie, pentru care cheltueşte adesea mulţi bani în justiţie.

Aprovizionarea dispensarelor cu medicamente lasă de dorit, căci dese ori nu avem medicamentele necesare. Publicul sărac care vine la consultaţii, neînţelegând cauza lipsei de medicamente, este foarte nemulţumit de noi medicii, când în loc de medicamente le dăm reţete.

2. **Personalul sanitar medical de oraş şi personalul sanitar inferior de oraş.** Prin legea de unificare administrativă din 1925 şi modificarea consecutivă din 1926 a legei sanitare, din punct de vedere administrativ personalul a fost scindat în două. Personalul medical este sub administraţia statului, a ministerului sănătăţii, iar personalul sanitar inferior a fost lăsat pe seama administraţiei comunale, care după norme stabilite îi numeşte, îi pedepseşte, îi revoacă, etc., le reduce posturile sau le menţine după situaţia bugetului comunei. *E bine că s'a lăsat corpul medical direct sub conducerea Ministerului şi era bine din punct de vedere a omogenităţii conducerei să fie şi personalul sanitar inferior tot sub conducerea administrativă a Ministerului Sănătăţii.* Ştim că după mulţi ani de experienţă, Ministerul a fixat anume câte posturi de agenţi şi moaşe trebue să aibă fiecare oraş. Ori această indicaţie a Ministerului cade în faţa exigenţelor bugetelor oraşelor. Consecinţa e că posturile vor fi reduse şi serviciul va suferi.

Agenţii sanitari spre a se consacra cu devotament serviciului lor dacă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nţeleg a şi-l îndeplini conştiincios, trebuesc mai bine plătiţi. Cu salarul de astăzi ei nu-şi pot plăti chiria, hrana şi îmbrăcămintea, necum să mai întemeeze o familie, sau să-şi pună un ban deoparte pentru zile grele.

Medicul de oraş recrutat prin acelaşi examen, ca şi medicul de municipiu, ca şi medicii primari de judeţe, până în prezent, se vede trecut prin modificarea legei sanitare din 1926 sub ordinele medicului primar de judeţ. Deja serviciul sanitar de judeţ atât de îngreuiat, se mai îngreuiază şi cu acest serviciu. Medicul de oraş nu s'ar fi impresionat de această schimbare, dacă unii medici primari de judeţe n'ar fi înţeles ca din această schimbare să facă o scoborâre a medicului de oraş.

S'au găsit medici primari de judeţe care au căutat să pue sub un fel de interdicţie pe medicul de oraş, care n'ar fi ajuns la majorat, ci e un minor, care nu poate corespunde cu nimeni de cât cu medicul primar de judeţ, chiar atunci când trebue să răspundă la o corespondenţă primită direct dela o autoritate sanitară, superioară medicului primar. *Rezultatul este că la Serviciul Sanitar de Judeţ este o prea mare biurocraţie*, că medicul primar de judeţ este deviat dela rolul său pur medical, care să cerceteze starea sanitară a săteanului de aproape, *iar medicul de oraş face prea multă corespondenţă, trebuind a răspunde la aceiaşi chestiune cu rapoarte în 3 direcţii, la medicul primar, la inspectorat şi la minister.*

In oraşele municipii sau chiar nemunicipii, unde sunt mai multe circumscripţii medicale urbane, medicul de oraş are titlul de medic şef şi nu e sub ordinele medicului de judeţ, în celelalte oraşe capitale de judeţe unde tot oraşul este o singură circomscripţie medicală, medicul oraşului nu mai e medic şef, ci simplu medic de oraş, de şi este recrutat pe baza aceluiaşi examen ca şi medicii şefi de oraşe. Ne întrebăm de ce această neegalitate ?

Diurna de transport a medicului de oraş este cu totul insuficientă, 200 lei lunar, când se ştie că costul unei birje este de 80 lei pe oră. Este drept însă că administraţiile comunale, ne pun la dispoziţie o trăsură a primăriei, când au disponibile asemenea trăsuri.

3. **Chestiunea descoperirei cazurilor de boale contagioase şi combaterea epidemiilor.** Pentru aceasta este nevoe de un personal sanitar inferior bine format şi condus de medicul de oraş.

Descoperirea cazurilor de boale contagioase se face prin patrularea caselor, căci populaţia periferică nu declară mai niciodată cazurile de asemenea boale. Combaterea epidemiilor se face cu bun rezultat la oraş, căci medicul având activitatea restrânsă pe o rază mai mică, cu o populaţie mai densă, poate personal să verifice pe locuitori şi casele lor.

Inconvenientele ce întâmpinăm mai des, sunt că nu avem adesea o etuvă, în bună stare de funcţionare, pentru a face dezinfecţiile, pentru transportul bolnavilor contagioşi nu avem o trăsură specială cu pat sau targă, pentru transportul acestor bolnavi contagioşi la spital.

Transportul cum se face astăzi, cu căruţi particulare sau cu birjele de piaţă, este destul de periculos din punct de vedere al propagării boalei, de şi acestor trăsuri li se face un simulacru de dezinfecţie, după transportul bolnavului.

Inaintarea datelor statistice au suferit uneori unele perturbări. Uneori mi s'a dat ordin ca toate statisticele să nu mai fie înaintate direct Minis-

BCU Iași / Central University Library

terului, ci Serviciului Sanitar de Judeţ, sau Inspectoratului Sanitar. Alteori primeam ordine telegrafice dela minister pentru trimiterea acolo a unora din datele statistice.

4. **In combaterea boalelor sociale.** *Serviciul sanitar de oraş are o grea sarcină. Problema cea mai apăsătoare este tuberculoza.* Oraşele noastre în general sunt focare de tuberculoză. Aşa în oraşul Caracal cu o populaţie de 16000 suflete, din totalul de circa 350 morţi pe an, cam 50—60 sunt morţi de tuberculoză, deci $^1/_6$ din totalul morţilor. Am încercat toate căile posibile pentru combaterea boalei, însă m'am întâlnit de mari dificultăţi în toate direcţiile. Organizaţia noastră de stat trebue să pue în aplicare aşa măsuri pentru ca acest mare flagel social — tuberculoza — să fie nu numai stăvilită, dar suprimată chiar. *Este necesar să se organizeze dispensare antituberculoase şi să se facă spitale de izolare pentru tuberculoşi,* destinarea câtorva paturi în spitalele actuale de boli interne, nefiind o măsură eficace, nici suficientă.

Statul trebue să dea fondurile necesare „Societăţii pentru Profilaxia Tuberculozei" pentru aşi putea îndeplini scopul ei. *Dacă statul a făcut reforme mari sociale, împroprietărirea, votul universal şi ofensiva culturală în curs, apoi îi incumbă mai presus de toate ofensiva sănătăţii.* Acum 2 ani s'a legiferat în mod special relativ la tuberculoză şi s'au ţinut conferinţe la minister.

S'au publicat mult prin presă aceste măsuri.

Pentru izolarea bolnavilor tuberculoşi, spre exemplu pentru oraşul Caracal şi Jud. Romanaţi, s'a destinat spitalul dela Boşoteni, ca spital pentru tuberculoşi. Am făcut şi eu propagandă în oraşul Caracal pentru izolarea bolnavilor tuberculoşi în spitalul Boşoteni un spital pentru tuberculoşi înzestrat cu toate cele necesare şi am îndemnat familiile celor bolnavi, să izoleze bolnavii în acest spital; i-am izolat pe bolnavi chiar eu acolo, prin agenţii mei sanitari. Dar imediat veni decepţia, bolnavii au fugit din acest spital, motivând că nu era acolo nici o orânduială, nici personal sanitar, nici spitalul nu era înzestrat cu cele necesare.

Şi m'am convins că aşa era, căci din toate indicaţiile rezulta că la spitalul Boşoteni nu se făcuse nici o pregătire serioasă ca acest spital să servească în adevăr ca spital pentru tuberculoşi. Aşa s'a putut constata cum se compromite o chestiune din cele mai mari sanitare. Din această cauză atât familiile bolnavilor cât şi bolnavii au pierdut încrederea în propaganda noastră de izolare în spitalele Statului. Aceste spitale trebue să aibă un personal suficient, instalaţii moderne pentru examinarea şi tratamentul bolnavilor, ca aparate de radioscopie, laborator, medici specialişti, aparate pentru pneumntorax artificial, medicamentele noui ca antigenul metilic de bacil tuberculos a lui Bocquet et Negre, etc. Organizarea administrativă, confortul interior al spitalelor să fie chiar luxos, hrana bună, distracţii uşoare ca cinematograf, etc., parcuri îngrijite, totul să fie în o stare, perfectă, pentru ca bolnavii să se obişnuiască cu plăcere în această lume aparte a lor, în care soarta vitregă şi crudă cu ei, i-a aruncat.

Apoi pentru combaterea cu succes a tuberculozei este nevoe încă de alte multe măsuri ca: studiul elementar dar bine înţeles al tuberculozei, al contagiozităţii ei, al profilaxiei ei, să fie predat cu toată răbdarea şi per-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

sistenţa elevilor şi elevelor din ultima clasă primară atât la ţară cât şi la oraş aşa cum se predă agenţilor sanitari în şcolile de agenţi sanitari; *este nevoe să se introducă cazierul individual de sănătate; este nevoe să se introducă certificatul medical de sănătate la căsătorie; este necesar a se introduce dispoziţia ca nici o cameră mobilată sau casă să fie închiriată înainte de a se face dezinfecţia obligatorie de către serviciul sanitar; este nevoe a se examina servitoarele şi orice personal de serviciu în restaurante, frizerii, localuri publice, etc.; este nevoe a se examina mai ales servitorii şi croitoresele; este nevoe a se lua măsură ca să fie oprită vânzarea hainelor vechi, obiecte vechi, cărţi vechi, fără dezinfecţia prealabilă şi avizul serviciului sanitar; este nevoe a se lua măsuri în ceiace priveşte dezinfecţia mărcilor în filatelie; de asemenea relativ la infecţia prin bacnote.*

Inchei această expunere relativ la tuberculoză, expunere care nu atinge de cât în linii generale această complexă problemă, cu convingerea că aceste vederi puse în practică, ar produce efecte evidente în ceiace priveşte evitarea tuberculozei.

Personal m'am ocupat în ceia ce priveşte profilaxia tuberculozei şi din îndemnul d-lui Inspestor G-l Sanitar dr. Laugier am înfiinţat şi în oraşul Caracal o filială a Societăţii pentru profilaxia tuberculozei. In această luptă antituberculoasă greutăţile sunt foarte mari, rezultatele ce s'au obţinut sunt prea mici. M'am gândit atunci la noua cucerire a ştiinţei, la descoperirea vaccinului preventiv al Profesorului dr. Calmette, vaccinul B. C. G, şi dorind ca măcar generaţiile viitoare să fie mai fericite, am pus în aplicare această vaccinaţie preventivă antituberculoasă la Caracal în urma îndemnurilor d-lui Inspector Sanitar dr. Laugier şi instrucţiilor ce am primit de la savantul nostru profeser d-l dr. I. Cantacuzino, în locuinţa căruia din Bucureşti Piaţa Lahovary No. 1, transformată în templu al ştiinţei, accesul este atât de uşor şi pentru cel mai modest discipol al lui Esculap, care aleargă acolo să mai primească o rază de lumină de la acest maestru al ştiinţei româneşti. Vaccinul se prepară în laboratorul de seruri şi vaccinuri „Profesor dr. I. Cantacuzino". de unde ni se trimite în mod foarte regulat.

Digitized by Carol Davila University Library, Cluj

In ceia ce priveste celelalte boale sociale menţionăm că: *Sifilisul se tratează la oraş mai bine ca la ţară,* căci multe persoane se tratează la medici particulari, iar cei săraci urmează tratamentul la dispensar, şi pentru ca acest tratament să fie urmat regulat este nevoe a-i aduce forţat cu agenţii de poliţie la tratament. *Este nevoe ca tratamentul sifilisului să fie impus obligator prin lege timp de 4 ani.*

Paludismul graţie campaniei antimalarice organizată de Regiunea I Sanitară, a diminuat cu totul; eu la Caracal unde aveam sute de impaludaţi, în prezent nu mai am de cât 10—15 bolnavi de paludism. Sistemul de chininizare se urmează regulat.

Pelagra a dat anul trecut cazuri multe. După părerea d-lui dr. Laugier Inspectorul G-l Sanitar, cauza ar fi pe lângă alimentaţia cu porumb alterat şi nevariaţiunea în modul de alimentare.

5) **Relativ la mişcarea populaţiunei** *constatăm cu mulţumire că populaţia este în creştere cam cu 100 suflete la 1500 locuitori pe an.*

6) **Măsurile de control a alimentelor şi băuturilor şi a diferitelor localuri**

de consumaţie, restaurante, berării, băcănii... etc., se execută în bune condiţiuni.

Este o lacună care trebue împlinită şi îndreptată şi anume: prin art. 70 din legea sanitară se prevede că în comunele urbane reşedinţe de judeţ primarii, din propria lor iniţiativă sau după cererea medicilor respectivi, pot închide hanurile, hotelurile şi alte asemenea localuri care prin starea lor ameninţă sănătatea pnblică. In lege nu se prevede acest drept şi pentru medic, aşa că medicul cere primarului a aplica această măsură, dar de multe ori primarul cu toată cererea medicului nu închide asemenea localuri găsite murdare şi insalubre şi în acest mod cererea medicului rămâne fără efect, ba i se mai scade şi din autoritatea Sa. După noua lege de combatere a fraudelor cu băuturile alcolice, examinarea acestor băuturi ca, vin ţuică, etc., se face şi sancţiunile se dau de către Ministerul de domenii şi ca atare cred, că organele care trebue să ridice probe din aceste băuturi să fie în mod obligatoriu organele Ministerului de domenii, iar medicii umani depinzând de Ministerul sănătăţii să exercite acest serviciu numai în mod facultativ.

Diversele stabilimente industriale se controlează din punct de vedere igienic, în mod satisfăcător, de serviciul Sanitar.

7) **In atribuţiile serviciului sanitar de oraş mai cade asistenţa leuzelor,** îngrijirea copiilor, vaccinările, servicii care se pot face în mod satisfăcător, având bine înţeles moaşe bune în serviciu.

8) **In privinţa prostituţiei,** *cred că ea nu trebue abolită,* din contra riguros legiferată şi supusă unui control serios medical. A desfiinţa prostituţia este a face, să se desvolte şi mai mult prostituţia clandestină, atât de periculoasă, fiind lipsită de controlul medical.

Digitized by Central University Library Cluj

9) **Altă chestiune e şi serviciul ce-l face medicul sanitar de oraş ca medic legist.** Medicul este obligat să răspundă la orice chemare a justiţiei în special a parchetului, unde este delegat a face expertize, a examina bolnavii alienaţi, deflorări... etc., sau a face autopsii. Pentru aceste examinări medicale sau autopsii medicul se transportă lucrează un timp mai mult sau mai puţin îndelungat, dresează acte medico-legale şi este plătit cu suma rizibilă de 100 lei pentru examinări medico-legale cu dresare de acte medico-legale iar în caz de autopsii i-se dă suma de 200 lei. Astfel este plătit un doctor în medicină care-şi pierde timpul cu aceste ocazii şi-şi pune la contribuţie ştiinţa sa, timp pe care ar putea să-l utilizeze mai cu folos personal în domeniul profesiunei sale medicale.

Ar trebui ca Ministerul Sănătăţei să ceară Ministerului de Justiţie nişte *retribuţiuni mai demne pentru aceste serviciii pe care medicii, organe ale Ministerului Sănătăţii le fac Ministerului de Justiţie, acolo unde nu sunt medicii legişti ai Ministerului de Justiţie.*

10) **Altă chestiune pentru serviciul sanitar de oraşe, este chestiunea vizitării localuriior de şcoală şi a gazdelor elevilor,** chestiune foarte serioasă, care a dus la creiarea de medici şcolari, căci în fiecare şcoală şi şi pe la gazde se găsesc cazuri de tuberculoză. Trebue ca gazdele să nu mai fie alese de cât după avizul medicului oraşului.

11) **In ceiace priveşte propaganda sanitară** *este nevoe mai mult de conferinţe însoţite de proecţiuni şi filme cinematografice. Fiecare medic să fie*

obligat a ţine un număr de conferinţe pe an, relativ la chestiunile medico-sociale.

12) **Alte chestiuni mari care privesc Serviciul Sanitar de oraş sunt şi chestiunile mari edilitare, de salubritate şi igienă publică,** ca alimentarea cu apă potabilă, canalizarea, pavajele igienice, igiena locuinţelor, igiena pieţelor etc. Unele oraşe, ca T.-Severin, Tg.-Jiu, R.-Vâlcea sunt mai fericite având alimentare cu apă potabilă însă n'au canalizare. Alte oraşe au o stare rea.

Astfel asupra stării rele din oraşul Caracal, am înaintat raportul No. 422 din 24 Aprilie 1926. Adaog că atât Ministerul Sănătăţii cât şi Inspectorul General Sanitar din Craiova au atras atenţiunea administraţiei comunale asupra acestor chestiuni. Situaţia a rămas totuşi aceiaşi, anume oraşul Caracal n'are alimentare cu apă potabilă, nu are canalizare, nu are pavaj igienic ci caldarâm de bolovani cu praf mult, n'are o piaţă pavată. Cauza că nu se face nimic spre bine este că oraşul e sărac, n'are fonduri; mai adevărată cauza este neglijenţa conducătorilor acestui oraş de ani de zile.

In legătură cu aceste chestiuni, ar fi bine ca în legea administrativă şi sanitară, să se prevadă precis, *că medicul care trebue să facă parte din Consiliul Comunal, să fie medicul sanitar bine înţeles mai mare în grad iar nu medicul de spital, cum s'a procedat în unele oraşe.* Medicul Sanitar este mai în măsură să cunoască aceste chestiuni de cât medicul de spital şi va avea astfel putinţa ca în consiliul comunal, să ridice mereu aceste chestiuni.

Inchei acest raport al meu, domnul Ministru, adăogând că în idealul de care suntem animaţi spre a prepara generaţii sănătoase pentru viitor, noi medicii ne vom face toată datoria până şi la sacrificiu, în interesul înalt al ţării şi al neamului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. F. Mârtz
Medicul Oraşului Caracal

Raportul D-lui D-r Gabor, medic al Circ. Dăbuleni

Medicii de circumscripţii rurale din cuprinsul întregei Oltenii în dorinţa unei cât mai bune legislaţii sanitare, şi lăsând pe al doilea plan propriile lor suferinţe, vin astă-zi a vă arăta ca rezultatul unei lungi experienţe cari sunt neajunsurile serviciului sanitar rural.

Bugetul sănătăţei publice mai ales de după războiu, a fost în fiecare an mult insuficient faţă de nevoile sanitare rurale. Totuşi datorită felului de conducere a regiunei sanitare s'a putut face faţă diferitelor nevoi şi cu astfel de bugete reduse.

Odată cu reforma administrativă desfiinţându-se regiunile sanitare şi p parte din personalul sanitar trecând la prefecturi s'au produs perturbări în serviciul sanitar rural urmate adesea de frecţiuni între autoritatea sanitara şi cea administrativă cu tot apelul prefecturei ca toţi funcţionarii comunali să conlucreze pentru interesul comunelor în bună armonie. Ca urmare a acestor perturbări a fost o reducere din ce în ce a activităţei sanitare în lumea satelor. Cauzele acestor perturbări sunt datorite:

1) Amestecului autorităţei administrative în chestiuni de ordin pur sanitar.

2) Lipsa de competinţă a Prefecturilor în trebile sanitare.

3) Bugetele sanitare judeţene mult mai reduse de cum erau bugetele regiunilor sanitare.

Aceasta este o stare de fapt, de altfel explicabilă în întreaga Oltenie şi deci *nu se vizează nici o persoană sau vreun organ administrativ.*

Era de aşteptat ca o prefectură ori câtă bună voinţă ar fi arătat nevoilor sanitare să nu se poată compara cu o regiune sanitară care avea şi competenţa in experienţă şi având în birourile sale un personal format şi selecţionat în decurs de ani de zile în vederea unei bune conduceri a treburilor sanitare. La Romanaţi avem un prefect cu multă inimă, de o corectitudine ireproşabilă, bun gospodar şi bine intenţionat pentru sănătatea rurală *) cu toate acestea ca şi în toată Oltenia s'au produs astfel de perturbări precum:

In chestiuni de numiri de personal sanitar inferior Prefecturile fac numirile în locurile vacante dacă petiţionarul prezintă certificatul de absolvire a şcoalei de agenţi sanitari şi dacă mai ales arată că are greutăţi familiare sau că solicită de mult timp un post. *Pe când regiunea sanitară ţinea seama de cazierul petiţionarului* adică de notele obţinute în timpul şcolarităţei şi de aptitudinele arătate la stagiul de practică. Iar la aptitudini egale se preferă absolventul cel mai vechi.

Permutările personalului nu se făceau prin consimţimânt reciproc. In dosarul personalului a serviciilor sanitare judeţene se pot găsi numeroase cazuri de acest fel. Salariile sunt în funcţiune de încasări din care cauză *personalul sanitar inferior îşi primeşte salariile cu întârziere.*

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

La toţi funcţionarii încă de mult li s'au dat cotele de sporirea salariului de 80 % şi 20 %. Personalul sanitar inferior de Romanaţi n'a primit nici până astăzi aceste cote nici pe 1927 nici pe 1928. Pe anul 1927 nu le va mai primi din lipsă de fonduri iar pe 1928 nu se cunoaşte încă disponibilităţile bugetare ale judeţului. Sub guvernul trecut, pentru ca prefectura să-şi poată echilibra bugetul a redus printre alte posturi judeţene şi zece posturi de agenţi sanitari şi cinci posturi de moaşe. Ca consecinţa *personalul sanitar inferior a pierdut siguranţa stabilităţei* şi pentru a se menţine nu mai face serviciu ci echilibristică ca să nu indispună nici autoritatea administrativă şi să dea aparenţa faţă de şefii direcţi că îşi îndeplineşte serviciul. Lucru se resimte mai ales în cazurile de epidemii cari din lipsă de fonduri nu se mai pot combate ca altădată. *Nu sunt fonduri pentru plata vehiculelor de evacuare, închirieri de infirmerii şi întreţinerea lor pentru operaţiunile de desinfecţie, pentru plata diurnelor personalului* detaşat pentru combaterea epidemiilor

Agenţii sanitari nu au curajul de a evacua pe bolnavii contagioşi cari sunt protejaţi de vre-o personalitate sau funcţionar politic din comună şi pentru a se pune la adăpost aşteaptă sosirea medicului de circumscripţie în comună spre a executa evacuarea. Nu tot astfel era pe vremea regiunei sanitare. In anul 1923 a isbucnit în comuna Orlea o gravă epidemie de Scarlatină care în scurt timp a depăşit numărul de 100 cazuri. Imediat re-

*) La conferinţa administrativă ce a avut loc la Corabia D-l Prefect de Romanaţi Voiculescu a promis că va aloca o sumă de 200.000 lei pentru vaccinarea cu B. C. G.

giunea sanitară a pus la dispoziţie personalul şi fondurile necesare pentru diurne, infirmerii, desinfecţie, vehicule. După două săptămâni nu mai era nici un caz de scarlatină în comună.

In rezumat în urma reformei administrative situaţia acestor preţioşi colaboratori ai medicului de circumscripţie rurală este următoarea: nesiguranţa în slujba ce o ocupă, salarii mutilate şi primite cu întârziere. *Pe vremea regiunilor sanitare desigur că din cauza bugetelor reduse erau lipsuri, dar nici odată n'au lipsit fondurile când a fost vorba de epidemii sau salarii.*

Dar nici medicul de circumscripţie rurală nu poate a-şi îndeplini greul dar frumosul rol ce-i incumbă. Şi din acest punct de vedere sunt multe neajunsuri cari trebuesc cât mai repede remediate astă-zi când boalele sociale şi mai ales tuberculoza se întinde în lumea satelor în mod îngrijitor mai mult chiar decât s'ar bănui.

Permiteţi-mi ca să enumăr câteva din aceste neajunsuri.

Medicii de circumscripţie rurală sunt dintre puţinii funcţionari publici cari n'au dreptul la alocaţie de chirie şi nici nu li se dă locuinţa în natură. Fiecare dintre noi ştim cât de mult suferim din această cauză, fiind foarte greu a găsi la ţară o casă de închiriat; şi adesea, din această cauză, medicul nu poate locui în comuna de reşedinţă şi deci în mod forţat contravine ordinului care-l obligă de a locui în comuna de reşedinţă. Pentru remediarea acestei stări de lucruri trebueşte ca să se înceapă *construirea de locuinţe pentru medicii de circumscripţii rurale.*

Din cauza circumscripţiilor rurale prea întinse şi prea populate medicul nu poate a răspunde la multiplele sale îndatoriri între cari şi aceia de a da zilnic consultaţiuni gratuite la reşedinţa circumscripţiei. Din această cauză medicul este obligat a lipsi mai multe zile în şir, în care timp consultaţiuuile gratuite nu se mai dau la reşedinţă. La circumscripţia Dăbuleni (Romanaţi) pe care o conduc şi care nu este cred dintre cele mai mari are o populaţie de circa 50.000 suflete şi o întindere maximă de circa 40 km. Pentru bunul mers al serviciului se impune *micşorarea circumscripţilor.* Nu mai puţin importantă este chestiunea transporturilor medicului. Trebue să i se dea posibilitatea să se mişte în fiece moment şi repede. Mărirea diurnelor de transport nu este un remediu. Cea mai bună soluţie după noi ar fi ca *ministerul să vie în ajutorul medicului pentru ca să-şi procure propriu trăsură şi cai sau automobil după preferinţa fiecăruia şi apoi să reţină din diurnele medicilor costul acestor vehicule.* Pentru aceasta însă trebueşte ca să se mărească numărul zilelor de inspectie. Şi fiindcă este vorba de transport tot atât de necesar ar fi ca să se *înzestreze serviciile sanitare cu auto camionete cu care să se evacueze bolnavii contagioşi la spital* Condiţiunile în care se face astă-zi evacuarea acestor boleavi sunt şi neomenoase şi expune comunele pe unde trec aceşti bolnavi ca să le contamineze.

Să se modifice felul de organizare şi distribuirea gratuiiă a medicamentelor. Sistemul farmaciilor comunale s'a arătat nepractic cel mai bun remediu ar fi ca să se încurajeze deschideri de farmacii în cât mai multe la sate — iar până atunci să se dea medicamentele în primirea moaşei sau agentului sanitar care să fie răspunzător de ele, medicamente pe cari să le cunoască

şi felul întrebuinţărei şi doza de administrat. Dar pentru aceasta şi aci venim să semnalăm un alt neajuns care şi el trebueşte remediat şi anume: acela ca în fiecare comună să fie cel puţin un agent sanitar sau o moaşe.

Tot dintre neajunsurile cari necesită o repede remediare este şi acel al *lipsei de infirmerii a căror construcţie trebue să înceapă cât mai curând posibil* ca fiind necesare pentru o bună azistenţă medicală şi mai ales pentru tratamentul sifiliticilor. In circumscripţia Dăbuleni nu există astăzi nici o infermerie. Ministerul sănătăţii avea în comuna Grojdbodu un teren de aproape 1 Hectar cu o mică casă de cărămidă care s'ar fi putut întrebuinţat pentru consultaţiuni medicale. Acest teren a fost cedat de minister jumătate pentru şcoală care s'a şi zidit şi jumătate pentru primărie.

Astă-zi consultaţiile gratuite se dau la primării unde bolnavii vin spre a fi consultaţi — şi unde bolnavii de plămâni trebuesc să se desbrace de tot până la brâu. Este firesc ca multe dintre femeile şi fetele bolnave să nu vină la primărie spre a fi examinete. Ca un coralar a celor de mai sus propun ca deocamdată *în clădirile primăriilor cu mai multe camere, dacă este posibil să se rezerve o cameră pentru consultaţiunile gratuite şi tratamentul sifiliticilor.*

In acest moment este în toiul ei campania antipaludică care se face numai cu personalul sanitar inferior care de şi este atât de redus ca număr [1]) munceşte cu tragere de inimă şi în mod conştiincios, chininizând şi în comunele de nereşedinţă.

De cinci ani de zile datorită bunei organizări a campaniei antipaludice organizare făcută de regiunea sanitară avem au rezultate din ce în ce mai mulţumitoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ne simţim în stare ca numai cu personalul nostru, aşa redus la număr cum este ca să ducem înainte campania antipaludică.

Rugăm însă ca pentru surplusul de muncă, aşa cum se obicinuia de regiunea sanitară, să se dea diurne. *Considerăm că se cheltuesc banii în zadar cu echipele volante cari vin 2—3 luni pentru combaterea paludismului.*

Cu banii ce se cheltuesc cu aceste echipe să se înzestreze cu cele necesare laboratorul din Craiovassi să se înfiinţeze mici laboratorii bacteorologice fixe, la reşedinţa medicilor de circomscripţie.

Dar pentru combaterea eficace a boalelor sociale *trebueşte intensificată şi propaganda prin rulări de filme, afişe, broşuri, conferinţe etc.* care organizare trebue să cadă în sarcina regiunei sanitare.

Rezultatul activităţei medicilor de circomscripţie rurală se consemnează în cazierele comunale. Aceste caziere trebuesc amplificate în sensul de a se putea înscrie şi alte date precum date demografice, de geografie sanitară, diferite grafice etc. Acesta fiind iarăşi una dintre îndatoririle Regiunei sanitare.

In rezumat propunerile noastre sunt următoarele:

1) Să se revină la minunata lege sanitară Cantacuzino-Sion şi la legea de organizare a regiunilor sanitare.

2) Trecerea întregului personal sanitar inferior la Regiune în sarcina căreia să rămână selecţionarea şi numirea acestui personal.

---

[1]) Circ. Dăbuleni cu circa 50.000 de suflete are 7 agenţi sanitari şi 6 moaşe.

3) Să se dea posibilitatea medicilor de circomscripţie să-şi îndeplinescă menirea lor remediindu-se neajunsurile arătate mai sus, adică locuinţe pentru medici, înmulţirea numărului infermerilor, micşorarea intinderei circumscripţiilor, soluţionarea chestiunei mijloacelor de transport, înmulţirea numărului zilelor de inspecţie.

4) Inmulţirea posturilor de agenţi sanitari şi moaşe.

5) Intensificarea propagandei şi amplificarea cazierelor.

Domnuie Ministru, medicii din circumscripţia rurală din întreaga Oltenie Vă asigură că au şi sufletul şi pregătirea necesară spre a răspunde marei misiuni ce le este încredinţată în mijlocul ţărănimei, misiune ce no o privim ca un apostolat. Dar un apostolat nu al privaţiunei, al suferinţei şi chiar al umilirei, ci ca un apostolat al ştiinţei fiind cu toţi gata, ca în fie ce moment nu să începem ci să reluăm activitatea ce am fost siliţi să o întrerupem din cauza desfiinţărei Regiunei Sanitare.

Dr. Gabor
Medicul Circ. Dăbuleni (Romanaţi)

Raportul D-lui D-r Petre C. Mihail
In numele Medicilor Sanitari:

Deşi pentru chestiunile mari medicale suntem optimişti convinşi, trebuie să o spunem că *medicii sanitari sunt în suferinţă;* au ajuns la ultimul moment al puterii lor de muncă şi sacrificii; lupta ce duce în nevoile vieţii este tot aşa de mare ca lupta ce duc pentru sănătatea publică. *Sub motivul clientelei probabile am rămas salariaţi cu lefurile cele mai derizorii;* copii medicilor, intelectuali cu 20 de ani de învăţătură nu vor mai fi, nu vor mai putea fi şi ei intelectuali; asistăm la această bizară regresiune; copii de medici ocupă situaţii inferioare ca poziţia socială a părinţilor lor. Ei nu pot face faţă multiplelor lor nevoi materiale de oarece leafa de medic e categoristă cu a unui plutonier major şef de secţie avantajul fiind de partea acestuia fiindcă statul îi dă lui cal, îi dă ordonanţă, haine şi locuinţă; diurna ce căpătăm ca ajutor pentru deplasarea noastră e departe de avantajele enumerate mai sus, mai ales că sunt unele întârziate cu anii, iar cele ce avem nu satisfac nevoile serviciului.

Situaţiunea noastră e tristă, foarte tristă; am avut mândria sacrificiului până azi, de a nu o spune; acuma o spunem, ne ajunge.

In casele noastre la ţară unde cei mai norocoşi au trei odăiţe, soţiile noastre venite din oraşe cu mentalitate şi cultură aleasă sufer de frica rozătoarelor ce ne vin din vecinătatea coşarelor şi hambarelor şi de toate lipsurile. Odăiţele noastre având pardoseala rară sau pământ bătut pe jos iar zidurile de paiantă lasă adesea suflu vântului din afară să stingă lampa sau lumânarea la care scriem rapoartele lunare; în aceste odăiţe copilul nostru buchiseşte abecedarul într'o igienă ce n'o putem impune prin exemplu ţăranului nostru; odăiţele acestea aşa de rar găsite şi în care consultaţiile ce dăm sunt auzite de cei din afară servesc prin indiscreţiunea lor la demoralizarea noastră; o sală de consultaţiuni improvizată în casa medicului, fără a putea evita contactul familiei noastre cu bolnavul contagios, veneric sau

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de orice natură, este a ne cere mai mult decât un sacrificiu, este a ne cere o imoralitate.

Problema sanitară la țară este legată de buna stare a medicului; medicului să 'i cerem serviciu nu sacrificiu, iar pentru aceasta să i se dea locuință dar în așa condițiuni ca să rămână proprietar; ca atunci când ajunge la pensie și are nevoile mai mari iar mijloacele mai mici să nu fie asvârlit afară de medicul nou ce-l înlocuește în plasa sa; locuința medicului trebue dată astfel ca s'o plătească în anuități ca să rămână proprietar, în afară de dispensarul necesar care se va face separat în comună unde se dau consultațiunile și medicamentele prescrise. Dispensarele sunt făclii aprinse care duc civilizație și progresul ori unde. Dacă justiția are nevoie de palate somptuoase să impresioneze, cultul de bisericele și catedralele sale mărețe, cultura de școli, academii și universități majestoase, armata de cazărmile sale, *sănătatea publică are nevoie în afară de cele câteva spitale bune, foarte rare, de multe, foarte multe dispensare.* Dispensarele atrag prin regularitatea serviciului ce face medicul acolo, prin medicamentele ce se dă, prin accesibilitatea lor, prin respectul ce clădirea impune tutulor, căci visăm o clădire răsărită, prevăzută cu tot utilajul necesar, instrumentar și medical.

In marea luptă de civilizație a Franței ce duce de aproape un secol cu țările sălbatice ale Africei, instrumentele sale cuceritoare au fost armata și știința și ce e mai isbitor, știința reprezentată aci prin medicină, a luat înainte armatei; căci e cunoscut episodul când *marele cuceritor al Marocului Generalul Lyautey* a fost chemat la Paris să i se spue că Franța face prea multe sacrificii în oameni și că el generalul să se gândească cum să nu mai ceară trupe; iar marele general, azi mareșal, *a răspuns:* încetez de a mai cere trupe de cucerire, ba chiar vă restitui din cele ce am cu o condițiune: *pentru un batalion restituit să-mi faceți un dispensar cu un medic.*

Generalul a fost ascultat; sacrificiul în oameni a încetat; dar dispensarele prevăzute cu tot ce trebue, utilaj, aparate, instrumente, seruri, etc. și cu medicul lor, au răsărit ca din pământ; iar civilizația impusă cu succes prin forța baionetei a fost dusă mai departe și mai intens prin forța de atracțiune a medicului și a dispensarului. Marocul e în întregime cucerit datorit $^3/_4$ medicilor francezi.

Dar fiindcă vorbii de civilizație să-mi dați voe să arăt că *ea este în funcțiune și de o altă mare problemă, chestia drumurilor.*

Toate țările care au înțeles aceasta au desvoltat căile de comunicație; căi pe uscat, căi ferate, căi pe ape, pe mare, în văzduh. La noi combaterea boalelor la țară, s'o spunem drept datoria medicului se face anevoie tocmai din cauza aceasta, a drumurilor rele și mijloacelor de locomoțiune; cel mai uzitat, cel mai ușor de procurat și cel mai eftin mijloc (4—500 lei) e căruța cu doi cai cu leagăn ori fără leagăn. Las la o parte cei 30—40 klm. de străbătut dar modul cum te duci sdruncinat, încet, bătut de soare, de vânt sau ploae din cauza drumului rău și greu, pleci dimineața și ajungi la 4 după amiaz copleșit, strivit, plictisit, amărât; ori câtă rezistență fizică ar avea un om tot se resimte în activitatea sa; asta o spun pentru cei mai tineri, cei care au adunat cu anii reumatism, nisip la rinichi, etc., pentru ei e un calvar nu mai e sacrificiu. Deci să nu pară paradoxal că noi medicii

cerem drumuri bune; de căile de comunicaţie se leagă buna noastră activitate căci nu ajungem istoviţi acolo unde boala ce trebue să combatem cere energie.

* * *

Prin poziţia geografică ce are circumscripţia mea, fiind formată din comune vecine cu oraşul să-mi daţi voe să supun aprecierilor Dvs. următoarele observaţiuni: este o zonă ce variază între 1 şi 4 klm. dela periferia oraşului care este locuită de oameni ce nu'şi pot zice nici orăşeni, nici săteni; unii lucrează pământul, alţii fac comerţ ambulant, alţii mici funcţionari lăptari, precupeţi, alţii pungaşi ori criminali oameni cari ţin administrativ de comunele rurale, dar care sunt toată ziua prin ocupaţiile lor prin oraş; aceştia dacă au o şcoală îndepărtată au biserica foarte îndepărtată este un mediu turbure şi sufletesc şi material. Casele lor se construesc în două trei zile; câteva lemne fac paianta, bat câteva nuele ce se acopăr cu pământ galben, pun o uşe şi o fereastră şi după ce o acopăr cu tinichea se mut întrânsa. Cine sunt? cum fac casa? igienică ori nu? asta nu'l întrebă nimeni. Ca să ceară permis!? e departe de comuna ce ţin 10—12 klm. iar oraşul nu se amestecă, fiind în afară de zona organelor sale de control; această zonă sub-urbană şi administrativ şi medical este o anomalie. E prea departe de centru ei reprezentativ şi prea aproape de oraşul care'i satisface toate nevoile. In aceste zone şi serviciul medical e foarte greu; agentul sanitar şi medicul respectiv nu-i poate controla; vaccinările le fac în oraş, boalele le arată la medicii din oraş, sunt totdeauna un isvor de boale contagioase atât prin locuinţele lor cât şi prin felul lor de mentalitate; medicii de oraş le înregistrează şi le trimite la medicul respectiv care se isbeşte totdeauna de apostrofa „Domnule noi ţinem de oraş". *Această zonă de periferie a oraşului cu barierele, au nevoe de organizaţie specială nouă, de medici sub urbani* care să controleze intens atât populaţia cât şi comercianţi de băuturi spirtoase de acolo. *Crearea circumscripţiilor sub urbane este indispensabilă.* Două dispensare cu atribuţiunea să deservească periferia şi de medicii ce s'ar crea în aceste circumscripţii sub urbane ar aduce o lumină în zona aceasta tenebroasă. Cred că acest mic Maroc al oraşuini nostru ar lua calea civilizaţiei prin medicii sub urbani şi agenţii sanitari sub urbani. Dacă spun că periferia oraşului este isvorul nesecat al tutulor boalelor contagioase şi deci trebue organizată special nu avansez o frază goală. e un lucru demonstrat azi până la evidenţă pentru boala ce face ravagii nenumărate, pentru boala care este în funcţiune de locuinţele insalubre, tuberculoza. Luminoasa lucrare demonstrativă a d-lui Inspector General Sanitar Dr. Gh. Laugier hărţile cu locuinţele infectate de tuberculoză ale oraşului Craiova pe timp de 20 de ani în urmă ne arată cum pe măsură ce lucrările edilitare în centrul oraşului şi construcţia de case igienice se efectuau, pe aceaşi măsură cercul negru al locuinţelor infectate se deplasează spre periferie, şi în hărţi din 5 în 5 ani se văd cercuri concentrice cu raza mărită ajungând la harta de azi cu cercul negru al caselor infectate tocmai în aceste locuinţ sub urbane de care vorbeam dela periferie cu mici excepţiuni în stradele oraşului unde sunt industrii insalubre.

Din nenorocire tuberculoza a trecut şi de zona urbană şi sub urbană

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în zona rurală, pericolul e general dar mai ales în mediul rural unde locuinţele sunt insalubre şi terenul virgin.

Şi dacă azi am asistat la sfinţirea muncei titanice a o mână de oameni la inaugurarea sanatoriului dela Leamna, apoi în direcţia combaterei tuberculozei mai avem mult de făcut. Sanatoriul va primi pe cei ce au norocul unei vindecări; unde se duc cei extrem de periculoşi, scuipătorii de bacili? cavernoşii şi cachectici? cine va ajuta familia fără sprijinul ei luat forţat la izolare? cine va primi pe nefericitul muncitor ce varsă sânge cuprins de spaimă? unde'şi va da sfârşitul cachecticul şi ci cine îi va descoperi şi îndruma? sunt atâtea chestiuni ce dispensarul bine organizat poate rezolva rapid şi bine. De aceea societatea pentru profilaxia tuberculozei ce are un dispensar în Craiova, are datoria să'l înzestreze cu tot ce trebue. Intâi să'şi aibe clădirea sa aparte cu încăperile sale suficiente unde să primească bolnavii cu cazuri de urgenţă: hemoptiziile, muribunzii, lipotimiile: cu aparate de radioscopie, de raze ultra violete, de pneumotorax, arsenal modern de prim ajutor şi de continuare a cazurilor tratate şi educate în senatorii şi spitale. Tot în dependinţa dispensarului sunt vizitatoarele la domiciliu care s'au dovedit a fi un agent bun de propagandă de descoperirea bolnavilor prin anchetele ce se fac cât şi prin materialul ce procură unei bune statistici. Statistica este un element de prim ordin în campania antituberculoasă fiind indicatorul locuinţelor, cartiernlui, profesiunilor, ce dau cel mai mare număr de tuberculoză Se impune ca dispensarul societăţei profilaxiei să aibă şi o etuvă de desinfectare a obiectelor în cazurile de deces de ridicarea bolnavilor, etc. Dar cum problema sanitară a tuberculozei se complică de una socială, legile sanitare ce au fost votate trebuesc ajutate cu bani mulţi spre a fi aplicate ca astfel să fie eficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incheind raportul meu ca reprezentant al medicilor de circumscripţie, amintesc din nou că forţele noastre trebuesc susţinute fiind la limita puterilor noastre, *susţinute moralmente şi materialiceşte* de oare ce câmpul nostru de activitate cere multă muncă.

Dr. Petre C. Mihail.

Situaţia Sanitară la Petroşani şi pe Valea Jiului
Raportul D-lui Dr. M. Sofonea

La ordinul D-voastră de a pune pe hârtie cele relevate verbal la 1 Iulie în Craiova cu ocazia conferinţei avute, cu onoare vă raportez următoarele:

Situaţia sanitară în comuna urbană Petroşani şi în întreaga Valea-Jiului diferă mult de restul Regiunei I Sanitare. Localităţile miniere din punct de vedere sanitar nu se pot încadra strict nici în circumscripţiile sanitare, rurale nici în cele urbane, ele *sunt centre muncitoreşti, colonii mari cu zeci de mii de locuitorii, cu o populaţie mare flotantă, nestabilă cu condiţiuni grele de traiu, locuinţe comune, aglomerate* şi mulţi alţi factori puţin prielnici pentru o stare igienică bună: de aici şi rezultatul, că în Petroşani şi în întreaga Valea-Jiului, regiune minieră boale, contagioase sunt în permanenţă.

Boalele sociale încă au toate condiţiunile favorabile întru desvoltare şi în special tuberculoza face ravagii.

Medicul sanitar aici îşi îndeplineşte rolul aproape numai de poliţie sanitară, rol de multe ori destul de complicat şi dificil. Tratamentul şi îngrijirea bolnavilor cade aproape în întregime în sarcina Asigurărilor Sociale, car îşi au organizaţiile ler în fiecare centru şi colonie dispensare cu medici proprii şi Spitale

In total sunt 3 Spitale în Petroşani, Vulcan şi Lupeni ale Asigurărilor Sociale.

Statul şi comunele nu au nici un Spital, decât un mic dispensar întreţinut de Primăria oraşului Petroşani. Nu este nici un Spital de izolare.

La o populaţie de 70.000 locuitori cel mai aproape spital al Statului este la Deva, la o distanţă de 5 ore cu trenul şi aceasta cu întrerupere la Simeria.

Este adevărat că 70—80% a populaţiei aste asigurată şi deci în cadrele Asigurărilor Sociale se foloseşte de dispensariile şi Spitalele Casei Cercuale.

Dar mai rămâne un rest de 20—30% neasigurat.

In timpul din urmă situaţia s'a agravat mult lipsă de lucru este foarte accentuată, Societăţile miniere au concediat o mulţime de muncitori, cei concediaţi fără lucru o parte au părăsit oraşul, dar partea cea mai mare aşteptă sperând zile mai bune.

Lumea concediată fără lucru ne mai putând plăti contizaţiile lunare îşi pierde calitatea de membru al Asigurărilor, deci şi favorul de dispensar şi spital gratuit.

Se mai adaugă şi dispoziţia legei Asigurărilor, că un bolnav numai timp de 6 luni are dreptul de ajutoarele medicale, după 6 luni cade în sarcinile comunei şi a Statului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ce face sărmanul tuberculos? Răspunsul sincer şi real este foarte dureros. El sfârşeşte mai repede cu câteva luni, dară în acest timp împrăştie, samănă în jurul lui bacilnl nemilos, fără ca medicul sanitar să aibă cea mai mică putinţă de a-l ajuta sau de-a opri întinderea boalei.

Condiţiuni igienice de traiu nu-i poate da, a-l izola nu are unde.

1) In Petroşeni ca centrul întregei Valea-Jiului *credem a fi necesare întru ameliorarea situaţiei sanitare următoarele:*

Un spital mare al Statului prevăzut cu secţie de contagioşi şi secţie de tuberculoşi, această secţie fiind chiar aparte în afară de oraş în pădure putând avea carcterul unui sanator de izolare.

Până la realizarea acestui plan *să se poată interna în actualele Spitale mixte ale Asigurărilor toţi bolnavii fără deosebire că sunt membrii sau nu ai Asigurărilor, natural ne membrii în contra unei plate minime.*

Această plată pentru cei fără mijloace materiale şi pentru cei contagioşi să fie suportaţi de Stat, după o înţelegere între ambele Ministere, în aşa fel ca Spitalele de aici se poatu primi toţi bolnavi cu bilete de intrare în Spital eliberate de medici sanitari, urmând ca formalităţile de plată să se facă ulterior de către Stat, aceasta numai pentru boalele contagioase şi cei lipsiţi de mijloace.

Transportarea bolnavilor la Deva este foarte dificilă, celor cu boale contagioase imposibile, ori comuna şi Statul nu are loc de izolare. Spitalul de izolare al Asigurărilor să servească pentru toată populaţia.

2) Numărul neputincioşilor şi infirmilor fiind mare în această regiune *sete necesar edificarea de urgenţă a unui azil.* Comuna Petroşeni a luat măsurile necesare a adunat fonduri. D-l Ministru al Muncii Dr. Lupu a promis pentru acest scop o sumă destul de considerabile. Apelăm însă la obolul Onor. Ministerului Sănătăţii şi al Asistenţei sociale pentru a se putea realiza şi începe lucrările cât mai repede, planurile fiind terminate.

In legile noastre chiar şi sanitare să face deosebire între comunele urbane reşedinţe de judeţ şi nereşedinţe, primelor dânduli-se o importanţă mai mare.

Această dispoziţie a legei nu o credem din punct de vedere sanitar a fi îndeajuns justificată şi în special în Ardeal unde sunt comune urbane nereşedinţe mai mari, mai importante, mai centre decât oraşele reşedinţe chiar din acelaş judeţ.

Exemplu Petroşeni-Deva; Petroşeni 17.000 locuitori, centru industrial faţă de Deva cu 9000 loc. Carei-Mare-Zălău, Carei cu 25.000 loc. Zalău cu 10.000 loc. etc.

Acestea sunt ce am crezut a le raporta rugându-Vă Domnule Ministru a le cerceta şi dispune cele crezute de bune.

Petroşeni 6 Iulie 1928

Medic al oraşului Petroşan
Dr. M. Sofonea

Dr. A. Poenaru, *în numele Medicilor Cond. şi Direct. de spitale,* expune situaţia tristă, ce s'a creiat acestor spitale, prin desfiinţarea vechilor direcţiuni regionale, cari aveau putinţa de a face faţă la timp şi prompt diverselor necesităţi ivite; enumără o sumă de îmbunătăţiri făcute spit. din Craiova prin putinţa acordării de fonduri de către fosta direcţie regională prin persoana D-lui Inspector General Sanitar, Dr. Laugier.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. M. Cânciulescu, *în numele spitalelor cu mai multe secţii,* cere punerea în aplicare a art. din organizaţia spitalicească, care prevede înfiinţarea de *consilii medicale spitaliceşti* la aceste spitale cu mai multe servicii

Convocarea acestor consilii medicale se impune cu atât mai mult, de când vechile direcţii regionale au fost desfinţate şi deci prin această revenire în parte la centru a drepturilor de control şi putinţa unui mai eficace control din partea organelor periferice a slăbit.

Or aceste consilii represintă tocmai nucleul de descentralizare periferică, alcătuesc mijloacele de auto-apărare ale celulei, care cu cât va cere mai puţin şi i se va da mai puţin dela centru, cu atât va veghea şi va căuta să organizeze singură mijloacele, de cari are nevoe pentru conservare şi propăşire.

Ceace pot face împreună mai mulţi medici şefi de servicii bine intenţionaţi, nu poate face un singur conducător sau director, chiar dacă i s'ar presupune cea mai bună intenţie din lume.

Este chiar în interesul acestora şi al bunului renume al spitalului, ce gospodăresc, ca să fie întărite mijloacele de avizare şi control; de asemenea prin putinţa realizării în comun de economii dela diferitele cheltueli se pot creia fonduri şi chiar creia venituri şi prin alte căi ca să se facă înbunătăţiri, pe cari centrul nu le mai poate suporta şi deci instituţia să prospere.

De asemenea D-sa se ridică contra distincţiunei arbitrare, ce o ne-

specificare în text o poate face, cu toate că sensul legei este destul de clar şi numai o rea credinţă îl poate interpreta ca atare, că medicul conducător (spitalele cu mai multe secţii dar sub 200 paturi au medic conducător) se poate dispensa de convocarea consiliului medical spitalicesc, sub a căruĭ tutelă nu se poate pune decât medicul director (spitalele cu mai mult de 200 paturi au un medic director); cere pentru evitarea în viitor a unei atare interpretări bizare o specificare netă în textul regulamentului asistenţei spitaliceşti şi mai cu seamă obligativitatea de către organele competinte a întrunirii acestor salutare consilii medicale locale de către medicii conducători sau directori, cari prin ele îşi vor mări şi prestigiul şi în ele vor găsi un înbold şi sfătuitor luminat.

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

ARCHIVES ROUM. DE PATH. EXP. ET MICROB.

(No. 2, Juin 1928)

I. Moldovan. *Aparition d'une substance desensibilisante et hipotensive dans l'organisme après blocage du sistème reticulo-endotelial.* — Emite consideraţiuni generale asupra naturei, technicei de demonstrare a ţesutului reticulo-endotelial bazate pe experienţe şi observaţiuni personale expuse în lucrarea ce o comunică.

Bazat pe caracterele comune ale celulelor ţesutului reticulo-endotelial ca participarea intensă la fagocitoză, capacitatea de a absorbi coloranţi vitali, suspensiuni de pulbere inerte, autorul studiază sistemul reticulo-endotelial prin procedeul blocajului, adică inhibează functiunea acestui sistem prin acumularea de cerneala de China în celulele acestui ţesut.

S'a constatat acţiunea antianafilactică a blocajului. In acelaşi timp cu lucrările lui Petersen Jaffé, Lenvinson şi Hugues ce caută a împedeca chocul anafilactic prin blocajul ţesutului reticulo-endothelial apare lucrarea lui Moldovan şi Zolog în cursul anului 1923. Dintr'o serie de experienţe făcute cu Zolog pe cobai cărora li s'a făcut injecţii intra-venoase cu cerneala de China ca agent de blocaj, au obţinut o acţiune inhibitrice asupra chocului anafilactic. Continuă cercetările injectând la epuri şi cobai normali pe cale intra-venoasă doze mici de cerneală de China şi observă că serul acestor animale protejă animalele sensibilizate contra chocului anafilactic. Din alte experienţe ce autorul le face împreună cu Turcu a reuşit să obţie la berbec în urma injecţiei intra-peritoneale de 40 cc de cerneala de China diluată după 36—48 ore ecsudatul peritoneal conţinea substanţa protectrice desensibilizantă în urma blocajului ţesutului reticulo-endotelial al epiploonului, în sângele berbecului substanţa protectrice a apărut după 7—8 zile. Deci substanţa protectrice contra chocului anafilactic este produsă de ţesutul reticulo-endotelial.

Desensibilizarea cu ajutorul blocajului este transitorie, pe când antianafilaxia specifică cu doze mici de antigen durează mult.

Aşa dar: injecţia intra-venoasă sau intra peritoneală de substanţe ce

provoacă blocajul ţesutului endotelial determină apariţia unei substanţe desensibilizante în serul animalelor inoculate.

Se poate izola principiul activ al acestor substanţe proteice a serului fără ca activitatea acestui principiu să fie influenţată.

Această substanţă activă este termoresistentă, stabilă, solubilă în acizi, alcol şi apă şi nu e toxică.

Ea dializează uşor prin membrana de colodiu de diferite grosimi care nu permite trecerea substanţelor proteice.

Serul obţinut prin metoda de blocaj posedă o acţiune hipotensivă, acţiune care nu este totdeauna paralelă cu acţiunea antianafilactică.

Substanţa desensibilisantă este rezultatul secreţiei interne a sistemului reticulo-endotelial.

C. Ionescu-Mihăleşti, D. Combiescu, P. Condrea et G. Calalb. *Recherches sur le titrage du sèrum antidysenterique.* — După o serie de cercetări autorii expun în primul memoriu rezultatele cercetărilor relative la titrarea serului monovalent (antitoxic Shiga). Stabilesc speţa animală care se pretează mai bine titrărilor, forma sub care toxina manifestă acţiunea sa toxică într'un mod uniform şi constant, calea de administrare a toxinei si titrarea toxinei solide şi lichide. Apoi trece la titrarea diferitelor seruri antidizenterice.

Din aceste cercetări făcute pe 423 epuri şi 822 şoareci în urma titrajului făcut pe cale intra-venoasă intra-peritoneală şi hipodermică ajung la concluzia că: epurele e mai sensibil ca şoarecele la toxina dysenterică. Diferenţele individuale sunt mai mari la epure ca la şoarece. Greutatea, vârsta, rasa şi alţi factori neprecizaţi influenţează mult rezultatele la epuri.

Şoarecele deşi mai puţin sensibil ca epurele dă rezultate foarte constante, diferenţe individuale nu există aproape de loc. Este mai uşor de a găsi şoareci (de aceiaşi greutate) pentru experienţa titrajului. Pe cale intravenoasă s'au obţinut rezultatele cele mai constante şi cele mai regulate.

Inocularea intra-venoasă la şoareci nu prezintă dificultăţi. Intrebuinţarea de toxine lichide prezintă unele avantajii faţă de toxinele solide. Totuşi autorii observând că stabilizarea toxinei disenterice lichide nu se poate obţine propun pentru titrajul serului anti-Shiga întrebuinţarea de toxină solidă (corp microbian uscat).

Nu au putut arăta existenţa de doi compuşi toxici (neuro-toxină şi toxină intestinală) a toxinei bacilului Shiga, prin căldură sau prin filtrare prin membrane de colodiu.

Cred că ar fi foare greu pentru moment a se ajunge la uniformizare a metodei în aprecierea serului antidysenteric. Unitatea antitoxică este un excelent criteriu pentru evaluarea unui ser monovalent anti-Shiga; dar faptul că există în unele ţări europene dysenterii bacilare atypice netoxinogene în vitro, impune a se căuta alte criterii în aprecierea exactă a proprietăţilor terapeutice a serurilor antidysenterice în general.

C. Calalb. *Recherches sur les bacilles dysenteriques isolés en Roumanie.* — Dă un tablou statistic a cazurilor de dysenterie din România în ultimi cinci ani. Autorul studiază caracterele biologice şi serologice a bacilului dysenteric într'o epidemie observată la ţară la copii de la un an la 8 ani. Cultura scaunelor i-a dat uneori bacili Shiga, alte ori bacili typ Flexner

dar întotdeauna la diferiţi bolnavi. In altă epidemie a observat o asociaţie a bacililor dysenterici (Shiga sau Flexner) cu bacilul lui Morgan. In unele cazuri au găsit bacili dysenterici atipici, la aceştia caracterele serologice şi proprietăţile antigenice au dat autorului proprietăţi interesante. Din totalul cercetărilor autorul ajunge la concluziuni: există o mare variabilitate în grupul bacililor dysenterici, sunt tipuri ce nu'i putem clasa în grupul bacililor Shiga şi Flexner.

Studiază sub numele de dizenterii atipice bacilii care 'i găseşte în scaunele bolnavilor la sfârşitul boalei şi care au unele caractere ce le apropie de bacilii dysenterici adevăraţi (imobilitate, nu iau Gramul, nu fermentează lactoza). Nu sunt aglutinaţi de serul anti-Shiga şi anti Flexner, sunt rezistenţi principiului lytic activ pentru grupul Shiga şi Flexner, fermentează un număr mai mare de zaharuri ca bacili dysenterici adevăraţi.

Crede că există o derivaţie phylogenetică între bacilii dysenteriei atipice şi bacili dysenteriei adevărate.

Această hipoteză pare a fi confirmată prin proprietăţile antigenice a bacilului dysenteriei atypice.

Bacilii dysenterici atipici nu sunt aglutinaţi de serul animalelor imunizate contra dysentericului adevărat. Sunt aglutinaţi de serul pentru care au jucat rol de antigen. Dacă inoculăm bacilii dysenteriei atipice la epure după 48 şi 72 ore aceşti bacili pot fi aglutinaţi de serul anti-Shiga şi anti-Flexner.

Cum bacilii dysenterici adevăraţi pot perde proprietăţile lor serologice şi biochimice când înbătrânesc sau în medii de cultură artificiale, putem deduce că bacilii atipici şi bacilii dyzenteriei adevăraţi au o origină comună. Caracterele antigenice fiind mai stabile ca şi caracterele biochimice şi serologice pot fi la baza clasificărei naturale a microbilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. Ciucă, V. Crăciunescu et J. Bahov. *Traitement de la scarlatine par le serum de convalescents.* — Au tratat în timp de cinci ani şi jumătate 153 cazuri de scarlatină forme hipertoxice cu ser de convalescent. Acţiunea curativă a serului de convalescent în formele hipertoxice de scarlatină este singurul criteriu care ne permite de a aprecia eficacitatea tratamentului. Autorii compară o serie de curbe a bolnavilor din aceiaşi epidemie, unele hipertoxice, altele cu evoluţie normală şi altele benine. Nu ţin sama de cât de formele hipertoxice ce sunt sub formă de mici focare izolate, chiar în epidemiile general benine.

Epidemii cu caracter benin pot prezenta o letalitate mai rădicată ca alte epidemii ce sunt tot benine. Aceasta se datoreşte cazurilor izolate cu focare de casă unde letalitatea atinge 100 %.

In aprecierea valorei terapeutice a serului de convalescent ţinem sama de formele hipertoxice şi nu de formele de scarlatină cu complicaţii datorite streptococului. In urma tratamentului cu ser de convalescent mortalitatea în formele hipertoxice a scăzut la 7 % în 1926—1927 din 90 % cazuri netratate.

Trebue ca injecţia să se facă cât se poate la începutul boalei, se va inocula doze mari în injecţii intra-venoase, mai ales când avem de a face cu o intoxicaţie profundă. Fenomenele de choc uşor ce se observă după injecţia de ser convalescent se pot evita când se face injecţii cu doze mici de ser diluat.

Serul are acţiune asupra intoxicaţiei scarlatinoase însăşi şi nu asupra complicaţiilor cu streptococi, nu împedecă ca bolnavii hipertoxici să fie repede desintoxicaţi de ser convalescent şi să facă mai târziu infecţiuni streptococice uneori grave datorite streptococului din gâtul bolnavilor.

Anginele necrotice datorite streptococului nu sunt influenţate de serul de convalescent.

Serul de convalescent are acţiune asupra fenomenelor de intoxicaţie a scarlatinei, fapt ce nu se observă cu serul antistreptococic sau cu serul de cal hiperimunizat contra streptococului hemolitic.

S. Longhin et C. Aurian. *Enquête épidemiologique sur la poliomyélite dans un département contaminé en Roumanie.* — Pentru a contribui la studiul problemei epidemiologice a poliomielitei, studiază în Judeţul Dâmboviţa comunele atinse de poliomielită şi raporturile între focarele epidemice aflate.

Găseşte 6 puncte diferite de boală de unde boala se propagă de-a-lungul căilor de comunicaţie, şosele şi drum de fier. 140 cazuri la o populaţie de 60000 locuitori au o morbiditate de 2,30 ‰; din acestea 22 cazuri erau forme abortive. Din ancheta făcută ajunge la concluzia că: trebue găsită origina unui caz şi a stabili legătura dintre diferitele cazuri apărute în aceiaşi localitate. S'a observat ce fel membrii unei familii transmit boala.

Mare rol în transmiterea boalei îl au purtătorii sănătoşi de germeni.

Contagiul direct dela un bolnav la altul este mare într'un mediu epidemic.

Epidemiile familiale au caracter general că indivizii atinşi cad bolnav simultan sau la intervale apropiate. Membrii familiei contaminate reacţionează diferit după starea lor de rezistenţă, — unii fac forme complecte grave alţii forme necomplecte uşoare, alţii forme abortive. Aceste forme abortive sunt puţin cunoscute, manifestaţiile nervoase lipsesc şi predomină simptomele gastro-intestinale.

Netter şi Levaditi au arătat că serul indivizilor suspecţi de poliomyelită sporadică sau a unei poliomyelite cu simptomatologie frustă are proprietăţi neutralizante pentru virusul de poliomielită.

Probabil că adulţii în imensa majoritate de cazuri s'au imunizat în contact cu germeni avirulenţi.

(No. 3, Septembre 1928)

D. Combiescu. *Recherches experimentales sur l'infection charbonneuse et l'immunité anticharbonneuse.* — Autorul continuă cercetările sale publicate într'un alt memoriu unde insistă asupra fenomenelor de transformare şi adaptare microbiană în procesele infecţioase. Institue o serie de experienţe de imunizare cu bacteridii atenuate şi animalizate vaccin I şi II Pasteur.

Intr'o serie de experienţe demonstrează că putem imuniza pe cale sub-cutanată epurii contra bacteridiei carbonoase. Imunitatea ce se desvoltă se poate compara cu cea obţinută de Besredka pe cale intra-dermică.

In altă experienţă făcută pe 6 epuri a reuşit a obţine o imunitate solidă şi repede pe cale intra-venoasă cu bacteridia carbonoasă virulentă, cu vaccin pasteurian animalizat. Aşa dar microbii animalizaţi joacă un mare rol în vaccinarea animalelor. Se poate obţine uşor o imunizare a epurilor

contra bacteridiei virulente întrebuinţând vaccin de bacili atenuaţi dar animalizaţi, ori-care ar fi calea de introducere a vaccinului.

Autorul admite că imunitatea epurilor astfel obţinută este durabilă, ei pot suporta până la o mie doze mortale în injecţii sub-cutanate.

A reuşit de a imuniza solid epurii contra inoculaţiei de probă cu culturi de bacteridii virulente în bulion — tapioca formulat 3 °/₀₀.

M. Nasta şi M. Blechmann. *Contributions à l'étude de l'action des rayons ultra-violets sur la tuberculose experimentale du cobaye.* — Continuă cercetările făcute de Rohde şi Mayer privitor la acţiunea razelor ultra-violete asupra evoluţiei generale a tuberculozei la cobai şi asupra modificărilor unor lesiuni locale sub influenţa razelor ultra-violete.

Nasta şi Blechmann caută a determina acţiunea razelor ultra-violete asupra unor factori a căror modificare ar influenţa evoluţia tuberculozei experimentale la cobai ca: sensibilitatea la tuberculină, reacţia la reinfecţiuni şi modificările formulei hemoleucocitare şi a numărului total al elementelor sanguine.

Din experienţele făcute reese că razele ultra-violete asupra cobaiului tuberculos micşorează sensibilitatea la reacţia cutanată cu tuberculină. Această micşurare este mai mare în teritoriile supuse razelor ca în teritoriile cutanate ce n'au suferit acţiunea lor.

O micşurare a sensibilităţei la tuberculină introdusă pe cale intraperitoneală. Cu doze forte (0,2—0 cc 5) care omoară cobaiul martor într'o oră nu putem omorî cobaiul iradiat. Aceasta la începutul infecţiei când sensibilitatea nu e aşa mare.

Acţiunea razelor ultra-violete asupra reacţiilor la reinfecţiuni a avut ca rezultat o activare a reacţiilor celulare, ce s'au manifestat printr'o apariţie mai precoce a abcesului, transformarea lui în nodul şi vindecarea rapidă a acestuia.

Experienţele făcute de autori arată că nu numai sensibilitatea la tuberculină e micşurată sub influenţa razelor ultra-violete dar are loc şi o micşurare a acţiunei toxice necrozante faţă de bacil însăşi. La cobaii neiradiaţi o injecţie de o zecime de miligram de tuberculină a produs un fenomen Koch tipic cu echimoză şi escară, pe când la cel iradiat a produs un uşor edem.

S'ar putea printr'un studiu amănunţit a acestor fenomene cerceta ce revine procesului de apărare şi ceia ce ţine de hipersensibilitate. Până la un punct reacţiile alergice contribue la apărarea organismului.

Acţiunea razelor ultra-violete asupra numărului şi varietăţei leucocitelor cobaiului tuberculos se manifestă prin modificări ce tind a menţine normal elementele sanguine, dând impresiunea formulei de rezistenţă normală (leucocitoză moderată, limfocitoză); pe când la cobaiul martor noi găsim o formulă de apărare (hiperleucocitară cu polinucleoză).

Aşa dar cobaiul iradiat are o formulă sanguină ca în tuberculoza cu evoluţia lentă.

In ceiace priveşte acţiunea razelor ultra-violete asupra evoluţiei tuberculozei experimentale, autorii recunosc că nu pot trage încă concluziuni definitive prin faptul că nu avem încă cunoştiinţe mai precise a reacţiilor organismului normal al cobaiului vis-à-vis de raze şi o pozologie mai precisă a administraţiei razelor ultra-violete.

M. Marbe et P. Epureanu. *Sur l'action anti-anaphylactique de certaines eaux minérales naturelles.* (Eau de Căciulata). — Autorii fac o serie de cercetări pentru a arăta acţiunea anafilactică a apei de Căciulata — apă sulfo-cloruro — calcică. Experimentează pe epuri la care manifestările anafilactice sunt mai atenuate şi la cari se poate face mai bine studiul microscopic al reacţiilor sanguine în timpul şocului.

Ca antigen întrebuinţează albuşul de ou în soluţie de 1 : 10 în ser fiziologic din care injectează sub-cutanat 0,5 cc. Trei săptămâni apoi fac injecţia deslănţuitoare cu 10 cc. din această soluţie. Introduc apoi apa pe cale bucală 20 cc. In afară de fenomenele de şoc studiază numărul leucocitelor, formula leucocitară şi coagularea sângelui înainte şi după şoc după metoda lui Widal.

Ajung la concluzia că unele ape minerale au o putere antianafilactică când sunt proaspete sau puţin timp după emisiune. Această proprietate se micşurează când apa se învecheşte sau e încălzită.

Apa artificială are proprietăţi asemănătoare unei ape vechi sau încălzite la 100°.

Unele substanţe ca injecţia de albastru de methylen pot să redeştepte starea de anafilaxie abolită de ingestia apei minerale.

Probabil că apele minerale când ies din isvor au o astfel de compoziţie fizico-chimică că pot modifica echilibrul celulo-humoral. Sub influenţa timpului şi a temperaturei această proprietate a apei dispare.

M. Ciucă, I. Bălteanu et A. Thoma. *Sur la spécificité de la réaction de Dick.* — După ce trec în vedere cercetările făcute în diferite ţări pentru a controla specificitatea reacţiei biologice descoperite de Dick în scarlatină ne arată rezultatul cercetărilor făcute de autorii acestui articol timp de trei ani la Spitalul de boale contagioase Izolarea Iaşi şi în diferite colectivităţi.

Au studiat specificitatea reacţiei lui Dick, evoluţia sa după vârstă, evoluţia sa în cursul scarlatinei şi raportul între această reacţie şi starea de imunitate a organismului, în fine evoluţia reacţiei la persoane imunizate cu toxina Dick. Intrebuinţează o toxină preparată în institutul profesorului Cantacuzino cu streptococ original Dick. Titrul toxinei a fost fixat în urma procentului cel mai rădicat al reacţiilor constante şi asemănătoare. Au întrebuinţat 0,2 din diluţia 1 : 1000 sau cinci miimi. Injecţia se făcea în derm, inoculaţia martoră cu diluţia de toxină feartă 30'. Au făcut injecţii la persoane ce au avut scarlatină şi la alte cari nu au avut scarlatină şi la persoane vaccinate cu toxina Dick.

Din experienţele făcute reese că: constatările unei reacţii Dick negative în timpul convalescenţei la bolnavi ce au făcut peste câteva zile reşute pare a fi incompatibilă cu rolul etiologic al streptococului hemolitic în scarlatină, unde nu au putut constata nici un raport cu reacţia lui Dick, reacţia anticorpilor şi fenomenelor de extincţie Schultz-Charlton.

Din cercetările făcute de autori în România reese că reacţiile alergice sau de imunitate faţă de streptococul hemolitic nu poate da vre-o preciziune în privinţa receptivităţei indivizilor pentru scarlatină.

Au mai observat absenţa calităţilor antigenice a streptococului hemolitic izolat în scarlatină, asemenea vaccinarea antistreptococică la bolnavii ce au avut complicaţiuni n'a avut influenţă asupra complicaţiunilor. Per-

soane vaccinate contra streptococului hemolitic continuă a avea reacţia Dick pozitivă.

O serie de fapte ce determină pe autori a căuta virusul scarlatinos în altă clasă de germeni pathogeni.

I. Nicolau et M-elle O. Antinescu. *Recherches sur le titre de la lipase sanguine dans différentes formes de tuberculose.* — Autorii studiază variaţiile lipazei sanguine în tuberculoza seroaselor, în tuberculoza osoasă, în tuberculozele acute şi lipaza în diferite produse patologice tuberculoase.

Ca technică aplică metoda stalagmometrică cu tributyrină ce poate pune în evidenţă cele mai mici cantităţi de lipază prin măsurarea tensiunei superficiale.

Din cercetările făcute deduc că titlul lipazei sanguine este micşurat în tuberculoză oricare ar fi forma boalei. In formele grave lipaza este foarte micşurată.

Variaţiile lipazei sunt în raport cu starea generală a bolnavului.

In lichidul pleural şi ascitic titrul lipazei e redus la jumătatea titrului lipazei sanguine.

Nu se găseşte lipază în lichidul cefalo-rachidian al meningitei tuberculoase.

Rezistenţa lipazei serice la chinină variază cu titrul lipazei, 2—10 miligrame de chinină împedecă acţiunea lipazei serice.

R. Hirsch.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

(No. 8, 9—1928)

Conf. Dem. Paulian. *Contribuţiuni la studiul compresiunilor medulare; tumoră medulară, psamom.* — Este o lecţiune clinică în care autorul redă observaţia unei bolnave cu o paraplegie în flexiune cu mişcari de automatism medular la care se face diagnosticul unei compresiuni medulare confirmat şi prin examenul radiologic după injecţia intra-rachidiană cu lipiodol. Operaţia decelează la nivelul celei de a 5-a vertebră dorsală o tumoră care deviază măduva spre stânga.

Bolnava moare prin cord. Examenul anatomo-patologic face diagnosticul de psamom al meningelor (meningo-blastom). Autorul insistă asupra succeselor operatorii ce se pot obţine) după ce s'au întrebuinţat însă alte tratamente şi în special radioterapia profundă.

Dr. D. Zamfir. *O anomalie în cursul evoluţiei cancerului capului pancreasului.* — Observaţia clinică a unei bolnave din clinica prof. Widal pe care autorul o relatează: din simptomatologia clasică a afecţiunei adică icter franc progresiv complect, fără febră, distensiunea veziculei biliare lipseşte hipertrofia ficatului care se observa mai ales la începutul maladiei.

Dr. B. Kraus. *Consideraţiuni asupra diagnosticului diferenţial şi a tratamentului cefaleei sifilitice.*

Dr. I. V. Bistriceanu. *Electricitatea medicală.* — Curenţi continui.

Dr. D. Zamfir. *Studiul patogenic şi terapeutic al astmului.* — In această

primă parte a lucrării autorul începe prin a face consideraţiuni generale asupra astmului. Trece apoi la analiza factorilor patogenici împărţindu-i în:

Factori generali: influenţe exterioare (agenţi fizici şi chimici).

Agenţii chimici îi împarte în: substanţe proteice de origină animală, substanţe proteice de origină vegetală şi substanţe neproteice: iar agenţii fizici îi împarte în: climat şi traumatisme.

Cu aceste se termină prima parte a acestui studiu.

Dr. B. Kraus. *Consideraţiuni asupra diagnosticului diferenţial şi asupra tratamentului cefaleei sifilitice.*

Dr. I. M. Constantinescu. *Problema educaţiei publice în vederea luptei contra boalelor sociale.* — Autorul acestui articol premiat de Academia Română pentru lucrări de vulgarizare arată şi de data aceasta necesitatea de a se introduce în programul cursului superior, la ambele sexe studiul amănunţit al sifilisului şi tuberculozei.. Insistă asupra datoriei conducătorilor de a intensifica propaganda pentru profilaxia acestor boli şi mai ales a sifilisului şi în sprijinul afirmaţiilor sale referă discuţiunile ce au avut loc la Nancy sub patronajul Ligei Naţionale Franceze contra Pericolului Venerian.

Dr. I. V. Bistriceanu. *Electricitatea Medicală. Ionoterapia electrică.*

CLINICA

(No. 4, 1928)

Dr. F. Dumarest. *Asupra stadiului hilar al tuberculozei pulmonare.* — Cu ocazia cercetărilor sale asupra tuberculozei fibroase autorul a fost surprins de raporturile evidente şi constante cari leagă scleroza pulmonară difuză şi diversele modalităţi ale tuberculozei fibroase progresive nodulare comune cu adenopatia hilară. La adult procesul ganglio-hilar evoluează lent, poate să dureze ani de zile şi să nu se manifeste de cât prin turburări generale puţin acuzate. Diagnosticul precoce al tuberculozei se face cu ajutorul radiografiei. Constatări radiologice ale frequenţei şi importanţei leziunilor ganglio-hilare în faza iniţială a tuberculozei cronice, disproporţia evidentă cu leziunile parenchimului pulmonar ne fac s'admitem că tuberculizarea ganglionilor hilari este preludiul obijnuit al invaziei pulmonare la adult şi la copil.

Se poate constata la acelaş individ, fie la indivizi diferiţi gradele de transiţie ce leagă adenopatia hilară pură cu scleroza pulmonară perihilară (2 stadiu) şi la invazia parenchymatoasă nodulară (3 studiu) prin contiguitate la distanţă.

Durata acestui proces variază cu rezistenţa specifică a fiecărui individ. Simptomatologia este a stărilor infecţioase cronice. Nu are în stadiile iniţiale nici semne de auscultaţie, nici expectoraţie nici control bacteriologic.

Diagnosticul precoce al tuberculozei pulmonare în formele ganglio-hilare este pur radiologic.

Tuberculoza ganglio-hilară cuprinde majoritatea tuberculozei cronice a adultului.

Paul Halbron. *Bronşitele tuberculoşilor.* — Autorul arată locul important ce'l au bronşitele în evoluţia tuberculozei pulmonare. Dese-ori diagnosticul

de tuberculoză s'a făcut cu ocazia unei bronşite trenante sau anormale ce a avut o localizare particulară.

Trebue să deosebim la un tuberculos averat o bronşită episodică, ce nu modifică pronosticul boalei de o bronşită simptomatică a unui proces evolutiv.

Bronşitele pot fi singura manifestare aparentă a tuberculozei şi pot fi însoţite de dilataţia bronşiilor.

Bronşitele ce se observă mai des aparţin phtiziei fibroase, bolnavii tineri sau bătrâni, tuşitori obijnuiţi trăesc mult deşi au bronşite des şi mor prin accidente cardiace. Ca să se demonstreze origina tuberculoasă a bronşitelor, trebue să se caute în nenumărate rânduri bacilii, să se facă examene radiologice repetate şi toate examenele amănunţite clinice.

Nu trebue însă să se atribue bacilului Koch toate bronşitele trenante, recidivante ce însoţesc scleroza pulmonară.

Dr. E. Schulmann. *Tratamentul sifilisului la tuberculoşi pulmonari.* — Recomandă a se ţine sama în tratamentul sifilisului la tuberculoşi pulmonari de stadiul tuberculozei şi de când datează sifilisul. Când există un puseu evolutiv, de asemenea când leziunile pulmonare sunt foarte avansate, therapeutica antispecifică trebue lăsată pe un al doilea plan.

Când avem de tratat un tuberculos stabilizat trebue să tratăm sifilisul energic şi prudent.

Dr. Bonafé. *Metodele moderne de diagnostic şi tratament al tuberculozei intestinale la tuberculoşii pulmonari cronici.* — Arată utilitatea unui diagnostic precoce a tuberculozei intestinale complicaţia bacilozei pulmonare cronice. Se manifestă prin dispepsie rebelă, dureri abdominale, sau printr'o hemoragie intestinală sau diaree. Dă semne radiologice precise. Tuberculoza intestinală poate lua aspecte diferite. Uneori examenul coprologic ne pune pe calea diagnosticului. In cazurile operabile este indicată laparatomia, ce trebue să fie precoce, să fie urmată de exereză, de anastomoză sau de simple iradiaţii ultra-violete. In cazuri când nu se poate face o intervenţie intestinală directă, poate suprima dilataţia gastrică reflexă, determina modificări profunde favorabile leziunilor şi să oprească fenomenele spasmotice. Toate formele de tuberculoză intestinală sunt chirurgicale numai ca tuberculoza pulmonară să fie operabilă.

Dr. M. Nasta. *Cercetările recente asupra tuberculozei intestinale.* — Insistă asupra cercetărilor radiologice şi anatomice care au atras atenţia asupra frequenţei tuberculozei intestinale, care la începutul iei nu poate fi pusă în evidenţă de cât prin examenul radiologic. Acesta decelă o hipermotilitate a intestinului care se traduce printr'o evacuare rapidă şi constantă a cecului şi colonului ascendent, şi printr'o hipertonicitate care dă un spasm al acestor regiuni decelabile prin neregularităţi de contur ale masei baritate.

Aceste modificări ale aspectului radiologic cât şi simptomele clinice sunt influenţate de helioterapie.

Controlul anatomic a permis autorilor de a confirma vindecarea acestor ulceraţii.

Recomandă de a se face examenul ragiologic al aparatului digestiv al tuberculoşilor pulmonari, mai ales a acelora a căror agravare a stărei

generale sau absenţa unei ameliorări cu tratamentul obijnuit nu sunt în raport cu evoluţia leziunilor pulmonare.

Dr. Rougy. *Clima de munte în therapeutică.* — Insistă asupra beneficiilor ce'l au bolnavii de tuberculoză pulmonară, de tuberculoză chirurgicală, convalescenţii şi copii de clima de munte.

Nu trebue să se trimeată la munte cardiacii rău compensaţi, hipertensivii, anginoşii şi tinerii ce au o formă fibro-caseoasă evolutivă.

Asemenea şi azotemicii şi bolnavii ce au trecut de cincizeci de ani şi cei ce sunt în ultimul stadiu al boalei.

Dr. C. C. Dimitriu. *Colapsoterapia în tuberculoza pulmonară.* — Comunică indicaţiile pneumotoraxului artificial, toracoplastiei şi frenicectomiei cu ajutorul cărora se poate obţine colapsul pulmonar.

Pneumotoraxul este indicat în leziunile exsudative şi evolutive pe când thoracoplastia este indicată în leziunile fibroase afebrile şi cu evoluţia lentă.

Frenicectomia se aplică în leziunile exsudative şi în leziunile fibroase, une-ori se face după pneumotorax, alte-ori este un adjuvant al celorlalte metode de colapsoterapie. Faptul că se pot asocia aceste trei metode şi crearea unui pneumotorax atipic (hipotensiv şi bilateral) au făcut din colapsoterapie o metodă aplicabilă în toate formele de tuberculoză.

Dr. R. Drăgescu. *Frenicectomia în tratamentul afecţiunilor pulmonare.* — Prin acest articol atrage atenţia asupra unei metode de tratament al afecţiunilor pulmonare care poate da rezultate satisfăcătoare. Frenicectomia este foarte puţin traumatizantă şi produce un colaps pulmonar lent şi progresiv. Are ca dezavantaj de a reprezenta o operaţie definitivă. Eficacitatea sa este asupra porţiunei bazale a pulmonului. Ea este indicată în toate leziunile tuberculoase şi netuberculoase ale bazei pulmonare, mai ales în cele însoţite de escavaţiuni. Ea poate complecta sau suplea pneumotoraxul artificial.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

M. M.

CLUJUL MEDICAL

(No. 7, Iulie 1928. A. IX)

Dr. I. Haţieganu şi I. Danicico. *De ce continuă să sufere cei operaţi de apendicită?* (p. 423). — Examinând 52 apendicectomizaţi cari continuă să sufere după intervenţie găsesc că printre cauze predomină constipaţia în 84,5 %, mai ales cea dreaptă (93,1 %).

Constipaţia a preexistat operaţii în 86,3 % a apărut după în 15,9 % şi a dispărut numai în 5,1 %.

Cercetând cauzele persistenţei postoperatorii, găsesc:

constipaţia dreaptă	pură	8 cazuri
„ „	cu pericolită	9 „
„ „	cu mezenterită	4 „
„ „	şi epiploită	13 „
„ „	şi colecistită	5 „
„ „	şi ulcer gastric	2 „

deci în majoritatea cazurilor suferinţa este provocată de persistenţa constipaţii preoperatori, apoi din complicaţiile (pericolita, mezenterita, epiploita, etc).

Dr. M. Kernbach. *Contribuţiuni la studiul morţii naturale a copilului* (p. 430). — Deşi până azi s'au publicat diferite cauze provocatoare a morţii naturale a noilor născuţi sau celor din prima copilărie, totuşi lista lor nu este încă închisă.

Astfel A. aduce prin cele 4 cazuri pe care le publică, fapte noi în determinarea morţii, fapte cari aduceau odată cu ele şi o dificultate în diferenţierea morţii naturale de cea provocată.

In primul caz este vorba de un copil de 4 săpt., care moare subit şi la autopsia căruia se găseşte pe lângă un rachitism florid şi o fractură a osului parietal drept, emoragii meningeale.

Cazul II este acela al unui copil de 8 zile, care a murit subit şi la care s'a găsit o endocardită vegetantă.

Cazul III, copil prematur născut în a 8-a lună şi la care moartea este cauzată de-o hidropizie generalizată, tromboza cordonului ombilical.

In cazul IV, copilul este născut prematur la începutul lunei a 8-a şi îngropat. La autopsie a găsit pe lângă un sifilis pulmunar gomos, gâtul, traheia şi esofagul tăiate, cordonul nelegat. Nu poate elucida dacă moartea a fost naturală sau provocată.

Prof. M. Botez şi Dr. R. Moga. *Raport de activitatea Institutului Antirabic din Cluj în anul 1925* (p. 438). — In anul 1925 au fost tratate în Institutul Antirabic din Cluj 2486 persoane, dintre care au urmat tratamentul complect 2287, l'au refuzat 2, 39 l'au întrerupt voluntar; neindicat la 132.

Cei mai mulţi s'au prezentat în luna August (254) şi mai ales din partea Vestică a Ardealului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mortalitate totală de 0,50 %, iar după 15 zile dela terminarea tratamentului de 0,30 %. Aduc foile de observaţie (în rezumat) al celor morţi atât în timpul tratamentului cât şi după terminarea lui.

Dr. M. Haliţa şi I. Danicico. *Acţiunea apei minerale „Hebe" de Sângeorgul-băi, isvorul principal, asupra secreţii gastrice* (p. 440). — Au cercetat în clinica Prof. Haţieganu acţiunea apei „Hebe" asupra secreţii gastrice la 22 persoane, şi au obţinut rezultate complect opuse celor date de Dr. Gheorghian Popescu la câine.

Prin dozările făcute înainte şi după ingerarea apei, ajung la concluzia că pe om şi pe stomacul normal, apa Hebe are o acţiune stimulatoare asupra secreţii gastrice şi de aci indicaţiile în dispepsiile şi afecţiunile cu hipo-aciditate.

Dr. P. C. Niţu. *Tratamentul erizipelului cu serul antiscarlatinos „Behringwerke"* (p. 450). — Au tratat prin injecţii intramusculare în doze variind dela 25 cc.—85 cc., cu serul antiscarlatinos „Behringwerke" 25 cazuri erizipel (20 medicale, 5 chirurgicale) şi a observat că dacă este aplicat în primele 2—3 zile, evoluţia boalei este mult scurtată. In 28 % au jugulat-o în 3—5 zile, în 32 % în 6—7 zile, iar în 40 % s'a arătat ineficace (mai ales în cazurile de erizipel chirurgical).

Dr. Leonida Popp. *Despre maladia Mikulicz-Kümmel şi efectul radioterapiei asupra acesteia* (p. 457). — După ce face consideraţiuni clinice şi histo-patologice asupra maladii Mikulicz-Kümmel, aduce un caz pe care l-a tratat prin radioterapie ca rezultat fericit (bolnava a fost urmărită după vindecare încă un an).

Dr. Alex. Lenghel. *Pesarii găsite în morminte din timpul migraţiunii şi din secolul XI—XII în Transilvania şi seşul panonic* (p. 461).

Dr. Maria Bula. *Helioterapia în Leysin* (p. 467).

Dr. M. Săceanu.

(No. 8, August 1928)

Dr. Prof. I. Haţieganu şi Dr. I. Danicico. *De ce continuă să sufere operaţii de apendicită. Vărsături incoercibile după apendicectomie şi epiploita postoperatorie.* — In a III-a parte a lucrărei autorii prezintă câteva cazuri de *epiploită* după apendicectomie. Aceasta ar fi una din cauzele de suferinţă a apendicularilor operaţi şi în etiologia ei *constipaţia* joacă mare rol.

Vărsăturile incoercibile sunt capricioase, apar pe stomacul gol, în plină activitate, sau survin periodic; în timpul crizei au caracterul vărsăturilor gravidice.

Ca simptom fizic caracteristic este *durerea în triunghiu,* determinată prin presiunea în punctele apendicular, solar şi paraombilical stâng.

Tratamentul acestei complicaţiuni este mai ales cel *medical* (regularizarea funcţiunilor gastro-intestinale, diatermie, radioterapie), intervenţiunea chirurgicală fiind rezervată ca ultimă resursă terapeutică.

Dr. Maria Fodor. *Diagnosticul şi tratam. sterilităţei tubare.* — Permeabilitatea trompelor se recunoaşte uşor prin lipiodul sau insuflaţie tubară, procedee nedureroase şi fără pericol, dacă sunt întrebuinţate cu metodă şi numai în cazuri bine selecţionate.

Avantagiile insuflaţiei asupra lipiodolului, este că această metodă se poate repeta de mai multe ori pe rând, mărind progresiv presiunea, iar avantagiile lipiodolului asupra insuflaţiunei, că lasă un *document radiografic* util chirurgului pentru intervenţiune.

www.libtool.com.cn

Prof. Dr. C. Ureche şi Dr. G. Retezeanu. *Psichanaliza crampei scriitorilor.* — Cazul unui funcţionar de 33 ani, interesant prin aceea că s'a vindecat prin noile metode de investigaţiune; este vorba de un hermafroditism psichosexual, asociat cu *complexul lui Oedip,* amândouă tendinţele fiind satisfăcute prin masturbaţiune.

Prof. M. A. Botez şi Dr. R. Moga. *Raport de activitatea institutului antirabic din Cluj în anul 1926.*

(No. 9, Septembrie 1928)

Dr. Pavel Sclartău. *Transfuzia sângelui în terapeutica medicală.* — Lucrare de ansamblu asupra transfuziei, cuprinzând un scurt istoric, indicaţiuni şi contraindicaţiuni, technica lui *Jubé* şi 25 observaţiuni personale.

Rezultate mulţumitoare în anemiile secundare, mai ales după ulcerul de stomac şi bune rezultate în alte stări anemice.

Stănculescu, Apostol şi Dimitriu. *Un caz interesant de diabet insipid.* — Autorii expun observaţia clinică a unui bolnav cu diabet insipid, studiat 3 luni. R. W. în l. c. r. negativă. Nici un tratament întrebuinţat nu a modificat tabloul clinic şi evolutiv.

Prof. Dr. Haţieganu şi Dr. Danicico. *De ce continuă să sufere cei operaţi de apendicită.* — In acest ultim articol, după ce constată marele rol ce-l joacă *constipaţia* în complicaţiunile apendicectomizaţilor, autorii conclud că

apendicita cronică trebue să fie considerată ca o afecţiune medico-chirurgicală. O apendicectomie trebue să fie prealabil preparată, intervenţiunea larg făcută şi după operaţiune bolnavul să fie tratat din nou.

Ca măsură medicală autorii inzistă asupra reglementărei funcţiunei colonului; intervenţiunea vindecă odată cu apendicita şi complicaţiunile concomitente.

Prof. A. Teohari şi Dr. Gheorghian-Popescu. *Acţiunea isvorului principal din Sângeorgiul Românesc asupra secreţiunei gastrice.* — Din concluziuni rezultă că isvorul Hebe din Sângeorgiul Românesc diminuă secreţiunea şi ca atare nu este indicat în stările de hipopepsie.

(No. 10, Octombrie 1928)

Dr. Sabouraud şi Dr. Cimoca. *Studiul diferenţial al ciupercilor Trycophiton Violaceum şi Achorion Violaceum.*

Dr. I. Haţieganu. *Nefrita cronică fără hypertensiune.* — Pe 18 cazuri, autorul ajunge la următoarele concluziuni:

a) Nefrita cronică anhypertensivă atrage atenţia asupra unei infecţiuni active sau unei leziuni organice de însoţire.

b) Infecţiunea activă prin leziuni asupra cordului, ficatului şi glandelor endocrine, împiedecă producţia hypertensiunei.

c) Ca anatomopatologie este vorba de o nefrită cronică atrofică.

d) După 2—5 ani de evoluţie, bolnavii sucombă în uremie, sau brusc printr'o paralizie cardiacă.

Dr. I. Goia. *Periduodenita esenţială.* — Bazat pe 5 observaţiuni autorul face o punere la punct asupra acestei chestiuni. Este o afecţiune relativ frecventă, recunoscând ca *etiologie* o cauză inflamatorie sau malformaţie embrionară. *Simptomatologia* se confundă cu a colecistitei sau ulcerului duodenal, durerile exagerându-se cu eforturile şi calmate fiind de repaus. Tratament numai chirurgical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. St. Zeno Borza. *Consideraţiuni asupra câtorva cazuri de epiteliom al mamelei, desvoltate pe teren sifilitic.* — Autorul atrage atenţiunea asupra confuziei ce se poate face între sifilis secundar, terţiar şi cancer. Din cazurile personale trage concluzia că terenul sifilitic favorizează desvoltarea cancerului. Succesul operaţiei va fi asigurat de un tratament energic anticipat antisifilitic.

Dr. Albu. *Avort în luna II-a provocat de un Kyst hidatic al ligamentului larg.*

Dr. I. Vasilescu.

REVUE MEDICALE ROUMAINE

(No. 3 şi 4 Iunie—Iulie 1928)

Prof. C. I. Parhon. *Rapide aperçu sur mes observations concernant la neuraxite épidémique.* — In Noembrie 1924 Prof. Parhon comunică la societatea de neurologie în colaborare cu D-na Caraman şi D-na Maria Ştefănescu localităţile de origină a 86 cazuri studiate de encephalită epidemică.

In anii 1925, 1926 şi 1927 are în tratament la Spitalul Socola 153 noi cazuri de neuraxită epidemică.

Simptomatologia cazurilor observate a fost variabilă, cei mai mulţi bolnavi au prezentat forma parkinsoniană cu sau fără tremurături. Dar localizarea tremurăturilor şi a rigidităţei a fost variabilă dela un caz la altul.

Une-ori syndromul parkinsonian a fost asociat cu syndrome pseudobulbare, fenomene basedoviene, amyotrophii, obsesiuni, impulsiuni ce amintesc epilepsia. Autorul a mai observat tulburări pshichice, halucinatorie şi chiar demenţă. Ca tratament institue: urotropina, salicilat de sodiu, electrargolul, scopolamina, hyoscina şi belafolina, asemenea injecţia cu doze mari de cacodilat de sodiu. Injecţii intrarachidiene de autoser i-au dat rezultate satisfăcătoare într'un caz de myoclonie encephalitică. Tratament radiotherapic îi pare asemenea util.

Prof. Nicolau. *Question du traitement abortif de la Syphilis.* (Suite et fin).

Resultats du traitement abortif

Rezumă statisticile diferiţilor autori cari reflectează numărul celor vindecaţi de sifilis când li s'a aplicat un tratament intensiv şi precoce.

Autorul tratează cu o singură cură mercurio — neo-salvarsanică 26 bolnavi în faza sero-negativă, şase bolnavi au fost perduţi din vedere, rămân două-zeci dintre care trei au presentat recidive, iar şaptesprezece sunt indemni de-ori recidivă serologică şi clinică urmăriţi după 1—5 ani.

Rezultă că infecţiunea sifilitică se poate vindeca cu o singură cură, dacă este tratată intens dela apariţia sa şi une-ori chiar când e tratată mai târziu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Recidivele serologice şi clinice la bolnavi trataţi abortiv se explică prin insuficienţa tratamentului sau prin aplicarea lui tardivă. Când avem recidive la bolnavi trataţi la începutul boalei şi intens, ne putem explica aceasta prin intervenirea unui factor personal inerent organismului, a cărui cauză nu cunoaştem.

Autorul e de părere a se complecta tratamentul abortiv al sifilisului printr'un număr de cure complementare de siguranţă. La bolnavii la cari reacţiile serologice erau negative sunt suficiente două-trei cure de siguranţă.

La bolnavi ce au în cursul primului tratament un cârlig de pozitivitate, se va face un tratament de un an şi jumătate.

Tratamentul precoce şi intensiv suprimă manifestaţiile ulterioare ale boalei mai ales împiedecă consecinţele teribile ale sifilisului nervos. Reduce durata tratamentului. Din punct de vedere familial şi social reduce perioada contagioasă şi împiedecă transmiterea boalei. Realizează astfel profilaxia ideală a sifilisului câştigat şi a sifilisului ereditar. Ar trebui făcută educaţia mentalităţei publiculni ca să fie convins de avantajiile tratamentului precoce. Iar medicul să recurgă la mijloace de investigaţie de laborator pentru a depista leziunile incipiente de sifilis,

Dr. R. Hirsch

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ DIN IAŞI

(No. 3 Maiu—Iunie 1928)

Prof. Dr. C. Bacaloglu şi C. Vasilescu. *Asupra pleureziilor ce pot însoţi cancerul pulmonului: pleurezie purulentă.* — Un studiu amănunţit asupra unui caz de pleurezie purulentă în cursul cancerului primitiv al pulmonului. La necropsie examenul macroscopic evidenţiază un proces de lungă durată al cărui ultim termen a fost pleurezia purulentă.

La examenul histologic a diferitelor porţiuni din pulmonul bolnav se găseşte la nivelul bronchiei principale stângi noduli canceroşi cu punct de plecare din fundurile de sac ale glandelor bronchiei stângi; neoplazie însoţită de o supuraţiune difuză a lobului inferior al pulmonului stâng şi pleurezie purulentă care a însoţit inflamaţia septică broncho-pulmonară.

Autorii presupun că evoluţiunea progresivă a neoplasiei a suprimat bronşa inferioară stângă, un proces de retenţie în bronchiole, cu dilataţiuni bronchice şi supuraţiune peribronchică a urmat şi s'a desvoltat încetul cu încetul; iar cu ultim termen se iveşte o pleurezie purulentă.

A. Moruzi. *Osteosinteza fracturilor diafizare la adulţi prin manşon metalic.* — Autorul recomandă manşonul metalic al lui Robineau şi Contremoulins care asigură o osteosinteză solidă încât membrul fracturat poate să fie mobilizat fără nici o precauţiune deosebită.

Riguroasa imobilizare a focarului de fractură suprimă orice durere chiar din a doua zi după operaţie. Lipsa de aparat gipsat permite o supraveghere uşoară a membrului fracturat.

Repeziciunea vindecărei, recuperaţia funcţională bună, raritatea complicaţiilor pledează în favoarea manşonului. Se va aplica însă numai când sunt indicaţii precise. Majoritatea fracturilor diafizare se vindecă cu vechile metode nesângeroase, când acestea n'au dat rezultate bune se va recurge la osteosinteză.

Dr. Emil Hurmuzache, *Consideraţiuni asura staţiunilor balneare din sudul Basarabiei, Budache-sat, Dacia, Sabolat, Burnas, Achembad* — Comunică: 1. o dare de seamă asupra activităţei balneo-climatice din staţiuni 2. o dare de seamă asupra activităţei sanatoriului maritim Eremiev al Soc. „Ocrotirea Orfanilor de Răsboi", 3. şi o serie de observaţiuni asupra factorilor thalazo-terapici locali ajunge la concluzia: calităţilor minunate ale lacurilor cu nămol şi a plajei cu rezultatele terapeutice în tuberculoza osoasă, ganglionară şi cutanată, în reumatisme, în afecţiuni diverse ale pielei, în stări limfatice etc.

Dr. O Franche şi Drd. Ionescu Eug. *Consideraţiuui asupra tumorilor testiculare.* — După un istoric al clasificaţiei tumorilor testiculului, trece la prognosticul tumorilor testiculare care este destul de rău. Atât embrioamele, cât şi seminoamele sunt tumori maligne. Mai maligne sunt tumorile mixte.

Tratamentul tumorilor testiculare este chirurgical: castraţia simplă şi castraţia largă. Tumorile testiculare maligne, în special seminoamele fiind extrem de radio-senzibile se va asocia roentgenterapia cu castraţia simplă.

Dr. Constandache. *Asupra unui caz de orchiepididemită de natură tifică.* — In plină convalescenţă un tific, face o orchiepididemită care cedează tratamentului cu auto-vaccin viu sensibilizat.

Această complicaţiune este datorită unei localizări şi acţiuni directe a bacilului tific.

Dr. C. Agaple şi Drd. G. Chipail. *Formă clinică atipică de febră tiphoidă după vaccinaţie preventivă incomplectă cu vaccin antitific.* — Comunică observaţia unui bolnav care după 4 luni dela infecţiunea partifoidă revine cu o erupţie generalizată de pete lenticulare, febră uşoară (38°), stare generală bună. Bilicultura permite izolarea unei germene cu caractere morfologice şi mobilitatea unui tific. Starea generală bună, apetitul păstrat numai petele lenticulare nu ar fi putut confirma diagnosticul fără examenul de laborator.

(No. 4 Iulie—August 1928)

V. Nitzulescu. *Câte-va contribuţii la studiul aparatului bucal al insectelor înţepătoare.* — O revizuire amănunţită a anatomiei aparatului bucal la antropode. Tipul hexachete este labro-mandibular şi poate fi subdivizat: 1) în sub-tip phlebotom în care mandibulele se acoper perfect una de alta, 2) sub-tip tabanus în care mandibulele glisează lateral, 3) sub-tip mustic care este epi-faringian pur dar la extremitatea distală este labro-mandibular, 4) sub-tip de corinosori care este labro-mandibular în jumătatea bazală, 5) sub-tip al masculilor cu mandibulele atrofiate. Tipul trichet care e labro-hipofaringian. Puricii au o trompă pentachetă.

Hemipterele au o trompă tetrachetă.

In al doilea capitol se ocupă de pompa salivară la dipterele sugătoare. La tabanide şi flebotome ea este situată îndărătul faringelui. La ţânţari pompa salivară se caracterizează printr'o concentraţie mai mare a fasciculelor musculare care sunt dispuse orizontal şi e pătruns de membrana elastică însăşi. La culicoide pompa salivară se aseamănă cu a ţânţarilor.

Aceste variaţii a pompei salivare arată filiaţiunea între diferitele grupe de diptere.

Dr. I. Bălteanu şi Dr. I. Constandache. *Un caz de meningită cerebro-spinală pneumococică primitivă.* — Comunica observaţia unui bolnav la care meningita pneumococică s'a instalat fără a fi avut vre-o afecţiune pneumococică anterioară. Debutul boalei a fost brusc, syndromul meningian a fost intens dela început.

Evoluţia boalei scurtă, bolnavul a sucombat în coma.

Foarte rar meningita pneumococică se vindecă.

La autopsie s'a găsit o inflamaţie a mucoasei naso-faringiene care a constituit punctul de plecare a infecţiunei, de aci pneumococul a pătruns în canalul cephalo-rachidian urmând trecutul vaselor nutritive a oaselor basei craniului. In cât meningitele pneumococice primitive sunt secundare prin patogenia lor ce trece neobservată din punct de vedere clinic.

Dr. Eug. Lăzărescu. *Asupra unui caz de iridocoroidită după meningită cerebro-spinală.* — Autorul comunică un caz de irido-coroidită unilaterală observată la un copil ce a suferit de o meningită cerebro-spinală, apărută tardiv. Pronosticul ocular a rămas grav, pacienta a prezentat şi tuburări musculare, — paralizia dreptului extern. Punerea diagnosticului etiologic pus la punct şi instituirea unui tratament intensiv cu ser antimeningocic ar împedeca această complicaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. Eug. Lăzărescu. *Două cazuri de chist hidatic al orbitei.* — In ambele cazuri pe lângă simptomele clinice reacţiile serobiologice Weinberg, Pârvu, Cassoni, eozinofilia au contribuit la punerea diagnosticului, uneori nu se găsesc în lichid croşetele de scolex când e vorba de un parazit mort. In urma puncţiei exploratrice bolnavii au avut reacţii anafilactice.

Dr. I. Constandache. *Un caz de febră-tiphoidă complicat de septicemie cu stafilococ.* — Interesul ce prezintă această observaţia este simptomatologia şi evoluţia clinică a boalei, bolnava prezintă o curbă termică cu oscilaţiuni neregulate. Abia în al 3 septenar hemocultura confirmă diagnosticul de febră tiphoidă. Septicemia secundară stafilococică a complicat o parotidită supurată şi a dat numeroase abcese de fixaţie în ţesutul muscular şi celulo-grăsos.

In acelaş timp a dat o endocardită cu o insuficienţă mitrală. Tratamentul vaccinoterapic antistafilococic şi autohemoterapia a dat bune rezultate.

Dr. R. Hirsch

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

(No. 7 şi 8, Iulie — August 1928)

Prof. Dimitrie Ionescu. *Tricentenarul lui Wiliam Harwey.*

Prof. S. Lalu. *Harwey.*

Prof. Al. Obregia şi Dr. Alfred Dimolescu. *Craniul natiform* (Parrot). — Fac descrierea amănunţită şi dau fotografiile a trei cranii tip natiform ce aparţineau unui adult de 25—30 ani, altul unui adult de 40—45 ani.

Aceste cranii sunt caracterizate prin depuneri de ţesut osos la nivelul parietalilor, constituind două rădicături, mai mult sau mai puţin proeminente ce rămân separate printr'un şanţ median şi simetric faţă de sutura sagitală.

Doc. Amilcar Georgescu şi Dr. Eugen Floru. *Studiul actual al Radiologiei corpului tiroid.* — Autorii insistă asupra importanţei practice a exploraţiei radiologice a corpului tiroid în stările patologice. Modificările şi deplasările tracheei se văd bine în hiperplaziile tiroidei.

Natura guşei este greu de diferenţiat din punct de vedere radiologic. Totuşi se poate observa la guşile neoplazice un contur neregulat.

Diagnosticul radiologic diferenţial se fac cu tumorile mediastinale şi anevrismele.

In Basedow se va examina şi cordul care are totdeuna de suferit din cauza produselor tireotoxice.

Insistă apoi radioterapiei corpului tiroid, arată că tiroida patologică este mai sensibilă la acţiunea razelor de cât glanda normală. Razele Röntgen opresc hiperfuncţiunea tiroidei bolnave şi împedecă formarea substanţei tireotoxice. Sensibilitatea ţesutului glandular impume un tratament condus cu precauţiune şi cu multă prudenţă. Razele X au acţiune asupra ţesutului glandular patologic cât şi asupra ţesutului conjunctiv. Legăturile funcţionale intime între tiroidă şi ovar, timus, hipofiză, pancreas, cer un tratament concomitent atunci când în cursul unei boale a corpului tiroid ar exista bănuelli de turburări în funcţiunea acestor organe. In Basedow în urma radioterapiei

s'au observat întâi o cedare a fenomenelor nervoase şi vaso-matorii, apoi reducerea exoftalmiei şi a frequenţei pulsului. De asemenea se consideră ca o indicaţie pentru radioterapie: guşile mici cu fenomene tireotoxice, guşile substernale, recidivile post-operatorii. Foarte sensibile radioterapiei sunt cancerile de tip alveolar. Sarcomul constitue unul din insuccesele radioterapiei.

Dr. A. Metzulescu şi Dr. Lucia Vuleănescu. *Un caz de paralizie facială post-scarlatinoasă.* — Comunică observaţia unei bolnave care face o paralizie facială concomitent cu o mastoidită, iar în urma trepanaţiei, care a fost făcută de şi dupe indicaţiile D-rului Segall, paralizia a cedat complect.

Dr. Nicolae Nestorescu, Dr. C. Vasilescu şi Dr. Popa Vasile. *Consideraţiuni asupra gastro-enteroradiculitelor sifilitice.* — După ce amintesc în capitolul patogeniei ipotezele puse pentru explicarea crizei gastrice tabetice, autorii cred că sunt cazuri fruste de tabes în care procesul inflamator e mai predominant pe traectul fibrelor radiculare, leziunea cordoanelor posterioare e aşa de slabă, în cât din punct de vedere clinic celelalte fenomene ce se găsesc în tabesul însoţit de leziuni pronunţate ale cordoanelor posterioare să lipsească. In această categorie intră acei bolnavi ce acuză gastralgii şi care n'au simptome câtuşi de puţin de tabes. Reflexele rotuliene, achiliene şi cele oculare fiind normale sau numai foarte puţin diminuate. Numai modificările biologice ale lichidului cefalo-rachidian confirmă origina radiculară a acestor sindroame. Citează cazuri de: gastro-radiculită formă continuă, entero-radiculite formă continuă, sindromul colitic acut, sub-acut sau cronic. Ajung la concluzia că în prezenţa fenomenelor gastro-intestinale şi nervoase reacţiile biologice şi citologice a lichidului cefalo-rachidian ne pune pe drumul unui diagnostic cert şi unui tratament cauzal şi eficace. Comunică observaţia unui bolnav ce prezintă simptomatologia unui ulcer gastric.

Cercetând etiologia specifică i se institue tratamentul antisifilitic şi bolnavul ese din spital vindecat.

Dr. D. Grigorescu. *Contribuţiuni la studiul clinic al ataxiei tabetice.* — Comunică observaţiunea a două cazuri de ataxie tabetică fără nici o tulburare a sensibilităţei obiective.

Şi din cazurile publicate de curând de profesorul Barré, de D-rii Drăgănescu şi Caen şi din lucrările experimentale ale lui Bing ajunge la concluzia:

1. Ataxia tabetică poate exista în afară de orice turburări ale sensibilităţei profunde conştiente.

2. In această ataxie intervine şi un element cerebelos prin alterarea exclusivă a fibrelor centripete informatoare a cerebelului, în traectul lui prin rădăcinele posterioare, fibre ce conduc sensibilitatea profundă inconştientă aşa numită propioceptivă.

Dr. Victor Vintici. *Un caz de neoplazm al testicolului.* — Comunică observaţia unui bolnav cu o tumoră a testicului stâng cu metastaze ganglionare lombare care în urma a 6 şedinţe de radioterapie profundă a prezentat o micşorare a tumorei abdominale.

După Chevassu era un seminom forma ganglionară, tumori ce sunt cele mai radiosensibile.

Dr. A. Metzulescu. *Tratamentul scarlatinei grave prin ser şi sânge de convalescent.* — Tratează formele hipertoxice ale scarlatinei cu injecţii intra-musculare de ser de convalescent şi sânge de convalescent. La 72 cazuri

tratate a avut 20 de morţi. Crede că acest tratament pune pe bolnav la adăpost de orice complicaţiuni ce ar putea surveni. Serul sau sângele cu cât este dat mai aproape de începutul boalei, cu atât are acţiune mai binefăcătoare. Acţiunea serului sau a sângelui de convalescent este specifică.

Dr. Aurel Avramovici. *Les voies du traitement dans la syphilis.* — Examinează care din căile digestive, sub-cutanate, intra-musculare, intravenoase, rachidiene şi mai rar căile arteriele, epidurale şi rectale oferă mai multă şansă de a atinge mai repede spirochetele în orice parte a organismului şi le-ar face inofensive. Studiază salvarsanul care ocupă azi în terapia sifilisului un loc de frunte. Urmează că pentru tratamentul sifilisului nervos cu salvarsan calea intra-venoasă dă succese satisfăcătoare, prezentând cele mai mici pericole şi incoveniente pentru organism.

Dr. I. Teţu şi Dr. G. Buzolanu. *Contribuţii clinice relative la tratamentul chirurgical al sinuzitelor maxilare supurate.* — In urma tratărei sinuzitelor vechi cu metoda lui Claude au avut vindecări definitive. Drenajul larg asociat cu curetajul sinusului pe cale endo-nasală este metoda lui Claude, o technică simplă cu o execuţie rapidă. In clinica O. R. L. din Bucureşti metoda Claude este preferată celorlalte technici.

(No. 9, Septembrie 1928)

Docent Dr. Alex. Pop şi Dr. D. Gâldău. *Despre arsurile stomacului cu sodă caustică.* — Recunoaşterea acestei afecţiuni este cât se poate de importantă de oarece una este prognoza în cancer şi alta în arsurile de stomac. Autorul crede că tratamentul chirurgical trebue aplicat în toate arsurile cu substanţe caustice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ajunge la concluzia că: intoxicaţiile aceste cu substanţe caustice trebuesc tratate cu spălături stomacale copioase, pentru a preveni complicaţiile gastrice. Gastro-enteroanaztomoza se va aplica în majoritate a cazurilor, numai acolo unde ea nu se va putea se va face jejunostomia.

Dr. Gr. Eftimescu şi Dr. J. M. Ionescu. *Bacteriofagul în tratamentul pyelo-nefritelor colibacilare.* — Autorii întrebuinţează în pyelo-nefrite colibacilare bacteriofagul 10—20 c. m. c. pe gură, 10—20 c. m. c. în instilaţie vezicală şi 2—3 c. m. c. sub piele.

In tot timpul administrărei bacteriofagului bolnavilor nu li s'a făcut nici un alt tratament vizical. Tratamentul a durat în general 3 zile. Dar metoda nu le-a dat rezultatele la care se aşteptau şi anume vindecarea bacteriologică şi clinică, în timpul sau imediat după terminarea tratamentului.

Dr. Maria Maxim şi Dr. C. Vasiliu. *Cercetări asupra cholinei* — Autorii au observat creşterea cholinei în sânge în anumite stări patologice provocate artificial la câine. La fiecare experienţă s'a luat câinelui câte 10 c. c. sânge din aorta abdominală, vena cava inferioară, vena porta şi vena suprahepatică. Observă: cantitatea de cholină existentă în vena portă este cu mult mai mare de cât cea din vena suprahepatică. Ajung la ipoteza că ficatul are un rol de reţinere a excesului de cholină, o cantitate prea marei de cholină vărsată fără nici o supraveghere în vena suprahepatică ar fi dăunătoare echilibrului vago-simpatic exercitat la nivelul cordului, ne-a explica stările de bradicardie în insuficienţa hepatică.

Medea P. Niculescu şi Dr, Beatricea Prutescu. *Colesterinemia la gravide*

sub influenţa apei de Malnaş. — Cercetând acţiunea apei minerale „Siculia" dela Malnaş asupra cholesterinemiei gravidice ajung la concluzia că cifra cholesterinemiei mult crescută scade numai cu 11 % după 5 zile de cură, apoi începe să crească pentruca la 5 zile dela încetarea curei să fie egală cu cifra dela început.

Deci apa isvorului Siculia ar putea fi administrată gravidelor ca tratament profilactic a litiazei gravidice.

Prof. M. Manicatide şi Dr. Constanţa V. Ionescu. *Două cazuri de stenoză prin hipertrofie musculară a pilorului la sugar.* — Vărsăturile atrag atenţia în această afecţiune apoi apare tumoare pilorică, unde peristaltice şi tensiune intermitentă. Autorii comunică 2 observaţiuni, într'unul din cazuri intervenţia chirurgicală a salvat copilul dela o moarte sigură. Examinul radiologic precizează necesitatea intervenţiei.

C. Chipail şi Ioan Iancu. *Asupra patru cazuri de tetanos vindecate prin seroterapie specifică intensivă.* — Arată eficacitatea serului antitetanic administrat în doze mare pe cale intra-rachidiană, intra-musculară şi intravenoasă. Când se administrează ser intra-venos sau intra-rachidian au făcut desensibilizare. Când există fenomene de meningită serică nu mai face injecţii intra-rachidiene de ser. Ca adjuvant întrebuinţează ser glucozat.

Dr. M. Blumenthal şi Docent Dr. St. Theodorescu. *Limfogranulomatoza malignă Paltauf-Sternberg cu manifestaţiuni cutanate.* — Comunică observaţiunea unui caz de limfogranulomatoză cu sfârşit letal.

Bolnavul debilitat de paludism se infectează acum 3 ani cu agentul patogen al tuberculozei care din cauza formei deosebite de cea obişnuită acido-rezistentă a dat naştere la o afecţiune ganglionară, sub forma maladiei lui Sternberg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inocularea de ganglion axilari extirpaţi ce aveau structura limfogranulomatozei, fără bacili acido-rezistenţi provoacă prin inoculare moartea la 3 cobai, dintre cari 3 de tuberculoză tipică şi 2 morţi fără leziuni bacilare. Moartea bolnavului a fost datorită unei septicemii tuberculoase.

Dr. Pavelescu N. *Un caz de farcin.* — Cazuri rare la om; bolnavul avea toate manifestaţiile unei morve acute cu evoluţie cutanată, pustuloasă şi abia către sfârşit apare coryza morvoază.

Dr. Popea, Dr. Eustatziu, Dr. V. Ionescu şi Dr. P. Ionescu. *Statistică de mişcarea bolnavilor între anii 1920—1927.* — Serviciul 2 Pshihiatrie din Spitalul Central de Boale Mintale şi Nervoase din Bucureşti. La un total de 179 bolnavi care au murit în serviciu fie în pavilionul de izolare pentru tuberculoşi numărul celor morţi de alte maladii este de 116 adică 64.75 % iar celor cari au murit de tuberculoză este de 63 adică 35.25 %.

Dr. V. Vinticl. *Ligatura şi secţiunea canalelor deferente ca timp preliminar al prostatectomiei hypogastrice.* — Pentru a împedeca ulterior producerea orichiepididimitelor după prostatectomie, autorul face ligatura canalelor deferente, e de părere ca această operaţie trebue făcută ori de câte ori se face o prostatectomie hipogastrică. *Dr. R. H.*

(No. 10, Octombrie 1928)

Dr. V. Mândru. *Noi puncte de vedere în patogenia diagnosticul şi tratamentul tuberculozei pulmonare.* — Discuţie relativă la calea de infecţie bacilară Autorul aduce statistica spitalului militar din Chişinău pe anii 1925,

1925 şi 1927 şi găseşte 1224 pleurite faţă de 285 cazuri de tuberculoză pulmonară. Pleurita e deci frequentă în debutul tuberculozei pulmonare. Trebue s'admitem în urma cercetărilor experimentale ale lui Paraf. o imunitate locală în tuberculoză, regiunile cicatrizate numai reacţionează la o nouă injecţie de virus. In urma răcelei mărindu-se lichidul interstiţial al pleurei antrenează cu el bacilul Koch din ţesuturile cicatrizate şi ajunge într'o regiune neimunizată, în stare de anafilaxie şi produce o pleurită. Autorul crede că existenţa complexului primar confirmă origina pulmonară a tuberculozei vârfului pulmonar. Dacă puţini bacili ajung la pleură aceştia pot fi transportaţi la vârf prin mişcările pleurale şi nu produc reacţii locale de cât într'o cantitate mare. Din leziunile tuberculoase ale vârfului pulmonar bacilii filtrează în alveolele pulmonare şi produc diferite leziuni. Trece la pleureziile ce complică pneumotoraxul artificial, lichid bogat în bacili tuberculoşi ce 'şi au origina din lichidul interstiţial al pulmonului, ajuns în părţile unde găseşte un teren imunizat şi se resoarbe. Discută apoi calea de intrare cu puncte de plecare amigdalian în patogenia tuberculozei. Până în prezent nu s'a reuşit a se transmite tuberculoza dela panglionii cervicali la plămâni. Analizează apoi semnele clinice ale tuberculozei vârfului pulmonar insistă că ori-care ar fi rolurile ce am auzi la vârf, ele trebue să persiste ca să punem diagnosticul de tuberculoză. Ajunge la concluzia că adevăratul debut al tuberculozei pulmonare nu trebue căutat la vârf ci la bază. Arată ineficacitatea antisepticilor în tratamentul tuberculozei pulmonare.

Cu vaccinul recomandat de Profesorul Calmette şi cu tratamentul higieno-dietetic ce modifică mediul inferior, se poate micşura virulenţa bacilului Koch şi obţine o vindecare a tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. I. Giăvan. *Acţiunea ginergenului (Ergotaminei) asupra tensiunei oculare în glaucom.* — Strânsa legătură între simpatic şi ochi face pe Abadie ca să secţioneze simpaticul cervical la glaucomatoşi pentru a micşora tensiunea intra-oculară şi secreţia mare de limfă din cauza excitării simpaticului. Thiel arată că se poate obţine cu ergotamina o secţiune fiziologică a simpaticului în glaucom. In injecţii sub-cutanate şi pe cale bucală ergotamina normalizează tensiunea intra-oculară în glaucomul cronic simplu.

Autorul întrebuinţează tartratul de ergotamină *„ginergenul“* în injecţii de 1—1½ mgr. zilnic pe cale digestivă, în pastile 4—6 mgr. zilnic, concomitent uneori cu pilocarpina şi ezerina. A observat dispariţia durerilor oculare şi cefaleei după administrarea ginergenului. Rezultă din observaţiile clinice că ginergenul are o acţiune ipotonisantă în glaucomul primitiv, în glaucomul inflamator cronic şi o acţiune mai slabă în glaucomul absolut.

După 1½ oră se observă o scădere a tensiunei intra oculare.

Dr. Marius Georgescu şi D-ra Dr. Jos. Protopopescu Pake. *Consideraţiuni asupra a trei cazuri de inversiune uterină.* — Printre cazurile inversiunei uterine totale sunt tracţiunile prea brutale făcute asupra cordonului şi manopera lui Credé executată brutal. G. şi P. comunică 3 cazuri de inversiune uterină venite din afară de spital. In primul caz starea generală a femeei era prea alterală ca să suporte şocul operator a unei histerectomii, în al II caz femeia ese vindecată după histerectomie. In al III caz de inversiune uterină o hemoragie profundă omoară pe bolnavă. Autorii sunt de părere că singurul tratament raţional al inversiunei uterine este histerectomia ab-

dominală totală care face exereza unui organ complectamente compromis şi expus infecţiei puerperale.

Dr. Marius Georgescu şi D-ra Dr. Jos. Protopopescu Pake. *Două cazuri de ruptură uterină traumatică.* — Amintesc condiţiile patogenice ale rupturei uterine şi comunică două cazuri aduse în Institutul clinico-obstetrical Maternitatea spre a fioperate şi produse prin versiune interne. Indică ca tratament histerectomia când starea femeei nu este gravă, împreună cu transfuzie, ser hipertonic.

B. Theodorescu. *Despre endocardita lentă.* — In acest memoriu autorul face un studiu amănunţit al endocarditei lente. Dacă este uşor în cazurile tipice de a distruge endocardita acută rheumatizmală de endocardită lentă, sunt cazuri unde diagnosticul este dificil astfel că transiţia între aceste două tablouri morbide se face cu greutate. Numai rămâne nici o îndoială că reumatizmul joacă un rol preparant al endocarditei lente. Rar primitivă afecţiunea se observă la cei ce au cardiopatii reumatismale. Debitul se precizează dificil totuşi în perioda de stadiu forma prelungită a endocarditei infecţioase este streptococia cu diagnostic uşor. După ce descrie febra cu remisiuni ce durează câte-va luni trece la anemia ce se observă des în această afecţiune. Din punct de vedere anatomo-patologie se găseşte o inflamaţie proliferativă a valvulelor mitrale, tricuspide sau aortice, trombusul ce acoperă zona infectată este moale în endocardita lentă.

Prezenţa frequentă de manifestări embolice în endocardită lentă depinde de gradul de atingere a valvulelor infectate. La examenul sângelui se găsesc celule endoteliale. Erupţii purpurice a mucoaselor şi tegumentelor. La ascultaţia cordului suflurile păstrează aceleaşi caractere în tot cursul evoluţiei. Tensiunea arterială scăzută. Evoluţia boalei este variabilă poate îmbrăca forma unei stări tifice, anemice, renale şi purpurice.

Cu progresele realizate în hemocultură, rezultatele pozitive sunt frequente. Streptococul viridans se întâlneşte cel mai des în endocardita lentă.

Diagnosticul se va face cu rheumatism cardiac evolutiv, tuberculoza pulmonară, infecţii tifice şi paratifice, o gripă anormală, paludismul şi cu endocardita infecţioasă sub-acută maligně.

Armele terapeutice în această afecţiune sunt puţin eficace, vom susţine totuşi moralul bolnavului.

Dr. F. Fotiade. *Corpi străini din esofag.* — Insistă asupra cazurilor şi studiului corpilor străini ai esofagului, majoritatea lor se opresc în $^1/_3$ superioară a esofagului unde mucoasa esofagului este mai sensibilă şi a spasmului esofagian Disfagia, dispnea şi tusa sunt simptomele corpilor străini în esofag. Pentru a diagnostica sediul corpilor străini va trebui să facem radioscopia şi endoscopia bolnavului.

Se va face esofagoscopia ca ultima-ratio în toate cazurile în care bănuim prezenţa de corpi străini şi am epuizat celelalte mijloace de diagnostic.

Endoscopia este singurul mijloc cert ce ne convinge de prezenţa sau absenţa unui corp străin în trachee şi în esofag.

Ca tratament autorul insistă asupra extracţiei prin esofagoscopie. Nu există nici o contra-indicaţie în facerea unei esofagoscopii în cazurile de corpi străini. Dar în cazurile grave agonisante esofagoscopia este de prisos.

Dr. R. H.

REVISTA SANIT. MILITARĂ

(No. 6—7 din 1928)

Col. Dr. Cristian şi Col. Dr. Giurea. *Agenezia sacrococcigiană cu turburări urinare.* — Autorii prezintă un caz rar de distrofie *cruro-vezico-fesieră*, sindrom descris de *Foix şi Hillmaund*, caracterizat prin:

a) Incontinenţă de urină şi adesea de materii fecale;

b) Atrofia feselor şi a muşchilor membrelor inferioare;

c) Radiologic: agenezia coccisului şi $^1/_2$ inf. a sacrului.

Mouzon în toată literatura a găsit numai 10 cazuri, la cari se adaugă cel de faţă şi un altul publicat de *Cosăcescu-Giurcă* în 1922.

Patogenia. Ar fi datorită alteraţiunilor ce interesează extremitatea caudală a embriomului, sau exagerărei procesului normal de regresiune al aparatului caudal.

Col. Dr. Botez Gh. şi Căp. Dr. J. Atanasiu. *Litiaza salivară.* — Afecţiune cunoscută prin descrierea lui *Clom Audec* la 1855 şi citată la noi în ţară de *Dr. Nasta* (5 cazuri) şi *Dr. Poenaru-Căplescu* (2 cazuri); autorii expun observaţia unul pacient, operat de apendicită şi care la câteva zile în urmă face febră, însoţită de dureri în reg. sub-maxilară dreaptă, cu tumefacţie şi fenomene inflamatorii.

Intervenţie chirurgicală: incizia canalului *Warton*, scoţându-se un calcul lung de $1^1/_2$ cm. cu un şanţ pe una din feţe. Rezultatul operator admirabil.

Al. Ionescu-Matiu şi D-ra A. Carale. *Dozagiul Cyanurilor şi oxicyanurilor de mercur prin metoda mercurimetrică.*

Căp. Dr. Roşculeţ Valeriu. *Sifilis hereditar tardiv al ficatului.* — E vorba de unul din rarile cazuri de sifilis tardiv al ficatului, observat la un tânăr de 19 ani şi fiind varietatea sclero-gomoasă, anaşcitică şi anicterică. Ameliorat după tratament.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

Căp. Dr. Mihăescu Păunel. *Sarcom primitiv rapid invadant al sinusului maxilar stâng.* — După o admirabilă punere la punct a acestei chestiuni şi o clară expunere simptomatologică, autorul prezintă cazul unui tânăr cu un sarcom tip *Ewig* de origină endotelială, care deşi radio-sensibil, a luat în decurs de 5 luni un mers invadant, formând numeroase metastaze şi terminând cu moartea. După primele şedinţe radio-terapeutice efectele păreau mulţumitoare. Tumora recidivează chiar în cursul tratamentului, ceeace probează că în sarcomele maxilarelor, terapeutica este instabilă. Diagnosticul trebuie să fie cât mai precoce, *radiografia fiindu-ne de un real folos în acest scop,* mai ales că tumora este cu atât mai gravă, cu cât vârsta pacientului este mai tânără.

Dare de seamă ştiinţifică de mişcarea bolnavilor şi mersul serviciilor în spitalul militar „R. E." în cursul anului 1927.

Căp. Dr. V. Ţiţescu. *Dare de seamă asupra celor 2 ani de funcţionare a spit. militar Piteşti.*

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE

(Bucureşti)

Şedinţa din 5 Martie 1928

Dr. Gilorteanu şi Dr. Petrulian. *Splenectomie pentru ruptura traumatică a splinei.* Vindecare post operatorie; ia discuţii *Dr. Mircea Constantinescu*

spune că splenectomia determină mărirea virilităţii, după cum la paludicii cu hipertrofia splinei se observă o diminuare a virilităţii ajungând uneori la sterilitate.

(Craiova)

Şedinţa din 24 Decembrie 1927

Căp. Dr. T. Nicolin. *Chestiunea filtrabilităţii bac. Koch.* — In rezumat autorul arată că până în prezent se cunosc 3 forme de bac. Koch: bac. tub. tip bac. modificat în mediul biliat al lui *Calmette* şi *Guérin*, şi forma filtrantă sau ultra virus. Acesta din urmă traversează placenta şi determină tuberculoza hereditară.

Şedinţa din 25 Ianuarie 1928

Col. Dr. Diamandescu, Dr. Cânclulescu şi Căp. Dr. Teodoru Al. *Maladia lui Roger cu stenoza pulmonară infundibulară.* — Particularitatea acestui caz este absenţa proeminenţei arcului pulmonar la radioscopie şi pe cari autorii o semnalează ca un simptom specific stenozărei long. a infund. pulmonar, caracteristica fiind modestă contribuţie personală a lor.

Căp. Dr. Căpruciu, *prezintă un bolnav operat de d-sa cu o plagă abdominală prin armă de foc cu perforaţie intestinală.*

Corpul III Arm.

(Chişinău)

Şedinţa din 18 Decembrie 1927

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. V. Brânduşeanu. *Tratamentul sângerând în morbul lui Pott.* — Scopul tratamentului sângerând nu este intervenţia pe focarul tuberculos material, (cari ar da rezultate dezastruoase), ci obţinerea unei ankiloze operatorii a segmentului vertebral afectat, prin solidarizarea apofizelor spinoase cu ajutorul transplantărilor osoase. Insistă în special asupra procedeului *Albee* şi al *D-lui Alex. Rădulescu* (Cluj); tratamentul fost operatoriu îşi menţine valoarea terapeutică, aşa că bolnavii vor fi supuşi la *aeroterapie, helioterapie şi talasoterapie.* După operaţie când este cazul, li se vor aplica *Corsete gipsate* ce vor fi purtate luni de zile; în vederea unei perfecte consolidări osoase.

La discuţiuni *Col. D. Mândru,* descrie prognosticul defavorabil al *paraplegiilor flasce,* complicaţie din fericire rară în morbul lui Pott.

D-sa explică *benignitatea* relativă a tuberculozei osoase faţă de celelalte forme ale tuberculozei, prin *atenuarea virulenţei* bacilului închistat în subst. spongoasă a osului, de către puterea antitoxică a sărurilor de calciu

Corp. IV Arm.

(Cernăuţi)

Şedinţa din 16 Decembrie 1927

Căp. Dr. Giesshubl, *prezintă un caz de afazie histerică sau prin hypertiroidism.*

Sub.-Locot. Dr. Steiger referă despre *hormonul inimei,* găsit de *Prof. Haberland* (Insbruck) în sinusul venos al inimei de broască şi cari ar fi factorul principal al pulsaţiunilor cardiace. *Prof. Suelzer* (Berlin) combate

această teorie, el găsind o substanţă cu proprietăţi asemănătoare *(Eutonon)* în ficat.

Admite că hormonul cardiac este produs în alte glande vasculare situate în afară de inimă şi circulă în sânge sau mai bine în ficat, unde este chiar depus. *Eutononul* are acţiune specifică asupra tuturor afecţiunilor (miocardice, obţinând efecte admirabile după 1—2 injecţiuni intra-venoase sau intra-muşchiulare în *fibrilaţii auriculare astm cardiac,* dar mai ales în *miocardite* şi *aritmii.*

Dar Eutononul lui *Suelizer* nu exclude existenţa unui hormon cardiac chiar din partea muşculară a sist. nodular cardiac.

Corp. IV Arm.
(Roman)

Şedinţa din 1 Februarie 1928

Căp. Dr. Spoială Th. Rivanolul în chirurgie: se bucură de maximum de putere bactericidă şi minimum de nocivitate pentru ţesuturi, este contra indicat în plăgile sdrobite şi în plastii. Aplicaţie în sol 1°/₀₀.

Lt.-Col. Dr. Botez. Servic. Sanit. Divizionar în războiu.

Şedinţa din 3 Mai 1928

Căp. Dr. Eliescu Mihail. Tuberculoza în licee şi Universităţi. In baza cercetărilor radiologice personale, autorul arată că se exagerează mult frequenţa acestei maladii, insistând asupra cauzelor de *erori radiologice* ce pot simula o tuberculoză a vârfurilor (desvoltarea muşculaturei toracice, tumori mediastinale, defecte respiratorii, calus vicios al claviculei sau I-ei coaste).

Şedinţa din 12 Maiu 1928

Căp. Dr. Rusu Romulus. Cura marină a tuberculozei pulmonare, subiect ce se va desvolta într'o şedinţă ulterioară.

Corp. IV Arm.
(Botoşani)

Şedinţa din 29 Februarie 1928

Locot. Dr. Dreuttel. referă asupra *Emfizem-Pulmonar.* Leziunea esenţială patognomonică este ruptura şi atrofia fibrelor elastice ale pulmonului. Deşi o afecţiune a vârstei adulte, enfizemul se întâlneşte şi la tineri, mai ales la acei cari suffăr de *obstrucţia foselor nasale.* Vechiul antagonism presupus dintre enfizem şi tuberculoza pulmonară este astăzi dispăruţ. *Grancher* fiind primul care a semnalat coexistenţa anatomică a acestor 2 afecţiuni. Mai mult cunoştiinţele moderne *(Sergent)* au arătat că *tuberculoza fibroasă* predispune în primul rând la *Emfizem.*

Letulle a pus în evidenţă rolul covârşitor al sifilisului în producerea Emfizemului.

Corp. V Arm.
(Ploeşti)

Şedinţa din 22 Martie 1928

Maior Dr. Mirea. Stupefiantele din punct de vedere medico-legal arată că în general toxicomanii sunt dezechilibraţi pe cari căutarea de senzaţiuni noi, îi împinge la abuzul de toxice.

In studiul *morfinomaniei* distinge:

a) beţia (circumstanţă agravantă din p. vedere general),

b) morfinismul cronic (produce suprimarea simţului moral),

c) abstinenţa.

Cocainomania extrem de periculoasă prin frecvenţa halucinatiilor şi ideilor de persecuţiune.

Eteromania dă reacţiuni antisociale impulsive.

Alcoolismul cel mai nociv dintre toate, produce relaţiuni antisociale numeroase prezentând caractere de brutalitate şi impulsivitate, făcând din bolnavi teroarea familiei.

Căp. Dr. Stănescu Nicolae. *Virusul tuberculos filtrant şi problema heredităţei.* Caracţerul esenţial al acestui virus constă în faptul că nu determină nici o leziune anatomică specifică cel puţin în timpul vieţii faetale şi în primele săptămâni după naştere.

(Buzău)

Şedinţa din 16 Iannarie 1928

Căp. Dr. Hucan I. Nefritele şi terapia lor. După autor nefrita ar fi o maladie a întregului organism, la cari iau parte şi rinichi.

Dieta de lapte şi regimul declorurat, sunt indicate în faza acută a nefritelor, iar în *oedemele ireductibile* preparatele de *tiroidină* dau rezultate admirabile.

(Focşani)

Şedinţa din 10 Februarie 1928

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Căp. Dr. Ermil Ionescu. Astmul la adult şi copil.

Corp. VI Arm.

(Oradia Mare)

Şedinţa din 19 Februarie 1928

Lt. Dr. Mitulescu. Un caz de *artrită gonococică* vindecată prin vaccin poliv. Cautacuzino pe cale intravenoasă.

Lt. Dr. Ticuşan. Un caz de *ileus prin bride,* operat insistă asupra desintoxicărei organismului prin injecţii de ser hipertonic 20% subcutan.

Corp. VII Arm.

(Timişoara)

Şedinţa din 26 Aprilie 1928

Dr. Gabor prezinta cazul unei primipare de 21 ani cu *cancer uterin* la cari după naştere aplică histerectomia.

Prezintă al II caz: monstru tip *sirenă,* prin sudura celor 2 membre inferioare şi imperforaţie anală.

Al III caz: *hidrocefal* în prezentaţie pelviană, pentru a cărui Extracţie se face *basiotripsia.*

Col. Dr. Dimitriu Mamant un caz operat de hernie la care s'a găsit concrescut lângă sac un diverticul vezical, imposibil de recunoscut pe masa de operaţie.

Maior Dr. Ceauşescu D. Serv. S. al unei Divizii după datele noului regulament, prezintat cu planşe.

Dr. I. Vasilescu

REVISTA DE OBSTETRICĂ, GINECOLOGIE, PUERICULTURĂ

(Septembrie şi Octombrie 1929)

Dr. Virgil Ionescu. *Asupra etiologiei şi tratamentului infecţiunei puerperale.* — O dare de seamă amănunţită asupra pathogeniei infecţiei puerperale endogene, exogene şi a tratamentului preventiv şi curativ al infecţiei puerperale. Analiza şi expunerea clară a cauzei infecţiei puerperale face acest articol interesant pentru specialişti. In infecţia endogenă o stare generală rea şi în special anemiile gravidice sunt cauzele care prepar infecţia, apoi retenţiile de placentă, hemoragiile uterine. pyelonefrita colibacilară gravidică. Infecţia endogenă survine 3—6 zi dela naştere. Infecţia exogenă este precoce, apare în prima zi după naştere. Nu numai streptococul este acela ce provoacă septicemiile puerperale ci şi streptococi anaerobi şi asociaţii aero-anaerobii. Ca tratament curativ recomandă seroterapia antistreptococică pe cale intra-venoasă şi transfuzia sanguină.

Dr. Romulus Costa. *Consideraţiuni asupra sarcinei intraligamentoase.* — Comunică un caz de sarcina intraligamentoasă care după autor este secundară căci locul primitiv este tot salpingele.

Bolnava a avut o emoragie mare spre parametru ce a avut ca urmare o escară a uterului care a necesitat histerectomia.

D-na Dr. Medea Niculescu şi D-ră Dr. I. Protopopescu-Pake. *Basin osteomalacic.* — Dat fiind raritatea cazului autorii comunică acest caz cu o scurtă privire a patogeniei acestei boale.

D-ra Dr. I. Protopopescu-Pake. *Sarcina şi maladie mitrală.* — Comunică observaţia unei lehuze cu dublă leziune mitrală compensată care a dus sarcina la termen fără a avea are-o turburare de cât mici hemoragii uterine datorite probabil unei insuficienţe cardiace pasagere.

http://celdes.com/Biblioteca_Virtuala_Medicala

ROMÂNIA MEDICALĂ

(No. 13—14, 1928)

Profesor Nicolau. *Profilaxia boalelor venerice.* (Continuare; măsuri de ordin legislativ. — Autorul face istoricul măsurilor de profilaxie venerică şi reglementarea prostituţiei, arătând şi piedicile de cari s'au izbit. Aminteşte lupta dusă de adepţii doctrinei abolitioniste, ce invocau la început motive morale iar apoi libertatea individuală, ajungând să reuşească a desfiinţa măsurile de reglementarea prostituţiei în Belgia (Bruxeles). A fost însă de scurtă durată. Experienţa dureroasă încercată face să se revlnă la vechile măsuri.

In urmă autorul expune sumar principiile ce conţinea anteproectul de lege pentru combaterea maladiilor venerice elaborat în 1922 de o comisiune din care făcea parte şi D-sa.

Acest anteproect coprindea între altele:

1. Obligativitatea tratamentului. Creare de fişe individuale şi prezentarea bolnavilor în faţa unei autorităţi sanitare la epoci stabilite, pentru control.

Internarea forţată a bolnavilor recalcitranţi.

2. Legiferarea delictului de contaminare.

3. Certificatul de sănătate în căsătorie.

In urmă vin: sexul, vârsta, profesiunea şi rasa.

Cauze ocazionale şi favorizante:

1. Maladii cronice, prin imobilizare.
2. Turburări ale glandelor endocrine.
3. Turburări de ventilaţie pulmonară, prin diminuarea hematozei şi lipodierezei.
4. Turburări digestive cari după Leven produc pe cale simpatică turburări ale metabolismului grăsimilor, ducând la obezităţi.
5. Maladiile sanghine prin anoxemie.
6. Intoxicaţiile cronice. Alcoolismul la început.
7. Apă. Rolul ei e încă discutat.
8. Obezităţi infecţioase ce se explică unele prin foamea exagerată. Organismul caută să repare pierderile iar altele prin obiceiul de îndopare al bolnavilor (tuberculoza).

Cauze eficiente: Excesele alimentare şi diminuarea consumului.

Patogenia: Arată că doi factori domina patogenia obezităţii: 1) Aportul alimentar. 2) Diminuarea consumului.

In majoritate obesii sunt mari mâncători.

Diminuarea consumaţiilor. La obesi întâlnim la unii diminuarea trovaliului muscular, la alţii carburaţia termogenetică încetinită iar metabolismul bazal micşorat. Afară de acestea mai intervine pierderea facultăţii organismului de a arde tot ceace trece peste necesităţile sale.

Autorul arată în cele din urmă că creşterea în greutate nu merge continuu proporţional cu caloriile ingerate prin fenomenul de diminuare a acţiunei dinamice specifice a alimentelor. Ele dau o cantitate de energie mai mică decât la un organism normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. Pecol Zoltkan. *Evitarea accidentelor tripaflavinei (No. 13—14, 1928).* — Autorul propune pentru preîntâmpinarea accidentelor imediate, să se recomande bolnavilor să respire profund în timpul injecţiilor. Injecţiile să se facă pe stomacul gol şi să nu se prevină bolnavul.

Cât pentru preîntâmpinarea eritemului să se recomande bolnavilor să evite insolaţia.

Dr. Margareta Klein. *Despre „Tonophosphan" un preparat netoxic de fosfor (No. 13—14, 1928).* — Autorul citează rezultatele bune obţinute cu acest preparat care se poate face şi la sugaci, neproducând nici un fel de reacţiuni locale sau generale.

(No. 15—16, 1928)

Dr. P. Tomescu. *Câteva consideraţiuui asupra recrudescenţei endemiei de pelagră (No. 15—16, 1928).* — Autorul arată că după o perioadă de descreştere a numărului cazurilor de pelagră în timpul războiului, când ţăranul s'a hrănit mai mult cu pâine, se constată o recrudescenţă a acestei endemii. Ceace arată D-l Dr. Laugier în statistica sa făcută în Oltenia este adevărat şi pentru restul ţării şi mai ales pentru Basarabia.

Cum după autorii italieni această maladie este legată de alimentaţia exclusivă cu porumb, se impune o propagandă intensivă pentru ridicarea nivelului economic şi cultural al ţăranului.

In al 2-lea rând se impune diagnosticarea precoce a maladiei, adică în faza pre-eritematoasă (Babeş), când tratamentul poate interveni cu succes. Această perioadă e caracterizată printr'o astenie pronunţată, anemie şi cefalagie.

Pelagra e curabilă şi autorul citează un procent de 83.20 de vindecări, în cazurile tratate în „Spitalul Central de boli mintale" cu toată că majoritatea bolnavilor internaţi aci prezintă forme grave cu fenomene nervoase.

Incontestabil că recidivele sunt frecvente dacă bolnavii nu urmează acasă prescripţiunile medicului, adică alimentaţie suficientă şi complectă (carne, pâine integrală, zarzavaturi, etc.) cu excluziunea mălaiului.

Subliniază că pelagra face parte din bolile evitabile şi o găsim în ţările cu o civilizaţie necomplectă şi stare economică rea. Dovada o fac Franţa şi Italia unde această boală a dispărut aproape.

Docent Dr, Fl. Em. Sărăţeanu. *Şancru simplu (No. 15—16, 1928).* Autorul după ce face un studiu clinic complect trece la tratamentul şancrului simplu. Cu competinţă magistrală şi cât se poate de complect expune tratamentul tuturor stadiilor evolutive şi complicaţiunilor sale, aducând ultimul cuvânt al terapeuticei moderne şi al experienţei personale.

Dr. Zamfir. *Hemoptisiile în cursul pneumotoraxului artificial (No. 15—16, 1928).* — Autorul citează mai multe observaţiuni clinice, din serviciul Prof. Sergent, în care pneumotoraxul a produs şi întreţinut hemoptiziile.

Ele sunt explicate prin 3 serii de fapte: 1) Existenţa de caverne cu pereţii rigizi, puţini compresibili (Jessen); 2) prezenţa de aderenţe parietale, care prin insuflaţiunile făcute exercită tracţiuni asupra vaselor de neoforma ţiune (Dumavert, M. Barch şi Weil) şi 3) îndoirea şi stenoza vaselor hilare produce hiperemia pulmonului colabat.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Dr. Miron Heretiu. *Valoarea comparativă a medicamentelor antisifilitice (No. 15—16, 1928).* — Autorul expune efectele celor trei preparate de care dispune arsenalul terapeutic antisifilitic (arsenicul, bismutul şi mercurul) asupra accidentelor sifilitice floride cât şi asupra seroreacţiunei Wassermann.

Ajunge la concluzia următoare: Arsenicul este cel mai energic, bismutul mai puţin energic are efecte mai durabile, mai perzistente, iar mercurul este cel mai puţin eficace, este necesar totuşi în sifilisul neuro-ocular şi leziunile cronice.

Neuro şi viscerorecidivele sunt mai frecvente în urma arsenicului care are darul de a terţiariza sifilisul. In ceace priveşte reinfecţiunile sunt mai frecvente azi de cât în epoca când nu se cunoştea arsenicul. Aceasta constitue o probă de superioritatea lui.

In urma bismutului se citează cazuri mai rari (Gougerot şi Fernet).

După ce arată câteva norme de tratament, citează concluziunile următoare, după mai mulţi autori: 1) Tratamentul trebue instituit cât mai de timpuriu. 2) Va fi atât de intens cât permite toleranţa şi rezistenţa bolnavului. 3) Va fi energic atât în cazurile benigne cât şi în cele maligne, pentru că prognosticul nu e în funcţie de gravitatea sau benignitatea fenomenelor de debut. 4) Să se atingă doza maximă fără să se producă fenomene de intoxicaţie. 5) Tratamentul va fi individual şi nu schematic.

Şcoala franceză propune tratament intens cu pauze scurte şi timp îndelungat. Şcoala germană, mai optimistă propune tratament intens cu pauze mai mari şi timp limitat.

Dr. Alex. Bădescu. *Organizaţia terapeuticei cancerului (No 15—16, 1926).* — Autorul arată ca după statistici mortalitatea de cancer în Danemarca e de 14 %, iar în Elveţia de 12.3 % (1928), din morţii după 40 de ani.

Noi am avea socotind, acelaş procent, cam 20.000 de morţi. Cum la noi însă nu există o organizaţie pentru terapia cancerului, mortalitatea pentru aceiaşi morbiditate, e mult mai mare.

Ţinând seamă că succesul terapeutic în cancer este funcţie de diagnosticul precoce al maladiei, autorul preconizează educaţia populaţiei în sensul, ca după 40 de ani, fiecare individ să-şi facă un examen periodic în vederea cancerului, aşa cum se practică în America (American Society for the Control of Cancer). Afară de aceasta cum la noi din cauza lipsei de mijloace nu se pot creia institute pentru terapia canceroasă, multiple, autorul propune înfiinţarea de centre numeroare pentru depistarea cancerului, care să dirijeze apoi canceroşii dela începutul afecţiunei lor la institutul de terapie. Aceste centre ar mai avea misiunea de a instrui marele public.

Dr. Theodor Dumitrescu. *Consideraţiuni asupra endocarditei lente maligne (No. 15—16, 1928).* — Autorul determinat de 2 cazuri observate, expune simptomatologia, patogenia, etiologia şi diagnosticul diferenţial al endocarditei lente maligne. Trece în revistă tratamentele foarte variate ce s'au încercat în aceste afecţiuni, dar care n'au reuşit să schimbe prognosticul fixat de Vaquez, de: „exitus letal".

(No. 17, 1928)

Dr. I. Daniel. *Tratamentul hydromineral al afecţiunilor hepatice (No. 17, 1928),* — Autorul împarte afecţiunile hepatice cari pot beneficia de tratamentul hydromineral în două categorii: 1) Congestiile hepatice; 2) icterul cataral, hepatitele interstiţiale incipiente, litiaza biliară şi cholecistita.

Prima grupă beneficiază de pe urma apelor sulfato-sodice san magneziene, alcaline cloruro-sodic, bicarbonatele calcice.

Ele lucrează prin: 1) acţiune mecanică asupra intestinului (evacuare rapidă); 2) restabilirea circulaţiei în sistemul port; 3) activarea circulaţiei capilare în ficat şi intensificarea schimbarilor nutritive; 4) activarea funcţiunilor celulei hepatice.

In litiaza biliară ele produc abolirea spasmelor la nivelul căilor excretoare ale bilei, calmarea proceselor inflamatorii şi în fine influenţează contractilitatea căilor biliare şi eliminarea bilei. Nu au nici o influenţă asupra secreţiunei biliare. Apele de recomandat sunt alcaline şi alcaline cloruro-sodice,

In toate cazurile recomandă să se ţină seama de chimismul gastric. de tensiunea arterială şi de funcţiunea renală.

Dr. Sărăţeanu. *Tratamentul piodermitelor (No. 17, 1928).* — Autorul expune pe larg simptomatologia şi tratamentul piodermitelor într'un articol magistral, în care dă ultimul cuvânt al terapeuticei clasice şi moderne:

1) Incepe cu foliculita simplă superficială; 2) foliculita simplă profundă; 3) sicozisul lupoid (Brocq); 4) foliculita decalvanta Quinquaud; 5) perifoliculita pielei capului cu abcese şi sufuziuni purulente şi furunculul. Autorul îşi propune să continue în numărul viitor cu restul lor.

Dr. V. Trifu. *Pansamentele uretrale „à démeure" (No. 17, 1928).* —

Autorul după ce expune întreg procesul anatomopatologic al uretritei gonococice scoate în evidenţă necesitatea de noi procedee terapeutice. Arată apoi rezultatele bune ce se obţin cu pansamentele uretrale „à démeure", după procedeul Motz. Procedeul nu e nou. El fusese recomandat anterior de Boureau, Janet, Unna şi Casper. Motz însă întrebuinţează soluţii antiseptice apoase cari par mai eficace.

Autorul arată că ele trebuesc însoţite nu numai de simple spălături ci şi de masaje pe Beniqué, vaccinoterapie, diatermie, etc.

Rezultate mult mai bune obţine autorul prin pansamentele „à démeure" cu iodargolul lui Viel, pe care le practică din 1920. Asociaza pansamentelor tratamentul mecanic şi vaccinoterapia.

Dr. Priboianu şi Dr. Vasiliu. *Sindromul frenico-pupilar în afecţiunile pleuropulmonare.* — Autorul arată că modificări pupilare simple au fost citate de mai mulţi autori, în cursul afecţiunilor pleuropulmonare; asociate însă cu paralizia diafragmului sunt remarcate pentru prima dată de Sergent, Massary şi Benda.

După ce fac anatomia topografică a nervilor ce prezidează motilitatea irisului (simpatic irido-dilatator şi motor ocular comun irido-constrictor) şi a frenicului, arată că leziuni ce ating traectele lor pot da naştere la următoarele sindrome:

1) Sindromul simpatic.
2) Sindromul frenic.
3) Sindromul frenicopupilar.

Sindromul simpatic e caracterizat prin inegalitate pupilară. O midriază spasmodică sau o mioză paralitică.

Biblioteca Universitatea University Library Cluj

Sindromul frenic e caracterizat fie printr'o nevrită frenică (iritaţie) fie printr'o paralizie a diafragmului corespunzător (proces distructiv).

Sindromul frenico pupilar e modalitatea cea mai interesantă. Sunt două forme: 1) midriaza spasmodică cu nevralgie frenică, în caz de proces iritativ şi 2) mioză paralitică cu paralizie frenică homolaterală datorită unui proces destructiv — deobiceiu o lobită scleroasă superioară.

In cercetarea lor se întrebuinţează proba colirelor.

Autorul încheie subliniind importanţa cercetării acestor sindrome ce ne indică partea lezată şi întinderea leziunilor.

Dr. Ion Voinică şi Dr. C. Angelescu. *Contribuţiuni la lupta antimalarică (No. 17, 1928).* — Autorii arată pe larg rezultatele bune obţinute în Italia, Spania şi Jugoslavia cu Verdele de Paris în distrugerea larvelor de anofel.

Verdele de Paris conţine oxid de cupru, anhydrida arsenioasă şi acid acetic.

Experienţele în ţările amintite dau următoarele rezultate:

1) Verdele de Paris în baza de 1 cmc. la 10 mp. de suprafaţa aquatică ucide toate larvele de anofel.

2) Nu ucide ouăle şi nimfele de anofel nici culexii.

3) E foarte uşor de transportat amestecându-se 1 % cu pulbere de stradă.

4) După experienţa malariologilor italieni dă naştere la $^1/_8$ din cheltuelile ce s'ar face întrebuinţând petrolul.

5) Apele tratate cu Verdele de Paris pot servi fără pericol la băut, adăpatul vitelor sau cultura peştilor. *Dr. Alex. Teodoru.*

SPITALUL

(No. 9 Sept. 1928)

Prof. A. Jianu, Conf. Dr. D. Paulian şi Dr. Lăzărescu. *Nevralgie paroxistică a trigemenului vindecată prin radicotomie retrogaseriană.* — Autorii expun observaţia unui bolnav de 66 ani, atins de o nevralgie rebelă şi paroxistică a trigemenului drept, revenind prin crize şi făcând viaţa insuportabilă. Toate tratamentele au eşuat şi bolnavul cerea intervenţia operatorie. Se practică neurotomia retrogasseriană şi bolnavul este complect vindecat.

Turburările obiective de sensibilitate tactilă şi termică s'au transformat într'o uşoară hipoestezie, probabil din cauza nesecţionărei tuturor fibrelor şi mai ales a celor cari aderând de capsulă, trec în ramura oftalmică.

Conf. G. Marinescu. *Asupra pionefrozei închisă netuberculoasă.* — A. expune 5 observaţii personale şi rezumă 5 cazuri ale lui *Lichtenstern*, căutând să precizeze mijloacele de diagnostic ale acestei afecţiuni. Absenţa fenomenelor urinare (urina clară), nu atrag atenţia asupra aparatului urinar, iar febra cu durerile vagi în abdomen, la persoanele grase şi cu spaţiul costo-iliac mic, unde nu se poate simţi nimic de partea rinichiului diagnosticul este imposibil fără o bună explorare urologică. Această explicare promite de a vedea că vezica e normală; că ejaculaţia de urină lipseşte de o parte; că prin cateterismul ureterelor stabilim sediul obstacolului şi absenţa urinei de partea bolnavă şi că *pielografia* arată prezenţa calculilor, pe care simpla radiografie nu o evidenţiază. In fine puncţia exploratrice înainte sau în timpul intervenţiei, poate ajuta diagnosticul când leziunea simulează un neoplasm al rinichiului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. D. Paulian şi Dr. I. Bistriceanu. *D'Arsonvalizarea diatermică în tratamentul paraliziilor faciale periferice.* Tratamentul prin d'arsonvalizarea diatermică în paraliziile faciale periferice, prezintă avantagiul de a putea începe un tratament aproape imediat.

Curenţii diatermici accelerează metabolismul celular în zonele de proecţiune activează circulaţia şi mobilisează exudatele inflamatorii ale nervului,

Dr. S. Popescu şi Dr. S. Ţovaru. *Cercetări privitoare la influenţa nopţii asupra operaţilor.* — Pentru a lămuri chestiunea dacă noaptea exersează vre'o influenţă asupra operaţilor, autorii au întreprins cercetări statistice şi au ajuns la concluzia că operaţii mor mai mult noaptea, decât în timpul zilei. Mortalitatea este mai ridicată în lunile de iarnă.

Această mortalitate nocturnă a fi în directă relaţie cu fiziologia specială a organismului uman în timpul nopţei şi care abia începe să fie bine cunoscută acum.

Dr. A. Radovici şi Dr. C. Radoslav. *Sindromul anginos de origină corticală.* — Leziunile iritative ale căii nervoase senzitive, prin atingerea fibrelor sensibilităţii cardioaortice, poate provoca turburări analoage syndromului anginos. Tot astfel leziunile căii nervoase motrice produc mai totdeauna, în afară de paraliziile muşchilor scheletici, alteraţiuni a muşchiului cardiac şi modificări vaso-motorii în teritoriile atinse.

Mai multe cazuri clinice, cu leziuni la diferite niveluri ale nevraxului (măduva, nuclei talamici, scoarţă cerebrală) sunt descrise în sprijinul afirmaţiunei precedente.

Se relatează un caz demonstrativ cu crize anginoase şi accese de tachicardie paroxistică, precedând cu câteva luni apariţia crizelor de epilepsie jacksoniană şi constituind până la un anumit punct un echivalent vegetativ al acceselor.

Dr. M. Popovici-Lupa, *Kist sub-mucos pyloro-duodenal.* — Autorul face descrierea clinică şi anatomo-patologică a acestei rari formaţiuni kistice, la un sugaciu de 15 luni. E vorba de o tumoră kistică, probabil congenitală, al cărei perete interior era format de mucoasa duodenală. Această tumoră a ocazionat turburări acute de stenoză pilorică, urmată de caşexie mortală.

Dr. Gr. Lăzărescu şi C. Andreolu. *Peritonizaţia prin procedeul Delvaux în histerectomiile sub-totale.* — Autori semnalează aplicaţia procedeului Delvaux în histerectomiile subtotale găsindu-l destul de bun şi recomandabil. Concluziile articolului prezent sunt:

a) uşurinţa execuţii.

b) Durata scurtă a operaţii.

c) peritonizarea este executată cu minimum de timp şi material.

d) bontul uterin fixat la ligamentele rotunde şi utero-ovariene, prolapsul operator este absolut exclus.

e) bolnavii examinaţi după operaţie au un bont uterin suspendat pe linia mediană, având o mobilitate relativă în raport cu lungimea ligamentelor de care se găseşte fixat.

Virgil Anghelescu. *Consideraţiuni clinice şi anatomo-patologice asupra unui caz de pustulă malignă cu septicemie carbonoasă.* — In cazul studiat leziunile caracteristice sunt:

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

Ganglionii mezenterici au hemoragii extensive în focar cu topografie net foliculară.

Stomacul cu intestinul au leziuni de gastrită şi enterită banală, fără modificări histologice ale glandelor.

Intensă destrucţie sanguină cu abundenţă de pigment aferic în leucocite, celule de endotheliu vascular etc.

Asenţa bacteridiei carbonoase în focarele hemoragice şi acolo unde se găsesc alte micro- organisme.

Leziuni ale ţesutului conjunctiv în toate organele, al cărui aspect este al ţesutului conj. care a suferit digestiunea.

O extremă abundenţă de mastzellen-conjunctive în toate organele. (cord, intestin, rinichi, etc.).

(No. 10 Octombrie 1928)

Prof. Gh. Marinescu, Docent State Drăgănescu şi Intern Vasiliu. *Spina bifida lombară.* — Rachischysis sacrat. Măduvă dublă şi anormal prelungită. Tumoră dermoidă chistică sub-arachnoidiană. Kist lipiiodolat.

Dr. I. Jianu şi G. Buzoianu. *Concepţiuni noi asupra inervaţiei muşculare a feţei.* — Autorii expun noile concepţiuni asupra inervaţiunei muşculare a feţei, în ceeace priveşte descoperirea recentă a lui *Bourguinion.*

Se ştie că rezecţia simpaticului cervical superior în paraliziile faciale este totdeauna urmată de corecţiunea complectă sau aproape complectă a *lagoftalmiei* şi în anumite cazuri de o revenire uneori totală a mişcărilor voluntare active, a muşchilor paralizaţi anterior. Hipoteza propusă pentru a

explica fiziologic rezultatele în aparenţă paradoxale, trebue să cedeze *argumentelor anatomice*, existând un firişor nervos care inervează orbicularul, detaşat din facialul opus şi care nu intră în funcţiune decât după rezecţia ganglionului cervical superior.

Dr. Iosefina Protopopescu-Pache. *Două cazuri clinice rare.*

a) Galactocelul mamelei stângi în timpul unei alăptări, datorit unei dilataţiuni sacciforme a unui *canal lactofor*, golit de conţinut printr'o singură punctiune cu trocarul.

Vindecare complectă.

b) Kist al ovarului drept torsionat post partum, la 2 luni după naşterea unui copil de 4200 gr.

E vorba de o pacientă cu stare generală rea, la examenul clinic constatându-se prezenţa unei tumori enorme şi bine închistată într'un perete subţire. Laparotomie mediană supra ombilicală: Se găseşte un *Kist cu lichid sanguinolent*, pedicul lung şi plat, torsionat de trei ori. Extirpare şi vindecare complectă.

Kistul nu a împiedecat desvoltarea normală a sarcinei.

Dr. I. Stoia, C. Vasiliu şi C. Andreolu. *Un caz de nanism senil (progeria).* — După un scurt istoric autorii rezumă caracterele acestei afecţiuni, demonstrând polimorfismul simptomatologic al subiectelor studiate până la ei. La pacienta în cauză, pe lângă semnele clasice de progeria, autorii remarcă *atrofia* accentuală a glandelor genitale, prezistenţa unei inteligenţe normale, iar la etiologie susţin *teoria pluriglandulară* (Orrico şi Strada) pe care o cred cea mai verosimilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. A. Mihăescu. Două cazuri de scleroză amiotrofică laterală, forma monoplegică brachială.

(No. 11 Noembrie 1928)

Prof. Jianu, Paulian şi A. Popescu. *Turburări nervoase în spina bifidă, vindecate prin laminectomie.* — Autorii relatează trei observaţiuni clinice a unor bolnavi cari prezentau manifestaţiuni nervoase (atrofia muşchilor gambei, trenurături fibrilare şi incontinenţă de urină).

Toţi aveau spina bifida; prin laminectomie s'a găsit un ţesut fibros care comprima rădăcinile nervoase.

Dr. Dem. Paulian şi Dr. I. Bistriceanu. *Ionizarea în tratam. nevralgiilor cervico-occipitale.* — După câteva observaţiuni asupra simptomatologiei şi etiologiei sindromului plexului cervical superficial şi a nervului suboccipital, autorii expun observaţiunile clinice a 6 cazuri de nevralgii cervicale şi occipitale, tratate cu succes prin ionizarea cu salicilat sodiu 2—3%.

Metoda ar fi superioară diatermiei, băilor de lumină sau razelor infraroşii, având şi avantagiul de a se aplica în orice sezon fără riscuri pentru bolnav.

Dr. C. Hristu şi Mircea Constantinescu. *Hematome, flegmoane şi plăgi supurate a peretelui abdominal sub-ombilical şi median.* — Cu ocazia a 3 afecţiuni diverse a peretelui abdominal anterior, median şi sub-ombilical, autorii au făcut o expunere a patologiei acestei regiuni şi după clasificaţia lui *Boppe* le divid în afecţiuni *intrinseci* şi *extrinseci*.

Dr. Ion Stoia, Dr. Plătăreanu şi Dr. Vasiliu. *Comunicare asupra unui*

caz de maladia osoasă a lui Paget. — Cu ocazia unui caz de maladie osoasă a lui *Paget*, autorii insistă asupra etiologiei acestei afecţiuni: teoria specifică, traumatică, toxică şi nervoasă.

Anatomicește este vorba de un proces de osteită rarefiantă şi formatrice fără nici o sistematizare. Se însoţeşte de atrofia glandelor tiroide şi paratiroide.

Maladia se poate complica cu diabetul insipid, sifilis, osteomalacie, sarcomatoză, tabes, etc.

Tratamentul simptomatic, cu neosalvarsan şi autorii recomandă opoterapia paratiroidiană asociată cu lapte iradiat, ergosterină, dându-i-se în acelaşi timp *clorur de calciu* 6—12 gr. pe zi.

Dr. Const. Eftimie. *Contribuţiuni la studiul paraplegiei Pottice.* — Formele clinice ale acestei paraplegii, corespund unor leziuni anatomo-patologice bine precizate. Cel mai frecvent element patogenic ar fi *abcesul rece.* După o statistică făcută în servic. *Prof. Juvara,* articolul se termină prin observaţia complectă cu fotografia piesei unui caz de paraplegie potică, sucombat dupe o boală intercurentă, 12 zile după operaţiunea lui Albée.

Dr. I. Vasilescu

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN STRĂINĂTATE

M. Băltăceanu. *Action de quelques médicaments sur le métabolisme du calcium et du magnesium.* (Archt. des malad. de l'appareil digestif et des malad. dela nutrition No. 8—1928). — In stare normală când ţesuturile au perdut capacitatea de a fixa calciu, dacă se administrează unele medicamente se poate modifica metabolismul calciului. In terapeutică doze mari de calciu favorizează retenţia. Eliminarea calciului se face prin urină şi pe cale intestinală. Tot prin alimentaţie organismul îşi capătă magnesiul necesar.

In cercetările ce le face, autorul studiază acţiunea unor medicamente asupra metabolismului calciului şi magnesiului mai ales la reumatizanţi ce erau apiretici şi fără turburări intestinale şi renale.

Ajunge la concluzia că nu e suficient de a studia excreţia calciului în urină ci trebue căutată şi în fecale.

Organismul poate fixa calciu alimentar chiar fără lapte.

Nu este paralelism între eliminarea şi retenţia calciului şi a magneziului. Bilanţul calciului poate fi negativ pe când cel al magneziului pozitiv.

Injecţiile sub-cutanate de arhenal 0,10 ctgr. pe zi la un bolnav de reumatism cronic bacilar turbură absorţia calciului în primele zile, dar apoi calciul e reţinut. Metabolismul magazinului nu a fost modificat.

La femei în menopauză, cu reumatism ovarina favorizează în organism şi măreşte retenţia magneziului. In aceleaşi cazuri tiroida măreşte eliminarea calciului. Dozele medii de iodur de sodiu excită absorbţia calciului, dozele mai forte au o acţiune decalficiantă. Dozele mari de iodur de sodiu micşorează retenţia magneziului.

Sulfat de chinină, cyanura de mercur au o acţiune decalficiantă şi măresc eliminarea magneziului.

Injecţiile de atoxil favorizează fixarea calciului şi n'are influenţa asupra metabolismului magneziului.

Salipirina micşorează retenţia calciului.

Lactatul de calciu la un bolnav cu reumatism cronic şi cu leziuni fibroase pulmonare a favorizat obsorbţia calciului în primele zile. Cu ajutorul unturei de peşte s'a putut a stabiliza echilibrul mineral.

Sever Bobeş. *Septinévrite rabique chez l'homme avec mort subite, cardiaque.* (C. R. de biologie Paris No. 28—1928). — După un istoric amănunţit al lucrărilor din ultimii ani asupra septinevritei şi a lucrărilor lui Nicolau, I. A. Galoway, etc. asupra septinevritei experimentale în neuro-vaccin herpes, polyomielită, turbare, autorul comunică 2 cazuri de turbare la om urmate de moarte subită, cazuri foarte rare, singurile observate în 20 ani la institutul antirabic din Bucureşti. Moartea subită la aceşti bolnavi a fost datorită septinevritei rabice.

Michel Brancovici. *L'hypersecretion modifie-t-elle la radiosensibilité dela glande sous-maxilaire.* (C. R. de biologie Paris No. 26—1928). — Studiind acţiunea razelor X asupra glandei salivare la câine ajunge la concluzia că iradiaţia nu modifică structura glandei sub-maxilare. Iperfuncţiunea glandei în timpul iradiaţiei nu măreşte radiosensibilitatea ei. Modificările ce le-a observat în glandele iradiate în timp ce secreţia a fost mărită prin excitaţia faradică a coardei timpanului sunt datorite traumatizmului operator.

Alexandre Cantacuzene. *Tumeurs bacteriennes des thalles de Saccorhiza bulbosa.* (R. R. de biologie Paris No. 25—1928). — Atrage atenţiunea şi studiază tumori vegetale pe suprafaţa infecţii bacteriene, ce sufăr o degenerescenţă ulceroasă şi e capabilă de a da metastaze. Cum a găsit în fundul eroziunilor o moruscă Helcyon autorul se întreabă dacă această moluscă nu este agentul transmisibil al germenului infecţios.

C. Chiricesco. *Abces et fistules dela region ano-rectale.* (Presse med. No. 78 pag. 1233). — Din 799 operaţii pentru abcese şi fistule ale regiunei ano-rectale autorul relevează 292 abcese şi 507 fistule. Mortalitatea pentru abcesele sub-cutanate mucoase şi fistule ischio-rectale a fost nulă.

Abcesele fosei ischio-rectale care vin să se deschidă spontan în canal se deschid aproape întotdeauna pe linia mediană posterioară a acestui canal. Insistă asupra deschiderei largi a cavităţei supurate în abcesele sub-cutanate mucoase, meşe iodoformate şi dren intra-rectal pentru tiphon. In abcesele ischio-rectale să nu se uite a se căuta colecţii supurate deasupra rădicătorului anusului în spaţiul pelvi-rectal superior. In ceace priveşte tratamentul fistulei este necesar de a stabili dacă fistula este extra sau intrasfincteriană.

O. Dimancesco-Nicolau. *Inoculation intracérebrale du virus de Borna chez le lapin: alterations histologiques produites par la septinèvrite dans le sisteme nerveux intra et extra-oculaire.* (C. R. de biologie Paris No. 28 1928). — Dintr'o serie de secţiuni făcute pe chiasma optică, nervii optici, fundul ochiului a epurilor morţi de boala lui Borna autoarea găseşte leziuni de nevraxită enzootică experimentală.

Deci virusul maladiei lui Borna introdus în creerul epurilor ajunge pe cale nervoasă centrifugă în formaţiile nervoase intra şi extra celulare pro-

Digitized by Romanian Academy of Sciences, Bucharest

ducând alteraţii asemănătoare ca cele din nervi şi ganglionii nervoşi din alte părţi a organismului. Aceasta explică orbirea epurilor.

Dr. Dumitresco Mante. *Sur un caz de leucémie aigue a cellules indifferenciées avec anémie du type aplastique et leucémides nécrosée.* (Arch. des malad. du coeur, des vais. et du sang. No. 9—1928). — Comunică observaţia unei bolnave care în urma unei gingivo-stomatite ulcero-gangrenoase are o stare septicemică gravă cu o anemie intensă.

La examenul sângelui găseşte o lencocitoză intensă 149.800 a căror element predominant a fost celula mononucleară mare cu protoplazma bazofilă, agranulată, celula nedefierenţială.

Turburările menstruale şi hemoragia gingivală decela la bolnavă studiul premergător al leucemiei. Starea septicemică gravă a durat 17 zile când bolnava a sucombat. La autopsie a găsit numeroase sufuziuni hemoragice pe diafragm, intestin şi glanda tiroidă. După semnele hematologice era o leucemie acută cu tendinţa limfoidă, prezenta însă şi noduli cutanaţi necrozaţi pe gât şi faţă care se găsesc foarte rar în leucemia acută.

Pierre Galasesco et Serban Bratiano. *Coloration des graines par l'extrait alcoolique de diaucus carota.* (Soc. Biol. Paris No. 32—1928). — Au preparat un extract alcoolic de morcovi cu care obţin o coloraţie netă a grăsimelor.

Celule grase şi cele degenerate, asemenea lipozii sunt coloraţi galben-auriu de acest extract de morcovi.

I. Hatzieganu et Ch. Iriminolu. *Contribution à l'étude étiologique de l'apendicite.* (Arch. des mal. de l'appar. digestif, No. 7—1928). — In 105 cazuri de apendicită autorii studiază flora microbiană a puroiului apendicular şi găsesc un bacil care prin caracterele sale seamănă cu bacilul lactis aerogen. Virulenţa şi vitalitatea acestor bacili este foarte mare, epurele moare după 4-5-20 ore dela injecţia intraperitoneală. Cobaiul e mai rezistent.

In afară de aceşti bacili autorii mai găsesc în puroi streptococ, proteu vulgar, fecalis alcaligenes, bacilul colic, bacilul pyocianic, bacilul Pfeiffer, enterococ, şi bacilul tuberculozei. Flora anaerobie, ar fi compusă din bacil ramosus, bifidus, pseudo-difterícus etc.

Susţin teza că infecţia apendiculară este de origină enterogenă, probabil bacilii trec din intestine în apendice dând simptomele apendicitei.

Prof. Hortolomei. *Volumineux calcul vésical et calcul de l'urètre* (Journ. d'Urologie T. XXVI. No. 2 August 1928 p. 152). — Publică un caz interesant, unicul în literatura medicală, în care un bolnav a eliminat spontan, timp de 4 ani, 41 calculi ureterali. In plus a mai găsit şi un calcul vezical în greutate de 158 gr. cu diametrele de 7 şi 6 cm.

Evoluţia a fost liniştită, bolnavul n'a avut nici-o colică nefretică, în plus nici-un semn de infecţie ascendentă, nici febră, nici elemente renale în urină.

Michail O. Iliescu. *Le signe du phrénique dans les appendicites.* (Arch. de l'app. dig. No. 7 1918). — Insistă asupra semnului frenicului în apendicita lentă, crede că frenalgia provocată ar fi datorită complicaţiilor sub-hepatice a apendicitei. Iritaţia frenicului ar fi provocată prin limfagita pericolecistică, periduodenală, sau perigastrică. Semnul dispare după apendicectomie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este pozitiv în toate formele de apendicită, nu-l găseşte decât în peritonitele apendiculare.

Faptul că semnul frenicului se găseşte în liphiaza biliară face pe autor să presupue că lithiaza biliară s'ar datori apendicitei.

Aşa dar semnul frenicului este patognomonic în diagnosticul sequelelor apendiculare şi a apendicitei.

Dimitrie Ionescu. *Experimentelle Beiträge zeir Kenntnis der sensibilen cardioaortalen Bahnen.* (Zeitsch. für. Klin. Mediz. *107 Band.* Heft. 3 4/1928). — Studiind natura nervilor cardiaci, dintr'o serie de experienţe făcute pe câini şi pisici anesteziate cu ether, supuse respiraţiei artificiale şi la cari s'a izolat nervii inimei după deschiderea toracelui, excitaţia electrică a capătului central al nervului crural şi tracţiunile pe pleura parietală ne dau măsura receptivităţei dureroase a animalului.

Aceste semne dureroase dispar complect după resecţia ramurilor comunicante C_8 şi D_1 din partea stângă şi extirparea sub-stelarului, al lanţului simpatic toracic.

După resecţia făcută în ambele părţi a ramurilor comunicante C_8 D_1 şi a (trunchiului) lanţului toracic până la ganglion, inima şi aorta au căi sensibile din vag, şi N. depresor, lanţul cervical simpatic, N. card. sup. şi N. vertebral. Totuşi după excitarea electrică şi mecanică a acestor nervi după ce s'au îndepărtat căile nervoase citate mai sus, nu se observă nici o durere la animale. Deci N. vag şi N. depresor, lanţul simpatic cervical şi N. vertebral nu sunt căi sensibile ale cordului.

Căile sensitive ale cordului şi ale aortei pot deci avea următoarea cale: Nervi cardiaci inferiori, ganglionul stelat., nervii cardiaci toracici, lanţul toracic şi ramurile comunicante C_2—D_5.

La om o parte din fibrele sensitive ale cordului merg prin anastomoza vago-simpatică şi N. card. sup. la ganglionul cervical superior.

Prof. Dimitrie Ionescu. *Über die chirurgische Behandlung der Angina pectoris.* Zeitsch. f. Klin. Mediz. Bd. 107. Hef. 3—4 (Sonderdruck) 1928. —

Autorul descrie amănunţit toate simptomele anginei de pept, insistă asupra durerei turburărilor reflexe şi leziunilor anatomo-patologice ale acestei afecţiuni. Din diferite teorii asupra patogenezei anginei de pept, autorul ajunge la concluzia că diferite impulse directe sau reflexe asupra cordului ce măresc travaliul cordului şi dau turburări în circulaţia coronarelor, când se adaugă la acestea şi leziuni vasculare ale cordului ce predispun la stări spastice a coronarelor. Orice excitaţie psihică şi somatică poate produce angini de pept. Intervin desigur centri nervoşi labili, insuficienta muschiului cardiac, aşa că are loc o stază intra-ventriculară, iar compresiunea intraventriculară deslănţue accesul de angină de piept.

Durerea în accesele de angină de piept este numai un simptom. Prof. Danielopolu presupune că oboseala miocardului şi reflexul presor sunt la baza accesului de angină de piept.

Aplicaţia practică a studiilor făcute de Prof. D. Ionescu este tratamentul chirurgical al anginei de piept cu extirparea ganglionului stelat, operaţie care a fost făcută de Prof. Th. Ionescu cu succes.

Când tratamentul intern al anginei de piept a rămas fără rezultat este indicată operaţia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chiar dacă bolnavul are o angină pectorală nervoasă cu dureri mari este indicată operaţia.

In formele organice de angină pectorală când cordul e într'o stare bună şi crizele de angină de piept foarte grele e indicată operaţia, asemenea în formele uşoare ce cu timpul obosesc cordul şi devin grave.

Prin extirparea ganglionului stelat se elimină suficiente fibre centrifuge ce împedecă accesele dureroase ale anginei de piept. Din punct de vedere anatomic, fiziologic şi clinic această operaţie nu influenţează activitatea cordului şi poate fi suportată de cordul bolnav.

Dimitrie Ionescu und Marin Enăchescu. *Untersuchungen bei Säugetieren und beim Menschen über die aus dem Brustgrenzstrang des simpaticus unterhalb des ganglion stellatum enstprungenen Herznerven nervi cardiaci thoracales.* (Zeitsch. für Anat. u. Entwi 85 Bd. 3—5 Heft 1928.— Studiază mersul nervilor cardiaci, anaztomozele, distribuţia lor la vertebrate ca pisica, câinele, viţei, oae şi om. Din cercetările făcute ajung la concluzia că lanţul simpatic dedesubtul ganglionului stelat dă firişoare nu numai pentru coloana vertebrală, muşchi, vase, esofag şi plămân, dar dă şi nervi destinaţi cordului.

Aceşti nervi sunt mai bine desvoltaţi la artiodactyle şi la om: La câini şi pisici se urmăresc greu aceste firişoare nervoase până la cord, de oarece sunt prea subţiri.

La om se găsesc întotdeuna de ambele părţi, îşi au origina din mai mulţi ganglioni şi din lanţul simpatic, la om din al 2-lea şi al 5-lea ganglion, la animale din al 2-lea şi al 6-lea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fibrele nervoase se anastomozează la origina lor dând unul sau mai multe ramuri, cari în traectul lor se anastomozează cu ramuri din ganglionul stelat, vag şi recurent, dând colaterale pentru esofag, bronchii, plămân pericard şi aorta toracică.

Autorii numesc *nervi cardiaci cervicali* cei ce pornesc din lanţul cervical şi *nervi cardiaci thoracales* ce pornesc din lanţul toracic.

Inima stângă e mai bogată în nervi toracici ca inima dreaptă de oarece nervii din partea dreaptă se distribue inimei stângi. Uneori ajung la cord fără a se anastomoza cu alţi nervi cardiaci, alteori nervii din dreapta se anastomozează cu cei din stânga. In fine în alte cazuri se anastomozează cu nerv. card. inferior şi n. card. mediu.

In ceace priveşte distribuţia lor, foarte rar se termină în plexul cardiac profund, se pot urmări firele lor terminale până în pereţii auriculelor şi uneori până în ventricule.

Conţin fibre centrifuge şi centripede.

D. Ionescu, M. Enăchescu und A. B. Teitel. *Über eine neue Gruppe von sympatischen, aus dem Brustgrenzstrang, unterhalb des ganglion stellatum entsprungenen Herznerven.* (Nervi cardiaci thoracales). (Klin. Woch. No. 21.991/992, 20 Mai 1928). — Autorul stabileşte cel d'ântuiu existenţa nervilor toracici sub ganglionul stelat.

Studiază aceşti nervi la feţi şi la 2 adulţi.

Aceşti nervi toracici sunt constanţi şi 'şi au origina mai rar dintr'un ganglion, mai des din 2—5 ganglioni toracici. Asupra funcţiunei lor confirmă cele spuse mai sus că *nervii toracici conţin firişoare acceleratorii şi fibre*

sensitive, şi că firele senzitive îşi au origina în cord şi aortă. Extirpând ambii ganglioni stelaţi, cordul are fibre acceleratorii de la nervi cardiaci.

Dimitrie Ionescu, A. Teitel-Bernard, C. Iliescu und M. Enăchescu. *Über die Functionen der simpatischen thorakalen Herznerven.* (Pflügers. Arch. f. die gesamte Phys. des Mensch. u. der. Tiere. Bd. 219 Heft 1, 1928). — Autorii continuă cercetările asupra funcţiunei nervilor toracici la viţei, oae câine şi pisică.

Excitaţia electrică a terminaţiei cordiale a acestor nervi aduce accelerarea şi întărirea contracţiilor cordului. Excitarea capătului medular produce reflexe vasculare, modificări ale frequenţei cordului, (o încetineală a cordului) şi durere. Când se tae firişoarele sensitive ce trec prin ganglionul stelat, excitaţia mecanică şi chimică a cordului şi aortei produce durere, ce dispare când se izolează nervi toracici. Aşa dar nervii toracici conţin fibre acceleratoare şi fibre receptori, iar fibrele sensitive îşi au origina în inimă şi aortă.

Dr. Charles Laugier. *Croyances et coutumes populaires en Roumanie.* (Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Medecine). — Această broşură se poate citi uşor, cu plăcere şi mult folos de cei ce iubesc tradiţia neamului cât şi de cei ce voesc a cunoaşte obiceiurile populare româneşti.

Deşi împărţită în III capitole în care sunt amănunţit descrise obiceiurile şi superstiţiile ţăranului român, unitatea broşurei o face tradiţia în jurul căreia sunt adunate toate datele expuse de autor.

In primul capitol, cu ocazia naşterei, rolul important ce'l are moaşa empirică care îngrijeşte şi de casă, de copii şi de gravidă, în acelaşi timp conservă tradiţia practicând superstiţiile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Găsim o expunere clară a felului cum e îngrijită gravida, ce fel se leagă cordonul, cum se îngroapă placenta, îngrijirile ce trebuesc date noului născut. Ursătoarele cele trei zâne ce cu bagheta magică fixează soarta copilului,—botezul, aci religia ortodoxă a păstrat vechia tradiţie a botezului,—naşi.

In al II-lea capitol tratează despre căsătorie unde găsim mult fond poetic primitiv, la care se adaugă fastul acestui act, ce joacă încă un rol important în viaţa poporului. Logodna, ce fel se tratează zestrea, ce fel se fac invitaţiile de nuntă, toate sunt descrise clar şi autorul nu scapă din vedere cele mai mici amănunte.

In capitolul consacrat morţei, domină credinţa populară generală că mortul înviază în altă lume după ce a părăsit pământul, de aci o serie de de datine şi obiceiuri.

Când e în agonie trebue să aibe în mână o lumânare altfel trece prin întuneric în lumea cealaltă, mortul e îmbrăcat cu cele mai frumoase haine. Apoi descrie înmormântarea, pomana. Credinţa asupra strigoilor şi ce fel se poate împedeca ca mortul să fie transformat în strigoi.

Levaditi (C) et. Delorme (M). *Mécanisme des accidents nerveux tardifs des tripanosomiases.* (C. R. dela Soc. de Biol., Paris la 23/1928). L. şi D. au imunizat şoareci cu trypanosma Brucei, apoi au injectat intrarachidian epuri cu o emulsie trypanosomică sterilizată pentru a vedea dacă trypanosomele moarte sunt capabile de a provoca o stare refractară.

Rezultă din experienţele făcute că inoculaţia repetată de trypanosme moarte în cavitatea rachidiană nu provoacă o imunitate generală, nicio stare refractară locală. Neuro-imunitatea apare numai în urma unei infecţii reale a

sângelui şi a cavităţei rachidiene. Trypanosmele moarte nu joacă nici un rol în starea refractară a nevraxului şi a învelişurilor sale, fapt ce explică accidentele nervoase în perioada terminală a trypanosomiazei.

C. Levaditi, P. Lépine at R. Scholn. *L'immunité antitoxoplasmique.* (Comp. Rend. de Biol., No. 28/1928). — In urma inoculărei de virus pe cale întra-craniană, intra-oculară, intra-dermică, şi intra-venoasă autorii au observat că epurii devin refractari la infecţiunea toxoplasmică.

Imunitatea nu interesează numai ţesuturile care au venit în contact cu virus-antigen, dar şi celelalte ţesuturi respective devin imune, avem o panimunitate. Dacă s'ar administra animalelor toxoplazme încălzite la 55° nu se poate obţine o astfel de imunitate.

C. Levaditi et R. Schoen. *Nouvelles recherches sur le toxoplasma cuniculi.* — Fac o serie de cercetări şi observă o receptivitate mare a puilor de găină la toxoplasma cuniculi. Inoculează apoi toxoplasma cuniculi în ouă de găină şi deschizând oul câte-va zile după inoculare găsesc la examenul frotiurilor făcute din ou, paraziţi în mare număr.

Inocularea toxoplasmei la embrioni de 9 zile, determină infecţiunea acestor embrioni. Găsesc leziuni intense bogate în toxoplasme a organelor splachnice.

Virusul pătrunde prin circulaţia sanguină în tot embrionul.

Autorii au mai reuşit a obţine culturi în vitro de toxoplasma cuniculi, cu creer de porumbel contaminanţi cu toxoplasma şi cu creer de pui atinşi de toxoplasmă.

C. Levaditi, P. Lépine et R. Schoen. *Mécanisme de l'immunité antitoxoplasmique du nevraxe.* (Compte. Rend. de Biol., No. 29/1928). — Studiază soarta toxoplasmei la animale nevaccinate şi la epuri vaccinaţi şi găsesc la epuri vaccinaţi că toxoplasma este distrusă după 2 ore, proprietăţile parazitare ale nevraxului sunt vitale şi independente de acţiunea germicidă a umorilor. Autorii mai găsesc la examenul microscopic al creerului animalelor ce au imunitatea antitoxoplasmică, leziuni ale celulelor ependymare, plexurilor choroide, ţesutul nevraxului şi vaselor.

Leucocite, limfocite, celulele microglice şi neuroglice intervin în caz de atac. Are loc o mobilizare celulară latentă a sistemului nervos contra virusului faţă de care obţin imunitatea.

G. Marinescu. *Contribution à l'étude de l'Histologie et de la Physiologie pathologique de la myasthénie.* (Prése Méd. No. 80/1928). — Continuă cercetările pentru a confirma hypoteza sa asupra turburărilor endocrine-vegetative în myastenie.

Comunică observaţia unei bolnave de myastenie care moare în spital, se fac examene histologice a muschilor, a glandelor cu secreţie internă, a viscerelor şi a nevraxului. Găsesc un număr mare de lipoizi în muschi, inimă, ficat, substanţa medulară a capsulelor supra-renale, o modificare a reacţiei oxydazelor, ce au constatat în muschi şi unele organe, ca ficat şi substanţa medulară a supra renalelor. Din cercetările făcute cu Prof. I. Athanasiu găseşte în myastenie o inversiune a reacţiei vasculare consecutivă la contracţia voluntară a muschiului, o mărire a indicelui oscilometric după oboseală (Sager şi Kreindler), hypotensiune arterială, agravarea fenomenelor myastenice prin ergotamina care paralizează simpaticul, sunt probe ce arată

şi o perturbare vegetativă în myastenie. Dar schimburile nutritive guvernate de echilibrul sistemului vegetativ sunt influenţate de glande cu secreţie internă. Autorul a obţinut o ameliorare sensibilă a bolnavilor de myastenie prin adrenalină şi extract de capsulă supra-renală. Această ultimă măreşte rezistenţa la oboseală. Ajunge la concluzia că o perturbare a funcţiunei glandelor endocriniene şi mai ales a capsulei supra-renale, la care se adaugă tulburări vegetative sunt la baza myasteniei.

Concluzie ce o confirmă o serie de autori străini.

C. Mladoveanu. *L'action des nitrites sur la secretion gastrique.* (C. R. de Biol., Paris No. 25/1928). — Din experienţele ce acest autor a făcut la oameni şi la animale cu nitrit de amyl, trinitrină şi nitrit de sodiu, prin instilaţii sau injecţii sub-cutanate, rezultă că nitritul de sodiu are o acţiune asupra secreţiei gastrice, măreşte volumul sucului secretat, acidul clorhidric liber, aciditatea totală şi coeficientul lui Linossier. Nitritul de sodiu nu provoacă nici o turburare nici locală, nici generală la bolnavi. Poate fi întrebuinţat în unele afecţiuni gastrice ca *test biologic* pentru a măsura activitatea secretorie a stomacului.

Mladoveanu C. *Sur la cotarnine et sur quelques derives quaternaires de cette base.* (C. R. de Biol., Paris No 26/1928). — Autorul studiază acţiunea clorhidratului de cotarnină şi a iodometylatului şi clorometilatului asupra circulaţiei şi respiraţiei la câine şi broaste, şi obţine cu cloridratul de cotarnină o scoborâre a presiunei arteriale, o accelerare a contracţiilor ventriculare; din contra iodo-metylatul de cotarnină produce o încetineală a amplitudinei contracţiilor. Asemenea clorhidratul de cotarnină măreşte frequenţa mişcărilor respiratorii pe când iodometilatul le rareşte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Mladoveanu. *Recherches sur l'action du sinigroside* (C. R. de Biol., Paris No. 26/1928). — Cercetează acţiunea glucosidului care se găseşte în muştarul negru: *sinigrosină.*

Injectând sub-cutanat o soluţie apoasă la epure se absoarbe foarte repede. Pe cale intra-venoasă la epure şi câine această substanţă este hypertensivă şi nu e toxică.

S. Nicolau. *La vitesse de dispersion du virus rabique des rues dans les nerfs périphériques des lapins infectés par voie sous-dure mérienne.* (C. R. de Biol., Paris No. 26/1928). — Caută a stabili când se poate decela virusul rabic în nervii periferici după introducerea lui în creer. Din experienţele făcute pe 48 epuri inoculaţi cu virus rabic al străzilor, a 57-a zi virusul se poate găsi în nervi periferici, înaintea apariţiei oricărui simptom morbid. In turbare având loc o imunitate ţisulară trebue ca virusul fix să ajungă în toate elementele acestui ţesut.

S. Nicolau et I. A. Galloway. *Etude sur les inclusions intra-nucléaires caracterisant la maladie de Borna.* (C. R. de Biol., Paris No. 32/1928). — Fac o serie de experienţe şi caută pe cupe făcute în creerul epurilor, al calului şi berbecului inoculaţi cu emulsie de creer virulent al unui epure mort de boala lui Borna şi găsesc corpusculii lui Joest-Degen în ţesutul cerebral lipsit de vre-o virulenţă, iar animalele cărora li s'a făcut inocularea au rezistat infecţiunei. Deci corpusculii lui Joest-Degen reprezintă finele conflictului între neuron şi virus.

S. Nicolau et I. A. Galloway. *Etude sur la conservation în vitro du*

virus de la néoraxite enzootique. (Borna) (C. R. Biol. Paris No. 32/1928). — Studiază efectul concentraţiei ionilor de hidrogen asupra conservărei virusului la temperatura camerei în ser fiziologic fosfatat şi observă că virusul nevraxitei enzootice este distrus repede într'un mediu cu un ph. alcalin (ph. 8) şi-şi păstrează virulenţa în emulsii făcute cu lichide cu ph. acid ph. 6, 1).

Deasemenea apa fiziologică fosfatată la 37° conservă mai bine fragmentele virulente de creer.

S. Nicolau et N. Stroian. *Altérations du sistème nerveux de l'estomac et de l'intestin des lapins morts d'encephalo-myélite enzootique expérimentale.* (C. R. de Biol. Paris No, 28/1928). — Pentu a arăta ce fel pătrunde virusul maladiei lui Borna pe cale digestivă, autorii fac o serie de secţiuni pe aparatul digestiv al epurilor morţi de encefalomyelită enzootică şi găsesc alteraţii a sistemului nervos autonom al stomacului şi intestinului. Infiltraţie interstiţială, manşoane perivasculare, degenerescenţa unor neuroni şi figuri de neurofagie şi corpusculii lui Joest-Degen, o serie de probe ce arată împrăştierea virusului şi conflictul virusului cu neuronii din stomac şi intestin.

S. Micolau, I. A. Galloway et M-na O. Dimancescu-Nicolau. *Genése, structure et interpretation des corpuscules de Joest-Degen* (inclusions nucléaires caractérisant l'encephalomyélite enzootique) C. R. de Biol. Paris, No. 26/1928). — Autorii au examinat nevraxul a 250 epuri, a 5 maimuţe şi a unui număr mare de cobai şi şoareci, în acelaşi timp examinează leziunile cerebrale la epuri sacrificaţi la intervale variate după infecţia intracraniană. Din studiul histogenetic a leziunilor cerebrale reese că neuronul are aspectul său normal şi în nucleul său apare nn fel de praf oxyfil care se formează în dauna caryoplasmei. Două, trei mici granulaţii se aglutinează se învelesc de un înveliş comun dând naştere corpusculilor lui Joest. Aceasta ar fi expresia morfologică a victoriei neuronului asupra virusului. Afirmaţia că corpusculii lui Jolst corespunde la o închistare a virusului e bazată pe faptul că inoculând intra-cerebral fragmante de nevrax bogate în corpi. Jolst nu a putut să cenfere boala epurilor inoculaţi.

I. Nicolau, M-me O. Dimancescu-Nicolau et I. A. Galloway. *Séptinevrite experimentale a virus éncephalo-myelitique* (Maladie de Borna). *Virulence des capsules surrenales et du pancreas des lapins morts de la maladie conferée par voie intra-cranienne.* (C. R. de Biol. Paris No. 24/1928). — Comunică experienţele cu inoculare intra-cerebrală a emulsiei fiziologice de capsulă suprarenală pancreas provenite de animale moarte de septinevrită. Cum nu toţi epurii se comportă la fel în urma injecţiei de glande virulente rezultă că virusul septinevritei ce are un mers periferic de la nevrax în sistemul nervos visceral, nu e egal repartizat în tot organismul. Astfel virulenţa capsulei supra-renale şi a pancreasului va fi datorită nervilor infectaţi, şi-după bogăţia în formaţiuni nervoase a ţesutuiui prelevat vom avea la epuri inoculaţi diferite grade de infecţiune.

S. Nicolau, M-me O. Dimancescu-Nicolau et I. A. Galloway. *Altérations du sistéme nevreux intra-cardiaque chez les lapins morts d'encéphalomyelite enzootique conferée par-voie intra-cérébrale. Lésions des cellules nerveuses intra-pulmoniers et péri-bronchiques.* (C. R. de Biol. Paris No. 25/1928). Autorii dau concluziile care se degajează din studiul lor atât de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

important asupra virusului encephalo-myelitei contagioase a cailor, bovideelor şi ovideelor (boala lui Borna). In boala experimentală a epurilor şi maimuţelor au observat uneori morţi subite a animalelor inoculate cu virusul encephalo-myelitei enzootice ceia ce i-au făcut a face cupe in serii a inimilor a 30 epuri morţi de această boală. Au găsit în pereţii auriculelor leziuni infiltrative, degenerative şi incluzii intra-nucleare a neuronilor (corpusculii lui Joest-Degen.

De asemenea în bronchii celule nervoase ganglionare cu incluzii oxifile intra-musculare. Aşa dar există o generalizaţie a virusului în toate formaţiile nervoase ganglionare care se găsesc în economie (în plex şi viscere).

Prin prezenţa leziunilor centrilor nervoşi autonomi ai inimei, autorii explică moartea subită la unele din animale inoculate cu virusul encefalomyelitei. Autorii se întreabă dacă unele paralizii a frigore, unele cardiopatii de tip angor-pectoris, nu ar fi datorite unui mecanism analog septi-nevritei, unei infecţii generalizate a nervilor şi neuronilor printr'un ultra-virus.

I. Pavel et Brancovici. *Contribution à l'origine des eosinophiles dans le syndrome de l'eosinophilie pleurale.* (Le Sang., No. 1/1928). — In introducere autorul face istoricul asupra teoriilor patogeniei eozinofiliei pleurale şi insistă asupra teoriei originei locale a eozinofiliei (Widal şi Dominici).

Faptul că în exudatul pleural se găsesc 2 feluri de eozinofile, unul cu caracterele eozinofilului din sânge, altul cu caracterul unui limfocit cu granulaţii eozinofile ce nu se găsesc în sânge, pledează pentru origina locală a eozinofiliei pleurale.

Autorii susţin teoria originei locale a eozinofiliei locale, argumente clinice şi experimentale o confirmă. In ceia ce priveşte celulele de unde eozinofilele pleurale derivă, autorii cred că ar avea origina din mononucleare şi limfocite.

Urmărind evoluţia monocytelor în lichidul pleural găseşte apariţia granulaţiilor eozinofilelor în monocit. In ceia ce priveşte cauza apariţiei granulaţiilor eozinofile, presupune că aceasta ar fi consecinţa unei activităţi celulare.

D. Simici, C. Mustaţă et Petrovici. *L'Action du sulfate de barium et du cytobàrium dans le traitement de l'ulcère et des syndromes hypersténiques de l'estomac.* (Arch. des mal. de l'appar. digest. et des mal. de la nutrit, No. 8/1928). — După un examen amănunţit al bolnavilor ce aveau ulcere gastro-duodenale şi dispepsie, autorii institue tratamentul cu sulfat de bariu sau cytobariu de patru ori pe zi câte 15 grame din aceste substanţe într'un pahar cu apă.

La ulceroşi administrează acest tratament mai multe săptămâni în serie de 12 zile, separate de 10 zile de repaus. La bolnavii ce aveau gastrite şi dispepsie li se institue tratamentul 2—3 săptămâni. Din cercetările făcute reese că, sulfatul de bariu şi cytobariu administrat pe cale bucală mai multe săptămâni în doze de 60 grame pe zi, pot produce cicatrizarea ulcerului şi atenuarea şi dispariţia fenomenelor subiective şi obiective ale acestei afecţiuni.

Deasemenea au observat modificări favorabile în gastrite şi dispepsii hiperstenice sensitivo-secretorii şi sensitivo-motorii. Chimismul gastric nu e influenţat de aceste substanţe.

Dr. S. Theodorescu. *Un caz de dermatita papulo-keratozică scorbutică (Sur un cas de dermatite papulo-keratosique scorbutique). Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie.* (No. 7 Juillet 1928 p. 581 T. IX). — Cazurile de dermatită papulo-keratozică scorbutică, dermatoză observată şi descrisă în 1919 pentru prima oară de Prof. Nicolau sunt rare, deoarece constitue o manifestaţie precoce a scorbutului, un adevărat semn de alarmă pentru depistarea scorbutului.

Ea este constituită dintr'o erupţie apruriginoasă, simetrică, aproape generalizată, debutând la partea antero-internă a antebraţelor şi antero-externă a coapselor, cu extensie progresivă, generalizându-se aproape pe întreg tegumentul, respectând numai capul, acsilele, toracele etc, Leziunea elementară este constituită la început de-o mică papulă cornoasă foliculară, apoi treptat se infiltrează dând papule perifoliculare, de culoare de la roşu închis sau violaceu la cea neagră, rotunde dure, în centru cu un buchon keratozic.

Cedează tratamentului avitaminozei cauzale,

Alexandru Tocilescu. *La lobite tuberculeuse gauche.* (Presse méd. No. 91/1928). — Face un scurt istoric al importanţei procesului pneumonic în tuberculoza pulmonară. Studiul complect al lui Sergent şi Henry Durand asupra scizuritelor şi periscizuritelor tuberculoase, măreşte cadrul tuberculozei lobare care cuprinde toate formele anatomo-clinice ale tuberculozei localizate la unii din lobi pulmonari. Autorul studiază 15 cazuri de lobite tuberculoase stângi, din care 12 cazuri de lobită superioară, 2 cazuri în care procesul tuberculos a năvălit ambii lobi şi unul de lobită inferioară izolată. Diagnosticul clinic a fost verificat prin examenul radiologic. La 9 bolnavi a precizat începutul evolutiv pneumonic acut, la 6 bolnavi începutul a fost sub-acut progresiv cu fenomene bronchitice. In toate cazurile a aplicat tratamentul cu pneumotorax artificial, ce a dat rezultate bune afară de trei cazuri (o gravidă, o enterită bacilară şi un bolnav cu o pleurezie interlobară stângă ce complica juxtascizurita stângă). In general lobita tuberculoasă evoluiază către scleroză. Uneori scleroza poate să intereseze totalitatea focarului de pneumonie tuberculoasă, poate să se limiteze în jurul cavernelor, alteori în jurul micilor focare necrotice. Din punct de vedere anatomo-patologic autorul susţine concepţia lui Tripier unde toate leziunile tuberculoase sunt cuprinse în tuberculoza pneumonică. Diagnosticul lobitelor tuberculoase se bazează pe prezenţa bacililor în spute.

V. Vintici. *Uretroragia gravă consecutivă dilataţiilor uretrei. (L'Uretroragie grave consecutive aux dilatations de l'urètre. Journ. d'Urologie).* (T. XXVI. No. 2 August 1928 p. 133). — Cu o bibliografie bogată, discută chestiunea uretroragiilor grave cari apar imediat sau tardiv după dilataţiile uretrei, aducând şi 7 observaţii clinice.

Tratamentul indicat constă întâi în aspiraţia chiagurilor, apoi aşezarea unei sonde à demeure; iar când persistă, trebue făcută cistostomia cu tamponarea uretrei posterioare, unde este în general sediul hemoragii.

III.

MIŞCAREA MEDICALA STRĂINA

Tratamentul maladiilor intestinale cu usturoi (Allium sativum) de **Dr. Erbach-Altona** (Müchener Medizinische Wochenschrift 1928 No. 2 pag. 87). — La lucrarea profesorului Roos din Freiburg publicată în anul 1925 în M. M. W., asupra întrebuinţării usturoiului (Allium-dativum) în maladiile intestinului, D-r Erbach a continuat aceste cercetări căutând a se convinge dacă rezultatele publicate asupra acestui tratament sunt evidente şi dacă într'adevăr se pot obţine prescurtarea unor maladii ale intestinului. Cercetări experimentale mulţumitoare, cari să ne dovedească eficacitatea acestui medicament, nu există.

Din cercetările terapeutice făcute pe 50 de cazuri, în catare intestinale acute şi cronice (enterite şi entero-colite) s'a observat că ingerarea de 2—3 drageuri de Alisatium de două ori pe zi face ca mişcările peristaltice ale intestinului să se micşoreze, scaunele să scadă ca număr, iar după 48 de ore să devie mai consistente.

Pofta de mâncare creşte, bolnavul se simte mai bine,

Cu succes s'a întrebuinţat acest tratament şi în două cazuri de colica mucosa.

Preparatul e fără miros şi eficacitatea apare repede.

Probabil că acest preparat influenţează asupra florei intestinale patologice având acţiune şi asupra aparatului digestiv în ceeace priveşte motilitatea şi organele secretorii.

Ueber Erkrankungen und Tod nach Obstgenuss de **Von Walther-Gros**, M. M. W. No. 5 1928 pag. 213. — Bolile cari pot surveni după ingerare de fructe sunt datorite mai multor cauze. Inafară de fructele necoapte stricate, bolnave, acoperite cu ciuperci sau de agenţi patogeni, sau stropite cu substanţe chimice cari vatămă organismul, chiar fructele coapte fără cele enumărate mai sus pot produce boli şi chiar moartea.

Se întâmplă ast-fel când se introduce în organism o cantitate prea mare de fructe, cari n'au fost bine masticate şi stomacul neobişnuit cu ast-fel de alimente.

Indeosebi de periculoase sunt prin cercetările făcute cireşile şi agrişile, mai ales dacă se bea apă multă.

Bineînţeles joacă rol dispoziţia individuală, senzibilitatea aparatului digestiv al copiilor, în special intestinele şi apoi anotimpul prea călduros

Bolile cari se observă sunt, Gastrita, Enterita, Gastro-Enterita, Dispepsia de fermentaţiune cari sunt mai puţin ameninţătoare, iar dintre acelea cari suprimă viaţa sunt 1) Dilataţia de stomac acută şi 2) Ileus paralitic alimentar.

Neue Ergebnisse der Urtikarialforschung und Behandlung de **Prof. H. T. Schraus,** (M. M. W. No. 8 pag, 340, 1928). — In unele cazuri de urticarie acută sau cronică, există mai mult sau mai puţin o acidosă compensată (Hypokapnie), pe când în restul cazurilor există o rezervă de alcaline normal sau puţin ridicat.

In cazurile când acidosa este presentă, cu siguranţă că stă în directă legătură cu urticaria.

Autorul remarcă legătura strânsă ce există între urticaria şi aciditatea sau alcalinitatea sângelui.

In practică când e greu să se facă toate probele cari sunt foarte complicate, şi e de recomandat să se înceapă tratamentul cn lobelin şi Natrium bicarbonicum. Dacă nu se obţin rezultate satisfăcătoare, să se facă injecţiuni cu Neostronţiuran sau Afenil, şi atunci cu siguranţă se va obţine succesul dorit.

Alcaliterapia trebuie să ia în viitor un loc tot aşa de important ca şi calcium sau stronţium.

Die Duodenal sondierung bei typhosen Erkrankungen de **H. Schotter, Brodskaya şi G. Sinai** (M. M. W, 1928 No. 10 Pag. 432). — Sonda duodenală la tifus nu este numai un element de diagnostic folositor, care ia un loc de frunte alături de examenele bacteriologice şi serologice, ci este un element care trebuie să lămurească cazurile neclare asupra problemelor de tifos.

Iată rezultatele obţinute de autori: sonda duodenală aplicată la 52 de bolnavi cu tifus şi paratifus B. a fost găsită la examen positivă în 25 de cazuri deci 48% procente.

La 26 de bolnavi cărora li s'a aplicat sonda în primele 14 zile de boală s'a putut găsi baccilul la 19 bolnavi deci un procent de 73%. Dacă se face sondarea în primele zile de febră atunci rezultatul poate'fi de 100%. Cel mai devreme când se poate găsi baccilul în sucul duodenal este a doua zi la recidive şi a 7-a zi la cei bolnavi pentru prima oară.

Intrebuinţarea sondei chiar la bolnavii în stare gravă, fie chiar pe nas cu sonda lui Gros este nepericuloasă şi se face fără mare greutate.

A întrebuinţa sonda duodenală la tifos este a avea la îndemână un element de diagnostic foarte preţios putându-se ast-fel lămuri multe chestiuni din problemele tifosului.

Rhodan-Calcium-Diuretin gegen Hypertonie de **Prof. Askanasy-Könisberg** (M. M. W. 1928 No. 48.—După Profesorul Askanasy, Rhodan-Calcium-Diuretin este un medicament eficace în hypertonie şi trebue recomandat cu căldură în practica medicală. Rezultate bune se observă în hypertonia esenţială, dar chiar şi la hypertoniile de origină nefrogenă.

Cutivakzin Paul ein neuer Hautimpfstoff zur Behandlung chronischer Erkranckungen der Gelenke, Muskeln und Nerven de **A. Skutezky-Prag.** (Medizinisch Klinik 1928 No. 4). — Cutivacin Dr. Paul este un amestec de

Tuberculomucin Vaccinetoxin Paul şi Saprophytin. Aceasta terapie este nevătămătoare şi s'au obţinut rezultate bune chiar în cazurile în cari toate celelalte tratamente adecuate au rămas fără succes.

Dr. I. Rosmann.

Paludisme congenital par **Alarcon (Mexique).** (Bull. de la Soc. de Pediatrie No. 1/1928). — Comunicarea se referă la două noui cazuri de paludism congenital diagnosticate prin examenul sângelui la nou născut. In primul caz: fenomenele clinice au apărut la 21 ore după naştere şi plasmodiul vivax a fost identificat în sângele noului născut la 40 ore de la naştere. Tratat cu euchinină în doză de 0,15 g. pe zi copilul n'a mai prezentat nici un fenomen.

Al doilea caz fenomenele clinice au debutat la 40 ore dela naştere şi plasmodiul se găseşte la 90 ore dela naştere în sângele periferic al noului născut. Copilul moare cu fenomene nervoase intense. In ambele cazuri s'a evidenţiat paludismul mamei în timpul sarcini.

Autorul discută problema paludismului congenital (apărut înainte de 15 zile dela naştere, timp necesar incubaţiei unui paludism câştigat) şi distinge un *paludism prenatal* în care infecţiunea a fost transplacentară (incriminând sifilisul în distrugerea parţială a filtrului placentar) şi un *paludism natal* în care infecţia se face în timpul travaliului. Primul este mai grav şi poate provoca naşteri premature, avorturi şi feţi morţi. In ambele cazuri recomandă o terapeutică activă. Comunicarea este însoţită de un tablou al celor 46 cazuri ce s'au publicat până acum în literatura medicală.

Les artérites pulmonaires multiples du nourrisson et leurs consequences par **Ribadeau Dumas, Chabrun et Wolf.** (Revue Française de Pediatrie No. 1/1928). — Este comun să întâlnim în afecţiunile acute sau cronice al pulmonului lesiuni arteriale. Lucrarea autorilor citaţi vizează însă arteritele multiple ale pulmonului: (perilobulare, lobulare şi sublobulare) *preexistente procesului acut* şi cari pot provoca moartea. Aduc 3 observaţiuni la care examenul histologic arată existenţa arteritelor obliterante multiple cu proliferare elastică a endarterei la primele două şi cu o panarterită în ultimul caz producând obstrucţia complectă a vasului. Arată deosebirea *histologică* ce există într'un proces cu punct de plecare broncho-alveolar (tubercul) şi altul provocat de o alteraţie vasculară (infarct).

Recomandă ca pentru tubercul secţiunea să urmeze marele ax al bronchiei, iar pentru infarct secţiunea să fie perpendiculară. Manifestarea clinică a arteritelor pulmonare ar fi dispnea paroxistică şi cianoza ca simptome singure şi precoce, la cari în urmă s'ar adăuga determinaţiuni pulmonare acute sau supra acute. Semnele clinice şi Wassermannul pozitiv în unul din cazuri îl fac pe autor să socotească sifilisul congenital cauza acestor arterite.

La fausse diarhée chez le nourrisson par **R. Debre, R. Goiffon et M-lle Violet.** (Le Nourrisson No. 1/1928). — Sub acest nume autorii descriu un sindrom caracterizat clinic prin: prezenţa scaunelor numeroase, lichide, grise, verde, sau sepia, de cele mai multe ori fetide, alternând cu perioade de constipaţie. Mai frequent la sugarii cu alimentaţie artificială, nu prezintă nici o gravitate şi este expresia unei întârzieri a transitului colic.

Diagnosticul precis îl aduce examenul coprologic. Scaunele au reacţia

alcalină. Nu conţin decât săpunuri alcalino teroase. Nu se constată nici grăsimi neutre nici acide. *Bilirubina este absentă* iar *stercobilina abundentă.* Reacţia peroxidazelor este slab pozitivă.

Cunoaşterea acestor false diaree este importantă pentru a evita întrebuinţarea intempestivă a regimurilor şi medicaţia diareelor adevărate cari, în aceste cazuri agravează maladia. Autorii consideră împreună cu Matieux, aceste false diaree ca adevărate constipaţii şi indică întrebuinţarea sulfatului de sodiu (după Marfan) şi înlocuirea laptelui de vacă.

Un cas de cancer primitif du foie chez un nourrisson par **I. Stolz et P. Bicart.** (La médicine infantile No. 3/1928). — Cazul unui sugar de 13 luni. Părinţii, fraţi, şi surori cu cancer. Născut la termen cu 4000 gr. Alăptare artificială. La 10 luni hipertrofie imensă a ficatului cu icter. Luat drept sifilitic este tratat ca atare.

Se face o biopsie şi la examenul histologic se constată o epiteliomă trabeculară şi tubuloasă provenind din traveele hepatice.

La autopsie se prelevă părţi din ficat şi se constată un cancer primitiv al ficatului (Hepatom-Renon et Geraudel).

Dr. I. Rosenstein.

Nalter Estell Lee, Gabriel Tucker şi Louis Clerf. *Atelectazia pulmonară postoperatorie.* (Annals of Surgery, 1 Iulie 1928). — Autorii sunt convinşi din ce în mai mult despre afirmaţia lor făcută în Annals of Surgery din April 1924, că „fenomenele de colaps pulmonar în diferite grade sunt adevăratul factor etiologic în complicaţiunile pulmonare postoperatorii".

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Impreună cu Mastics sunt de părere că peste 70% din aşa zisele *pneumonii postoperatorii postanestezice* nu sunt decât diferite grade ale atelectaziei pulmonare.

Chiar pneumoniile adevărate care sunt în mică proporţie, toate încep cu atelectazia şi peste aceste leziuni se grefează infarctul sau infecţia.

Atelectazia masivă care prinde mai mult decât un lob pulmonar este de obicei luată drept un exudat pleural, empiem ori pneumotorax.

Atelectazia lobară care prinde numai un lob este diagnosticată pneumonie lobară.

Atelectazia lobulară prinzând zone răspândite în unul sau mai mulţi lobi este diagnosticată broncho-pneumonie or infarct pulmonar.

Faptul că atelectazia survine uneori spontan, că survine în infecţiunile pulmonare; în plăgile nepenetrante ale toracelui, abdomenului sau extemităţilor inferioare, în creşterea presiunea abdominale asociată cu tumori, distensiune intestinală şi exudat peritoneal, în situaţiuni cari imobilizează toracele şi abdomenul, în difteria naso-faringiană, în corpurile streine ale trachei sau bronchilor şi dupe operaţiunile pe păretele abdominal, organele intra-abdominale, genitale, etc., această arată că sunt mai mulţi factori etiologici.

In 33 cazuri reportate de autori aceştia sunt convinşi că 2 factori au fost constanţi în acest grup: primul, cel mai important este *un viciu al secreţiunei bronchiale* şi al 2-lea o *inhibiţiune a tusei.*

Secreţiunea bronchială îngrămădindu-se astupă complect lumenu bronchiei.

Dacă oclusiunea aceasta are loc într'o bronchiolă, vom avea atelectazie lobulară, dacă are loc într'o bronchie care conduce la un lob, vom avea atelectazie lobară şi în fine dacă are loc într'o bronchie mare vom avea atelectazie masivă.

Mecanismul acesta a fost sugestionat autorilor de lucrarea experimentală a lui Archibald raportată la congresul de chirurgie din N.-York 1927.

Acest autor arată că dacă secreţiunile bronchiale nu sunt eliminate prin efortul expirator, acestea pot fi cărate în jos în arborele bronchial, în inspiraţiunea ce urmează. Secreţiunile bronchiale, de consistenţa oleului mineral, cad în jos în alveolele terminale în tentativele de tusă, pe când secreţiunile mai vâscoase cum este sputa şi mucus sunt uşor expulsate de efortul expirator.

Autorii expun observaţiunea unui bolnav cu atelectazie pulmonară survenită în urma unei operaţiuni de herniorafie sub-anestezie cu eter.

După 24 ore de la operaţie, respiraţia devine scurtă, temperatura se ridică. Dupe 48 ore tusa este superficială şi expectoraţia foarte diminuată.

Deplasarea inimii se face spre partea atelectaziată, iar atelectazia este confirmată prin examen la razele Röentgen.

Prin bronchoscopie Dr. Clerf, extrage 9 c. mc. de secreţiune bronchică a cărei examinare bacteriologică arată cultură pură de pneumococ.

Această secreţiune este introdusă în bronchia unui câine de experienţă care dupe ce este narcotizat cu eter, este supus unei laparotomii.

Prin introducerea în peritoneu a 250 m. gr. de sodium amytal se măreşte narcoza şi se anihilează tusa reflexă.

Imediat după operaţie încep fenomene de colaps pulmonar de partea bronchiei experimentate.

Dupe 3 ore examenul la raze Röentgen arată o complectă atelectazie a lobilor pulmonari de aceiaş parte şi o deplasare a cordului spre partea atelectaziată.

Autorii consideră că acesta este primul succes de producere a atelectaziei pulmonare pe cale experimentală, cu secreţiuni bronchice de la un caz clinic.

Walter Estell Lee, I. S. Ravdin, G. Tucker, E. P. Peudergrass. *Studii asupra atelectaziei pulmonare experimentale.* (Annals of. Surgery, Iulie 1928). — Autorii dau în detaliu observaţia unei experienţe prin care au putut produce la câine atelectazia pulmonară în urma unui traumatism operator.

Prin secreţiuni bronchice luate dela om bolnav de atelectazie pulmonară şi prin anihilarea tusei reflexe au putut să reproducă la câine atelectazia pulmonară.

Mai departe, sunt alte observaţiuni în care s'a obţinut pe câine atelectazia pulmonară prin introducerea în bronchii (cu broncoscopul) dintr'o soluţie 100% acacia.

Tusa reflexă a fost anihilată prin sodium amytal în peritoneu, iar câinele supus unei laparotomii.

In toate cazurile autorii au obţinut atelectazie pulmonară.

Leroy Santee. *Colapsul (atelectazie) masiv al pulmonului.* (Annals

of. Surgery) August 1928). — Autorul prezintă 6 cazuri personale şi dupe ce descrie simptomele, aspectul radiologic, patogenia, tratamentul, face următoarele concluziuni:

1) Colapsul atelectazic, masiv, al pulmonului este o entitate clinică definită. Acest nume trebue să fie rezervat pentru cazurile în care survine colapsul unui plămân până aci bine aerat, fără obstrucţie mecanică prin corpi străini, tumori sau anomalii.

Termenul „atelectazie lobară acută idiopatică" a fost inspirat de Dr. Seth I. Hirsch.

Atelectazia congenitală şi atelectazia de cauză mecanică prin corpi streini, tumori şi anomalii nu intră în acest cadru.

2) Această boală este caracterizată prin colapsul subit al unuia sau mai multor lobi pulmonari bine aerat mai înainte şi de cauză necunoscută

3) Este f. frecvent observată în urma operaţiunilor abdominale şi alte traumatisme ca fracturi ale pelvisului sau femurului, dar poate urma şi traumatismelor în aparenţă uşoare.

4) Radiologiceşte, este o densificare a unuia sau mai multor lobi pulmonari cu caracter omogen şi asemănătoare unei pneumonii.

Strâmtoarea toracelui de partea bolnavă, micşorarea spaţiilor intercostale, ridicarea diafragmului şi deplasarea cordului şi organelor mediastinale către partea bolnavă fac leziunea uşor diagnosticabilă.

5) Se pare foarte logic de a presupune că boala este datorită unei inhibiţiuni a tusei reflexe cu slăbirea muşchilor respiratori, fie că imobilizarea lor se datoreşte reacţiunei de apărare, fie că se datoreşte unei paralizii toxice nervoase, care permite secreţiunilor de a se acumula în bronchii. Nici una din aceste cauze nu este în stare să producă singură atelectazia; o conlucrare simultană este necesară pentru desvoltarea ei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6) Tratamentul este simplu şi constă în a învârti pe pacient pe partea sănătoasă.

De ordinar nici un alt agent terapeutic nu este necesar.

Acest simplu procedeu, în toate împrejurările în care a fost instituit (5 cazuri) a dat rezultat bun restabilind repede aeraţiunea pulmonară.

Jackou şi colaboratorii săi au raportat cazuri de revenire la normal dupe brouchoscopii repetate, prin care se ridică secreţiunile bronchice, şi trebue să recurgem la bronchoscopie dacă nu reuşim prin mijloacele simple.

Dr. Baculescu.

Saadi Nazim. *Acţiunea injecţiunilor intravenoase de bilă asupra funcţiunei uropoetice a ficatului* (J. de Phys. et. de Pat. gén. Tome XXVI No. 1 | 928). — Cunoscând că bila excită secreţia biliară şi într'o oarecare măsură funcţiunea glicemică a ficatului, autorul a căutat să vadă dacă sub influenţa *injecţiunilor de bilă diluată,* funcţiunea uropoetică a acestui organ nu este excitată la rândul sau. Experienţele le-a făcut pe câini cloralozaţi, injectându-le într'o venă mezaraică bilă de câine recoltată prin puncţie veziculară. El a ajuns la concluziunea că paralel cu augmentarea secreţiunei biliare, în mod constant şi funcţiunea uropoetică a ficatului este excitată.

Edward Ozarnecki. *Vaso-constricţia asfixică mult timp după secţiunea nervilor splachnici.* Journal de Phys. et de Path. gén. tome XXVI No. 1

1928. — La câini după secţiunea nervilor splachnici, presiunea arterială este tot atât de ridicată ca şi a celor cu nervii intacţi. Nervii vasomotori reacţionează cu vaso constricţie netă la o excitaţiune asfixică.

Totuşi sângele venos al suprarenalei nu are o mai energică activitate vaso constrictivă, putând să denote o augmentare a secreţiunei adrenalinice.

Şi totuşi suprarenala conţine o cantitate normală de adrenalină, dacă judecăm după activitatea vaso-constrictivă a extractelor suprarenale.

Alături de vaso-constricţia asfixică la animalele cu splachnicii secţionaţi, există şi o acţiune toxică interesând direct capsula suprarenală şi care lucrează prin intermediul sistemului nervos splachnic. Nicotina măreşte secreţiunea de adrenalină şi acţionează asupra vasomotorilor, cu toată secţiunea prealabilă a splachnicilor. *Dr. I. Vasilescu.*

R. Bernard: *Aide-mémoire de Syphiligraphie comparé et de Therapeutique.* (2 ème edit. 1928 Bruxelles. — Carte scrisă într'un stil concis şi clar, este un guid folositor medicului practician care întâlneşte la fiecare pas dificultăţi în punerea diagnosticului.

In prima parte discută patologia generală a sifilisului în lumina datelor recente: siflise paradoxale, despre infecţia sifilitică şi capriciile ei aparente: se vindecă? se poate relua? sunt atâtea capitole pline de interes şi lămureşte mult pe medic.

In partea II-a sub formă de tablouri, în 11 capitole discută toate manifestaţiile sifilisului, de la şancru sifilitic la paralizia generală. In aceste tablouri, din cauză că diferitele accidente pot fi confundate cu alte maladii, pune faţă în faţă caracterele leziunilor specifice cu cele nespecifice, astfel şancrul sifilitic este diferenţiat de cel simplu, de herpes, ectima scabioasă, şancrul redus.

In ultima parte discută mai întâi medicamentele: iodul, mercurul arsenicul, bismutul, şi apoi sub formă de scheme arată pozologia fiecărui agent terapeutic, modul de utilizare în diferitele faze ale infecţii treponemice,

Este o carte care nu trebue să lipsească de pe birou fiecărui medic, ajutându-l mult în precizarea diagnosticului.

G. Higoumenakis. *Un nouveau stigmate de syphilis hereditaire: l'hyperostose de l'extremité sternale de la clavicule droite.* (Revue fr. de Dermat et de Venerologie. A. IV. No. 4, Avril 1928 p. 213).

Pe un lot de 1500 bolnavi cari au fost consultaţi pentru diverse afecţiuni a constatat hiperostoza extremităţii sternale a claviculei drepte pe 149 (dintre cari 8 la stânga).

Concomitent cu acest stigmat, din examenul bolnavului cât şi prin interogator, a găsit şi alte stigmate de S. H. precum şi antecedente heredo-colaterale cari indicau cu precizie existenţa sifilisului.

Mecanismul de producere: spirochetul în timpul septicemii se localizează în spaţiile conjunctive ale claviculei şi rămâne în stare latentă. Mai târziu, în timpul vieţii active, mişcările mâinii drepte, aduc trezirea treponemei care provoacă întâi osteo-periostita şi apoi hiperostoza.

In sprijinul opiniunii relatează 26 observaţii, cari aduc o probă concludentă. *Dr. M. Săceanu.*

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Prof. Dr. Prado Tagle. *Lithiase biliaire, syndrome entero-vésiculaire.* (Arch. mal. de l'app. dig. Mai 1928). — Autorul insistă asupra pathogeniei lithiazei biliare şi admite că infecţia este o cauză generatrice a lithiazei biliare; inflamaţia şi retenţia sunt factorii indispensabili la formarea calculelor. Pe cale hematogenă portală pătrund germenii pathogeni în căile biliare. Bolnavii de lithiază au avut înainte o etapă intestinală şi apoi una veziculară. Dacă e vorba de lithiază simplă autorul recomandă tratamentul medical: stimularea mecanică a sfiincterului lui Oddi prin sondaj duodenal cu irigaţia unei soluţii de sulfat de magneziu 15% şi administrarea acestei substanţe 15—20 grame în apă caldă dimineaţa.

In lithiaze complicate se mai adaugă auto-entero-vaccinoterapie şi intervenţia precoce are mai mare succes, fie că se face cholecystectomie cu choledocotomie şi drenaj hepatic, tratamentul medical post-operator se va continua.

Autorul termină insistând asupra factorului intestinal în geneza acestor leziuni fie veziculare, fie apendiculare.

R. Hirsch

Phylaxia. *G. Billard.* (J. de phys. et de pat. gén. tome XXVI No. 1—1928). — In urma unor observaţiuni de protecţiune a cobailor contra otrăvurilor şi toxinelor, autorul a specificat *un mod particular de apărare* al organismului, căruia i-a dat numele de *phylaxie.*

Firul director al cercetărilor se bazează pe echilibrul *barierei lipoidice* a nevraxului. Multe din substanţele neurotoxice au o afinitate electivă pentru aceşti lipoizi, pe care-i impregnează în felul coloranţilor vitali. Această impregnaţie poate să împiedece alte materii colorante de a se fixa, pentrucă afinitatea lor este mai mică sau manifestarea lor este mai lentă.

A doua concepţiune care se raportează la bariera lipoidică, este că anumiţi *ioni* pot să formeze cu acizii graşi săpunuri greu mobilizabili, făcând astfel această barieră mai mult sau mai puţin impermeabilă faţă de otrăvurile nevraxului.

Prin aceste două ordine de idei, poate fi concepută acţiunea filactică a unui număr de substanţe, al căror mod de acţiune nu poate fi apreciat până acuma sub nici un aspect.

Dr. I. Vasilescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI — PROFESIONALE

Comunicarea D-lui Prof. Dr. Gh. Marinescu la Academia Română.

D-l Prof. Dr. Gh. Marinescu a făcut la Academia Română o foarte interesantă comunicare intitulată: *Structura şi funcţiunile creerului considerat ca organ de energie superioară.* Punctul de plecare al conferinţei şi anume constatarea că evoluţia civilizaţiei şi culturei omeneşti sunt în funcţiune de evoluţia structurei şi a funcţiunilor creerului, a dat ocaziune savantului nostru neurolog, să adâncească—cu erudiţia şi profunzimea de gândire cunoscută — istoria civilizaţiei şi filosofiei.

Este păcat că asemenea conferinţe nu capătă o largă şi complectă publicitate.

Aniversarea „Asociaţiei Internilor şi foştilor interni de spitale".

BCU Babeş-Bolyai University Library Cluj

Zilele trecute a avut loc aniversarea a 68 ani dela introducerea internatului în spitalele noastre şi sărbătorirea a 10 ani de existenţă a *„Asociaţiei internilor şi foştilor interni de spitale"*. A fost un fericit prilej ca să se adune la o laltă într o înălţătoare comunifate de sentimente, actualii interni şi foştii interni, din cari mulţi ajunşi gloriile medicinei româneşti. Au vorbit D-nii Prof. Bălăcescu, Titu Gane, I. Angelescu, Marinescu şi D-rii I. Jianu, Marius Georgescu, Duma, Firica.

S'au făcut promisiuni frumoase. Să sperăm că vor fi îndeplinite. Internii, corpul de elită al studenţilor în medicină, merită toată solicitudinea forurilor conducătoare.

Conferinţele D-lui Prof. Gh. Marinescu în America de Sud.

Invitat încă de acum 2 ani de către Universităţile Argentiniene a ţine o serie de conferinţe asupra patologiei sistemului nervos, D-l Prof. Marinescu a răspuns anul acesta, întreprinzând pe vară un voiaj în America de Sud.

In drum s'a oprit la Paris şi a făcut o comunicare la Academia de Medicină asupra *Mecanismului myasteniei* şi o conferinţă la spitalul Charité asupra *Myasteniei.* Ajuns în America la Buenos-Aires şi Rosario a ţinut câte o conferinţă asupra *Vieţei şi operei lui Santiago Ramon y Cajal;* într'o a doua conferinţa la Rosario în amfiteatrul Fac. de Medicină, a vorbit despre *Viaţa şi opera lui Charcot* şi despre *Concepţiunile noui asupra hysteriei,* iar într'o a treia conferinţă în localul Bibliotecei argentine a tratat despre *»Hipnotism, sugestie, emoţiune».* La Cordoba, D-l Prof. Marinescu a luat parte la o şedinţă organizată în onoarea sa de Camera Deputaţilor. In Brazilia, la Rio de Janeiro, D-sa a ţinut la Academia de Medicină următoarele conferinţe: *Studii histo-chimice şi biologice asupra mecanismului bătrâneţei şi reintineririi. — Patologia afecţiunilor hereditare din punct de vedere al fermenţilor. — Hysteria, Encefalita epidemică.*

Voiajul D-lui Prof. Marinescu în America a fost triumfal; asupra lui vom reveni într'unul din numerile viitoare cu ample detalii.

Societatea Medicală a Spitalelor din București.

A decis în una din ultimele ședințe a serba 10 ani dela înființarea ei. Aniversarea va avea loc în prima Duminecă a lunei Martie 1929 și va consta dintr'o ședință festivă la care vor fi invitați reprezentanți ai Facultăților de medicină și ai tuturor Societăților științifice din țară. In seara aceleași zile va avea loc un banchet.

Medici sărbătoriți pentru munca lor.

In prezența autorităților superioare representate prin D-l Insp. G-l Sanitar Smadu și D-l Prefect al Jud., a corpului medical local și din Jud.. și a populației recunoscătoare au fost sărbătoriți anul acesta în Iulie și la noi la Orhei, D-l *Dr. Lisnievici* cu ocazia eșirei sale la pensie dupe o muncă bine înțeleasă de o viață de om și D-l *Dr. M. Coteanu*, prețedintele filialei Asoc. G-le a medicilor și medic primar al Jud. Orhei pentru munca rodnică și patriotică ce depune de 10 ani în interesul binelui obștesc.

Curs pentru pregătirea medicilor legiști.

S'a înființat din anul acesta la Fac. de Medicină din București, un curs de specialisare medico-legală.

Regulamentul care prevede organizarea lui a apărut în M-torul Oficial din 11 Iulie c.

Cursul începe la 1 Oct. al fiecărui an și durează un an.

Participarea la cursuri și la lucrările practice, cari se vor ține în lunile Iulie, August și Septembrie, este riguroasă; ea se va constata prin condici de prezență iscălite regulat.

Pentru recrutarea medicilor primari de județ și medicilor-șefi de oraș.

S'a întocmit un nou regulament; el a apărut în Monitorul Oficial No. 155 din 17 Iulie 1928.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru recrutarea medicilor specialiști

în posturile de medic școlar, medic de dispensariu, medic ambulatoriu, de policlinică, de medic primar de consultațiuni în specialitatea de puericultură, consultațiuni prenatale, boale de ochi, nas, gât și urechi, dinți și gură, boale venerice, piele, tuberculoză, etc. s'a promulgat în Monitorul Oficial No. 156 din 18 Iulie 1928 un regulament, care prevede norma concursului; el specifică condițiunile generale de admisibilitate la concurs, condițiunile speciale și probele concursului.

Un nou regulament la Fac. de Medicină din București

s'a pus în aplicare din anul acesta; el este datorit concepției luminate și muncei covârșitoare depuse de D-l Decan Bălăcescu și este chemat să împlinească multe lacune ale învățământului medical.

Acest regulament limitează numărul înscrierilor și prevede normele, dupe care se vor face alegerea, dacă numărul solicitanților întrece pe cel al locurilor fixate; el fixează numărul anilor de studiu la șase; face obligator stagiul de spital și prevede rotația; stabilește examene de fine de an și 4 doctorate, dintre cari primele 3 se pot trece numai dupe terminarea cu succes a anului 3, iar al 4-lea, care cuprinde clinicile, numai dupe terminarea cu succes a anului 6.

Regulamentul prevede înființarea pe lângă Facultatea de Medicină din București a unui studiu de specializare, care durează un an și după absolvirea căruia se trece un examen și se cere o lucrare din domeniul specialității făcute, dupe cari numai candidatul obține diploma de specialist și se va putea intitula „specialist".

Specialitățile creiate poartă asupra tuturor ramurilor medicinei.

* * *

D-l Dr. Gh. Mârza, asistent al Institutului de Fiziologie de pe lângă Facultatea de Medicină din Bucureşti, în urma examenului depus a fost abilitat ca docent universitar în specialitatea chimie biologică.

D-sa a fost însărcinat să ţină cursurile de chimie medicală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MEDICINE

Année scolaire 1928—1929

CLINIQUE TARNIER
89, rue d'Assas

COURS DE PERFECTIONNEMENT
du Jeudi soir

Ce cours gratuit aura lieu chaque JEUDI, *à 20 h. ¾, du Jeudi 29 Novembre 1928, au 14 Mars 1929*

PROGRAMME DES LEÇONS:

29 Novembre.	G. VINCENT: Le problème de la sérothérapie anticolibacillaire.
6 Décembre.	BRINDEAU: Considérations sur l'anémie pernicieuse des femmes enceintes.
13 „	METZGER: Du psychisme au cours de la puerpéralité.
20 „	RIBADEAU-DUMAS: Les affections cutanées communes du nouveau-né.
3 Janvier.	DESOUBRY: La césarienne dans le placenta proevia.
10 „	KEIFFER: L'évolution gravidique de la fibre uterine.
17 „	**GHEORGHIU:** La rachianesthesie en obstétrique et gynécologie.
24 „	CHOME: Considérations sur les dechirures du perinee.
31 „	CAMUS: Des complications de la vaccine.
7 Fevrie.	HINGLAIS: Etat actuel de la question de la secretion interne de l'ovaire.
14 „	MOUSSU: L'eclampsie vitulaire.
21 „	J. D. FAURE: Faut-il abandonner l'hysterectomie vaginale?
28 „	VAUDESCAL: Des complications vesico-urethrales consecutives à l'accouchement.
14 Mars	ZOELLER: Etat actuel de la question du streptocoque dans la scarlatine.

Le Doyen de la Faculté: *H. Roger.*

Biblioteca Universitară Clujeană / Cluj Central University Library Cluj

Lapte de femeie... la sticlă.

O ultimă achiziţie a civilizaţiei americane şi iată un mijloc pentru desvoltarea maternităţii şi a industriei doicilor.

Sânii femenini cântaţi de poeţi, deveniţi izvoare de dolari. Fiindcă laptele de femeie se plăteşte în America cu circa 4 dolari litrul sau peste 700 de lei litrul. Cu preţul acesta o doică bună poate câştiga până la 30.000 lei lunar numai cu secreţia ei lactată... Iată ce scrie *L'independence medicale de Montreal:* „O lăptărie de femei a fost creiată la New-York. Femeile nu trăesc în turme ci continuă să locuiască la ele. Nu vin decât pentru a fi mulse în prezenţa unei infirmiere care are însărcinarea să sterilizeze sticlele să ia comenzile şi să asigure expediţia".

„Stabilimentele dispun actualmente de 32 lăptării, din cari cele mai importante dau peste 100 litri de lapte pe zi.

„Mai puţin decât pot da 30 sau 40 vaci bune de lapte,.... dar rentează".

Internatul în Franţa.

Modul de preparare şi de examen la internatul spitalelor din Paris a dat în ultimul timp loc la interesante discuţiuni. Profesorul Merklen şi Doctorul Etienne Bernard şi-au precizat vederile socotind un pericol pentru medicina franceză actualul mod de a prepara şi trece examenul. Astfel „memorarea" conferinţelor gata pregătite de către conferenţiari plătiţi, fără să necesite un efort personal din partea candidatului, precum şi anonimatul care opreşte recunoaşterea adevăratelor valori şi talente, iată cele două mari rele ale examenelor actuale de internat în Franţa, aşa cum le vede Prof. Merklen şi E. Bernard.

O chestie de prioritate.

Cine a descris primul encefalomyelita epidemică ?

Iată chestiunea pe care o pune Profesorul Achard într'un mod şi civilizat şi ştiinţific.

Profesorul Achard pe baza celor 64 de observaţiuni ale Profesorului Cruchet asupra polimorfismului encefalomielitei epidemice observate între 1915 şi 1917 revendică pentru clinica franceză titlul de glorie al acestei descoperiri.

Clinica franceză descrisese încă din Aprilie 1917 encefalomyelita epidemică cu multiplele ei forme şi numai după câteva zile apăru descrierea lui Von Economo. Dar aceasta din urmă deşi exactă păcătuia prin faptul că se oprea numai asupra unei singure forme şi simplicitatea descrierei a atras şi a fixat atenţia dând numele lui Von Economo maladiei descrise. Observaţiunile ulterioare au dovedit necesitatea de a complecta descrierea lui Von Economo cu multiplele forme clinice descrise de Cruchet.

Din studierea documentelor ce Prof. Cruchet publică, Prof. Achard cere pentru encefalomyelita epidemică numele de „Maladia lui Cruchet".

* * *

Prof. Achard, ca şi toţi cei cari se amestecă în asemenea chestiuni de revendicări uneori fără voia lor, trebue să se bazeze în afirmaţiile lor pe documente controlabile, cari altfel îi pot dezice; deviza „Amicus Plato sed magis amica veritas" pentru ei mai ales trebue să fie nu numai o dogmă, dar o necesitate.

Uneori există nedumeriri, pentrucă nu se cunoaşte precis sensul noţiunei de prioritate ştiinţifică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numărul medicilor în Germania.

Profesorul I. Schwalbe în „Deutsd. Med. Wochschr" calculează că la începutul anului 1928 au existat în Germania (excluzând regiunea Saarului) 47.388 de medici la o populaţie de 64.000.000 locuitori corespunzând la circa 7,45 medici la fiecare 10.000 de locuitori. Proporţia a crescut simţitor dela 4,90 în 1901; 5,11 în 1913; 5,99 în 1921; 6,67 în 1925 şi 7,10 în 1926. In oraşele mari proporţia este de 12,5 la 10.000 iar la ţară se reduce la 5,6. Doctoriţele au crescut mult. In 1926 ereau 167 iar în 1927 erea 2078, când în anul 1913 ereau abea 195.

Numărul medicilor din Japonia.

In urma unei anchete făcute de Ministerul de Interne al Japoniei, medicii au ajuns la anul 1926 la numărul de 45.900 adică cu o creştere de 574 dela 1925.

Această cifră corespunde cu un medic la fiecare 1319 locuitori sau cu 7,58 medici la fiecare 10.000 de locuitori.

Cum mor medicii în Statele-Unite.

„Journal A. M. A." gazeta Asociaţiei Medicilor din Statele-Unite, publica o statistică a medicilor morţi în 1927 în Statele-Unite. Au murit 2790 de medici.

Vârsta medie a morţii a fost de 62 de ani.

164 au ajuns vârste de 80—84 ani, 91 au trecut de 85 ani şi unul a ajuns la 102 ani.

Cauzele mai frecvente de moarte au fost:

Cardiopatii: 851 din cari 125 de angină pectorală.

Hemoragii cerebrale: 326.

Afecţiuni pulmonare 259, etc., etc,

Morţi de accidente au fost 140 ceace însemnează cu 49% mai mult decât în 1926.

Morţile prin accident de automobil au crescut cu 83% faţă de anul 1926.

Au fost 49 sinucişi cu preferinţă pentru arme de foc (17) şi 14 omucideri din cari 4 au fost asasinaţi de pacienţi şi rude.

Studentele în medicină şi studenţii la Londra.

Cinci clinici din cele mai mari din Londra au exclus studentele din aulele lor şi de aci înainte studentele vor avea două clinici special rezervate numai lor.

Raţiunea acestei excluderi ar fi că turbură atenţia colegilor lor. Hotărârea a provocat vii discuţii.

Profesorul Graham Little membru al parlamentului a făcut o caldă apărare doctoriţelor.

Conclusia sa a fost: „Place sau nu place bărbaţilor, dar eu cred că doctoriţa are o raţiune de a fi şi eu le presint urările mele cele mai călduroase".

Dreptul de a lăsa să moară bolnavii incurabili?

Doctorul A. T. Simpson din Sheffield (Anglia) a fost chemat la un bolnav de 71 ani cu o boală cronică, dureroasă şi incurabilă şi care luase o cantitate mare de laudanum.

Doctorul n'a făcut nimic pentru a-l salva sau fiindcă orice încercare erea tardivă sau fiindcă n'a voit să prelungească suferinţa bietului bolnav. Moartea a survenit după 3 ore dela vizita medicului.

Conduita doctorului Simpson a găsit o grea şi unanimă desaprobare din partea Asociaţiei medicilor englezi cari socotesc că datoria medicului este să prelungească cât mai mult viaţa. Singur chirurgul William Arbuthnot Lane a găsit conduita justificabilă şi a socotit gestul D-rului Simpson inspirat din înalte sentimente de umanitate.

Problema nu este din cele ce se pot rezolva uşor...

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foşti Bolnavi... recunoscători!?

La Glen Garden din Statul New Jersey s'au adunat circa 700 vechi pacienţi vindecaţi ai unui sanatoriu de tuberculoşi.

A fost o sărbătoare rară ca ocazie şi aspect.

Foştii bolnavi au oferit o medalie de aur directorului sanatoriului Dr. Samuel B. English pentru a sărbători 25 de ani de carieră.

Premiu literar acordat unui medic.

Premiul Goncourt a fost conferit doctorului Maurice Bedel pentru primul său roman „Jerome, 60° latitudine Nord" pe care autorul l'a conceput în timpul războiului în Vosgi conversând cu voluntarii cari participau la o partidă de schi. Bedel este poet, pictor, turist şi un medic valoros.

Maternitate precoce.

Doctorul Dittrik în „Journ. Of. the Amer. Med. Assoc.", descrie cazul unei fetiţe englezoaice care la vârsta de 11 ani 10 luni şi 22 zile a dat naştere unui băeţaş sănătos de 3 kgr.

Fiica lui Darwin.

A murit lunile trecute la Londra în vârstă de 84 ani Enrichetta Darwin, a ajutat mult tatălui ei, mai ales în ultimii ani ai vieţii sale când abea putea lucra.

A lăsat o mică avere în parte destinată operilor de binefacere şi un număr mare de scrisori familiare cari vor proecta viaţa intimă a marelui biolog.

Boala automobiliştilor.

Nu este viteza, de când cu pornirea automată şi nici fractura radiului — zisă şi a automobiliştilor. Gaskell descrie în Practitioner No. 3 din 1927, o nevrită a plexului brachial de origină reumatică şi-i dă o descriere şi o explicaţie etiologică şi patogenică.

Reclamă originală.

Agenţia spaniolă a unei case străine de produse farmaceutice a editat siluetele artistice a 600 medici din Madrid, reproducând şi faţadele şi interioarele edificiilor medicale ale oraşuiui. Albumul a fost distribuit gratuit medicilor şi pus în vânzare în folosul casei orfanilor medicilor.

Mortalitatea şi natalitatea în Germania.

In timpul anului 1927 numărul morţilor a întrecut pe cel al naşterilor. La 48.742 morţi au fost 42.696 naşteri. Cancerul a făcut 9.443 de victime iar tuberculoza 4.570.

Mortalitatea infantilă a scăzut mult: dela 14,3% în 1913 la 8,5% în 1927.

Electrocuţiune pentru... provocare de avort.

Tribunalul din Chicago a condamnat la moarte prin scaun electric pe doctorul Amante Bongetti directorul unui sanatoriu pe bulevardul Ashland pentru că a provocat printr'o operaţie ilegală moartea tinerei Florette Enders. Doctorul a avut drept de apel... dar nu se cunoaşte rezultatul apelului.

Centenarul unei reviste medicale!

Nu-i nici comun nici uşor ca un periodic medical să ajungă un secol de viaţă. „Boston medical and Surgical Journal" a putut să sărbătorească 100 ani dela apariţia primului număr. Sub acest titlu modest — care-I făcea revista medicală a unui singur oraş — a putut publica lucrări valoroase şi s'a menţinut în demnitatea unei bune reviste ştiinţifice şi profesionale luând azi titlul de „New England Journal Of. Medicine".

Execuţie prin cancer,

Comitetul de igienă al guvernământului din Cuba a propus ca cei condamnaţi la moarte să-şi aleagă între execuţia pură şi inocularea cu cancer. Acei ce optează pentru medicină vor fi ţinuţi în observaţie 12 ani şi dacă au supravieţuit vor fi puşi în libertate.

REFLECŢIUNI PROFESIONALE

DIFICULTĂŢI IN ARTA DE A FACE CLIENTELA

Motto: *„Ridendo, castigat mores"*

Mai zilele trecute, răsfoind prin colecţia mea de «Presse Médicale», găsesc un articol foarte sugestiv şi spiritual, — dela care plecând, — am speranţa să mai descreţesc frunţile noastre, încreţite de preocupări savante sau de vicisitudinile vremilor, în cari trăim.

In articolaşul amintit *) şi, sub titlul de divertisment «Variétés», un biet confrate, *Le Grincheux*, se străduieşte ca să explice tinerilor confraţi, începători în meserie şi prea entuziaşti, dificultăţile considerabile, ce vor avea de întâmpinat, pentru a-şi forma o clientelă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Câtă dreptate are confratele nostru francez şi cum se adevereşte, odată mai mult, că — în toate timpurile şi în toate locurile — mentalitatea omenească a fost şi este aceiaşi !...

«Nu trebue mult talent — zice *Le Grincheux*, — pentru a câştiga reputaţia (foarte adesea, aşi adăoga eu, nu există raport direct între *capacitate* şi *aptitudinea*, de a face clientelă: ba aşi merge şi mai departe şi aşi îndrăzni să afirm, că nu arare-ori, există raport invers între aceste două noţiuni) !

...„*Le savoir-faire* (căruia nu prea îi găsesc echivalentul exact în româneşte, sau căruia îi corespunde poate expresia vulgară de *„a se învârti"*), nu înseamnă tocmai *şarlatanism*, în Medicină (dar este, de multe-ori frate bun cu el — aşi adăoga eu), multe din procedeele şarlatanismului, fac parte din acel «savoir-faire»...

«Acela, care voeşte să-şi creieze repede o mare reputaţie, trebue să-şi înăbuşească cu îngrijire orice insucces, şi *mai ales*,

*) Presse Médicale No. 69 din 29 Aug. 1923.

trebue să tragă maximum de folos din cel mai neînsemnat succes al său»!

In aceasta se rezumă tot nodul chestiunei!

«Cei *şmecheri* (les malins) exagerează totdeauna şi *intenţionat* pericolele afecţiunilor morbide ale clienţilor şi zugrăvesc viitorul bolnavului în culorile cele mai negre. Procedând astfel, ei dau *„cu o singură piatră, două lovituri"* şi anume: dacă dau greş, ei vor fi mai dinainte disculpaţi de orice răspundere, dacă reuşesc însă, ştiinţa lor căpătă o strălucire şi mai mare»!

...«Unii medici spre a da bietului bolnav, pe care îl îngrijesc, o idee înaltă despre profunda lor ştiinţă, îl ascultă cu gravitate, afectează că se aprofundează în cugetări, pronunţă câte-va cuvinte cu tonul cel mai magistral posibil (amintiţi-vă de: «Hidropicus, hidropica, hidropicorum», din nemuritoarea piesă a lui Molière), şi... se grăbesc să se retragă»!

...«Cutare practician îmbiază cu întrebările sale pe bolnav şi pe cei dimprejur — *nu* cu gândul de a se lumina asupra punctelor obscure ale diagnosticului — ci pentru a-şi da aere despre exactitatea sa în arta de a diagnostica şi despre abilitatea sa în arta de a observa»!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

...«Altul se interesează *din vreme* de natura simptomelor morbide de la o rudă sau un prieten al clientului, şi — când este consultat — o ia el înaintea bolnavului, descriindu-i punct cu punct boala şi făcând astfel să rămână «cu gura căscată» atât pe bolnav cât şi pe cei dimprejur asupra admirabilei lui sagacităţi»!

...Un medic începător ar compromite grav interesele sale, dacă ar avea proasta inspiraţie, să prescrie *remedii simple:* prejudiţiul general îi comandă ca să-şi sacrifice ideile sale simpliste — dar sănătoase — în favoarea polifarmaciei!

Dealtfel lucrul este uşor: n'are decât să adaoge medicamentului activ — care este suficient, prin el însuşi — un cât mai mare număr de substanţe incapabile de a-i modifica proprietăţile (nu este nici un pericol, căci efectul îl simte *punga* nu *viaţa* clientului)!

Interesul este numai să umpli pagina reţetei, — ba dacă poţi, — să treci şi pe pagina următoare!

...«Să nu uiţi a schimba, cât mai des, medicaţiunile: grozav se îndoeşte publicul de ştiinţa unui medic, care prescrie întotd'auna aceleaşi remedii»!...

«In sfârşit nu trebue uitat, că chiar oamenii din clasele su-

perioare ale societăţei au anume prejudiţii asupra proprietăţilor unor medicamente: să te fereşti deci de a-i contrazice»!

«Cu cât numirea acestor remedii va fi mai pretenţioasă şi mai sunătoare, cu atât puterea şi eficacitatea lor va fi mai mare!... Raritatea unui atare medicament şi preţul lui costisitor ar fi în raport direct cu eficacitatea lui»!...

«Prin urmare, confraţi, voiţi să daţi o idee înaltă despre geniul vostru?

Nu prescrieţi niciodată decât remedii extraordinare şi nu utilizaţi decât metode, cari vin din ţările cele mai îndepărtate»!

* * *

Aceia, cari vor binevoi să judece sincer şi imparţial, este imposibil să nu recunoască câtă dreptate are autorul articolului din «Presse Médicale»!

La acest complex viţios de împrejurări, cari condiţionează modul defectuos de a face clientelă, contribue o mulţime de factori, de cari sunt răspunzători atât medicul cât şi marele public.

In adevăr toată lumea medicală cred, că este pe deplin convinsă, că cel mai raţional mod de tratament este acela, care atacă răul dela origina sa adică tratamentul *etiologic* sau *patogenic*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar, pentru instituirea unui atare tratament, condiţia *sine qua non* este stabilirea — în prealabil — a unui diagnostic tot etiologic sau patogenic.

Ori, în starea actuală a ştiinţei, nu mai este permis nimănui a încerca stabilirea unui astfel de diagnostic fără utilizarea mijloacelor moderne de investigaţie. Trebueşte deci, ca — atunci când faci cunoştinţă cu un bolnav, — mai ales unul cu o boală serioasă sau cronică — să-l treci prin o serie de cercetări sau examene de laborator, toate menite şi *indispensabile* pentru stabilizarea felului de diagnostic menţionat.

Fac astfel practicienii noştrii?

Chiar cei mai scrupuloşi în clientelă, cred, că vor răspunde negativ!

Şi, vinovat este — o repet — atât medicul cât şi publicul.

Se înţelege, că trecerea unui bolnav prin atâtea cercetări (examene umorale, traseuri grafice, radioscopii, etc.), necesită timp mult şi mai ales costă parale multe!

Dar publicul nu voeşte asta!

El doreşte şi *pretinde* ca — dela primul examen — să i-se pună

diagnosticul precis, complect și definitiv și să i-se instituiască tratamentul la fel.

Altfel, îți va eși ponosul, că ești *speculant*, sau că ai tantieme dela confrații dela laborator în scopul de a lungi boala clientului și a-i stoarce banii!

Idealul ar fi, ca fiecare pratician să aibă în cabinetul său un laborator complect și o instalație radiologică — cum am văzut la regretatul *Alfred Martinet*.

Da! Dar un asemenea utilaj costă — în condițiile de azi, mai ales — o avere întreagă și, dacă vei încerca să adaogi la nota de plată costul unor atari examene, — cari, bineînțeles, trebuesc plătite — vei fi taxat iarăși de speculant neomenos!

Clientul D-tale nu se supără — ferească D-zeu! — dacă îl treci prin toate aceste examene — ba chiar se arată încântat de asiduitatea D-tale — dar cu o *„mică“* condiție: *ca totul să intre în cei câți-va poli, cu cari te-a miluit pentru vizită!*

* * *

Credem, prin urmare, că este greu, foarte greu — dacă nu chiar imposibil — ca să stabilești în clientelă un diagnostic și deci un tratament rațional.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai adăogați la asta și pe *confrații binevoitori*, cari se vor grăbi să te vorbească numai *„de bine“*, când vei încerca să fii conștiincios în meserie și este aproape sigur, că vei renunța la această chimeră și că te vei mărgini — ca și dânșii — la *tratamentul simptomatic*.

Dar, de vei încerca să fii conștiincios, cel puțin în acest fel de a trata, ghinionul te va urmări și aci!

Voi lua un exemplu dintr'o mie, anume din specialitatea cu care a-și avea pretențiunea că sunt familiarizat.

Mă grăbesc să adaog, că — în acest exemplu — m'am folosit și de o lucrare apărută mai de mult în colecția *„Comment Guérir“*, scrisă cu mult tact și simț practic de un autor cu nume nu prea celebru *).

* * *

Din viața sbuciumată și dramatică a *Tuberculosului pulmonar* să luăm — la întâmplare — câte-va simptome ca: *tusea, febra*, etc. și o complicație din cele mai frequente: *Pleurezia exudativă*.

---

*) *C. Colbert* (de Cambo): «Le traitement de la tuberculose pulmonaire en clientèle».

Tusea — Orice pratician, care va îngriji un tuberculos care tuşeşte — şi care tuberculos nu tuşeşte?! — se va grăbi să-i calmeze, dacă nu să-i suprime, acest simptom supărător.

Ori, în cazul care ne preocupă, nu trebue să uităm, că tusea poate fi de două feluri:

a) O tuse adevărată, care este *utilă*, fiind menită să înlesnească expectoraţia — expectoraţie, care este *necesară*.

Cu timpul, *prin educaţie* (nu prin medicamente) se ajunge la atenuarea şi chiar la suprimarea acestui fel de tuse.

Aşa se explică de ce în sanatoriile moderne de tuberculoşi nu se aud bolnavii mai niciodată tuşind.

b) O tuse reflexă, de ordinar *nocivă*, şi ţinând obişnuit de o cauză extra-pulmonară (o placă de pleurită, varice ale bazei limbei, o leziune faringee sau laringee, adenopatie tracheo-bronchică etc.).

Singur acest ultim fel de tuse trebueşte combătut şi este justiţiabil de medicamente.

In practică însă un medic, care ar încerca să trateze un astfel de bolnav prin mijloace educative sau disciplinare, are toate şansele ca să-şi risce reputaţia şi să-şi piardă clientela!

Febra — la un bacilar — este iarăşi unul din simptomele cele mai îngrijitoare — atât pentru bolnav cât şi pentru anturaj.

Iată pentruce medicul-practician se va repezi la antitermice, cât mai energice, din primul moment când face cunoştinţă cu un atare bolnav.

Dar, ia să vedem: este el îndreptăţit să procedeze întotd'auna astfel?

Ştiinţificeşte, nu!

In adevăr, — admiţând ca definiţie a febrei cadrul cel mai larg al noţiunei adică: *hipertermie, cu coexistenţă de turburări nervoase şi nutritive*, — sunt foarte dese cazurile, când febra unui tuberculos trebueşte *nu combătută, ci respectată*.

Dar, ca să ştim, când trebueşte *combătută* şi când *respectată*, criteriul cel mai sigur este *pofta de mâncare a bolnavului*.

Este prea adevărat că — la un ftizic — febra traduce *infecţiunea;* dar nu este mai puţin adevărat, că febra este probă *indubitabilă* de *reacţiunea organismului contra infecţiunei*. Nu trebue să uităm. că o augmentare de combustiuni poate favoriza o diminuare sau chiar distrugere a toxinelor şi trebue iarăşi să ne amintim de acţiunea neîndoioasă a febrei în fenomenele de *fagocitoză*.

Atâta vreme deci *cât apetitul este conservat, febra trebueşte respectată*, căci — prin alimentele îngerate — organizmul are cu ce să facă faţă cheltuelilor ocazionate de această reacţiune.

Concluzie firească: *dacă medicul este conştient de aceste noţiuni — şi trebue să fie* — în foarte dese cazuri el *trebue să evite antitermicele.*

In *practica sa* însă medicul, care ar proceda astfel, are toate şansele iarăşi să fie schimbat sau părăsit de clientul său.

Bolnavul sau familia unui atare bolnav — îngrijoraţi şi impacientaţi — constrîng pe medic să procedeze altfel, de cum i-ar dicta ştiinţa sau conştiinţa lui!

* * *

Ca să nu lungim prea mult vorba, să luăm ca exemplu — cum am zis — şi o complicaţie prea frequentă a Tuberculozei:

Pleurezia exudativă. Sunt confraţi, cari de îndată ce au pus acest diagnostic — se reped cu trocarul şi toracenteza e gata!

Pentru aceştia noţiunea de Pleurezie exsudativă=Toracenteză.

Dar, fac ei bine procedând astfel?

Răspunsul este, ca şi mai sus:

Ştiinţificeşte, nu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In adevăr, în cursul unei Pleurezii acute, cu evoluţie normală, asistăm la desfăşurarea următoare:

— Intr'o primă fază, care nu depăşeşte de ordinar 2-3 zile, există *Pleurezie uscată.* Urmează, apoi, o perioadă de *exsudaţie*, constituită — la rândul ei — de o perioadă de *augmentare* şi o *perioadă de stare* a liquidului.

După asta organizmul triumfă, febra diminuă sau cade de tot sau, în orice caz, se *stabilizează* (ca să întrebuinţăm o expresie la modă) iar rezorpţia liquidului începe.

Suntem atunci în a 25-a — 30-a zi a boalei!

Este *inutil* a puncţiona şi evacua liquidul mai de vreme de această epocă, fiindcă *febră* însemnează *reacţiune pleurală*, şi — atâta vreme cât există reacţiunea pleurală — există fatalmente exsudaţie de liquid.

A puncţiona mai de vreme de a 25-a — 30-a zi a boalei, este a se expune aproape sigur la refacerea liquidului.

Ceva mai mult: această evacuare este nu numai inutilă, ci chiar *dăunătoare*, căci — în liquid — s'a descoperit existenţa de *anticorpi*, cari fiind rezorbiţi de pleură, vor contribui a forma şi în-

treţine imunitatea organismului contra bacilului Koch, principalul — dacă nu singurul — *criminal!*

Cu alte cuvinte avem aci un proces de *autovaccinare naturală*, pe care avem tot interesul *să-l favorizăm*, nicidecum *să-l impiedecăm.*

Poatecă tocmai graţie aeestor anticorpi pleurezia retrocedează!

Un alt argument, care pledează contra toracentezei timpurii, este că liquidul — asigurând oarecum imobilitatea pulmonului bolnav — exercită o acţiune binefăcătoare asupra leziunilor bacilare ale acestuia. Prin urmare, dacă nu avem posibilitatea de a practica un *Preumotorax artificial* după extragerea liquidului — ceeace se întâmplă, de ordinar, în clientelă — de ce să privăm pulmonul şi de acest *mijloc colapsoterapic*, pe care poate că *Providenţa*, în înalta-i înţelepciune — l'a pus acolo!

Din punct de vedere practic însă, chestiunea se schimbă! Toate aceste argumente, atât de logice, cad în faţa interesului material şi chiar moral al medicului!

In adevăr, care bolnav nu va privi cu neîncredere pe medicul, care — conştient şi pătruns de principiile enunţate mai sus — va avea aerul, că îl tărăgăneşte timp de o lună, fără a-i prescrie nicio reţetă, ci numai — va zice dânsul — cu scopul *de a înmulţi inutil numărul vizitelor.*

Şi numărul vizitelor nu trebue diminuat, căci bolnavul trebue observat zilnic şi supravegheat de aproape, spre a nu scăpa momentul eventual, când *urgenţa* comandă toracenteza, singura care este justificată mai de timpuriu!

Dar cine garantează, că un atare bolnav *impacientat* şi *neîncrezător* nu va recurge la bunele oficii ale confratelui de vis-a-vis?!

Din acest moment să fii sigur, că ţi-ai pierdut — nu numai clientul — dar şi reputaţia, căci confratele «binevoitor» va avea grija să exclame *triumfător* arătând familiei sticla plină cu liquid citrin, extras (intempestiv): «Dacă nu aveaţi norocul să daţi peste mine, scumpul Dvs. X era de mult pierdut»!...

* * *

Iată dar cât este de greu să faci clientelă, când ai cât de puţine scrupule de conştiinţă! Nu poţi să-ţi tratezi bolnavul, nici etiologic sau patogenic, nici măcar simptomatic!

Mai intervine şi un alt frector care să-ţi dea lovitura «de graţie» în clientelă: este *„recunoştinţa“ clientului.*

Oh! Care dintre confraţi nu a avut ocaziunea să guste din amărăciunea acestui fruct?

Un camarad al meu (nu din Craiova), reputat ca având o vastă clientelă, îmi povestea ceeace i-se întâmpla lui nu tocmai rar:

«Este chemat în toiul nopţei la un caz extrem de grav. Familia — înspăimântată cu drept cuvânt — te-asigură în mod solemn, că este dispusă ca să-şi sacrifice jumătate din avere — dacă nu chiar averea toată, căci la ce folosesc banii fără viaţă?! — numai să-i salvezi pe scumpul ei bolnav.

Iţi dai, bineînţeles, toată osteneala şi, după câte-va zile, bolnavul — pe care toată lumea îl credea pierdut — începe să dea semne de viaţă.

Dar... — lucru paradoxal! din acest moment, recunoştinţa familiei — în loc să crească, cum ar fi natural — din contră începe să scadă, căci familia trebue să prepare terenul în vederea onorariului.

Şi — ca să nu atace *de front* pe medic, — începe printr'un atac *de flanc*, sau mai pe româneşte «începe să bată şeaua, ca să priceapă eapa», zicând:

«Domnule, nu mai e de trăit cu spiţerii ăştia! Sunt nişte speculanţi fără inimă! Iţi închipueşti, că — pentru medicamentele prescrise de D-ta, — nimica toată — au luat atâtea şi atâtea parale!

După alte câteva zile, dacă ai norocul ca starea bolnavului să se amelioreze — să coboare din pat şi să umble prin casă — vei rămâne iarăşi perplex, când — în loc de mulţumiri — vei auzi familia, care trebue să plătească cel puţin trăsura zilnică, văicărindu-se: «Domnule, birjarii ăştia au ajuns de nesuferit!

Inchipueşte-ţi, că pentru cursele, ce fac cu D-ta — un pas de loc — «pretinde atâta şi atâta!

Ai înţeles, nefericit confrate, că toate aceste preambule sunt *ofensive* în vederea chinuitului tău de onorariu...

In fine, a dat D-zeu, ca bolnavul să se restabilească complect. Asiguri familia că nu mai este nici un pericol la mijloc şi deci, că nu mai este nevoe să mai vii.

Familia îţi mulţumeşte călduros, dar... onorariul întârzie!

Te ridici, îmbraci pardesiul mai anevoe şi lungeşti vorba în speranţa că doar, doar le va veni gândul cel bun: dar, de unde?

Iţi vorbesc de toate, numai de onorariu nu!

In fine pleci strângând cu efuziune mâna fiecăruia şi cu speranţa, că — cel puţin acum — îţi va strecura, discret, ceva într'ânsa! Dar, vai! Şi de data asta, aceiaşi decepţie!

Singurul lucru, ce reuşeşti să obţii, când eşti *pe pragul uşei*, este cel mult promisiunea:

«Cât despre onorariu, am să trec eu pe la D-ta!... Iar această trecere, de multeori are loc *„ad kalendas graecas"* sau mai pe românește, *„La Paştile calului"*.

Şi notaţi bine, că aceasta are loc într'un caz fericit, când ai avut norocul să salvezi bolnavul dela o moarte sigură!

Ce trebue să fie, când bolnavului îi merge rău?! In acest caz aproape zilnic vei fi întâmpinat cu cuvintele: «de când a luat poţiunea sau bulinele prescrise de D-ta, a început să verse sau să tuşiască mai rău» — ca şi când numai aceste medicamente ar fi toată cauza răului!

Intr'un cuvânt, «recunoştinţa» clientului — în foarte dese cazuri — se traduce prin următoarea formulă:

— Dacă bolnavul se vindecă, vei auzi familia, făcându-şi cruce şi zicând:

«Numai D-zeu, drăguţul, mi l'a scăpat!

— Dacă bolnavul moare, auzi familia tunând şi fulgerând: «Numai D-rul X mi l'a omorît cu zile»!

Iar acel X eşti tu, nenorocit confrate, care ţi-ai sacrificat liniştea, munca şi, de multe ori, ţi-ai expus viaţa, pentruca să recoltezi, de pe urma jertfei tale, atari gesturi de «recunoştinţă».

* * *

Iată adevăruri *triste*, prezentate într'o formă *veselă* şi în speranţa, — după cum am anunţat-o, ca motto — că: «ridendo, castigat mores»!...

Acestea sunt vederile şi convingerile mele în privinţa «Artei» de a face clientelă.

Pentru a poseda această înaltă «Artă», mi-se pare mie că trebue *să te naşti* cu anumite aptitudini, dar aceste aptitudini nu este de loc *necesar*, ea să fie de ordin ştiinţific.

Cum am zis, dese-ori, chiar foarte des, trebueşte să faci altfel, de cum ţi-ar dicta conştiinţa şi aceasta numai pentru că aşa o reclamă interesul tău moral sau material şi mai ales fiindcă aşa o doreşte marele public!

Cele ce preced, cred că mă dispensează de a da explicaţiuni multor prieteni şi colegi, pentru cari este o enigmă faptul că nu mă avânt şi eu în vârtejul rentabil al clientelei, mai ales că — Slavă Domnului! — nu sunt dintre milionari.

Pentru-ca «să împac şi capra şi varza» — adică şi conştiinţa mea şi prejudecata generală, ar trebui ca eu:

Să încerc a modifica mentalitatea publicului — ceeace nu încerc — fiindcă sunt, cel puţin, atât de inteligent ca să nu am pretenţia Ungurului, care nu putea pricepe cum — «în timp de două luni, de când şade el la Madrid, nu au reuşit încă Spaniolii să înveţe ungureşte»

— Sau să-mi modific eu însumi mentalitatea, ceeace este tot atât de greu, pentrucă — în primul loc — trebue să ai o conştiinţă *susceptibilă de transformare* şi, pentrucă dacă n'am făcut-o în tinereţe, acum sunt prea bătrân pentru a — o încerca!...

Ne putând face nici una nici alta, este foarte natural, ca să mă simt foarte mulţumit cu modestul meu serviciu spitalicesc, unde am cel puţin satisfacţia mare, că nu sunt forţat de a lucra altfel de cum îmi dictează conştiinţa!

Dr. G. Diamandescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

O LĂMURIRE

Pentru ca să se înţeleagă mai bine scopul, ce urmăreşte această rubrică şi să se perceapă deci mijloacele, prin care el se poate realiza, revenim cu noi şi mai explicite deslușiri: *prin încercarea de a desprinde specificul medical românesc înţelegem, să aducem o contribuţie la prezentarea personalităţii medicului român, a celui de eri, a celui de azi* (în prefacere) *şi a celui de mâine* (pe cale de închegare).

Pentru aceasta nu se va putea ocoli necesitatea de a fixa ceva şi din cadrul, pe care i-l formează medicului mediul înconjurător şi în care el se mişcă înăuntrul şi înafara exercitării profesiunei sale; nevoia de a coprinde mai ales pe cei aflaţi în imediata sa apropiere, chemaţi să-l secondeze (auxiliarii şi autorităţile, cu cari vine în contact); indiscreţia de a privi, nu în casa, ci în sufletul lui pentru căutarea notei psihologice, specific românească; precum şi obligaţia de a trata despre prestigiul lui în societatea noastră, cultura sa, situaţia materială, participarea la treburile publice şi multe altele.

Aceste trăsături distincte, greu de prins la un individ, vor fi cu atât mai greu de caracterizat, când ele vor trebui să reconstituiască personalitatea profesionistului unei naţiuni.

Dupe cum prin extensiunea mare, ce dăm analizării lucrărilor medicale româneşti, prezentăm activitatea sa de ordin ştiinţific şi prin pagini anume creiate aspectele diferite ale vieţei noastre medicale de stat, astfel aci *încercăm să-l fixăm pe medicul român ca om, profesionist, slujbaş* (mai ales la noi), *ca cetăţean cu obligaţiuni contractate* către societatea, în care trăeşte şi ca *agregat al corpului*, din care face parte.

Va fi acesta încă un aspect al „Mişcării medicale româneşti" ce între alte scopuri şi-a propus a realiza publicaţiunea noastră.

Caracterele cu valoare documentară vor putea fi prinse uşor; cele de ordin social mai greu şi foarte greu cele de fel psihologic; dar toate, pentru ca să poată permite tragerea de concluziuni generale, vor trebui să se sprijine pe material statistic şi de observaţie bogat şi variat, adus de toţi şi de peste tot.

O notă specifică naţională nu se va degaja, fără îndoială, dintr'o activitate ştiinţifică, care îmbracă la toate doctrinele caracterul universalităţii; se va desprinde numai din structura sufletească, rezultat al unor anumite determinări de rasă, influenţe şi contingenţe locale de diferite ordine (variabile dela popor la popor); şi mai ales încă din activitatea profesională (condiţionată în primul rând de pregătirea ei în şcoală) liberă (influenţa mediului, în care practică, asupra medicului, care practică)—dar totuşi controlabilă (şi până la ce punct prin legile ţării sale)—şi obligatorie (faţă de instituţiunile publice sau particulare, la care este angajat să servească cu credinţă, ştiinţă şi mai ales conştiinţă); o notă specifică ar putea privi colectivitatea prin diferitele încadrări şi subîncadrări ale corpului în stat şi prin organizaţiile lor (dar caracterele acestea determinate uneori de factori politici sau sociali nu au o valoare specifică; momente istorice, ele se vor transforma prin evoluţie).

Rubrica aceasta şi-a propus nu să-l comenteze, nici să-l disece, mai

puţin să-i dea lecţiuni şi cu atât mai puţin să-l atace pe medicul român în fiecare din acele ipostaze); ea vroeşte numai să-l fotografieze şi din moment ce el este expus privirilor, se poate admite că este nevoit să suporte indiscreţia unui aparat fotografic.*

Pentrucă numele nu interesează, anonimatul se impune şi chipului i se va pune bandaj pe ochi, pentru-ca numaivo rbele să se audă şi gesturile să se vadă: de aceea retuşările ulterioare, cari de obiceiu deformează trăsăturile, sunt interzise, precum vor fi suprimate comentariile, cari caşi limba pot fi la meilleure et la pire des choses.

Şi, pentrucă sunt aparate nu bine puse la punct, fotografi cari nu ştiu bine centra şi oglinzi cari deformează imaginea — ne-am adresat tuturora, pentru ca toate mărcile de aparate să fie reprezentate, monopolul exclus, clişeele să abunde, iar colecţia să fie cât mai variată şi galeria mai bogată.

Toate tablourile prezentate trebuesc primite la expoziţie — le vom schimba uneori rama, ca să nu fie recunoscute — mai cu seamă pentru că s'a zis că medicina este şi o artă şi medicul de multe ori un artist: *făcând operă de pură colecţionare, selecţionarea clişeelor* prin admiterea unora şi îndepărtarea altora *se exclude dela sine; ea ar traduce tocmai parţialitatea*, pe care juriul trebue să o evite *şi lipsa de obiectivitate*, de care cel mai puţin se cade să fie acuzat. Nu?

Dar dacă totuşi, contrar celor aşteptate, aparenţele vor putea vreodată înşela — uneori chiar pe cei avizaţi — *declarăm*, dacă nu este de prisos, *că precum din atitudinea întregei reviste este exclusă tămâiala vreunuia sau denigrarea altcuiva, tot astfel în această rubrică nu intenţionăm să jicnim pe nimeni şi cu atât mai puţin instituţiunile noastre*, pe cari fiecare le servim — şi uneori cu ceva mai mult chiar decât prin îndeplinirea obligaţiunilor sale directe — şi cari nu pot fi învinuite că în unele împrejurări sunt servite altfel decât interesul lor o cere.

Că aceste medalioane vor place uneori, acest dulce utili nu ne va putea decât bucura, reuşind să facem şi plăcută nu numai interesantă această rubrică: dacă însă alte ori dela zâmbetul îngăduitor vesela dispoziţie sufletească va trece la râsul sgomotos, noi ne vom simţi mai de grabă jenaţi, în primul rând pentru că în galeria făcută cu alte intenţiuni s-a expus un tablou cu succes hilariant şi mai ales pentru că am fi preferat, ca asemenea tablouri să nu fi existat.

Rubrica aceasta nu este deci o cronică veselă; în ea nu facem jurnalism, nici chiar profesionalism; prin ea iarăş noi nu vrem să stârnim nici râsul moralisator şi nici pe cel consolator; pentru unul nu avem chemarea; iar pe celălalt îl înlocuim cu optimismul creator.

In rubrica aceasta, printr'o muncă deocamdată de simplă colecţionare, noi *ne silim să contribuim cu încă ceva la redarea vieţii medicale româneşti.*

Direcţia

---

*) Confratele român nu trebueşte supărat, ci menajat, căci destul de indiferent este el faţă de publicaţiile medicale ale ţării sale, pentru-ca tocmai noi să-i dăm un pretext de justificare al reservei sale; de fapt noi mergem cu atenţia până acolo încât, observând că-i place foarte mult tot ce se scrie în limbă străină, într'un capitol aparte, intitulat Mişcarea medicală românească în străinătate, îi servim, prin import, tot ce scriu în revistele străine pleiada de autori români.

DIN CARNETUL UNUI INSPECTOR SANITAR

— NOTE ŞI IMPRESII —

BĂILE MEHADIA.

Pacea din 1918, consacrând victoria dreptăţei, reîntrupeşte României pământul strămoşesc. Mehadia cu «scaldele» sale, băile Mehadiei, din tot d'auna ale Românilor, revenite acum la patria mumă, parcă se redeşteaptă dintr'un vis urât!

Am urmărit cu bucurie, an de an, chiar din primele zile — din 1919 — schimbările Mehadiei. Am asistat la îmbrăţişarea caldă a ţărei mume, la primii paşi ai Mehadiei reînviate — paşi timizi porniţi sub ochii noştri plini de bucurie, de mândrie şi de indulgenţă şi sub privirile pizmaşe a celor ce scăpaseră prada. Am auzit cu adâncă emoţie codrii şi undele neastâmpărate ale Cernei făcând ecou glasului firesc, glasului pământesc, glasului românesc, chiotelor şi doinelor de atât amar de vreme surghiunite din acest colţ de ţară românească!

Am văzut cum se întreceau cu toţii să şteargă semnele, să ridice tăbliţele cu barbare nume hunice, să desfinţeze zorzoanele şi colorile în cari maghiarii voiseră să înece sufletul Mehadiei! Se întreceau cu toţii într'un avânt uluitor. Medicul punea să se spargă în grabă jumătatea ungurească din tăbliţele bilingue aşezate deasupra uşilor diferitelor aşezăminte lăsând pe cea franceză şi uitând să pue una românească, otelierul dela otelul Carol, un respectabil aspirant la cetăţenia română, văruia în grabă soclul statuei lui Arpad, ce decora pilastrul scărei sale de onoare şi scria pe el în litere mari, negre, de tipar: Ştefan cel Mare, administraţiunea smulgea — de ce, n'am prea înţeles — placa de pe piedestalul statuei nefericitei împărătese Elisabeta a Austro-Ungariei, lăsând-o anonimă, mecanicul agăţa repede o tablă enormă la intrarea în băi prin care atrăgea

atenţia automobilelor sau vizitatorilor — nu ştiu bine — că: scăparea sgomotelor este interzisă!

Un singur lucru i s'a respectat Mehadiei: numele.

Ungurii nu se puteau împăca cu numele românesc de Mehadia sau scaldele dela Meedia, cum i zic sătenii din jur. Lor le trebuia un nume mai pompos, un nume de extracţiune mai nobilă şi fiindcă printre obiectele votive aduse aci, din recunoştinţă, de străbunii noştri Romani, au găsit şi un nume şi o statue a lui Hercules, au adoptat ca naş pe acest legendar erou şi i-au zis Hercules-fürdo.

Noi dacă am fi ţinut cu orice preţ să traducem acest nume, i-am fi putut spune: Băile lui Ercul sau dacă ţineam să le dăm un calificativ, le-am fi putut spune: Băi erculeane. N'am făcut însă nici una nici alta, dar modelându-ne după cunoştinţele gramaticale şi istorice ale C. F. R-ului, i'am zis şi noi cum au botezat şi ei staţiunea de cale ferată: Băile Erculane!

Erculane! — Culane! — Erculane! îmi repetam nedumerit şi obsedat, plimbându-mă singuratic printre stâncile înşiruite de-alungul apei cristaline a Cernei, ce din creştetul Carpaţilor româneşti se rostogolea cântând şi sclipind, sglobie şi zorită şi... aplecând urechia auzeam: Mehadia, Meedia, Mehadia!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Da, domnilor, Mehadia, Băile Mehadia, nu Băile Erculane!

DIN LITERATURA SATELOR

SUPLICA UNEI SOŢII ULTRAGIATE.

Domnule Inspector,

Cu onoare vi se face cunoscut în mod Anunim din comuna G. Jud. V. căci prima femeie legitimă a perceptorului P. C. suferi de mai multi ani nelinişti familiare din partea dumneiei Evdochia V. Móşe titulară sau providóra nu ştiu cum care face serviciu la O... Care atacă iducaţiunile bărbatului legitim P. C. prin amăgiri şi convenţiuni de adulteriu nuşi îndeplineşte serviciul şi sarcinile ce is'a încredinţat pendinte şi stă numai demutaţiuni de la un loc la altu fară stabilire de activitatea serviciului abudivă părăsind de mai multe rânduri serviciul de la comuna care face parte serviciului cei-sa încredinţat vine şi stă în G. cate trei şi patru dile ascunsă la case vecine în apropiere de casa numitei femeie legi-

timă a numitului P. C şi facânduise întrebare Evdochiei V. numita spune că vine la drăguţul sau. numai în condiţiuni Vrăjmăseşti pentru case atăţe iducaţiunile familiare.

Menţine
Femeie intimă legitima P. C.

Şi în loc de P. S.

Domnule Inspector,

Rog bine-voiţi prin adeverinţi numinative şi specificate la credinţă de purtările numitei Evdochia V. rog bine Voiţi amise face stabiliri linistite familiar cu traiul în casă.

Prin mutaţiea anumitei femei Evdochia V. din judeţul V. comvenită şi indusă în alt Judeţ fără cruţare. cu stabiliri de serviciu In condiţiuni neîndreptăţite de Mutarea acesti fară îndoioşime ie silită femeiea Intimă legitimă se reclame mai departe

Cu
Stimă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIN LITERATURA OFICIALĂ

—

O SOLUŢIE BINE CHIBZUITĂ

La toate cererile ce un medic primar de judeţ a trimis Ministerului pentru a i se înlocui sau cel puţin repara automobilul serviciului său, scos de doi ani din uz, Ministerul i'a răspuns invariabil: nu sunt fonduri.

Nevoit pentru îndeplinirea îndatoririlor sale să angajeze, pentru anumite deplasări, un automobil de piaţă, el cere să i se plătească cheltuelile din fondul ce i s'ar fi cuvenit ca să'şi întreţie automobilul serviciului, dacă ar fi fost în stare de a funcţiona.

Ministerul către Inspectorat

Domnule Inspector,

Binevoiţi vă rugăm a vă da avizul în privinţa cererei No..... a d-lui medic primar al judeţului.....

Inspectoratul către Minister

Domnule Ministru,

Medicul primar are dreptate. Automobilul ce s'a destinat serviciului său — un vechiu Ford din timpul răsboiului — e scos din uz, după cum vi s'a raportat în mai multe rânduri, de acum 2 ani. In lipsă de automobil, e logic ca ministerul să-i achite cheltuelile ocazionate cu angajarea unui automobil de piață.

Ministerul către Inspectorat

Domnule Inspector,

La raportul Dvs. No..... avem onoare a vă comunica că de data aceasta ministerul aprobă plata acestor cheltueli, pe viitor însă d-l medic primar să se servească pentru deplasări de automobilul serviciului său.

p. Ministru (ss) *Indescifrabil.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj