ANUL V-lea No. 1—2. IANUARIE-FEBRUARIE 1932.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

N° 1-12

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

In pragul anului al V-lea 3

CRONICA 5

Dr. I. GLAVAN (Oradea): **Doctorul Ludovic Fiala — Cu ocazia centenarului nașterii sale** 9

REVISTE GENERALE.

Doc. Dr. I. DANIEL: **Orientări noi în boalele de nutriție** . . . 15

Doc. Dr. I. STROMINGER: **Complicațiunile genito-urinare ale colibacilozei** 30

LUCRĂRI ORIGINALE.

Dr. RENÉ A. GUTMANN (Paris): **Valeur diagnostique de la douleur en gastro-enterologie** 34

Doc. Dr. M. CĂNCIULESCU și Dr. I. ROSENSTEIN: **Asupra raporturilor dintre Zona și Varicelă — Contribuțiuni clinice** . . . 44

Conf. Dr. D. PAULIAN și Doc. Dr. I. BISTRICEANU: **Despre lumbago și tratamentul său prin electroliza cu clorhidrat de histamină** . 56

D-ri A. PANEA și M. SĂCEANU (Craiova): **Tratamentul orchiepididimitelor gonococice prin injecțiuni intravenoase cu cianur de mercur** 62

FAPTE CLINICE.

Dr. H. MAKELARIE (C.-Lung—Muscel): **Asupra unui caz de albinism total** 68

Dr. TRAIAN BONA (Suceava): **Un caz curios de ruptura totală a uterului gravid** 72

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ISTORIA MEDICINEI — ORGANIZAȚIE — CĂLĂTORII

Pag.

Dr. I. BORDEIANU (Hotin): **Apostolatul în trecutul medical al Basarabiei — Zemschii vraci** 79

Dr. G. CĂRTUȚĂ (Sanat. Leamna-Dolj): **Legiferarea trecerii medicului dela țară la oraș** 84

Dr. M. CĂNCIULESCU: **Note de drum medical (Milano, Genua, Nissa)** 87

II.

ACTUALITĂȚI MEDICALE

Fisio-Patologie 94

Note terapeutice 98

Bibliografie străină 100

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A.— CĂRȚI — MONOGRAFII

Dr. G. BANU: L'Hygiène sociale de l'enfance, Masson, Paris, 1931. — Rec. de Dr. M. C. 104

D-ri I., E., și FR. HERSKOVITZ: Tratat practic de Röntgenologie medicală, Cluj, 1932. — Rec. de Dr. L. MAYERSOHN 107

Medic Col. Dr. S. PĂRVULESCU: Leziunile traumatice recente ale vaselor și tratamentul lor. Iași, 1931, — Rec. de Dr. M. C. 108

Dr. YGREC: Medicul nostru. Dicționar enciclopedic medical. Edit. „Adevărul", București, 1931. — Rec. de Dr. M. C. 108

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B.— SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

SOCIETATEA MEDICILOR DIN LUGOȘ: Ședința din 2 Noemb., 18 Noemb., 2 Dec., 16 Dec. 1931 și 13 Ian. 1932. — Dare de seamă de Dr. LICHTER 110

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN ORADEA: Ședința din 7 Noemb. 1931. — Dare de seamă de Dr. I. GLĂVAN 112

CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC DIN CRAIOVA: Ședința din 1 Noemb., 15 Noemb., 1 Dec., 15 Dec. 1930, 15 Ian., 1 Febr., 15 Febr. 1931. — Dare de seamă de Dr. SINGER 115

C.— REVISTE MEDICALE

REVISTA DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE-PUERICULTURĂ No. 2—3/1931. 119

REVISTA ȘTIINȚELOR MEDICALE No. 6, 8, 9, 10, 11 și 12/1931 119

ROMÂNIA MEDICALĂ No. 15-16, 17, 18, 19, 20/1931 . 121

SPITALUL No. 9, 10/1931 123

(Urmare pag. III-a cop.)

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARA DE MEDICINA GENERALA

COMITET DE PATRONAJ:

Prof. C. Angelescu – Prof. I. Cantacuzino – Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu – Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi – Prof. I. Nanu-Muscel – Prof. A. Teohari

DIRECTOR:

Docent Dr. M. Cânciulescu.

COLABORATORI:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D. Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeş – Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: Conf. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau— V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc Pavel-Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: Dr. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Ginec.-Obstetrică: Doc E. Mateescu-I.
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: Conf. St. Drăgănescu — Conf. D. Paulian.
Nutriţie: Doc. I. Daniel — Conf. G. Litarzeck — Conf. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. internă: Prof. I. Haţieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel.
Phisioterapie: Prof. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc. A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — Docent M. Nasta — T. Voiculescu.

Secretar de Redacţie: Dr. I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj
41956

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur
- A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
- B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval: HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
- ANEMIES
- CONVALESCENCES
- TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD

103, Strada Toamnei — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA
Dr. MIRCEA N. GEORGESCU
MEDIC
BUCUREȘTI

In pragul anului al V-lea

Cu numărul de față revista „Mișcarea Medicală" intră în anul al V-lea.

Privind înapoi, constatăm cu satisfacție că „Mișcarea Medicală" și-a câștigat dreptul de a merge mai departe:

a) pentru-că a putut să se mențină.

O revistă medicală românească are de luptat cu greutăți neînchipuit mai mari ca în alte țări cu o tradiție medicală și un corp medical mai numeros.

Indiferența celor căror se adresează și greutățile de ordin material fac uneori să sucombe cele mai lăudabile și autorizate intențiuni: încetarea definitivă, suspendarea temporară sau inaniția a nu mai puțin de 5 asemenea publicațiuni medicale românești în ultimul timp o dovedesc.

Cât despre o publicație medicală românească de tiraj — de tiraj plătit, iar nu gratuit — și fără ajutorul oficialității, la noi încă nu se poate vorbi.

Biblioteca Universitară / Central University Library Cluj

Greutățile cresc atunci, când o asemenea publicație apare în afară de un centru universitar; pentru-că o prejudecată conferă à priori unora un prestigiu, care nu rare-ori lipsește și-l refuză altora chiar când el se constată.

b) Pentru-că a reușit să se afirme.

Această revistă medicală, condusă dupe o concepție și un plan anumit, a reușit să pătrundă în toate straturile de medici și din diferitele părți ale țării.

Solicitarea pentru publicație de articole științifice și profesionale, recenzii și dări de seamă din toate parțile o probează.

Surprisa, *cu care a fost primită dintru început revista, i-a deschis un* credit, *grație căruia a avut timp să-și desvolte programul și să-și arate valoarea.*

Prestigiul științific *necesar i l-a asigurat nu valoarea directorului său, ci acea a Comitetului de Patronaj, care a înțeles să prezideze la o operă serioasă și utilă; și în aceiași linie a Comitetului de Redacție și Colaborare, din care cei mai mulți eminenți membri fac parte din corpul profesoral al celor 3 fac. de medicină din țară, printre ei colegi din vremurile internatului ocupând locuri proeminente în învățământ; — precum i-l va asigura și activitatea științifică a membrilor Asoc. Docenților fac. de medicină, din care fac parte, și cărei Asociații această publicație îi va reprezenta organul său științific.*

Acest prestigiu i-l va mai creşte colaborarea de neprețuit, ce ne-am asigurat din Apusul medical, cu ocazia călătoriei de studii, ce am întreprins în toamna trecută; colaborare care începe cu numărul de față prin articolul reputatului gastro-enterolog, medic al spitalelor din Paris, d-l Dr. R. A. Gutmann, secretar al „Bibliotecii marilor syndrome" de sub direcția Prof. H. Roger.

Scopul său fundamental, *acela de a prezenta „Mişcarea Medicală românească" sub diferitele sale aspecte de ordin ştiinţific şi profesional, de pretutindeni, rămânând acelaş, cu numărul de faţă adequăm mai potrivit titlul scopului revistei, care de acum înainte se va numi*

Mişcarea medicală română

O ultimă schimbare o provoacă greutăţile materiale tot mai mari, cari scot revista de sub Ad-ția Cercului medico-farmaceutic din Craiova, în imposibilitate de a o mai asigura.

Este un nou sacrificiu, ce luăm asupră-ne, de care cetitorii vor ţine seama şi vor scuza şi întârzierea apariţiunei acestui prim număr.

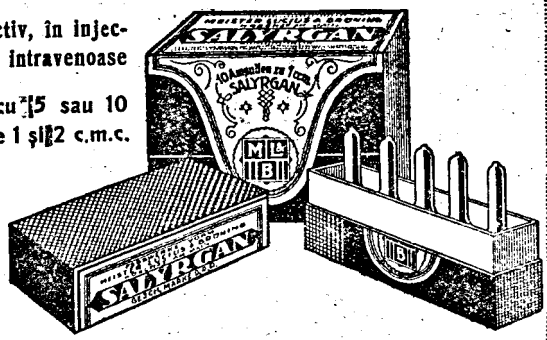
Dr. M. Cânciulescu.

SALYRGAN

DIURETIC şi ANTISIFILITIC

bine suportat şi foarte activ, în injecţiuni intramusculare şi intravenoase

Ambalaj original: Cutii cu 5 sau 10 fiole de 1 şi 2 c.m.c.



„Bayer-Meister-Lucius" LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene şi literatură gratuit prin representanţii generali pentru România:

„PHARMA"-STUDERUS & Co.

BUCUREŞTI II, Strada Spiru Haret No. 5.

Telefon 349 | 30

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Onoratei Facultăți de Medicină Cluj
Idem
Poth Georgescu
București
19 VIII 1976

CRONICA

Cu ocazia *Centenarului dela naşterea D-rului Ludovic Fiala* D-l *Dr. I. Glăvan,* oculist dela Oradea, descrie viaţa şi opera acestui merituos medic, străin de sânge dar câştigat în urmă sufleteşte pentru cele mai sacre aspiraţiuni ale neamului românesc şi care a fost cel dintâi profesor al catedrei de oftalmologie la şcoala de medicină înfiinţată de D-rul Davila la 18...

Citate din propriile lucrări ale comemoratului ajută pe biograf în opera sa de reconstituire.

D-l *Docent Dr. I. Daniel,* directorul medical al staţiunei Olăneşti, expune *„Orientările noi în boalele de nutriţie".*

Autorul distinge 2 epoci: una, de simple observaţiuni asupra celor 3 boale principale: gutta, obesitatea şi diabetul, epocă care precede anului 1777, când Lavoisier a descoperit oxigenul şi a arătat că toate procesele de nutriţiune se petrec în organism pe bază de consumare de oxigen; şi o epocă următoare acesteia, în care se formulează concepţia fisică-chimică a fenomenelor vitale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In aceasta a doua epocă, autorul distinge o *fază analitică,* în care ia naştere doctrina energeticei alimentare, după care energia chimică a substanţelor alimentare se transformă în energie calorică; se emite legea isodinamismului, dupe care alimentele se pot înlocui unele pe altele; se descopăr vitaminele şi amino-acidele cu proprietăţile lor speciale în creştere; apar metodele analizelor humorilor prin microdozagii, noţiunea bilanţurilor, a pragurilor, a metabolismului bazal, a hormonilor, etc.

Iar într-o *fază sintetică* se purcede la reconstituirea patogenică şi la tratamentul turburărilor de nutriţiune pe baza noţiunilor de reacţie specifică a fiecărui organism (printr'o predispoziţie organică anumită) şi de coordonare a sistemului endocrino-vegetativ.

La lumina acestor fapte noi aplicate la fie-care boală în parte, autorul conchide că boalele prin turburări de nutriţiune constituesc stări ireversibile, datorite unei constituţiuni biologice anumite, prevăzute cu un mecanism regulator special şi care reacţionează într'un mod aparte de acela al tipului normal.

Ca atare, cifrele constatate în urma diferitelor examene de ordin fisico-chimic, cifre depărtate de cele normale, nu trebuesc socotite ca patologice, patologic fiind numai procesul fisiologic anormal, a cărui expresiune o redau.

Imprejurările patogenice trebuesc corectate, iar terapeutica

acestor stări de sens ireversibil trebueşte să tindă numai a le pune în condiţiunile cele mai favorabile de existenţă.

D-l *Docent Dr. L. Stromingher* tratează în resumat despre *„Complicaţiunile genito-urinare ale colibacilozei.*

Autorul printr-o contribuţie personală din cele mai lăudabile, expusă în diferite periodice medicale române şi străine caşi în Congresele internaţionale, extinde noţiunea clasicului syndrom entero-renal al lui Heitz-Boyer la acea a unui syndrom entero-vesical, e. vaginal, e. uterin, e. epididimar, e. prostatic, e. uretritic, insistă apoi asupra contagiosităţii colibacilozei pe cale genitală.

La lumina acestor fapte se poate deci vorbi azi de un syndrom entero-genito-urinar, în care colibacilul plecat din intestin se poate fixa pe orice parte a tractusului genito-urinar.

Despre *Valoarea diagnostică a durerii în gastro-enterologie* tratează D-l *Dr. R. Gutmann,* medic al spitalelor din Paris, care a binevoit a da revistei noastre acest original şi atât de instructiv articol pentru practicieni.

Personal am constatat în toamna trecută la serviciul D-sale de consultaţii de gastro-enterologie dela spitalul Salpêtrière din Paris, dibăcia, cu care trebueşte condus interogatoriul unui asemenea bolnav, pe care trebueşte să-l lăsăm liber de sensul dar nu şi de subiectul răspunsurilor sale.

Cu competinţa, cu care face autoritate în prezent în toate cercurile medicale din Paris, autorul celor 2 volume devenite clasice, „Les syndromes douloureux de la région epigastrique", expune noţiunile utile pentru diagnostic, referitoare la natura durerilor (arsuri, greutate, crampe); la direcţia iradiaţiunilor durerilor; la împrejurările în cari se calmează sau se exasperează durerile; la orariul durerilor în zi (ziua dispepticului) cu durere ritmată sau neregulată, sau la evoluţia durerilor în an (anul dispepticului) cu durere fără nici-o periodicitate, continuă; neregulată; cu falşe periodicitate; cu adevărată periodicitate; de lungă sau scurtă durată; cu durere zilnică de tipul ritmului tardiv sau în sfârşit cu durere de fie-care zi şi în toate zilele.

Intr'o schemă, a cărei folosinţă practică nu va scăpa nimănui, autorul reproduce grafic şi sinoptic toate împrejurările, adică toate afecţiunile, în care apare şi evoluează o durere indicată de bolnav la epigastru şi localizată de medic la stomac.

D-nii *D-ri M. Cânciulescu* şi *I. Rosenstein* aduc *Contribuţiuni clinice la raporturile dintre zona şi varicelă.*

Autorii relatează că într'un azil de sugari în primăvara trecută o doică face o erupţie zosteriformă recidivantă a fesselor şi coapselor şi la circa 17 zile apare în azil o epidemie de varicelă printre copii din 3 saloane vecine ale aceluiaşi etaj.

In lunile de vară survine o perioadă de acalmie, în timpul căreia nu mai reapare erupţia la doică şi nici noi cazuri de varicelă în azil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In luna Octombrie reapare erupţia la doică şi reisbucneşte epidemia de varicelă, care coprinde de astă dată pe toţi copii azilului atât pe cei dela celălalt etaj cât şi pe noi intraţi în interval, care nu făcuseră varicelă; epidemia respectă numai pe 3 şi aceştia sunt: copilul doicei, care prezentase erupţia zosteriformă, copil care nu făcuse până atunci varicelă, şi pe încă doi, cari în loc de varicelă au făcut o zona intercostală.

Bazaţi pe faptul acestor coincidenţe prea eloquente; pe considerentul apariţiei în aceste condiţiuni în 2 rânduri a unei epidemii de varicelă într'un azil de sugari, în care până atunci nu se semnalase niciun caz de varicelă, mai fiind dată raritatea varicelei la sugari; pe evoluţia paralelor a recidivelor unei erupţii zosteriforme la doică cu epidemiile de varicelă la copii; precum şi pe respectarea de către varicelă în cursul celei de a doua epidemii a 3 copii, unul presupus imun şi alţi doi cari în loc de varicelă fac câte o zona intercostală — autorii se cred îndreptăţiţi a face odată mai mult o apropiere etiologică între aceste afecţiuni.

Despre lombago şi tratamentul său prin electrolisă cu clorhidrat de histamină tratează D-nii *D-ri D. Paulian* şi *I. Bistriceanu*, cari expun tecnica urmată şi rezultatele extrem de favorabile obţinute pe 5 obs. personale, în cari au aplicat metoda preconisată de Dr. Trumpp din Berlin şi anume: şedinţe de electrolisă cu comprese aplicate local înbibate cu o soluţie de clorhidrat de histamină 1 : 100.000, curent de intensitate 5—10 mamp., durată 20—45 minute, numărul şedinţelor practicate zilnic variând între 5—10

Se ştie că histamina este un agent dotat cu o puternică acţiune vasodilatatoare.

Tratamentul orchiepididimitelor gonococice prin injecţiuni intravenoase cu cianură de mercur, expun D-nii *D-ri A. Panea* şi *M. Săceanu* dela Craiova.

Autorii relatează 7 obs. personale dintr'un total de 65 cazuri tratate, în cari au practicat acest tratament preconizat de D-rul Valverde: injecţiuni zilnice intravenoase cu 0.01 cianur de mercur, numărul injecţiilor necesare se coprinde între 6—7 cu limite extreme 4 la 12, efectele obţinute constau într'o sedare imediată a durerilor şi o rezoluţie rapidă şi definitivă a tumefacţiei, evoluţia ulterioară a blenoragiei nefiind influenţată.

Tratamentul acesta se recomandă deci prin eficacitatea şi uşurinţa de aplicaţie.

D-l *Dr. H. Makelarie* face consideraţiuni asupra unui *Caz de albinism total* la o femee sifilitică.

Tratamentul intens specific precum şi un tratament prelungit pluriglandular per os au vindecat simptomele clinice ale boalei, dar n-au influenţat întru nimic asupra turburării de pigmentaţiune.

Asemenea cazuri se întâlnesc extrem de rar.

Un caz excepţional de ruptură totală a uterului gravid, socotit de autor ca o curiozitate medicală, relatează d-l *Dr. Traian Bona* dela Suceava.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul, după ce pune la punct clasificarea şi simptomatologia generală a rupturilor uterine, insistă în cazul de faţă asupra lipsei totale de semne de ruptură, caşi asupra tratamentului conservator aplicat.

In *Legiferarea trecerii medicului dela ţară la oraş*, D-l *Dr. G. Cartuţă* ridică chestiunea pe care în chiar acest moment o tratează şi D-l *Dr. C. Gheorghiu* în art. „Problema selecţionării cadrelor în serviciul sanitar", articol publicat în „România medicală" No. 5/1932.

Ambele articole se întregesc, pentru că autorii, distinşi medici, vorbesc despre o parte din propria lor viaţă; ei se referă la situaţia tristă, pe care o găseşte medicul rural în ambianţa satelor şi la conflictul dureros, care isbucneşte în sufletul celor mai buni dintre ei, dar neadaptabili mediului, atunci când îşi dau seama că riscă să rămână acolo închişi pe toată viaţa.

Dacă D-l Dr. Gheorghiu cere ca să se restabilească garanţiile date prin legea veche, anume ca locurile vacante să se publice la timp, pentru ca, cine vrea şi-i dă drepturi cazierul său, să se poată transfera; luându-se în interval dispoziţiuni de către organul presupus tutelar al corpului medical, care este Ministerul său, ca să se uşureze condiţiile vieţei locale, precum şi ca pentru stimulare să fie semnalată şi distinsă activitatea celor merituoşi, — D-l Dr. Cartuţa cere ca să se respecte art. 209, al. II al legei în vigoare, articol care impune recrutarea medicilor de oraşe dintre medicii sanitari rurali cu o vechime de cel puţin 2 ani.

Dreptatea acestor cereri n-are nevoe a fi subliniată.

Dacă este de un interes suprem pentru sănătatea populaţiei noastre rurale fixarea medicilor buni în sânul ei, nu este mai puţin adevărat că această fixare nu trebue impusă şi mai ales nu trebue asigurată prin restricţiuni de fapt, cari stau în contradicţie dispoziţiunile de drept.

O cere aceasta pericolul creierii de privilegii nejustificate şi în primul rând însuşi interesul serviciului de prestat.

Apostolatul în trecutul medical al Basarabiei exercitat de către *Zemschii vraci*, adică de către acei medici, cari activau în cadrul Instituţiunilor de gospodărie locală, numite „Zemstva" expune D-l *Dr. S. Bordeianu* dela Hotin, care pune în evidenţă calitatea şi meritele acestora, spre deosebire de a acelora numiţi „Zauriad-vraci", medici improvizaţi veniţi din Rusia, în proporţie de altfel redusă, şi despre cari a tratat în No. 9—10/1931 al revistei noastre.

In *Note de drum medical* în continuare la cele expuse în numărul precedent al revistei, D-l *Dr. M. Cânciulescu* relatează cele văzute la Policlinica Ronzoni din Milano, la Institutul de biologie ortogenetică de sub direcţia Prof. Pende din Genua şi la clinica de copii a D-rului Olsnitz din Nissa.

Dr. M. Cânciulescu.

DOCTORUL LUDOVIC FIALA

(cu ocazia centenarului naşterii sale)

de

Dr. I. GLĂVAN — Oradea.

Fiala a fost un chirurg de seamă şi în istoricul chirurgiei româneşti va avea un loc de frunte. Noi nu vom insista însă asupra calităţilor lui de chirurg, ci vom aminti, pe scurt, valoarea lui ca *oculist*, pentrucă Fiala a fost un oculist cu frumoase cunoştinţe în acest domeniu.

Născut în anul 1831, în orăşelul Baia (Transilvania), a făcut cea mai mare parte din studii la Viena. Aci şi-a luat şi doctoratul în medicină, în anul 1856.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După terminarea studiilor medicale, Fiala vine la Bucureşti, unde obţine dreptul de *liberă practică în anul 1856, anul sosirei lui în Capitala Ţării Româneşti.*

In anul 1859 i se încredinţează de Davila catedra de anatomie generală, microscopică şi istologică, nou creiată la Şcoala Naţională de Medicină şi predă acest curs. în semestrul de iarnă.

In anul şcolar 1860—61 Davila, văzând cât de necesar este să pregătească pe elevii Şcoalei şi pentru îngrijirea boalelor de ochi, înscrie pentru prima dată în programul Şcoalei de Medicină, catedra de oftalmologie. Singurul dintre profesorii Şcoalei, care poseda bune cunoştinţe oftalmologice, era Fiala şi Davila îl numeşte şi profesor de oftalmologie, pe lângă catedra pe care o ocupase în anul precedent.

Fiala îşi împarte materia între cele 2 semestre astfel că predă în semestrul de iarnă anatomia generală şi istologică, iar în cel de vară clinica oftalmologică.

In anul 1861 este numit medic secundar al serviciului de chirurgie dela Spitalul Colţea, serviciu pe care îl conducea Turnescu încă dela 1859.

In anul şcolar 1861—62 catedra de oftalmologie a şcoalei de medicină este încredinţată lui Vignali, iar Fiala rămâne cu anatomia şi fiziologia.

In tot timpul acesta ia parte activă la şedinţele Societăţii me-

dicală ştiinţifică, făcând comunicări cu deosebire din domeniul chirurgiei; la 1863 este ales casier al acestei Societăţi în şedinţa I ordinară din 5 Septembrie în locul lui Protici.

La 31 Martie 1867 a fost confirmat prin decretul No. 479 ca medic primar al Eforiei Spitalelor civile la Colţea[1]).

La 16 August 1867 în urma unui conflict cu Davila, care era efor al Spitalelor civile, este mutat la Spitalul Central din Craiova, spital care depindea tot de eforia din Bucureşti. Aci însă nu rămâne decât puţin timp, după care revine în Bucureşti, ca medic primar la Spitalul Filantropia, unde a condus serviciul chirurgical până la 1884.

In anul 1870 este ales vice-preşedinte al Societăţii medico-chirurgicale, în comitetul de sub prezidenţia lui Davila. In acest an a prezidat multe şedinţe în lipsa lui Davila şi s'a ocupat de aproape de bunul ei mers, încât, la alegerea comitetului pentru anul viitor (la 10 Noembrie), este reales în funcţia pe care o avusese până aci şi d-rul Staurescu îi aduce mulţumiri publice pentru felul cum a condus societatea.

La congresul chirurgilor germani din Berlin, la care a luat parte ca reprezentant al României, în 1884, a demonstrat cu date şi grafice, cât de înaintaţi sunt Românii în ceeace priveşte instituţiile de binefacere.

A luat parte la răsboiul independenţei, fiind conducătorul tuturor spitalelor temporare ale Crucei Roşii şi a fost unul dintre cei mai buni colaboratori ai lui Davila pentru organizarea şi funcţionarea Spitalelor din zona interioară. Activitatea desfăşurată în *acest timp a descris-o în: „Reminiscenţe din resbelul Româno-Ruso-Turc"*.

Despre activitatea lui Fiala desfăşurată la catedra de oftalmologie nu se poate vorbi nimic, pentrucă a fost profesor numai un singur semestru; are însă o importanţă istorică: *a fost cel dintâi profesor al acestei catedre de oftalmologie la şcoala de medicină.*

Fiala a fost un iscusit operator şi a pregătit serii de medici pentru chirurgia oculară. Avea, în acest scop, atât la Filantropia cât şi la Colţea, rezervate câteva camere din serviciul său numai pentru bolnavii de ochi.

Din timpul cât a funcţionat la Filantropia avem date publicate, din cari reese că executa operaţii foarte variate.

D-l *Dr. C. Vasiliu*, din Ploeşti, care i-a fost extern la Filantropia, a binevoit să ne dea date preţioase relativ la activitatea lui Fiala, din cari notăm pe cele următoare:

„Aci l'am văzut operând la ochi, având un salon pentru bărbaţi şi unul pentru femei şi de multeori având bolnavi de ochi amestecaţi cu ceilalţi la un loc. Ca şef era foarte exact în serviciu, puţin cam mândru, caracteristica lui, just şi pretenţios. Era serios şi pretenţios faţă de medicii lui mai bătrâni, secundari şi interni şi aspru cu externii. Ţinea foarte mult la curăţenia

1) *Gomoiu:* Din Istoria medicinei în România, pag. 867.

Spitalului şi la cea mai mică abatere făcea aspre observaţii întregului personal. Făcea multe intervenţii oculare; extrăgea cataracte cu keratotomie şi lambou inferior, făcea iridectomii, etc. Aci am avut ocazia a mă exercita şi eu, iar când am fost şef de spital am făcut multe iridectomii şi am operat cataracte".

La Filantropia Fiala a operat 6 cataracte congenitale şi observaţiile făcute cu, această ocazie le-a publicat într'o broşură: „*Guérison de six avengles nés*", tipărită în Bucureşti la 1878. Operaţiile au fost executate sub narcoză şi au constat în discizia cataractei, lăsând-o să se resoarbă singură.

Numărul mare de bolnavi, iviţi într'un scurt timp, e datorit faptului că, dupăce a operat cu succes un copil, a făcut o întinsă publicitate în jurul acestui caz, nu cu scopul să-şi facă reclamă, cum scria el, ci pentru ca să mai atragă şi alţi bolnavi:

„Ayant reussi à le guerrir, je m'efforçai de donner à ce cas la plus grande publicité possible, non dans un vain but de reclame, dont je n'ai ni besoin, ni le goût..."

In anul 1885, fiind şeful diviziunei I chirurgicale din spitalul Colţea, şi-a rezervat şi aci o parte din serviciu pentru bolnavii de ochii, cu toate că în acest timp funcţiona în bune condiţii serviciului oculistic din acest spital, Fiala iubea această specialitate şi bolnavii îl apreciau mult, încât recurgeau adeseaori la serviciul lui, ci nu ale secţiei oculiste.

In „*Cugetări asupra raportului anual al I-ei diviziuni chirurgicale din „Spitalul Colţea", emise la finele anului 1885*", publică următoarea statistică asupra boalelor de ochi operate de el:

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Extracţii de cataracte.
Operaţia ectropionului stâng superior.
Operaţia ectropionului stâng inferior.
Raclarea epiteliomului din comisura internă palpebrală.
Extirparea unui kist sebaceu din regiunea supraciliară.
Raclarea unui epiteliom din regiunea fronto-orbitară.
Extirpaţia unui sarcom din regiunea orbitară stângă.
Extirpaţia, prin raclare, a unui epiteliom, din cavitatea orbitară stângă.
Extirpaţia unui sarcom din regiunea orbitară stângă.
Amputaţia bulbului drept.

Reputaţia lui Fiala de oculist trecuse hotarele ţării. Regretatul *Prof. Severeanu*, care l'a cunoscut bine pe Fiala, ne-a dat multe şi preţioase informaţii despre el. Intre altele amintim că a fost chemat şi a operat pe Domnitorul Sârb Miloş Obrenovici de cataractă şi a fost onorat pentru această operaţie executată cu succes cu suma de 500 galbeni austriaci.

Educaţia lui aleasă şi cultura generală pe care o poseda îl scoteau din rândul majorităţii medicilor contimporani lui.

Am amintit mai sus după spusele d-lui Dr. C. Vasiliu, despre purtarea pe care o avea faţă de medicii din serviciul său. Vom complecta cu următorul pasagiu dintr'un articol scris în „*România Medicală*" din 15 Aprilie 1875, sub titlul „*Medicul Spitalului*".

Vom vedea din acest scurt pasagiu ce frumoase sfaturi ştia să dea Fiala şi ce admirabile aprecieri făcea asupra medicilor de spital:

„Multă abnegaţie trebue să aibă un medic de spital; intrând în serviciu trebue să uite toate impresiunile care ar fi putut să-l excite, ori irite; toate nemulţumirile cauzate de lumea externă ar trebui să le uite în momentul când vine în contact cu bolnavii. Aci trebue să desvolte medicul acea pacienţă admirabilă, cu care va răspunde la atâtea întrebări nedrepte, la atâtea ziceri perverse ale bolnavilor. Imprudenţa, nesupunerea, eludarea ordinelor certe, şi chiar obiecţiunile bolnavilor, nu vor turbura niciodată pe un medic bine deprins cu serviciul spitalului.

Atât poziţiunea, cât şi erudiţiunea unui medic, îl fac să fie considerat ca principala persoană a unui spital. Chiar autorităţile competinţi respectă astfel pe reprezentantul ştiinţei. La toate acestea medicul trebue să corespundă într'o demnitate bine meritată. Respectul atribuit să nu-l conducă la erori în faţa subalternilor săi, ordinele şi voinţa medicului să nu fie greu impuse.

Ferice de medicul ,căruia i-a dat natura toate calităţile de a răspunde unui serviciu uman şi atât de greu; ferice de medicul, care are caracterul necesar pentru a inspira iubirea şi ardoarea necesare la un asemenea cult uman; ferice de experienţele, bine bazate, în folosul omenirei întregi".

Fiala şi-a cunoscut bine contimporanii; a fost un spirit eminamente observator şi nimic din ceeace l'a înconjurat nu i-a scăpat neobservat în viaţă — şi din cauza caracterului ales, cu care era dotat de natură, a avut multe de suferit chiar dela colegii săi.

Unii dintre contimporani l'au acuzat că, străin de neamul nostru, Fiala n'a putut să se asimileze poporului în mijlocul căruia a trăit atâta vreme. Aceste acuzaţii însă au fost nedrepte, pentrucă nimic nu i-a scăpat neobservat din ceeace l'a înconjurat şi rari au fost acei Români, cari au arătat cu atâta persistenţă ca Fiala, calităţile neamului nostru şi dreptul lui la viaţă.

Următoarele pasagii, luate din scrieri diferite şi ca conţinut şi ca dată, îl vor pune în adevărata lui lumină:

„Nu există nici o ţérra (scria Fiala în „Monitorul Medical" No. 6, din 1862, pag. 48), în care institute philantropice să fie mai bogat desvoltate de câtu la noi, cât în privinţa sumei de institute, cât şi în privinţa primirii bolnavilor; la noi nu se priveşte naţionalitate nici religia; iubire de oameni în sensulu celu mai întins!

Speru că cu timpulu oameni din popor se vor familiariza mai mult cu institutele nóstre, şi la o preumblare prin stradele capitalei, privind cu băgare de séamă ochii fiecărui trecător, nu ne vom mira ce dese sunt viţia ochiloru la noi".

Pentruca să nu se dea o interpretare greşită asupra poporului, prin faptul că a operat atâtea cataracte congenitale la persoane care trăiseră zeci de ani orbi, Fiala scria, cu ocazia publicării lucrării „Guérison de six avengles nés":

„Le nombre de ces malades pourrait donner une idée fausse à mes con-

frères étrangers, si l'on considerait que plusieurs de nos patients ont été opérés dans un age assez avancé, ce qui arrive frequemment dans les pays non civilisés, où les institutions philantrophiques font défaut. Mais en Roumanie, où les hôpitaux sont très nombreux et reçoivent gratis tous ceux qui souffrent, sans distinction de rite et nationalité, nous ne pouvons expliquer antrement ces retards que par le manque absolu de confiance des classes inférieures pour l'art médical. Ayant à faire avec un mal congénital il s'ensuit que la soumission au destin d'un côté, et de l'autre l'incrédulité dans la possibilité de la guérison d'un mal de naissance — qui d'ailleurs n'est pas douleureux — poussent ces gens là à ne pas rechercher les secours medicaux et à s'en remettre à la grace des Dieux".

In fine, vom cita încă un mic pasagiu din *„Reminiscenţe din resbelul Româno-Ruso-Turc"* din care se va vedea cât şi-a iubit Fiala ţara adoptivă şi poporul, în mijlocul căruia a trăit cea mai mare parte a vieţii:

„In ce timpuri însemnate trăim! Poporul român a vegetat prin secoli în supresiune, a nutrit în anima sa limba maternă şi scânteia sacră a libertăţii. Saltă inima fiecărui, care a avut bucuria de a vedea sôrele popôrelor răsărind splendid şi pentru poporul român...

Am văzut poporul român cu arma în mână, săpênd din nou numele său pe pagina gloriei! Independenţa română n'a fost decât o consecinţă a faptelor eroice şi proclamarea Regatului a fost încoronarea vitalităţii, a vigoarei şi a conştiinţei naţionale! Ferice de fiecare cărui i-a dat soarta un rol cât de mic în gigantica evoluţiune a vieţii poporului român! Am mândria că am făcut tot ce am putut: am contribuit voios la „Independenţa română" şi am lucrat puternic la alinarea suferinţelor ostaşilor noştri".

Digitized by Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: **Dr. I. Glavan — Le Médecin Ludovic Fiala (à l'occasion du centenaire depuis sa naissance).**

L'auteur décrit la vie et l'oeuvre de ce médecin étranger, venu dans le pays en 1856 et au quel pour sa valeur Davila a confié différentes chaires à l'école de médecine, devenue en 1864 l'actuelle faculté de médecine de Bucarest.

RIASSUNTO: **Dott. I. Glavan — Il Dottor Lodovico Fiala (In occasione del centenario della sua nascita).**

L'Autore descrive la vita e l'opera di questo medico straniero, venuto in Romania nel 1856 e al quale furono, per i suoi meriti, affidate varie catedre alla scuola di medicina, divenuta nel 1864 l'attuale facoltà di medicina di Bucarest.

SUMMARY: **Dr. I. Glavan — Doctor Ludovic Fiala (On the centenary of his birthday).**

The author relates life and work of this physician, who being foreign of birth came to this country in 1856 and who for the sake of his merits was grabted different professorships at the school of medicine, which 1864 became the Medical School of Bucarest in the actual formation.

ZUSAMMENFASSUNG: **Dr. I. Glăvan — Doctor Ludwig Fiala (gelegentlich seines hundertjährigen Geburtstages).**

Der Verfasser beschreibt das Leben und das Werk von diesen fremden Arzt, der im Lande im Iahre 1856 kam; wegen seiner Wissenschaft hat man Ihm mehrere Kateder in der medizinische Schule anvertraut, Schule gewordene in 1864 die heutige Medizinische Facultät von Bukarest.

TRATAMENTUL FITOTERAPIC

AL STĂRILOR NEVROPATICE

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

PASSIFLORINE

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

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

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

ORIENTARI NOI IN BOALELE DE NUTRIŢIE*)

de

Dr. I. DANIEL

Docent Universitar

Studiul schimburilor de nutriţie rezumă şi oglindeşte în acelaş timp întreaga biologie. Cunoaşterea proceselor de nutriţie, atât cât ne este accesibilă prin metodele de cercetare pe care le posedăm astăzi, este de fapt cunoaşterea fenomenelor vitale. Evoluţia concepţiunilor şi cunoştiinţelor noastre în această ramură a medicinei, se poate împărţi în două epoce: aceea care precede şi aceea care urmează lui *Lavoisier*.

In prima epocă nu găsim o concepţiune, ci o serie de observaţiuni, care ne arată că într'adevăr cele trei mari turburări de nutriţie, obezitatea, diabetul şi mai ales guta (podagra) erau cunoscute marilor maeştri ai medicinei antice, *Hippocrat* şi *Galien*. Mai târziu, sprijinite de admirabila construcţie a concepţiunii umorale şi de o serie de simptome a căror importanţă şi valoare clinică a rămas aceeaşi până în vremurile noastre, cunoştinţele primei epoci culminează cu magistrala şi definitiva descriere a gutei şi a accesului de gută, făcută de *Sydenham* către sfârşitul veacului al 17-lea.

Această epocă, mai mult descriptivă, sfârşeşte brusc în preajma anului 1777, în care *Lavoisier*, întemeietorul ştiinţei nutriţiei, descopere oxigenul şi emite teoria, multă vreme considerată ca dogmă, prin care arată că în organismul fiinţelor superioare nici un proces nu se produce fără consumaţiune de oxigen.

Din acest moment începe epoca caracterizată printr'o cât mai minuţioasă şi precisă metodă analitică în cercetarea proceselor biologice şi prin concepţia fizico-chimică a fenomenelor vitale.

Progresul continuu — teoretic şi practic — în domeniul ştiinţei nutriţiei, progres la care au contribuit cercetările lui *Liebig*, *Voit* şi *Rubner*, n'a putut convinge şi pe acele spirite care nu se puteau împăca cu ideia de a considera fenomenele vitale ca simple reac-

---

*) Conferinţă făcând parte din ciclul «Actualităţilor medicale», ţinută la Spit. Colţea la 19 Mai 1931.

ţiuni fizico-chimice. In lupta împotriva acestora a intervenit *Claude Bernard*, care, cu ajutorul riguroasei şi obiectivei metode experimentale, a distrus vechea şi paralizanta doctrină vitalistă, anunţând cu sincer optimism că: „dacă până în prezent nu putem exprima toate procesele organice prin consideraţiuni chimico-fizice, nu este exclus că în viitor vom isbuti".

După Claude Bernard, evoluţia şi progresul cunoştinţelor în domeniul fenomenelor de nutriţie se face într'un ritm neobişnuit de accelerat. *Biochimia, biofizica* şi *fiziologia*, într'o strânsă colaborare, studiază noţiunile fundamentale. In primul rând se cercetează compoziţia alimentelor din punct de vedere chimic. Rezultatele obţinute n'au căpătat o valoare biologică decât în momentul în care s'a recunoscut că elementele organice intervin în procesele de schimb şi prin energia pe care o conţin. Circulaţia şi transformarea energiei chimice potenţiale a alimentelor organice în energie calorifică constitue baza teoretică a *doctrinei energeticei alimentare*. Valoarea substanţelor alimentare exprimată în calorii şi modul în care organismul le utilizează, formează criteriul de apreciere al intensităţii proceselor de nutriţiune.

Rubner, considerând că valoarea calorică a substanţelor alimentare este elementul principal al proprietăţii lor nutritive, a emis *legea izodinamismului*, după care protidele, glucidele şi lipidele, pot fi substituite în alimentaţie, respectând un minimum de albumine — dacă le administrăm într'o cantitate care să reprezinte echivalentul caloric al elementelor înlocuite.

Modificările pe care substanţele alimentare le suferă în organism, cuprind şi cercetarea schimburilor intermediare, cu alte cuvinte a acelor procese, care sunt în directă legătură cu menţinerea structurii şi activităţii biologice. In legătură cu acestea, descoperirea catalizatorilor organici-vitali şi anorganici, a vitaminelor, şi a unor aminò-acizi cu acţiune specială în procesul de creştere, a rezolvat multe probleme ale fiziopatologiei proceselor de nutriţie.

Subtilitatea de investigaţiune şi precizie tehnică a noilor metode de cercetare au condus la aflarea unor noi fapte şi rezultate, care au fost confirmate în multe cazuri de observaţiunile clinice.

Schimburile şi boalele de nutriţiune devin obiectul unor studii — uneori cu o exagerată inclinaţiune matematică, — care au de scop să urmărească fenomenul fizio-patologic în intimitatea lui. Metodele noi intrate în practica curentă sunt: analiza chimică a sângelui şi a celorlalte umori ale organismului prin microdozagii, bilanţurile, a căror aplicare a dat bune rezultate în tratamentul diabetului şi metabolismul bazal. Cu enunţarea acţiunii electroliţilor şi coloizilor în menţinerea constantelor fizico-chimice ale organismului, putem încheia tabloul rezumativ al *fazei analitice*.

Concomitent cu cercetările experimentale, care considerau fenomenele de nutriţie ca expresiune biologică a organismului întreg, se desvoltă cu puternică autoritate concepţiunea autonomiei celulare a lui *Virchow*. Influenţa exercitată de gândirea anatomo-fiziologică a lui Virchow asupra contemporanilor săi, a întârziat evoluţia no-

Digitized by Centrul Cercetare Chimie Alimentară

BISMUT LIPOSOLUBIL

(SOLUȚIE ULEIOASĂ)

SOLMUTH

1 ccm. = Og. 04 Bi

INDOLOR — PERFECT TOLERAT — INCOLOR

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

Pentru adulți: săptămânal 2 fiole de 1 ccm.

Injecțiunile intramusculare cât mai încet și mai profund posibil

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cutia cu 12 fiole de 1 ccm. Lei 220 pentru public.

Adoptat de Ministerul Sănătății precum și de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale (Ministerul Muncii) unde se află permanent în depozit

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND

LEVALLOIS PERRET (Seine).

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

ţiunii de corelaţiune, a cărei filiaţiune istorică cuprinde pe *Hippocrat, Galien, Bichat* şi pe marii maeştri ai clinicei franceze din secolul trecut: *Bouchard, Bazin, Hannot* şi *Lancereaux.*

Rezultatele obţinute în laborator nu găseau întotdeauna o justificare clinică, deoarece cu fiecare descoperire nouă apar necunoscute noi. Fiziologia celulară nu poate fi aplicată complexelor celulare, în care, după *Richet:* „une cellule retentit sur toutes les autres et toutes les autres retentissent sur elle". Dacă admitem că într'o astfel de alcătuire diferenţiată, schimburile nutritive sunt o necesitate absolută pentru viaţa celulară, nu urmează că rezultatul acestor schimburi, precum şi schimburile însăşi sunt factorii care-i determină şi conduc funcţiunea. Ştim că zahărul şi grăsimile sunt elemente indispensabile pentru viaţa energetică a celulei, cu toate acestea rezervele destul de mari de care dispune organismul nu influenţează prin prezenţa lor funcţiunea celulei. Intr'adevăr, chiar dacă luăm în considerare acţiunea dinamică specifică a alimentelor, metabolismul bazal în stare fiziologică este reprezentat printr'o cifră constantă. Rezultă că *modul de acţiune al celulelor organismului în procesul nutritiv nu este determinat de oferta ce li se face în substanţe alimentare şi oxigen, ci de trebuinţa de a-şi menţine funcţiunea lor specifică.* Intensitatea şi specificul acestei funcţiuni este sub dependenţa altor factori.

Noţiunea de reacţiune specifică şi de corelaţiune caracterizează *faza sintetică* şi constituesc principiile fundamentale ale patogeniei şi tratamentul boalelor de nutriţie în concepţiunea actuală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Noţiunea de *reacţiune specifică*, predispoziţie sau frequent cunoscută sub numele de dispoziţiune constituţională, derivă din aproape uitata discrazie, din aceea ce *Bazin* numea artritism şi *Bouchard* braditrofie. Aceeaş idee fusese exprimată şi de *Hannot* în felul următor: „fiecare individ se naşte cu un dosar plin de toate incidentele vieţii fetale şi embrionare".

Prin *dispoziţie constituţională* înţelegem modul specific determinat de proprietăţile înăscute şi dobândite, în care se comportă organismul, atât din punctul de vedere al desvoltării morfologice, cât şi în felul de a acţiona şi reacţiona.

Cu alte cuvinte, capacitatea funcţională a organismului nostru este individual variabilă şi limitată, din cauza structurii stabile şi specifice a materiei — biocoloidul — din care este alcătuit.

Nu devine oricine diabetic, obez sau gutos, deoarece sub impulsul aceleiaşi cauze din afară nu se produce în toate cazurile acelaş efect. Mărturisirea sinceră şi disperarea obezului care nu slăbeşte, cu toate că mănâncă foarte puţin, ca şi a celui slab care nu se îngraşe cu toate că mănâncă foarte mult, sunt exemple tipice şi tragice ale acestei implacabile legi a dispoziţiunii constituţionale.

Totuşi fiecare din noi cunoaşte nenumărate cazuri, în care desechilibrul nutritiv a putut fi corijat. In ce mod se poate restabili şi cum se menţine unitatea armonică a organismului?

Coordonarea cu lumea din afară se face prin sistemul nervos sensorial, *în mediul interior coordonarea se face prin sistemul endocrinian şi nervos vegetativ.* Deci, *numai printr'o intervenţie asupra sistemului de coordonare, vom putea reuşi să restabilim echilibrul pierdut, indiferent dacă el corespunde sau nu tipului normal.*

Acest sistem de coordonare ne conduce la noţiunea de corelaţiune, de synergism sau de interdependenţă biologică.

După cum am văzut, *factorii regulatori ai corelaţiunii sunt: sistemul endocrinian şi nervos.* Legătura între aceste două sisteme se face prin hormoni, electroliţi, fermenţi şi vitamine. Vom analiza pe rând modul de acţiune al celor doi factori în procesul de nutriţiune.

Sistemul endocrinian. In ordine cronologică, *Hippocrat* este primul care a întrevăzut relaţia între glandele cu secreţie internă şi nutriţiune. El considera guta ca o manifestare patologică, provocată de o turburare a glandelor sexuale. Ideea generatoare a teoriei actuale îşi are originea în descoperirea diabetului pancreatic, făcută de *Minkowski* şi *Mering* în anul 1899. Glandele endocrine exercită un lucru de selecţie şi în acelaş timp un lucru chimic. Ele elaborează un material, hormonii, pe care îl cedează sângelui.

Biedl descrie în modul următor rolul şi activitatea glandelor endocrine în desvoltarea şi menţinerea organismului: „La noul născut predomină acţiunea porţiunii corticale a suprarenalelor şi glandele sexuale, în timp ce tiroida, corpii epiteliali şi poate că şi timusul, deabia încep să intre în fasa de desvoltare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La doi ani activitatea glandei tiroide începe să se afirme. Pubertatea este reprezentată prin trei perioade: 1) *Prepubertatea.* In acest timp activitatea glandei tiroide şi a lobului posterior al ipofizei intensificându-se, se produce creşterea în înălţime şi maturaţiunea glandelor sexuale; 2) *Adolescenţa.* In această perioadă glandele sexuale luptă pentru prioritate, în timp ce sistemul adrenalinic sau cromafin, aparatul insular, partea intermediară a hipofizei şi centrii regulatori ai centrelor nutritive, dobândesc o influenţă din ce în ce mai mare; 3) *Maturitatea,* în timpul căreia glandele sexuale sunt purtătoarele melodiei în concertul endocrinian".

Hormonii, produs elaborat de glandele endocrine, au o activitate locală — hormoni autohtoni — şi una generală — hormoni de corelaţiune. Nu se cunoaşte încă modul şi locul de distrugere al hormonilor, după cum nu se ştie pe ce cale se face eliminarea lor. Aceşti regulatori fiziologici sunt activi în cantităţi minimale. Impulsul sau excitaţia necesară, pentru ca hormonul sau fermentul să devie activ, este dată de sistemul nervos. Intre sistemul endocrinian şi sistemul nervos vegetativ, este o legătură directă. Aceste două sisteme se ajută — hormonii întreţin tonusul sistemului vegetativ şi se complectează. Funcţional, unul poate înlocui pe celalt, deoarece acţiunea lor asupra organelor este identică. Nervii primesc, conduc, şi distribue excitaţia; hormonii o dau.

Acţiunea glandelor cu secreţie internă, în procesele de nutriţiune, este determinată de acţiunea hormonilor.

Tiroida, accelerează schimburile, luând parte în toate fenomenele de oxidaţiune; favorizează depunerea energiei potenţiale, influenţează procesele de permeabilitate celulară. Hiperfuncţiunea se însoţeşte de o creştere a zahărului din sânge şi a temperaturii.

Suprarenala, extirpată, produce ipoglicemie şi o diminuare a schimburilor; în stare de iperfuncţiune, produce o creştere a zahărului sanguin, a eliminărilor de azot şi a temperaturii.

Ipofiza intervine în procesele de creştere şi în schimburile apei.

Asupra rolului *pancreasului,* nu mai insistăm.

Despre *glandele sexuale,* ştim că „un bon coq est toujours maigre". Extirparea lor provoacă o diminuare a întregii activităţi.

Din cercetările experimentale şi observaţiunile clinice, cu privire la influenţa exercitată de hormoni în metabolism, rezultă că: *adrenalina, tyroxina şi o parte din hormonul ipofizar intervine în procesele de dezasimilaţiune — catabolism; — insulina, paratiroidele şi hormonul sexual, intervin în procesele de asimilaţiune — anabolism.*

Sistemul nervos. Relaţiunea între sistemul nervos şi procesele de nutriţiune a fost stabilită de *Claude Bernard* în anul 1849, prin clasica lui „piqûre". De atunci, nenumărate cercetări experimentale, observaţiuni clinice şi anatomo-patologice au confirmat existenţa şi importanţa acestei relaţiuni, atât în stare normală cât şi în stare patologică.

Am văzut că menţinerea synergismului biologic sau armonizarea diferitelor funcţiuni este determinată de cele două sisteme: endocrinian şi nervos. Sistemului nervos şi mai cu deosebire sistemului nervos vegetativ, îi incumbă rolul de factor regulator al proceselor şi condiţiunilor de schimb în şi între diferitele organe şi ţesuturi.

Digitized by Central University Library, Cluj

Sistemul nervos este în acelaş timp factorul regulator al vieţii noastre psihice şi fizice şi din acest punct de vedere influenţa pe care o exercită asupra proceselor de nutriţie este foarte mare. Toate turburările vieţii noastre afective, durerea, grija, bucuria, se resfrâng asupra vieţii noastre vegetative, cu nebănuită intensitate şi variabil aspect.

Clinic, cunoaştem nenumărate modificări ale metabolismului şi ale reacţiunilor chimice umorale, provocate de turburări psihice. In diabet, turburările sistemului nervos sunt adeseori o cauză favorizantă sau agravantă a acestei maladii. Cercetări, făcute la psihopaţi, au arătat o serie de modificări ale schimburilor de nutriţie. Recent, *Laignel-Lavastine* publică rezultatul unor noi cercetări, din care rezultă că în anumite psihoze se produce un dezechilibru acido-bazic, caracteristic, fie în sensul unei acidoze sau alcaloze. Experienţele lui *Maranon,* făcute la aviatori, şi ale lui *Cannon,* la şcolari, demonstrează, prin puternica iperglicemie pe care au constatat-o efectul puternic al stărilor emotive — produse în primul caz de ascensiunea cu avionul, şi în al doilea de examen, — asupra procesului glico-regulator. Pentru a evita influenţa exercitată de sistemul nervos sensorial, s'a propus ca studiul fenomenelor de nu-

triţie să se facă în timpul somnului. Experimental nu este încă dovedit influenţa creerului asupra proceselor de nutriţiune. *Daniel* şi *Maxim* au arătat că la iepuri extirparea creerului produce o ipoglicemie durabilă.

Centrii nervoşi vegetativi, regulatori ai schimburilor nutritive, se găsesc în segmentul diencefalo-ipofizar, — *Grewing* consideră că ipofiza şi diencefalul, din punct de vedere anatomic şi funcţional, fac parte din acelaş sistem — şi bulbar. In această regiune se găseşte şi centrul regulator al temperaturii.

Simpaticul şi *parasimpaticul* intervin în toate procesele de oxidaţiune şi de sinteză. Intensitatea şi ritmul schimburilor nutritive este determinată de predominenţa funcţională a unuia sau a celuilalt. La indivizii cu predominenţa simpaticului, toleranţa pentru glucide este mică, acţiunea dinamică specifică este mărită, slăbiciunea este caracteristică, consumul de apă foarte redus şi greutatea corpului constantă. La indivizii cu predominenţa parasimpaticului, toleranţa pentru glucide este crescută, acţiunea dinamică specifică este redusă, tendinţa la obezitate frecventă, consumul de apă foarte mare — transpiraţiuni abundente, — greutatea corpului variabilă.

Sistemul nervos vegetativ, hormonii şi electroliţii formează, după modul de acţiune exercitat asupra proceselor de nutriţiune, două grupuri distincte:

a) *Grupul asimilator:* parasimpaticul, insulina, paratiroidina, hormonul sexual şi Ka.;

Biblioteca Cluj / Central University Library Cluj

b) *Grupul dezasimilator:* simpaticul, tiroxina, adrenalina, o parte din hormonul ipofizar şi Ca.

Până aci am făcut o privire generală asupra dispoziţiei constituţionale şi a influenţei exercitată de factorii coordinatori asupra metabolismului general. In cele ce urmează, vom expune patogenia şi terapeutica maladiilor de nutriţie, în cadrul noţiunilor de mai sus.

* * *

DIABETUL, este o turburare a metabolismului glucidelor. Nu ştim încă dacă această turburare este consecutivă unei hiperproducţiuni sau a unui minus de consumaţiune a zahărului din organism. *Noorden* consideră că în diabet intervine în primul rând un element constituţional, reprezentat prin *deficienţa pancreatică*. Tot din punctul de vedere al dispoziţiei constituţionale poate fi interpretată şi *teoria avidităţii celulare* a lui Falta. Această afecţiune este, după *Achard*, consecutivă unei *turburări de fermentaţiune* — insuficienţă glicolitică — în asimilarea şi dezasimilarea hidraţiei de carbon. Diabetul este provocat de o scădere a cantităţii de insulină, a cărui prezenţă este absolut necesară sintezei glicogenului în ficat şi muşchi. Este diabetul o afecţiune primară a pancreasului? Anatomo-patologic nu s'a putut dovedi. Experimental ştim că la animale este suficient de a lăsa 1/10 din pancreas, pentru a menţine în stare fiziologică schimburile glucidelor. Este probabil că şi la omul diabetic se mai găseşte cantitatea de insulină cores-

punzătoare acestei zecimi pancreatice în stare de funcţiune, cu atât mai mult cu cât în pancreasul diabeticilor morţi s'a găsit cantităţi suficiente de insulină. Prin urmare, nu lipsa de insulină, ci neputinţa de a fi utilizată este cauza principală. Aceste consideraţiuni conduc pe *Leschke* la ipoteza următoare: diabetul este o afecţiune datorită unei turburări a funcţiunii centrale a procesului glicoregulator.

Existenţa unui mecanism nervos-central al metabolismului zahărului a fost stabilit, după cum am văzut, de *Claude Bernard*. Experienţele lui Claude Bernard au fost confirmate mai târziu. Numeroşi alţi cercetători au demonstrat existenţa unor noi centri superiori, situaţi în diferite regiuni ale sistemului nervos central. *Brugsch, Dressel* şi *Lewy* au arătat că o înţepătură în partea anterioară (parasimpatică) a nucleului vegetativ — nucleul visceral al vagului, — produce ipoglicemie, pe când în partea posterioară (simpatică) produce iperglicemie şi glicozurie. *Aschner* a provocat glicozurie înţepând planşeul celui de al treilea ventricol. Alţi centri au fost stabiliţi de *Camus, Roussy* şi *Gourney*, de *Aschner* în tuber cinereum — regiunea simpatică a lui *Karplus* şi *Kreidl*, — *Eckhard* a găsit un centru în creerul mic.

In cele mai multe din cercetările experimentale arătate *iperglicemia şi glicozuria sunt tranzitorii*, ceeace ne face să admitem că leziunile produse nu interceptează complect căile de transmisiune ale impulsului pornit din organul central. *I. Daniel* şi *Maxim* au arătat că extirparea creerului la iepuri, provoacă o ipoglicemie durabilă. Rezultă că în procesul glicoregulator creerul are un rol important. Prin analogie cu observaţiunile clinice şi cercetările experimentale făcute până în prezent, pare probabil că *creerul are un rol excito-regulator*. Transmisiunea influxului nervos se face pe cale simpatică. Centrii vegetativi superiori găsiţi par a fi tot atâtea puncte de interceptare incomplectă sau de excitaţiuni pe traectul acestei căi.

In afară de aceste fapte experimentale, sunt numeroase observaţiuni anatomo-patologice şi clinice, care ne arată legătura între sistemul nervos şi turburările metabolismului zahărului. La diabetici, *Leschke* a găsit leziuni în regiunea cuprinsă între corpii mamilari şi infundibulum; *Dressel* şi *Lewy* în globus pallidus. Traumatismele şi tumorile cerebrale, encefalita epidemică, sunt foarte des întovărăşite de glicozurie. *Influenţa psihicului* asupra evoluţiunii diabetului este un fapt destul de cunoscut, pe care experienţele lui *Maranon* şi *Cannon* le confirmă. Sistemul nervos vegetativ intervine în procesele de schimb ale glucidelor, influenţând direct asupra diferitelor organe sau glande cu secreţie internă, a căror funcţiune este în directă legătură cu aceste schimburi. Ca în toate procesele de schimb, simpaticul are un rol destructiv, parasimpaticul constructiv. Se păstrează deci şi aci antagonismul. Excitaţia simpaticului favorizează glicogenoliza, a parasimpaticului măreşte secreţia pancreatică, — deci de insulină, — şi glicogenosinteza.

Glandele endocrine care intervin în procesele de schimb ale

zahărului sunt: pancreasul: suprarenala, tiroida şi ipofiza. Asupra rolului pancreasului nu vom insista.

Suprarenala, prin hormonul pe care îl secretă — adrenalina, stimulează secreţia pancreasului. Impulsul se transmite pe calea simpaticului. Extirparea acestei glande se însoţeşte de o puternică ipoglicemie. Adrenalina injectată provoacă iperglicemie.

Extirparea ipofizei produce glicozurie. In acromegalie se observă foarte frecvent ipoglicemie şi glicozurie. Se pare că aceste turburări sunt produse de lobul posterior.

Cât priveşte tiroida, se cunoaşte destul de bine glicozuria basedowiană, precum şi glicozuriile care apar în timpul tratamentului opoterapic tiroidian. Ipertiroidismul favorizează producerea de adrenalină. Glanda tiroida, împreună cu suprarenale, inhibează procesul de secreţie internă al pancreasului. După ablaţia tiroidei, acţiunea insulinei este mult mai puternică.

Menţinerea unei cantităţi constante de zahăr în sânge este determinată de corelaţiunea care există între sistemul nervos şi cel endocrinian. Supraproducţia de insulină provocată de iperglicemie nu se mai produce, dacă se secţionează vagii; deasemena secreţia de adrenalină consecutivă ipoglicemiei încetează dacă se secţionează splachnicii. Insulina cu multiplele ei întrebuinţări terapeutice, în afecţiunile hepatice, în ipertiroidism, în curs de îngrăşare, ca agent antiacidozic şi topic, este un exemplu al corelaţiunii hormonale.

Tratamentul diabetului prevede în primul rând individualizarea. Din punct de vedere simptomatic şi cauzal, regimul dietetic trebue să fie considerat ca indispensabil. O bună şi raţională întrebuinţare a activităţii musculare este în special recomandabilă în diabetul juvenil. *Ca tratament de substituţie:* insulina. Vom menţiona deasemeni încercările chirurgicale şi prin raze Röntgen, — iradiaţiuni ale suprarenalei şi pancreasului — făcute în ultima vreme, precum şi tratamentul cu sulf şi apele minerale sulfuroase *(I. Daniel* şi *Popescu-Buzeu).*

GUTA este o turburare a metabolismului purinelor, mai precis a nucleinelor şi a acidului uric.

Această afecţiune caracterizată prin depunerea monouratului de sodiu în ţesuturi — articulaţiuni în special — se desvoltă mai ales acolo unde există o dispoziţie constituţională, *braditrofia lui Bouchard.* De multe ori această afecţiune este ereditară.

Garrod credea că această boală este datorită unei *retenţiuni renale a acidului uric.* Ipoteza aceasta a fost reluată de *Thannhauser* şi de *Lichtwitz,* care au emis ipoteza unei *deficienţe primare constituţionale a rinichiului,* în ceeace priveşte eliminarea acidului uric. După aceşti autori, sediul turburării nu este în celula renală, ci în sistemul nervos vegetativ şi endocrinian. *Chauffard* admite o *disfuncţiune hepatică,* consistând într'o insuficienţă uricolitică; *Brugsch* şi *Schittenhelm* au emis ipoteza unei *insuficienţe fermentative a protoplasmei celulare.* Diminuarea activităţii fermenţilor celulari, în special a fermenţilor uricolitici, are ca urmare o producere şi dis-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

trugere mai lentă a acidului uric şi o ridicare a pragului renal. Consecinţa acestei încetiniri este rămânerea mai îndelungă a acidului uric în circulaţia generală şi depunerea lui, favorizată în primul rând de afinitatea ţesuturilor — cartilagiilor.

In afară de cele arătate şi pentru complectarea lor, trebue să menţionăm că schimburile purinelor sunt supuse unui factor regulator central, având ca organe de transmisiune sistemul endocrino-vegetativ.

Leschke şi *Schneider* au găsit în diencefal un centru care micşorează eliminările de azot. Dacă excitaţiunea pe care o producem se face în acelaş timp şi asupra centrilor termo-regulatori, se obţine o creştere a eliminărilor de azot. *Freund* şi *Grafe* cred că acest centru are un rol inhibitor. Conducerea impulsului se face pe aceeaş cale, ca şi pentru temperatură. Organul terminal este ficatul. Şi în bulb s'au găsit numeroşi centri inhibitori şi excitatori ai schimburilor purinelor. *Umber*, care consideră accesul de gută „o furtună în sistemul vegetativ", crede că în timpul acceselor predomină parasimpaticul şi între accese simpaticul.

Pentru *Falta*, secreţia internă a ipofizei are un rol foarte important în patogenia gutei. Supraproducţia de acid uric endogen este consecinţa unei activităţi crescute, aşa cum se observă şi în acromegalie, în timp ce diminuarea acidului uric ar fi o consecinţă a unei activităţi scăzute, ca în sindromul adiposo-genital. Adrenalina măreşte, tiroida inhibează, eliminările purinelor şi a acidului uric.

Rezultă, dacă ţinem seamă de faptele experimentale şi clinice arătate, că şi în gută găsim o turburare a mecanismului regulator al sistemului endocrino-vegetativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte *tratamentul*, în afară de cel dietetic şi medicamentos cunoscut, ar fi de amintit: proteinoterapia, sulful, ingerarea de lichide în cantităţi mari şi radiumterapia preconizată de *Gudzent*.

OBEZITATEA. In genere, se admite că această afecţiune este consecutivă dezechilibrului care se produce între ingerarea şi utilizarea alimentelor. Această definiţiune însă nu s'a putut verifica nici prin studiul amănunţit al bilanţurilor, nici prin cercetarea metabolismului bazal, care, în cele mai multe cazuri de obezitate, a fost găsit normal.

Patogenia obezităţii endogene, — abstracţie făcând de schimburile intermediare ale lipidelor aproape necunoscute până în prezent — trebue să ţie seamă de următoarele fapte:

a) Individul normal îşi menţine constantă greutatea corpului ani dearândul, indiferent de cantitatea şi de calitatea alimentelor;

b) In cele mai multe cazuri, convalescenţii recapătă uşor şi repede greutatea pierdută, dar foarte rar depăşesc greutatea iniţială;

c) Obezitatea postencefalitică se desvoltă, oricare ar fi condiţiunile de alimentaţiune;

d) Obezul nu slăbeşte, chiar atunci când îi administrăm un regim mai sărac decât acela indicat de metabolismul său bazal, deci

mai puţin decât are nevoe pentru acoperirea necesităţilor zilnice; pe care nu le putem interpreta altfel, decât admiţând ipoteza unei *regulaţiuni centrale a asimilării şi a distribuţiei grăsimii în organism.*

Din acest punct de vedere, tabloul clinic al obezităţii, cu nenumăratele şi variatele lui aspecte, distribuţia caracteristică a grăsimei în cazurile de obezitate diencefalică sau ipofizară, distrofia adipozo-genitală şi obezitatea cerebrală *(Erdheim)*, conduce mai sigur decât oricare teorie către concepţiunea unui mecanism regulator central.

Centrul regulator al proceselor de nutriţie *(Grafe* şi *Grünthal)* se găseşte în diencefal, în apropierea sau poate în acelaş loc cu centrul termic *(Issenschmid* şi *Krehl)*. După cum temperatura creşte sau scade, consecutiv excitaţiunii care se produce asupra acestui centru vegetativ, tot astfel şi greutatea corpului se modifică după felul excitaţiei sau leziunii care se produce în această regiune. Nu este exclus ca impulsul nervos pe care îl primesc aceşti centri, să pornească dela creer. Sunt fapte de observaţie care confirmă această ipoteză. Turburările psihice şi preocupările intelectuale se isbesc de inapetenţă şi de o scădere a greutăţii corpului.

Foamea şi *poftа de mâncare* sunt regulatorii alimentaţiunii. După *Durig*, centru apetenţei se găseşte în creer. Excitaţia celulelor nervoase, care formează acest centru, ar fi provocată de anumite substanţe din sânge. Originea lor este hormonală. *Umber* crede că în patogenia obezităţii intervine şi o falşă şi permanentă senzaţie de foame, pe care el a numito *dysorexie*. *Bergman* o numeşte *iperapetenţă*. *Falta* atribue această exagerată poftă de mâncare *iperinsulinemiei*. O stare asemănătoare, dar cu efecte contrarii, se observă în stări de ipo şi ipertiroidism (mixoedem). Dezechilibrul nutritiv care caracterizează obezitatea este în legătură foarte strânsă şi cu sistemul endocrinian. Ipofiza, glanda tiroidă, glandele genitale şi pancreasul, determină prin iper şi ipofuncţiunea lor nenumărate alteraţiuni în asimilarea şi distribuirea grăsimilor. Pentru *Falta*, pancreasul prin secreţia lui internă, — insulina, — este factorul determinant al instinctului de alimentaţie, glandele genitale şi tiroida prezidează instinctul de mişcare. Este totuşi foarte greu, oricât de sugestive ar fi teoriile şi oricât de convingătoare ar fi cazurile de obezitate endocrină, să atribuim această maladie disfuncţiunii unei singure glande. De cele mai multe ori obezitatea este rezultatul unei turburări pluriglandulare, cu predominenţa uneia dintre ele. Şi tot atât de des, mai ales în cazurile de obezitate ipofizară, este aproape imposibil de a separa ceeace revine factorului endocrinian, de ceeace probabil este produs de o disfuncţiune simultană — mai precis sinergică — a factorului nervos.

Fie că admitem patogenia nervoasă sau endocriniană a obezităţii, fie că am admite uneori şi intervenţia unei cauze exogene, există totuşi în toate cazurile un factor comun: *dispoziţia constituţională.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sensul acesta trebue să interpretăm cazurile descrise de *I. Bauer*. E în deobşte cunoscută obezitatea castraţilor. Interesant este însă faptul, relatat de Bauer, că acelaş grad de obezitate se observă şi la ceilalţi membrii ai familiei — părinţi, fraţi şi surori, — cu toate că aceştia, din punct de vedere genital, sunt normali.

Dispoziţia constituţională poate fi reprezentată prin ceeace *Bergmann* numeşte *tendinţa lipomatoasă*, cu alte cuvinte o rapidă depunere şi foarte lentă distrugere a grăsimilor. *Lichtwitz* a emis ipoteza unei *diminuări a capacităţii fermentative a celulelor*. Desigur că această lipofilie nu este în toate cazurile generală. *Kraus* şi *Zondeck*, sprijiniţi de faptul că în unele cazuri, în special în acele în care predomină o insuficienţă ovariană, depunerea grăsimei se face în jumătatea inferioară a corpului — şolduri şi abdomen, — spre deosebire de cazurile de insuficienţă tiroidiană, în care depunerile se fac în jumătatea superioară, susţin ipoteza unei *patogenii periferice a obezităţii*. Poate că această curioasă distribuţie este rezultatul metamerizării.

Desigur că acţiunea hormonilor şi a factorului nervos influenţează schimburile grăsimelor şi lipofilia tisulară. *Raab* a arătat că pituitrina scade cantitatea de grăsime din sânge, şi măreşte procesele de oxidaţiune în ficat. Deasemeni ştim că secţionarea unui nerv periferic provoacă o creştere a depunerilor de grăsime în regiunea corespunzătoare a acelui nerv. Rezultatul acestei experienţe confirmă indirect existenţa unui *factor autohton*, şi explică faptul pentru care în unele cazuri de obezitate la femei dimensiunile picioarelor rămân neschimbate, oricât de mult ar slăbi în restul corpului *(Bauer)*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De foarte multe ori, consecutiv unei turburări a centrilor vegetativi, obezitatea se însoţeşte de modificări ale schimburilor apei (hidrolipomatoză), şi a electroliţilor. Oliguria, retenţia de apă şi Na. Cl. în primul rând.

Tratament. Principiul individualizării trebue aplicat cu stricteţe oricare ar fi tratamentul, opoterapic sau dietetic. Terapia mono- sau pluriglandulară, după cazuri; aplicaţiunea să se fcă pe cât posibil în plină evoluţie a maladiei. Instituirea tardivă a unui tratament opoterapic este ineficace. Tratamentul dietetic să aibă în vedere echilibrarea bilanţului şi întrebuinţarea alimentelor cu acţiune dinamică specifică mare (albumine). Deshidratarea, prin reducerea cantităţii de lichide, prin regim ipoclorurat sau prin administrarea de substanţe diuretice cu acţiune tisulară: salyrgan, novasurol, etc. Evacuarea intestinală regulată. Supravegherea funcţiunii ficatului prin frecventa administrare de substanţe choleretice şi cholagoge. Activitatea musculară mărită.

SLĂBICIUNEA rezultă dintr'o exagerată creştere a proceselor de oxidaţiune şi o diminuare a proceselor de asimilare. Vom considera ca boală de nutriţie propriu zisă slăbiciunea constituţională, *tipul Stiller*, spre deosebire de slăbiciunea exogenă.

Ca şi obezitatea, este foarte probabil că şi această afecţiune

este *consecutivă unei turburări a mecanismului regulator central,* situat probabil tot în regiunea diencefalică. Cazurile de slăbiciune survenite în urma encefalitei epidemice, acele care se observă uneori în diferite afecţiuni cerebrale, sau experienţele prin care se produce o slăbire foarte accentuată după leziuni provocate în diencefal, susţin ipoteza enunţată mai sus. Indicaţiunile metabolismului bazal sunt neprecise.

Foarte frequent predomină disfuncţiunea glandelor endocrine, tiroida, ipofiza şi glandele genitale — regulatorii fiziologici ai proceselor de schimb şi a utilizării alimentelor. Modificările poftei de mâncare nu se observă în mod regulat. Uneori aceste modificări sunt în legătură cu felul de alimentaţiune şi în special cu prezenţa sau absenţa unor vitamine. Vitamina B. excită pofta de mâncare, vitamina D. o inhibează.

Tratamentul. Alimentaţiunea bogată în vitamine, hidrocarbonate şi grăsimi, asociată cu insulinoterapia preconizată de *Falta.* In unele cazuri, tratament opoterapic cu produse din lobul anterior al ipofizei, cu sau fără substanţa corticală a suprarenalei.

DIABETUL INSIPID este o afecţiune caracterizată printr'o turburare a mecanismului regulator central al schimburilor apei şi poate a substanţelor minerale. Sediul se găseşte în regiunea diencefalică şi în ipofiză. In „piqûre"-le pe care le făcea în planşeul celui de al IV-lea ventricol, *Claude Bernard* a observat de multe ori apariţia poliuriei fără glicozurie. De atunci nenumărate cercetări experimentale şi observaţiuni clinice au demonstrat legătura între sistemul nervos şi schimburile apei. Din bulb şi până în scoarţa cerebrală se găsesc o serie întreagă de centri nervoşi, regulatori ai acestor schimburi. Printre cei mai importanţi sunt: ai lui *E. Mayer* şi *Jungmann* în partea superioară a bulbului, ai lui *Camus, Roussy* şi *Le Grand,* în regiunea infundibulo-tuberiaă şi ipotetica localizare pe care *Bechterew* a găsit-o în scoarţa cerebrală.

Exclusivitatea unei patogenii endocriniene a fost sdruncinată de cercetările lui *Aschner* şi ale lui *Camus* şi *Roussy,* care au arătat că ipofizectomia nu modifică diureza, dacă intervenţia respectă integritatea planşeului celui de al treilea ventricul. Totuşi succesul terapeutic obţinut în această boală prin administrarea retropituitrinei a contribuit să modifice concluziile de mai sus, în sensul că astăzi se admite o sinergie, sau o identitate şi înlocuire funcţională neuro-endocriniană.

Mai puţin cunoscută şi mai controversată este chestiunea transmiterii impulsului nervos şi a hormonului ipofizar asupra celor două organe hidroregulatoare: *ţesuturile* şi *rinichii.* In lipsa unor rezultate definitive, trebue să admitem o *concepţiune dualistă;* cu alte cuvinte, credem că o turburare funcţională de aceeaş natură cuprinde deopotrivă şi ţesuturile şi rinichii *(Lupu* şi *Daniel).*

Este sigur că şi factorul constituţional intervine în foarte multe cazuri. Pentru a demonstra acest fapt, vom aminti de cunoscuta observaţie a lui *Schwartz,* care a constatat printre cei 78 de membrii ai aceleiaşi familii 23 de cazuri de diabet insipid precoce.

BCU Cluj / Central University Library Cluj-Napoca

Pentru schimburile apei, mai mult poate decât pentru celelalte elemente pe care le-am văzut, existenţa unui mecanism regulator este o necesitate biologică. Această concluzie este valabilă şi pentru acele stări patologice — *edemul* şi *exicozele* — pe care ne-am obicinuit să le privim numai sub aspectul modificărilor fizico-chimice.

Tratament. In primul rând retropituitrină. In unele cazuri refractare acestui tratament, se poate încerca insulina sau atropina. Regimul dietetic al lui *Gerson* poate fi aplicat cu folos.

* * *

Din expunerea pe care am făcut-o, rezultă că boalele de nutriţiune sunt de cele mai multe ori consecinţa inevitabilă a unei structuri biologice prevăzută cu un mecanism regulator şi un mod de a reacţiona deosebit de acela al tipului normal. In aceste condiţiuni, nu putem considera că rezultatul cercetărilor fizico-chimice (studiul bilanţurilor, metabolismul bazal, etc.), exprimă în aceste cazuri o stare patologică; deoarece factorii care determină schimburile nutritive nu ne sunt cunoscuţi. Cu alte cuvinte, procesul fizico-chimic nu este cauza, ci efectul unei stări funcţionale, ale cărei constante fizio-patologice urmează să le stabilim. Aplicând acelaşi principiu, terapeutica boalelor de nutriţie va trebui să caute mijloacele, prin care să putem asigura condiţiuni optime de existenţă acestor stări ireversibile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Dr. I. Daniel—*Orientations nouvelles dans les maladies de nutrition.*

L'auteur distingue une époque de simples observations cliniques d'avant 1777, lorsque Lavoisier a decouvert l'oxygène et a montré le rôle de sa combustion dans les procès de nutrition, et une autre époque suivante d'analyses phisico-chimiques et de syntèses pathogéniques, dans la quelle se formule la conception phisico-chimique des phénomènes vitaux avec la rôle de coordination du système endocrino-végétatif.

A la lumière de ces nouvelles connaissances d'ordre général et après l'énonciation des faits établis par leur application à chaque maladie en partie, l'auteur conclue que les maladies de nutrition réalisent des états anormaux irreversibles, dus à une constitution biologique à part et à une réaction spéciale de l'organisme, que nous ne pouvons pas corriger définitivement et aux quels l'on doit tendre seulement à créer les plus favorables conditions d'existence.

RIASSUNTO: Dott. I. Daniel—*Nuovi orientamenti nelle malattie della nutrizione.*

L'Autore distingue la fase di semplici osservazioni clinische prima del 1777, quando Lavoisier scoperse l'ossigeno e dimostrò l'ufficio che la sua combustione ha nei processi di nutrizione, e la fase seguente di analisi e di sintesi in cui è formulata il concetto fisico-chimico dei fenomeni vitali e il compito coordinatore del sistema vegetativo ed endocrino.

Sulla guida di questi nuovi dati d'ordine generale e dopo aver esposti i fatti nuovi ricavati dalla loro applicazione ad ogni singola malattia, l'Autore ne trae la conclusione che la malattie della nutrizione costituiscono stati anomali

irreversibili, dovuti ad una costituzione biologica determinata e ad una particolare reazione dell'organismo, che non possono più essere fondamentalmente corrette ed alle quali dobbiamo limitarci di creare le condizioni di esistenza più favorevoli.

SUMMARY: Dr. I. Daniel — *New views in nutrition diseases.*

The author distinguishes two historical stages: The first stage of mere clinical observations before 1777 when Lavoisier discovered the Oxygen gas and has shown the part playn by its combustion in the nutritive process, — and the second stage of anlysis and synthesis when comes out the physico-chemical conception of the vital phenomena and the controlling part playn by the autonomic and endocrine system.

In the light of these new conceptions and after relating new facts with regard th each disease in particular, the author concludes that nutrition diseases have to be looked upon as an abnormal, irreversible state due to a certain biological constitution and to certain special functional reactions, wich we are at a oss to modify completely but only can offer them the most suitable conditions of life.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Daniel — *Neue Orientierung in den Stoffwechsel Krankheiten.*

Der Verfasser unterscheidet die Phase vor dem Iahre 1776, wann Lavoisier den Sauerstoff erfunden hat und die Wichtigkeit der Verbrennung in den Stoffwechsel — proces gezeigt und die Künftige Periode von fizico-chemischen Analisen und pathogenische Synthese, wo sich fizico-chemische Verfassung der Vitale Zustände stattfindet mit der Teilnahme des vegetativen und endokrinischen Sistem.

Bei dem Lichte dieser neuen generall Köntnisse und nach der Aussage begründeten Tatsachen, die sich bei jeder Krankheit statfindet, schlisst der Verfasser aus dass die Stoffweckselkrankheiten anormale ireversibile Zustände bilden, die durch eine besondere biologische Koustitution und eine spezielle Reaction des Körpers verursacht sind, Zustände die wir nicht im Stande sind dauernd zu verbessern und dessen wir nur im Stande sind die besten Lebenszustände schaffen zu können.

Gardan

EXCELENT

ANTIPIRETIC şi ANALGEZIC

EFECT RAPID ŞI INTENS ÎN TOATE MALADIILE FEBRILE

ÎN GRIPĂ ŞI ÎN TOATE AFECŢIUNILE INSOŢITE DE DURERI

Ambalaj original: Tub cu 10 şi flacon cu 25 comprimate de 0,50 ctgr.

COMPLICAŢIUNILE GENITO-URINARE ALE COLIBACILOZEI *)

de

Docent Dr. L. STROMINGER

Dela 1884, de când a fost studiată de Escherich, colibaciloza a fost descrisă de mulţi autori: pediatri, urologi, chirurgi, internişti.

Heitz-Boyer în 1919—1922, a insistat asupra relaţiunilor dintre intestin şi rinichiu, adoptând termenul de *sindrom enterorenal.* Nu voi insista mult asupra formelor clinice ale colibacilozei urinare, pe care le-am descris în revista „Bucureşti Medical" No. 1/1929.

Am arătat că sindromul enterorenal trebue amplificat şi anume: *entero-vesical, e.-vaginal, e.-uterin, e.-epididimar şi e.-prostatic.*

Colecţia Muzeului Literaturii Române din Iaşi

Scopul conferinţei mele este de a pune în evidenţă importanţa capitală în clinică a examenului bacteriologic al urinei în cazurile de diagnostic dificil al localizărilor genitale sau urinare la ambele sexe.

Voi arăta raporturile colibacilozei cu afecţiunile genito-urinare rebele şi sper să deschid un orizont terapeutic mai bun practicianilor. Mă voi interesa în deosebi de localizările monosimptomatice, mai interesante în practică din punct de vedere terapeutic.

De altfel într'o lucrare, apărută în Le Monde Médical No. 791, am arătat legăturile între apendicită şi colibaciloza urinară şi am insistat asupra importanţei precizării unui diagnostic exact; nu mă voi ocupa azi de acest capitol, care va fi studiat ulterior.

Cei care se interesează de aproape de această chestiune, vor găsi descrise complicaţiunile genitale în colibaciloză într'o lucrare a mea publicată în Presse Médicale din 1931.

Am avut prilejul să revin din nou asupra acestui subiect, cu ocaziunea unei comunicări, pe care am făcut-o la Congresul internaţional de Urologie din Madrid în 1930; cu care prilej am insistat asupra contagiosităţii colibacilozei pe cale genitală. Tot la Madrid am studiat chestiunea căsătoriei fetelor atinse de colibaciloză şi a atitudinei societăţilor de asigurare pe viaţă faţă de candidaţi atinşi de colibaciloză.

---

*) Conferinţă resumată făcând parte din ciclul «Actualităţilor medicale» ţinută la Spit. Colţea la 16 Mai 1931.

Voi insista asupra baciluriei simple, cu sau fără complicaţiuni, şi asupra formelor septicemice, atât de greu de diagnosticat şi care se însoţesc sau sunt urmate de localizări genito-urinare. Examenul atentiv al urinei şi culturile sistematice ne vor pune pe calea diagnosticului.

In primul rând voi vorbi de *uretrita colibacilară.*

Foarte rară; Oeconomos pe 20.000 cazuri a găsit 10 uretrite. Cazuri au fost observate şi de Janet. Cazuri au mai fost citate de Van den Pluym, Iosepovici, Hoffman, Pezzoli, etc.

Simptomele sunt violente, secreţia abundentă, iar complicaţiile epidimare şi stricturile precoce.

Periuretritele sunt frequente, fie că e o complicaţie a stricturilor, prostatitei sau fără nici o complicaţiune.

La femee *Fellner* a descris un abces parametral la o virgină. Importanţa lor nu este numai nosografică, ci şi practică.

Frigaux a arătat în 1929 la Asoc. fr. de Urologie o prostatită cu *coli* şi în 1930 legătura între uretrita gonococică şi colibacilară. Gonococul prepară terenul pentru colibaciloză.

Aşa s'ar explica multe uretrite rebele, a căror etiologie nu poate fi precizată decât graţie culturilor urinei în laborator. Cunoştinţele acestea vor modifica mult terapeutica uretritelor cronice rebele, cari ţin unele din cea mai fragedă tinereţe. Chevassu a insistat mult asupra acestui lucru.

Un caz tipic de uretrită colibacilară am avut prilejul să observ; acest caz a fost confundat cu cea gonococică şi numai apariţia frissoanelor, a febrei şi a turburării masive a urinei a făcut să se gândiască la examenul bacteriologic al urinei. Am observat 2 cazuri de epididimite colibacilare cu prostatite, ale căror soţii au contractat o infecţiune uretrovesicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Localizările genitale sunt mai frequente la bărbaţi, ei suferă în genere mult până se stabileşte diagnosticul etiologic.

La Asoc. fr. de Urologie din 1929 am prezintat câteva cazuri de localizări prostatice ale colibacilozei şi spuneam cu acea ocaziune, că *Le Fur* admite sindromul entero-prostatic.

Simptomatologia lor este a prostatitei subacute, cu sau fără abcedare, cu recrudescenţe acute.

Epididimitele colibacilare sunt destul de frequente:

Heitz-Boyer şi Hogge au publicat cazuri; eu însu-mi am observat 2 cazuri, nepublicate încă.

Vintici în Journal d'Urologie din 1928 publică observaţiuni din serviciul lui Marion, confundate cu tuberculoza.

Bonner, Noguès, Goutier, Muller, Trifu, etc., au publicat cazuri, s'au citat epididimite la noi născuţi chiar.

Fèvre şi Couvelaire la un copil de 6 luni, cu orchita supurată, cu coli în puroi.

Complicaţiile genitale la femei trec neobservate şi se confundă cu afecţiunile ginecologice.

Astfel sunt:

Metrite în afară de puerperale şi blenoragice.

Salpingite în raport cu afecţiunile intestinale.

Quénu şi Heitz-Boyer cred că sunt în legătură cu o septicemie.

Diagnosticul este uneori foarte greu şi atunci se poate preciza prin *injecţiunile intra* şi *submucoase*, cum a arătat Basset şi Poincloux.

Ei au găsit coli de 42 ori în culturi şi cred că există o asociaţie disfuncţională, care trebue numită *sindrom entero-genital.*

RÉSUMÉ: Dr. I. Stromingher — *Les complications génito-urinaires de la collibacilose.*

L'auteur expose les faits nouveaux, qui extendent la notion du syndrome entero-renal de Heitz-Boyer à celle d'un syndrome plus général entero-génito-urinaire; le collibacile parti de l'intestin peut donc se fixer sur n'importe quelle partie du tractus génito-urinaire.

L'auteur insiste sur la contagiosité de la collibacilose, par voie génitale.

RIASSUNTO: Dott. I. Stromingher — *Le complicazioni genito-urinarie della cobacillosi.*

L'Autori espone i fatti nuovi che estendeno la nozione della sindrome entero-renale di Heitz-Boyer a quella di una sindrome entero-genito-urinaria; il colibacillo partito dall'intestino può quindi localizzarsi in una qualsiasi parte del tratto genito-urinario.

L'A. insiste sul possibile contagio della colibacillosi per via genitale.

SUMMARY: Dr. I. Stromingher — *Bacillum coli complications in the Genito-Urinary Tract.*

Author relates new facts widening the notion of entero-renal syndrome of Heitz-Boyer to that of entero-genito-urinary syndrome.

The Bacillum Coli leaves the intestine and locates in every part of the genito-uriuary tract. Special stress is laid upon genital infection with bacillum coli.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Stromingher — *Genital-Harn Complikationnen durch Colibazillen verursacht.*

Der Verfasser teilt uns mit alle neue Tatsachen die den Begriff über den entero-renalen Syndrom von Heitz-Boyer zu einem entero-genital-urinar Syndrom ausstrechen.

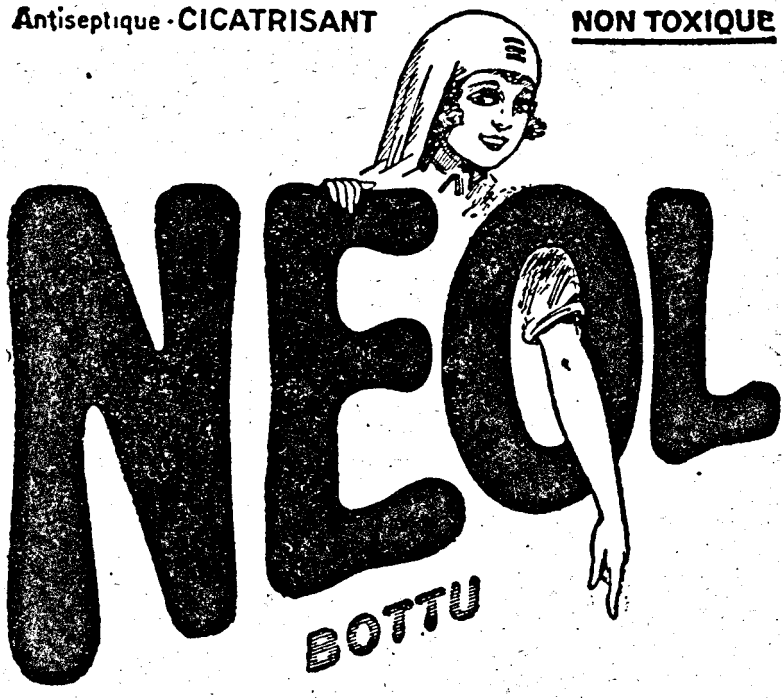
Der Colibazillus aus dem Darm kann sich auf je welche Seite des genito-urinären Tractus fixieren.

Man hebt hervor über die Ansteckung der Colibazilloze auf genitalen Wege.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



BCU Cluj / Central University Library Cluj

guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID et tous les Agents physiques

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

Laboratoires BOTTU. 115 Rue Notre Dame des Champs — PARIS.

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

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA DOULEUR EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

par le
Docteur RENÉ A. GUTMANN
Médecin des Hôpitaux de Paris

Lorsque les neurologues, les cardiologues sont en présence de leurs malades, ils ont à leur disposition, par la recherche de signes simples et nets, un moyen précis d'orienter et très souvent de poser définitivement leur diagnostic.

Nous, spécialistes des maladies d'estomac, sommes dans une situation spéciale: le plus souvent, nous n'avons rien; les signes d'examen physique sont rares; l'examen radiologique ne se fera que plus tard et, pour être fructueux, il est d'ailleurs indispensable que le diagnostic clinique soit déjà à peu près posé. C'est presque uniquement avec ce que nous dit le malade que nous pourrons nous faire une opinion. Il faut donc apprendre à tirer de cette mine fragile les matériaux les plus sûrs pour bâtir notre diagnostic. Nous allons étudier ensemble aujourd'hui les moyens que je crois les meilleurs pour y arriver.

*
* *

Lorsque le malade se présente devant nous, pendant les premières minutes où il nous expose son cas, nous devons faire un rapide examen d'ensemble et de cette prise de contact naissent souvent des renseignements généraux intéressants.

Nous voyons s'il s'agit d'un névropathe ou d'un déprimé enclin à exagérer ses maux; d'un individu calme dont les observations ont plus de valeur. Nous voyons, à l'inspection des vêtements, si le malade a maigri, ou, au contraire, si un embonpoint conservé contraste par exemple avec une longue histoire de vomissements se répétant depuis des mois. Nous regardons le teint, les yeux surtout. Nous y cherchons rapidement non seulement le subictère, mais aussi un myosis ou une inégalité pupillaire révélateurs, une exophtalmie, un regard brillant qui orienteront vers des impressions diag-

nostiques diverses. Nous examinerons les gestes que fait notre interlocuteur et il n'y a pas de consultation où je n'aie l'occasion de faire constater l'intérêt de ces petits détails: le malade parle presque toujours de „son estomac"; mais, en même temp, il montre sa vésicule et en suit du doigt les irradiations douloureuses; ou bien il dessine son côlon transverse ou ascendant, appuie sur son appendice. Autant de notations qui ne doivent pas êtres perdues.

Vous avez laissé parler un peu votre malade, vous avez de lui une première et vague impression d'ensemble. A partir de maintenant, c'est vous qui devez prendre la direction de l'interrogatoire.

Cet interrogatoire est, en pathologie digestive, d'une importance capitale. Si vous apprenez à le bien conduire, vous aurez le plus souvent de bons diagnostics; si vous le menez d'une façon non méthodique, vague, en laissant le consultant vous submerger des détails qu'il croit importants et qui ne sont que secondaires, vous êtes perdu.

Il faut écarter dans les réponses du malade toutes les pathogénies si souvent fantaisistes qu'il invoque, tous les diagnostics qu'il met en avant, les siens ou ceux qu'il croit qu'on a faits; ou du moins, s'il les indique, ne pas en tenir compte provisoirement. Il faut qu'il ne vous raconte que des *faits*, les modalités, les caractères divers de ses douleurs par exemple. Il faut aussi que vous posiez vos questions de façon à ne pas influencer votre interlocuteur, à ne pas lui laisser deviner quelle réponse vous attendez de lui. Si vous lui dites d'un ton impérieux: „Vous souffrez 3 ou 4 heures après les repas", le plus souvent, il vous répondra: „Oui". Il faut lui demander: „Est-ce que vos douleurs ont des rapports avec l'heure de vos repas, ou non?" Et tout l'interrogatoire doit être conduit avec autant de précision et d'impartialité.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-313448 (CC BY)

En résumé, il faut laisser le malade libre du *sens* de ses réponses; il ne faut pas le laisser libre du *sujet* de ses réponses.

Je suppose que le malade se plaigne de „son estomac". C'est le cas le plus fréquent; nous le prendrons comme type.

Vous allez commencer à l'interroger sur ses douleurs. Les renseignements que vous obtiendrez ont des valeurs diverses qui ne sont pas toujours dans la pratique celles que leur assignent les classiques.

* * *

La *nature* des douleurs n'a pas la très grande importance qu'on lui attribue souvent, mais fournit pourtant des indications intéressantes. Ne parlons pas des douleurs franches de l'hypocondre droit: la topographie de la douleur y compte plus que sa nature. Supposons que le malade désigne bien cette zone vague, l'épigastre. De façon schématique, on peut distinguer 3 sortes de douleurs: les brûlures, les pesanteurs, les crampes.

Les *brûlures* sont en général attribuées à „l'hyperchlorhydrie". Cette notion est parfois exacte, souvent fausse. Un malade peut avoir des brûlures avec un suc normalement ou insuffisamment acide.

De façon plus générale, on peut dire que la brûlure traduit la sensibilité de la muqueuse à une cause irritante, que cette cause soit particulièrement irritante, ou que la muqueuse soit particulièrement sensible. Elle est essentiellement un *signe intragastrique.*

La *pesanteur* est essentiellement un phénomène *passif.* La paroi est fatiguée, plus ou moins atone. Le poids des aliments la distend, la tiraille. Cette distension est en général immédiate; parfois il existe une certaine puissance de réserve, le muscle ne cède qu'après un temps variable, 1/2 heure, 1 heure, et la pesanteur est tardive.

La *crampe* est essentiellement un phénomène *actif.* Il traduit les contractions exagérées de l'estomac, dues soit à une excitation venue d'ailleurs et pour ainsi dire inutile et désordonnée, soit à une réaction de nécessité contre un pylore spasmé ou sténosé.

En somme, vous le voyez, le caractère des douleurs ne vous renseigne pas sur la nature de la lésion [1]).

Mais il vous donne une idée sur la façon dont cette lésion, que vous ne connaissez pas encore, réagit sur l'estomac.

* * *

Vous allez demander maintenant: *Où irradient les douleurs?* Il y a intérêt à connaître ces détails, surtout si les directions sont classiques. Vous serez aidé par la douleur dans l'épaule droite ou dans la pointe de l'omoplate si fréquente dans les affections hépatiques ou vésiculaires; par la douleur transfixive, médiane de certaines affections gastriques; par la direction transversale de certaines crises coliques, par les douleurs descendantes de certaines maladies de l'appendice, des reins.

Quand ces irradiations seront anormales, elles auront plutôt tendance à vous égarer (irradiations gauches ou descendantes des cholécystites, par exemple).

* * *

Il ne sera pas inutile de savoir *ce qui calme la douleur,* mais là aussi en interprétant cette donnée avec prudence. Trop souvent une douleur tardive qui cède aux aliments ou aux alcalins est interprétée comme un signe d'ulcus. En réalité, il s'agit d'un phénomène extrêmement banal qu'on observe dans un grand nombre d'états.

Toutefois, il a une petite signification spéciale; il indique un phénomène „gastrique", par opposition aux phénomènes „extragastriques" irradiant à l'estomac.

C'est ainsi que les douleurs des ulcères, des dyspepsies hypersthéniques diverses sont calmées par des absorptions d'aliments ou d'alcalins. La sédation ne se fait pas si la douleur localisée à l'esto-

1) Bien plus, une „maladie" peut donner ces diverses modalités. Un ptosique, par exemple, peut présenter des pesanteurs, mais aussi des brûlures (gastro-pylorite), des crampes (coudure du genou superius et sténose relative); et il en est de même des autres états pathologiques.

mac est en réalité une douleur née dans la vésicule, ou dans le côlon transverse, le rein, le pancréas. Mais vous devez bien savoir que ces divers organes, s'ils peuvent souffrir pour leur propre compte, sont aussi susceptibles de provoquer sur l'estomac une dyspepsie hypersthénique dont les douleurs pourront être calmées par les aliments.

De même les douleurs des ulcères sont normalement calmées par les aliments; elles ne le sont plus lorsque l'ulcère s'est extériorisé, a créé une lésion extra-gastrique ou extra-duodénale marquée.

En somme, lorsque les douleurs disparaissent par la prise d'aliments ou d'alcalins, vous ne pouvez rien en conclure quant à la localisation réelle de la douleur; lorsqu'elles ne le sont pas, vous devez plutôt chercher autour de l'estomac qu'en lui. Je crois que c'est le plus que vous deviez attendre de ce symptôme que l'on considère généralement comme si important.

La *position* fait parfois disparaître les douleurs.

Lorsque le décubitus agit réellement et vite, vous pouvez penser à la ptose. Cela ne veut pas dire que vous soyez autorisé à faire un „diagnostic" de ptose. Un ulcéreux, si son estomac est ptosé, peut voir ses douleurs atténuées par la position couchée; ce même phénomène peut s'observer dans la cholécystite, etc.; dans certaines sténoses duodénales, c'est le procubitus ventral qui diminue les douleurs. En présence d'une douleur que le malade combat en se couchant, ne dites pas: „Il s'agit d'une ptose", dites: „Il est possible qu'un élément de ptose intervienne dans l'état que nous étudions".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De même vous devez connaître, entre autres, la modification par le décubitus droit ou gauche des douleurs abdominales dans les douleurs provoquées par les gaz, en particulier dans les aérogastries et surtout les aérocolies bloquées.

* * *

Nous arrivons maintenant à *l'horaire de la douleur*. En l'étudiant, nous allons faire un pas en avant vers le diagnostic de la lésion.

Les douleurs peuvent être rythmées par les repas, continues irrégulières.

La *douleur rythmée* par les repas peut être précoce ou tardive. Nous retrouvons là ces brûlures, ces lourdeurs, ces crampes que nous avons signalées plus haut. Nous retrouvons aussi les indications et les restrictions que nous avons signalées à propos de l'action calmante des aliments.

Mais le plus intéressant est que la douleur rythmée est essentiellement „digestive", „gastrique" et que, par ces caractères, elle s'oppose aux douleurs irrégulières et aux douleurs continues.

La *douleur irrégulière*, sans aucun rythme, ni en soi, ni par rapport aux repas, est souvent d'origine névropathique. Mais on la voit aussi souvent dans les troubles épigastriques dont le point de départ est dans un organe fonctionnellement éloigné de l'estomac, le côlon, par exemple, l'utérus, les ovaires, l'uretère.

La douleur continue est essentiellement extra-gastrique; elle est surtout due à l'atteinte des plexus nerveux voisins, quelle qu'en soit la cause: péritonite chronique, épiploïte, périviscérite, etc.

Nous allons retrouver maintenant ces caractères soulignés par l'évolution dans l'année.

* * *

Ce que nous avons vu en effet jusqu'ici, les caractères de la douleur, ses modalités, son horaire, tout cela évolue dans la journée, c'est l'étude de la façon dont le malade se comporte dans le nycthémère, c'est la *„journée du dyspeptique"* de Soupault.

Son analyse nous conduit à une sorte d'impression générale: nous distinguons ce qui semble se passer dans l'estomac, dans les parois de l'estomac, autour de l'estomac. Rien jusqu'ici ne nous a mené vers un diagnostic lésionnel.

Voici en effet trois malades: l'un a un ulcère duodénal, l'autre une cholécystite chronique, l'autre une appendicite chronique; et pourtant tous trois peuvent avoir la même „journée"; ils accusent des douleurs 3 ou 4 heures après les repas; les aliments, les alcalins les calment; ils ont pu avoir des vomissements à type tardif, ils ont pu même présenter une hématémèse.

Si l'on ne s'attache donc qu'à ces caractères, l'erreur de diagnostic dans chaque cas est facile, et en réalité elle est souvent commise.

Mais dès qu'on leur fait analyser leur histoire pathologique, en s'attachant non plus à ses détails journaliers, mais à son déroulement au cours du temps et depuis le début, si l'on étudie non plus la journée, mais ce que j'ai proposé d'appeler *„l'année du dypeptique"*, immédiatement ces trois malades apparaissent avec un aspect clinique tout à fait différent et souvent *caractéristique*.

C'est là, en effet, le fait sur lequel je veux insister maintenant devant vous. Les principales maladies dont vous avez à faire le diagnostic ont une physionomie clinique propre, tirée surtout de leur évolution. Chercher à la dégager, c'est arriver le plus souvent à un diagnostic. Un certain nombre d'histoires très différentes les unes des autres ressortent en effet immédiatement de l'interrogatoire.

1. Certains malades n'ont *aucune périodicité*, ni dans l'année, (courbe 1), ni dans la journée (courbe 1 *a*). Ils souffrent tous les jours et du matin au soir; s'ils ne dorment pas ou se réveillent, ils souffrent aussi la nuit. Souvent, les repas n'influent sur ces douleurs ni en bien, ni en mal (courbe 1 *a*). Dans d'autres cas, les malades, tout en souffrant toute la journée, accusent une légère recrudescence post prandiale (courbe 1 *b*). Les douleurs sont en général assez bien localisées, souvent vives, les traitements restent inactifs, les régimes sans action. Cette façon de souffrir est essentiellement celle des sujets atteints de *périviscérites* marquées, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, qu'il s'agisse de péritonites chroniques d'origines diverses, d'épiploïte infectieuse ou post opératoire, d'ulcères ou de cancers extériorisés, etc. Dans tous ces cas, traduisant

l'enserrement, l'irritation des plexus nerveux périviscéraux, la caractéristique est la *continuité*.

2. D'autres malades frappent par *l'irrégularité* de leurs douleurs, aussi bien dans l'année que dans la journée. Elles surviennent, cessent, un ou plusieurs jours, reprennent sans aucun rythme dans des laps de temps toujours variables (courbe 2). Dans la journée, la douleur n'est pas non plus continue; elle est extrêmement mobile dans son horaire (courbe 2 *a*) et d'ailleurs aussi dans sa modalité et dans son intensité qui est de façon générale faible.

L'interrogatoire de ces sujets est difficile, leurs souffrances sont compliquées; de nombreux troubles parasites les compliquent encore: cryesthésie, boule à la gorge, tics; cette complexité, cette irrégularité caractérisent la façon de souffrir des *nerveux*, des cénestopathes.

3. Un troisième groupe de malades présente des troubles caractérisés par deux faits:

Il n'y a pas dans l'année de périodicité réelle; dans la journée, au contraire, les douleurs sont nettement en rapport avec les repas, précoces ou tardives.

Ces caractères sont ceux des *dyspepsies* hyper- ou hyposthéniques, dites primitives ou secondaires.

Il s'agit de malades (courbe 3) qui souffrent pendant des mois, puis, souvent progressivement, ils vont mieux, sous l'influence du repos, des traitements qui s'adressent à la cause première de la dyspepsie: puis, progressivement aussi, ils recommencent à souffrir, pendant des semaines ou des mois. De temps en temps, brusquement, surviennent 1 ou 2 jours sans douleurs. La courbe qui représenterait l'évolution générale de leurs douleurs serait une *ligne à ondulations larges*, irrégulières, tantôt brèves, tantôt longues, séparées par des abaissements plus ou moins profonds qui marquent tantôt des améliorations, tantôt des retours transitoires à la normale. La longueur relative des périodes d'augment et de sédation est variable.

Parfois, au contraire, les épisodes douloureux sont relativement courts, durent par exemple 15 jours à 1 mois, sont suivis de sédation assez franche, et l'évolution peut évoquer l'idée de l'ulcus (courbe 3 *bis*); mais il s'agit de „fausse périodicité"; ces groupements de douleurs se distinguent par leur début et leur fin plus progressifs, par leur irrégularité, leur inégalité, le rapprochement ou l'éloignement variables de leurs recrudescences, le fait qu'au milieu de jours douloureux, il peut y avoir de temps en temps 1 jour ou 2 sans douleurs.

C'est sur cet ensemble de caractères que se fondera le diagnostic.

Parfois, au contraire, la ligne ondule à peine et, pratiquement, les malades souffrent plus ou moins toute l'année.

Mais, quelle que soit l'évolution dans l'année, ici les douleurs, dans la journée, sont *postprandiales* (courbe 3 *a*); c'est la caractère

essentiel qui distingue les dyspepsies et les groupes précédents. Tout à l'heure, en effet, il s'agissait de douleurs nées de conditions surtout extra-gastriques. Ici, c'est l'estomac lui-même qui provoque les douleurs par sa réaction anormale à l'arrivée ou à l'évacuation des aliments.

Ce diagnostic de dyspepsie, hypersthénique ou hyposthénique selon les symptômes, étant fait, il reste bien entendu, à en rechercher l'une des multiples causes (hépatique, intestinale, appendiculaire, endocrinienne, etc., etc.). Nous ne pouvons poursuivre ici cette étude. L'important pour nous est de bien définir le syndrome clinique de la dyspepsie.

Or, ce point est d'une importance capitale qui se vérifie à chaque instant dans la pratique. C'est à propos de ces dyspepsies diverses que se commettent le plus d'erreurs et, en particulier, le plus de confusions avec l'ulcère.

Pourtant, il nous suffira d'établir maintenant le schéma du syndrome ulcéreux pour voir se dégager les principaux caractères différentiels.

4. Le schéma typique de l'*ulcère* (courbe 4), celui en dehors duquel on ne doit avancer un diagnostic qu'avec de grandes réserves, celui dont la constatation est, par contre, un signe de quasi-certitude, est représenté par des *périodes* douloureuses nettes *d'un mois environ*, séparées par des périodes de sédation également nettes et plus longues.

La période de l'ulcère est vraiment quelque chose de tout à fait particulier. Brusquement, un malade commence à souffrir et, à partir de ce moment, pendant une durée qui est d'environ 15 jours à 1 mois 1/2, 2 mois au plus, le malade va souffrir chaque jour sans un seul jour de manque, à une heure assez constante chez le même malade, par exemple, 2 ou 3 heures après le repas de midi, en général un peu plus tôt après le petit déjeuner et plus tard après le dîner. Puis, assez brusquement aussi, la douleur cesse et pendant plusieurs mois, ou plusieurs années, le malade est „guéri"; il peut souvent manger n'importe quel aliment sans souffrir. Puis, à un moment donné, la même période douloureuse, brusque, nette, homogène, limitée, se reproduira, suivie d'une nouvelle apparente guérison, et ainsi de suite.

En présence d'une telle histoire, vous pouvez cliniquement affirmer l'ulcère, d'autant qu'aucune autre affection digestive n'évolue avec cette allure [2]).

5. Nous arrivons à une autre catégorie de malades qui nous

---

2) La question de la localisation de l'ulcère est une autre affaire. Ce sont surtout les radiographies qui la préciseront. L'important, d'ailleurs, est de pouvoir cliniquement affirmer qu'il y a un ulcère. Rappelons pourtant, à titre documentaire, les formules de Moynihan: dans l'ulcère duodénal, la douleur est tardive, dure jusqu'au repas suivant (repas, bien-être, douleur, repas, — courbe 4 **a**); dans l'ulcère gastrique, la douleur diminue avant le repas suivant (repas, bien-être, douleur, bien-être, repas, — courbe 4 **b**).

Digitized by Taipei Medical University Library

racontent aussi une histoire de périodes douloureuses. Mais, tandis que les précédents nous décrivaient des périodes longues, ici, ce qui frappe, c'est la *brièveté* (courbe 5). Il s'agit de „crises" qui durent quelques heures, 1, 2, 3 jours. Pendant ce temps, ou bien le malade souffre plus ou moins toute la journée (courbe 5 *a*), ou bien les douleurs sont rythmées par les repas (courbe 5 *b*) et ont souvent une prédominance nocturne (courbe 5 *c*). Du point de vue diagnostique, peu importe: le fait important, c'est que les douleurs durent quelques heures ou peu de jours et qu'ensuite pendant 1, 2, 3 mois (moins longtemps en général que dans l'ulcère) elles disparaissent.

Il est bien entendu que tous les malades atteints de cholécystite ne souffrent pas ainsi. La vésicule biliaire peut, par exemple, irritant l'estomac, se présenter sous un masque gastrique et être une cause de dyspepsie secondaire; elle évoluera alors sous l'aspect étudié plus haut des dyspepsies.

Mais le point intéressant pour nous est qu'en présence de crises de 1, 2, 3 jours, on doit penser à la vésicule biliaire et que, dans l'immense majorité des cas, l'analyse de ces périodes confirme ce diagnostic. Vous chercherez, en effet, chez ces malades à crises courtes les caractères „vésiculaires"; vous verrez que, souvent, contrairement à l'ulcère, c'est une infraction au régime qui les ramène; que souvent aussi, chez la femme, elles coïncident avec les règles; qu'elles s'accompagnent d'un état nauséeux, de subictère, parfois de fièvre. Mais, même en dehors de ces caractéristiques, très souvent j'ai fait le diagnostic de cholécystite sur la seule allure chronologique des crises.

BCU Lausanne / Central Université Lausanne

* * *

Ces périodes si nettes de 2 à 3 semaines environ dans l'ulcère, de 2 à 3 jours environ dans la cholécystite ne vont pas garder indéfiniment leur netteté. Deux éventualités vont souvent les modifier; l'intervention de la sténose et celle de la périviscérite.

6. Lorsque l'ulcère devient *sténosant* (courbe 6), on voit peu à peu les poussées perdre leurs limites; elles s'allongent, les intervalles libres deviennent moins indolores; finalement les périodes se soudent et le schéma de la sténose ulcéreuse est représenté par des douleurs gardant à peu près le *même type rythmé tardif* qu'avant la sténose (courbe 6 *a*), mais survenant maintenant *chaque* jour et succédant progressivement à des douleurs tardives par périodes.

Lorsque la cholécystite, par des brides par exemple, sténose le pylore ou le duodénum, l'évolution se fait dans le même sens.

Le second facteur qui modifie l'évolution est, nous l'avons dit, une *périviscérite:* extériorisation de l'ulcère, surtout de la petite courbure, formation d'une péricholécystite intense autour d'une vésicule très malade. Dans ces cas, on voit progressivement le schéma de la périviscérite se substituer au schéma de l'ulcère ou de la cholécystite et finalement ces malades souffrent *tous les jours* et *toute la journée* (courbes 7 et 7 *a*).

* * *

Tels sont les principaux types de douleurs correspondant aux grands types cliniques. Ils peuvent s'intriquer. J'ai des observations, contrôlées par l'opération, où des malades présentaient alternativement des crises de 3 jours et des crises d'un mois corespondant à la double évolution d'une cholécytite et d'un ulcère. De même, sur un fond de dyspepsie (par exemple appendiculaire) peuvent se dessiner des périodes nettes d'un ulcère concomitant (courbe 8); une cholécystite, un ulcère peuvent aussi marquer leur cycle sur un fond irrégulier de dyspepsie nerveuse. Les schémas que je vous dessine vous rendront compte de ces intrications.

Resterait un dernier point à envisager, le schéma du *cancer*. Or, précisément, il n'y en a pas. Les cancéreux au début souffrent à peine. C'est l'atténuation des signes, leur contraste avec des symptômes inquiétants, amaigrissement, anorexie, par exemple, survenant chez un individu jusque-là sain, qui doivent éveiller l'attention et faire procéder aux divers examens révélateurs. Si l'on attend que les signes se précisent, en général il est trop tard. Mais je ne veux, pas plus pour le cancer que pour les autres maladies, entrer dans le détail des descriptions cliniques. Je désirais seulement vous faire une sorte d'esquisse d'ensemble. Bien entendu, *ce ne sont que des schémas*, mais ils ont toujours été, pour mes élèves et pour moi, d'une grande utilité pratique et je souhaite qu'ils puissent vous rendre les mêmes services.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Dr. R. A. Gutmann (de Paris)—*La valeur diagnostique de la douleur en gastro-entérologie.*

L'auteur des «Syndromes douloureux de la région epigastrique» Doin Paris fait la sémiologie de la gastralgie et montre comment l'on doit conduire l'interrogatoire pour tirer du malade les notions les plus utiles pour le diagnostic en ce qui concerne la nature des douleurs, la direction des irradations douloureuses, les circonstances qui les calment ou les exacerbent, l'horaire des douleurs dans la journée (la journée du dyspeptique) on leur evolution dans l'année (l'année du dyspeptique).

Dans un schemà à part l'auteur reproduit graphiquement les circonstances et les aspects dans et sous les quels apparraissent et évoluent toutes des douleurs dues à une affection de l'estomac.

RIASSUNTO: Dott. R. A. Gutmann (Parigi) — *Il valore diagnostico del dolore in gastro-enterologia.*

L'Autore de „Le sindromi dolorose della regione epigastrica" („Des syndromes douloureux de la région épigastrique", Doin-Paris) tratta la semeiotica del dolore gastrico indicando come deve essere condotto l'interrogatorio per ricavare i dati più utili alla diagnosi per quanto riguarda la natura dei dolori, la direzione delle irradiazioni dolorose, le circostanze in cui si calmano o si esarcebano, l'orario nella giornata (la giornata del dispeptico) o nell'anno (anno del dispeptico).

In uno schema aggiunto sono esposte graficamente le circostanze e le modalità con cui compaiono e decorrono i dolori dovuti ad un'affezione gastrica.

SUMMARY: Dr. R. A. Gutmann — *Diagnostic value of pain in Gastrology.*

The author of „Syndromes douloureux de la région épigastrique" Doin-Paris — reviews the semiology of gastric pain showing how questions should be put in order to get the most useful information: which sort of pain, direction of pain irradiations, conditions of improving or exacerbating, date (day or year).

A scheme represents graphically conditions and aspects of pain due to stomach disease.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. R. Gutmann (Paris) — *Über den diagnostichen Wert des Schmerzen in der Gastro-enterologie.*

Der Verfasser der Schmerz-syndrome der epigastriche Gegend „Doin-Paris" macht die Semiologie der gastralgichen Schmerzen und zeigt wie man die Frage führen muss um die nötigsten Zustände herauszunehmen über die Ursache der Schmerzen, über die Direktion des iradiirten Schmerzen, über die Gegenstände in welchen sie sich beruhigen oder sich verstärken, über die Zeit am Tage (der Tag des Dyspeptischen) oder die Entwiklung im Iahre (das Iahre des Dyspeptischen).

In einem Abschnitt gibt man die graphische Umständen vor und die Art unter welche sich alle Schmerzen einer Magenkrankheit bilden und sich entwicklen.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE
Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

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

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

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

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine:

Clorhidrofosfolactat de Calciu	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi	Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI:

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

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

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

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

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

ASUPRA RAPORTURILOR DINTRE ZONA ŞI VARICELA
CONTRIBUŢIUNI CLINICE

de

Docent Dr. M. CÂNCIULESCU şi **Dr. I. ROSENSTEIN**

Medic Primar al Spitalului Filantropia — Medic al Azilului de sugari

din Craiova

Chestiunea raportului etiologic între zona şi varicelă, deschisă de Bokay la 1892, a revenit mereu în discuţie de repetate ori şi până azi nu s'a putut ajunge la o unitate de vederi. Susţinătorii teoriei uniciste, mai numeroşi, aduc mereu în literatura medicală observaţiuni, cari pledează pentru unitatea etiologică a zonei şi varicelei; la acestea, dualiştii, răspund prin comentarii şi alte observaţiuni. Atât de inconciliabile sunt cele două grupuri, încât Comby, comentând o lucrare despre zona şi varicelă spune: „chestiunea zonei-varicelă, născută nu se ştie de ce la Budapesta, acum vreo 30 ani, a făcut înconjurul lumii, semănând neînţelegerea, pentru a nu spune discordia în câmpul pediatrilor din cele două continente".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acesta este motivul pentru care, folosind datele culese dintr'o epidemie de varicelă şi zonă într'un azil de sugari, am socotit că publicarea acestor date şi o scurtă înfăţişare a argumentelor de cari se servesc susţinătorii ambelor teorii, ar fi interesantă.

Teoria dualistă care numără printre susţinătorii ei pediatrii renumiţi cum sunt Comby şi Kissel, neagă că ar fi existând vreo relaţie etiologică între zona şi varicelă, acesta fiind două afecţiunni deosebite, provocate de cauze deosebite. Pentru a fi afirmativ şi plastic, Comby afirmă: „o varicelă nu poate proveni dintr'o zonă, după cum o raţă nu poate proveni dintr'un ou de găină".

In sprijinul acestor afirmaţiuni Comby aduce o serie de argumente, a căror concluziuni le expune într'o comunicare la Societatea Medicală a Spitalelor din Paris la 15 Iunie 1928:

1) *Varicela* este o febră eruptivă extrem de răspândită, extrem de contagioasă. *Zona* este o nevrită specială destul de rară şi deloc contagioasă.

2) *Varicela* este inoculabilă şi s'a făcut uz de varicelisare pentru a imuniza copiii în anumite medii. *Zona* nu este inoculabilă.

3) *Varicela* imunizează contra varicelei şi nu contra zonei şi sunt foarte numeroşi vechi variceloşi, cari au contractat zona; tot astfel *zona* nu imunizează contra varicelei şi nu lipsesc observaţiuni de vechi zonatoşi cari au contractat varicela.

4) Examenul lichidului cefalo-rachidian a relevat la *zona* o limfocitoză, care lipseşte în *varicelă.*

5) Se spune că *varicela* poate da naştere la *zona,* ceeace este incontestabil; zona poate succede varicelei ca oricărei alte maladii infecţioase; cauzele zonei sunt multiple şi variate şi nu se poate găsi în acest fapt un argument în favoarea unicităţii. Ceace ar fi mai interesant, este faptul că zona ar provoca varicela, creind un focar de varicelă, dând naştere la o epidemie variceloasă. Consider faptul ca imposibil şi fără exemplu.

Teoria unicistă răspunde la aceste obiecţiuni prin câteva sute de lucrări, cari s'au publicat începând dela 1892 până la ultima în 1932.

Pentru a circumscrie chestiunea vom analiza pe rând concluziunile lui Comby, expunând succint răspunsurile pe cari lucrările diferiţilor autori le dau la fiecare chestiune.

AD 1. Natura infecţioasă a zonei este azi dovedită; dar încă dela 1883 Landouzy proclama natura infecţioasă a zonei şi o definea „o boală generală, cu determinări circumscrise la sistemul nervos (neuropatie infecţioasă) şi cu expresie cutanată distrofică secundară".

Această definiţie, neadmisă la început decât de puţini clinicieni, a fost adoptată în urmă, cu oarecari modificări de cei mai numeroşi.

Bruni (citat după Levaditi) rezumă astfel argumentele cari pledează pentru teoria infecţioasă a zonei:

„a) Aspect şi evoluţie clinică, perioadă de incubaţie, turburări generale precedând exantemul zosterian, evoluţie ciclică;

b) Epoci determinate ale anului, când zona apare mai frequent;

c) Mici epidemii de zoster;

d) Caracterele histo-patologice ale alteraţiunilor nevraxului;

e) Tumefacţia ganglionilor limfatici corespunzători regiunii cutanate unde este erupţia;

f) Imunitate succedând zonei, aproape absolută la început, atenuată şi progresiv ştearsă în urmă;

g) In sfârşit, prezenţa în epiteliul veziculelor a unor corpuscule (corpuri zosteriene, 'Zosterkörperchen ale lui Lipschutz) analoage cu acelea, cari se găsesc în alte infecţiuni eruptive, astfel ca în varicelă şi herpes".

Aceleaşi argumente invoacă Marinescu şi Drăgănescu.

In ceeace priveşte zona simptomatică (arsenicală, alcoolică, care însoţeşte boalele infecţioase, traumatică, etc.), Levaditi le socoteşte „zone esenţiale" ocazionate de un proces infecţios sau intoxicaţiuni, cari acţionează asupra sistemului nervos, creindu-i astfel

un locus minoris resistentiae, unde agentul cauzal specific al zonei se fixează şi pululează.

Examenul sângelui confirmă natura infecţioasă a zonei. In a 5-a zi de boală se observă o polinucleoză urmată apoi de eozinofilie (Achard), iar în perioada de desicaţie şi desquamaţie a boalei revine o hiperleucocitoză accentuată, uneori cu o eosinofilie mai marcată. După 14 zile sângele revine la caracterele sale normale (Sabrazès şi Mathis).

Contagiositatea zonei este probată de numeroşi autori.

Cităm după Levaditi cazurile lui Backmeister, Debray, Gauthier, Hagofoff, cari dovedesc contagiul direct.

Netter citează într'o discuţie asupra acestei chestiuni la Soc. Med. a Spit. din Paris, apariţia unei epidemii observată la ospiciul Brévannes, în serviciul lui Levy-Valensi, observaţiuni consemnate în teza D-rului Loireau (Paris 1926).

Levaditi citează epidemiile de zonă semnalate de Geoffroy, Kaposi, Erb şi cea mai interesantă publicată de Pfeiffer la 1889, cuprinzând 117 cazuri.

Se poate deci răspunde la prima obiecţiune a susţinătorilor teoriei dualiste, *că zona este contagioasă, dă loc la epidemii şi că natura infecţioasă a acestei boale este în afară de orice îndoială.*

AD 2. Este zona inoculabilă? Incercările de a inocula zona la om sau animale, au dat rezultate variabile şi numeroase insuccese.

Lauda şi Stöhr au inoculat conţinutul vezicular a 17 cazuri de zona la 2 copii şi 56 sugari, cari nu au avut varicelă, cu rezultate absolut negative (după Comby). Arvid Wallgren obţine deasemenea rezultate negative pe 10 sugari. Aceleaşi rezultate au fost obţinute de Lipschutz, Meineri şi Mariani.

Kundralitz a obţinut rezultate pozitive pe un număr redus de încercări (4 copii, din cari la doi s'a ivit o erupţie zosteriană).

Netter citează rezultatele pozitive obţinute de Kumer (1927), Siegl (1927), Freund (1928), Marinescu şi Sager (1927).

Din toate aceste cercetări nu se poate totuşi scoate o părere categorică asupra inoculabilităţii zonei la om.

Nici încercările de a inocula zona la animale nu au dat rezultate mai precise.

Incercări de acest fel făcute de Baum, Löwenstein Blanc şi Caminopetros şi mai recent de Netter au dus la concluzia că în majoritatea cazurilor zona nu este transmisibilă la cobay, şoareci sau maimuţe inferioare. Au existat totuşi şi rezultate pozitive, pe cari Levaditi le socoteşte „de interpretare dificilă".

Astfel Lipschutz, Truffi, Mariani au avut în parte rezultate pozitive. Cercetări din cele mai frumoase au întreprins în această chestiune Marinescu şi Drăgănescu. Autorii observă la unele animale reacţiuni corneene uşoare, fugace, a căror transmitere în serie a fost imposibilă. Autorii români, ca şi Lipschutz, Luger şi Lauda, au observat că inocularea zonei la cornea epurelui determină apariţia unor corpusculi descrişi de Lipschutz, cari se găsesc şi în veziculele de herpes şi varicelă. Pentru acest motiv autorii citaţi so-

cotesc zona o boală infecţioasă, cu un virus specific, care prezintă analogie cu virusul herpetic şi al encefalitei epidemice.

Rezultatele variabile obţinute cu încercările de a inocula zona la om sau animale însemnează negarea caracterului infecţios al acestei boale?

La această întrebare răspunde Levaditi: „totul se reduce la o chestiune de virulenţă şi receptivitate. Germenul zonei, aşa cum se demonstrează prin experienţe întreprinse pe animale, nu pare să aibe o activitate patogenă extremă. De altă parte, în domenul boalelor cu virus invizibil, terenul joacă un rol, care nu trebueşte neglijat".

AD 3. Desigur că sunt vechi variceloşi, cari contractează zona şi vechi zonatoşi, cari fac apoi o varicelă. Cazurile sunt însă rare. Mult mai frequente sunt cazurile, când o boală imunizează faţă de cealaltă. Şi apoi, nu există boală, care să confere o imunitate definitivă (Netter). Cu atât mai mult când este vorba de boale cu virusuri atât de slabe (varicela nu mai este contagioasă în perioada de desicaţie a veziculelor, iar zona este greu inoculabilă, rară, tocmai fiindcă, fiind provocată de un virus slab, cere un locus minoris resistentiae pentru a-şi exalta virulenţa şi a determina boala).

AD 4. Examenul lichidului cefalo-rachidian a relevat la zona o limfocitoză, uneori foarte abundentă, fără albuminoză. La varicelă nu s'a observat acelaş lucru. Desigur că reacţia celulară în lichidul cefalo-rachidian la zonă îşi are o justificare fizio-patologică, pe care nu o găsim la varicelă. Zona este o boală care provoacă lesiuni nevraxiale, pe când varicela nu atinge decât pielea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Răspunzând obiecţiunilor de până aci, nu se resolvă totuşi problema unităţii etiologice zona-varicelă.

Şi zona şi varicela pot fi boale infecţioase şi contagioase, ambele pot fi inoculabile (una mai uşor, alta mai grea) şi una şi cealaltă poate da o imunitate relativă; aceasta nu însemnează totuşi că etiologia ambelor boale ar fi aceaşi.

Pentru a rezolva şi această chestiune, răspunzând şi la a V-a afirmaţiune făcută de Comby, s'au publicat dela 1892 până în prezent numeroase lucrări, cari aduc în sprijinul teoriei uniciste date clinico-epidemiologice, date histologice şi serologice:

a) ARGUMENTE CLINICE:

Când Bokay şi-a publicat prima observaţie de varicelă provenită dela o zonă, foarte puţini au fost acei, cari au dat atenţia cuvenită acestei publicaţiuni. Nici după 17 ani când Bokay, la Congresul Internaţional de Medicină din Budapesta, revine cu noi cazuri de varicelă provenite din zona, comunicarea nu se bucură de o publicitate mai deosebită. Doar în Anglia apar câteva observaţiuni cari confirmă părerile lui Bokay.

Abia după alţi 10 ani Netter are ocazia să verifice prsonal afirmaţia lui Bokay şi devine dela această dată promotorul teoriei uniciste. Dacă la început succesiunea zonă-varicelă, mai frequentă,

sau varicelă-zonă, mai puţin frequentă, putea fi socotită ca o simplă coincidenţă, când observaţiile s'au îmulţit, teoria unicistă a fost socotită cea adevărată.

Netter a adunat peste 170 de observaţiuni de zonă dând naştere la o varicelă şi 15 cazuri de zonă contractate dela o varicelă şi acestea numai în literatura medicală franceză.

Observaţiunile culese de Netter se opresc în 1928. Dela această dată însă s'au mai publicat numeroase lucrări, din cari ultimele în Presse Médicale No. 91/931 şi în Bull. et. Mem. dela Soc. Méd. des Hôp. de Paris No. 3/1932.

Toate aceste observaţiuni concordă în a afirma că *zona poate provoca varicela şi că varicela poate da naştere la zona.*

Timpul de incubaţie al zonei succedând unei varicele este acelaş ca al varicelei succedând unei zone sau al unei varicele succedând unei varicele şi variază între 14—17 zile (Flandin).

b) ARGUMENTE HISTOLOGICE:

Structura veziculei de zona este particulară şi analoagă cu aceea a varicelei (Darier). Se naşte din stratul mediu al corpului mucos al lui Malpighi, prin oedem intercelular şi printr'o degenerescenţă turbure şi fibrinoasă a celulelor cari suferă alteraţia balonisantă a lui Unna, consistând într'o hipertrofie variabilă cu multiplicarea nucleilor.

Un alt caracter a fost pus în lumină de Lipschutz şi confirmat de Marinescu şi Drăgănescu. In nucleii celulelor epiteliale ale zonei se constată mici elemente uneori înconjurate de un spaţiu clar, colorate în roz cu Giemsa. Elemente analoage se găsesc în celulele epiteliale ale veziculei de varicelă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Unii autori au socotit aceşti corpusculi ai lui Lipschutz ca fiind, dacă nu chiar agentul patogen al zonei şi varicelei, cel puţin o reacţie specifică a virusului, care se fixează pe nucleu.

Astfel Marinescu şi Drăgănescu (citat după Levaditi) ajung la următoarele concluziuni:

„In rezumat, zona zoster ca şi celelalte varietăţi de herpes aparţin clasei epitelioselor neurotrope şi este datorită prezenţei unui virus invizibil, localizat mai ales în nucleu, dar şi în protoplasmă şi care se traduce histologic prin inclusiunile, cărora Lipschutz şi noi i-am descris caracterele".

c) ARGUMENTE SEROLOGICE:

Ca în toate boalele cu virus necunoscut, reacţiile serologice sunt de mare importanţă. In chestiunea zona-varicelă, deşi datele sunt încă în discuţie, reacţia de fixaţie a fost un nou şi puternic mijloc în sprijinul teoriei uniciste.

Reacţia de fixaţie în varicelă este specifică aşa cum au dovedit-o Girard, Kolmer, Dold şi Langer.

Cercetările făcute în urmă de Netter şi Urbain au confirmat specificitatea reacţiei de fixaţie în numeroase cazuri de varicelă urmărite. *Aceleaşi rezultate pozitive le-au obţinut cu serul şi cruste de zona.*

2 Préparations arsenicales:

NOVARSÉNOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfoxylate de soude

Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho-carbonate de Bismuth

Injections intramusculaires

3 Produits

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

SYPHILIS

dans toutes ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple. PARIS (3e)

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

Rămânea să se dovedească aceleaşi rezultate pozitive întrebuinţând antigen de un fel şi ser de altfel, adică reacţia de fixaţie să fie pozitivă cu ser zonatos şi cu antigen varicelos şi invers. Magda Frei a emis prima această părere, arătând că deviaţia complementului poate fi utilizată pentru a elucide chestiunea naturei variceloase a zonei.

Cornelia de Lange şi Wolff au făcut primele cercetări, utilizând o emulsie de cruste de varicelă ca antigen şi demonstrând prezenţa de anticorpi variceloşi în serumul unui zonatos (care de altfel provocase apariţia unei epidemii de varicelă.

Netter şi Urbain au continuat cercetările din 1924, iar în 1926 au adus rezultatele a 100 cazuri de zonă cercetate, din care 84 nu avuseseră nici o relaţie aparentă cu o varicelă:

„La toţi, sau aproape toţi, 93 ori din o sută, deviaţia complementului era manifestă, fie că se alegeau ca antigen cruste de varicelă, fie cruste de zonă. Tot astfel, paralel, rezultatele cu serum varicelos ereau identice, dacă antigenul erea procurat de cruste de zonă sau varicelă" (Netter).

Cercetările cu martori, utilizând ca antigen cruste de vaccin sau de impetigo au dat rezultate complect negative.

Tot astfel au fost rezultate negative utilizând ser dela alţi bolnavi — unii chiar cu herpes.

Nu toţi cei cari au cercetat aceste reacţiuni au ajuns la rezultate concludente.

Comby contestă justa interpretare a cazurilor lui Netter şi aduce rezultate negative publicate de Wallgren.

ACC Club / Cluj University Library Club

Insuşi Netter aminteşte că Lauda şi Luger nu au obţinut nici un rezultat pozitiv, dar adaugă că Pincherie şi Vegni au adus în 1927 printr'un articol publicat în Buletinul Institutului Seroterapic din Milano „o confirmare strălucită" a cercetărilor sale.

Rămâne de discutat problema, *dece acelaş virus ar da, când varicelă, când zona şi mai ales dece mai frequent varicelă şi mai puţin frequent zona.*

Şi încă, dece acelaş virus ia uneori forma generalizată a varicelei, numai cu manifestaţiuni cutanate şi alte ori se manifestă printr'o localizare nevraxială?

Flandin în raportul asupra acestei chestiuni la Congresul din Bruxelles dă următoare ipoteză:

„Varicela ar fi manifestaţia primă a infecţiunei şi de altfel se observă la copii, în timp ce zona este excepţională la această vârstă. Dinpotrivă, zona ar fi o manifestare tardivă, sistematisată a infecţiunii, putându-se produce sau la un vechi varicelos sau la un purtător de germeni imunizat, fără manifestaţiuni clinice de varicelă.

Isbucnirea zonei ar fi datorită faptului unei reinfecţiuni, contagiunea varicelei aducând o zona — sau datorită unei cauze infecţioase ori toxice, care ridică imunitatea.

Astfel se explică zona apărută în cursul pirexiilor, în cursul boalelor cronice, cum este sifilisul sau tuberculoza, a cachexiilor cum sunt cancerul, diabetul sau hetero-intoxicaţiile".

OBSERVAŢIUNI PERSONALE:

La 13 Martie 1931, se prezintă pentru a fi examinată, doica Maria C., intrată în Azilul de sugari „Alex. şi Sofia Caneciu" din Craiova, pe ziua de 9 Februarie.

La examenul nostru observăm o erupţie veziculoasă pornind dela fessa dreaptă, mergând dealungul coapsei drepte pe partea posterioară şi trecând apoi pe partea externă a gambei drepte. Veziculele sunt grupate mai ales pe partea mediană a coapsei urmând traectul sciaticului popliteu extern, aşezate în buchete numeroase cu bază eritematoasă. Bolnava se plânge de sensaţie de arsuri intense pe toată întinderea aceasta. Am socotit că este vorba, după toate caracterele ce prezintă, de o zonă pe traectul sciaticului.

Bolnava nu prezentase nimic deosebit în antecedente, reacţia Wassermann erea negativă, iar în timpul erupţiei nu prezenta nimic altceva decât febră moderată.

Prezentată şi d-lui Dr. Drăgoescu, medic primar al secţiei dermatosifiligrafice din Spitalul Filantropia, D-sa confirmă aspectul zosteriform al erupţiei şi recomandă tratamentul adequat.

După câteva zile, prezintă o erupţie cu aceleaşi caractere pe coapsa stângă, întinzându-se numai până în regiunea poplitee stângă. După 15 zile ambele erupţii veziculoase dispar, după ce s'au uscat. Remarcăm bilateralitatea erupţiei şi localizarea ei topografică destul de rară.

După două săptămâni de linişte erupţia reapare pe ambele părţi, durând din nou 10—12 zile.

Erupţia reapare astfel de 6 ori, cu intervale variabile de vindecare, o acalmie de mai lungă durată căzând în lunile de vară — ultima dată în luna Decembrie, când părăseşte azilul cu această erupţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am expus cazul acestei doici pentru a cerceta în urmă dacă se poate stabili vreo legătură între erupţia zosteriformă pe care a prezentat-o doica şi epidemia de varicelă, urmată de zonă, care s'a ivit în azil în acest interval.

* * *

La 30 Martie apare în azil primul caz de varicelă la copilul Marg. Const. în vârstă de 5 luni. La intervale de câteva zile, apar noui cazuri de varicelă la copii aceluiaş salon şi la copii din alte două saloane alăturate, toate situate la etaj. Ultimul caz de **varicelă din această primă serie** apare la 10 Mai 1931.

In toată această perioadă de timp nu s'a ivit nici un caz de varicelă la copii din saloanele dela parterre. Cei dela etaj fiind până la vârsta de un an, contactul erea evident prin doici sau direct în salon şi în camera de alăptare şi cântărire, în timp ce copii situaţi la parterre fiind înţercaţi se ţineau izolaţi, având fiecare salon îngrijitoare.

Diarea choleriformă sau alte turburări digestive la copii cari sunt aduşi în acest azil toţi găsiţi, majoritatea hipotrepsici sau atrepsici chiar la primirea în azil, a făcut ca în timpul lunilor de vară să se înlocuiască în parte cei decedaţi cu alţii noui găsiţi.

Schimbarea doicilor, care primăvara părăsesc serviciul, a mărit numărul celor noui intraţi.

După 4 luni, adică la începutul lunei Octombrie, în care timp nu a

apărut nici un caz nou de varicelă, **epidemia reisbucneşte, cuprinzând de de data aceasta toţi copii din azil, care nu avuseseră varicelă în prima serie.**

Varicela a exceptat 3 copii asupra cărora voim să insistăm:

La începutul lunei Noembrie, în plină epidemie de varicelă, supraveghetoarea salonului No. 1 ne prezintă sugarul Tud. Al. în vârstă de 6 luni. Un copil hipotrepsic cântărind 5300 gr., cu paniculul adipos redus, cu splina palpabilă, ganglioni epitrohleeni.

Prezintă pe partea stângă a toracelui, pornind din dreptul celei de a IV-a vertebre dorsale, dealungul coastei, o erupţie veziculoasă, cu vezicule numeroase şi confluente, de mărimea unei gămălii de ac, de volum egal, situate pe o bază eritematoasă. Temperatura 39°. Scaune verzi, diareice. După 4 zile, veziculele se sparg, iar în locul lor se formează o escară, care în urmă se elimină până la muşchi, dând pielei un aspect ciuruit. Pielea este mobilă pe stratul muscular subjacent. Febra se menţine ridicată. Copilul sucombă după 27 zile de boală.

Diagnostic clinic: **Zona gangrenoasă intercostală stângă. Acest copil nu a suferit de varicelă.**

La 20 Noembrie ni se prezintă copilul Ion Cr. din salonul No. 2. Un sugar în vârstă de circa 3 luni. De 2 luni în azil. A cântărit la primire 2400 gr. (la vârsta de aprox. o lună). Cântăreşte 2900 gr. Paniculul adipos mult redus. Splina palpabilă. Abdomenul balonat cu meteorism. Prezintă o erupţie veziculară pe bază eritematoasă, dealungul coastei drepte din dreptul celei de a III-a vertebre dorsale. Febră. Evoluţia acestei **„Zona"** se face normal. Sucombă de o altă maladie în cursul lui Decembrie. **Nici acest copil nu a avut varicelă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al III-lea copil, care nu a avut varicelă, deşi fusese în mijlocul variceloşilor, **a fost copilul doicii, a cărei erupţii zosteriforme le-am descris mai sus.** Notăm faptul fără a încerca să interpretăm această stare refractară la varicelă a acestui copil.

* * *

Din această serie de fapte, se degaje două concluziuni mai importante: *Prima* priveşte raportul dintre epidemia de varicelă şi cazurile de zona descrise mai sus. *Cea de a doua* — discutabilă — priveşte legătura, dacă există, între erupţia zosteriformă a doicii şi apariţia, apoi reapariţia, epidemiei de varicelă în azil.

I. *Este mai mult decât probabil că zona survenită la sugarii Tud. Alex. şi Ion Cr., este datorită virusului varicelos, care provocase a doua epidemie de varicelă în azil;* aceasta pentru următoarele motive:

a) *Zona este rară în copilărie şi extrem de rară la sugari.* Wallgren a găsit la spitalul de copii din Göteborg, unul din cele mai mari spitale de copii din Suedia, un total de 11 cazuri în 5 ani, adică dela 1922—1927, din care 4 în legătură cu varicela, şi încă aceste cazuri nu priveau sugari.

In cazurile noastre, a fost nevoe de o contagiune directă şi de lungă durată, care găsind şi o rezistenţă mult scăzută, a provocat zona la aceşti sugari.

b) *Sugarii, cari au suferit de zona nu au prezentat varicelă,*

fiind singurii cari, împreună cu copilul doicii, au scăpat fără varicelă din 60 copii cari ereau în azil.

Dacă infecţiunea lor zosteriană ar fi fost de altă natură decât cea variceloasă, nu putem explica motivele pentru cari aceşti sugari ar fi fost imuni faţă de varicelă. Numai identitatea etiologică între varicelă şi zonă explică de ce aceşti sugari nu fac varicelă, ci poate o altă formă a infecţiei variceloase, prezentând o zonă toracică.

c) *A socoti o simplă coincidenţă* apariţia a două cazuri de zonă la sugari, în plină epidemie de varicelă, care cruţă tocmai bolnavii cu zonă, însemnează a nu ţine seama de numeroasele cazuri publicate, în care contagiunea zonei dela o varicelă a fost stabilită cu toată precizia, cunoscându-se focarul, modalitatea contagiunei, precum şi perioada de incubaţie.

In cazurile noastre, perioada de incubaţie nu a putut fi precizată, copiii aflându-se în saloane comune, în cari la câteva zile interval apăreau noui cazuri de varicelă.

II. Rămâne cea de a doua chestiune: *Sursa epidemiei de varicelă.* Notăm că în acest azil — după controlul pe cari l'am putut face pe 5 ani în urmă — nu a existat nici un caz de varicelă.

Este posibil ca infecţiunea să fi fost adusă din afară. Totuşi socotim că legătura între erupţia zosteriformă pe care a prezentat-o doica şi epidemia de varicelă din azil merită să fie discutată.

Din tabloul clinic, pe care-l prezenta doica, este incontestabil că nu poate fi vorba de o zonă clasică, ci de o erupţie zosteriformă recidivantă a fesselor şi a coapsei. Toţi autorii sunt de acord în a socoti că zona conferă o imunitate de durată variabilă şi că erupţiunile zosteriforme, zonele recidivante, trebuesc socotite ca herpesuri recidivante „deşi periodicitatea lor remarcabilă şi stricta lor limitare la un teritoriu cutanat determinat rămân totuşi inexplicabile (Darier)".

Chestiunea virusului herpetic şi zonatos continuă totuşi să fie în discuţie. Levaditi în volumul L'Herpes et le Zona, aduce un bogat material de cercetări experimentale, majoritatea personale, pentru a dovedi că „o diferenţiere etiologică între zona şi herpes este din plin justificată".

Sunt însă cercetători, cari se menţin la părerea identităţii virusului herpetic şi zonatos.

Astfel Marinescu şi Drăgănescu afirmă, bazaţi pe cercetări experimentale că *„zona şi alte varietăţi de herpes aparţin clasei epitelioselor neurotrope"*. (Citat după Levaditi).

De altă parte Luger şi Lauda au reuşit să izoleze din veziculele de zona simptomatică un virus absolut identic cu germenul herpesului şi conchid la existenţa unui herpes, având aparenţa clinică de zoster. Pentru a explica de ce acelaş virus ocazionează când un herpes, când o zona, autorii cred că atunci când virusul se localizează pe epiteliu şi terminaţiunile nervoase ale pielei, determină vezicule herpetice, iar când atacă măduva şi nervii sensitivi determină zona.

CC-BY-NC-ND / Central University Library Cluj

Am amintit aceste chestiuni, pentru a arăta că legătura între zoster şi herpes nu este încă definitiv lămurită.

Ori, în cazul doicii, erupţia a fost caracteristic zosteriformă şi recidivele au urmat pe acelaş teritoriu cutanat.

Faptul că epidemia de varicelă a urmat erupţiei zosteriforme a doicii, că perioada de acalmie dela prima serie de varicelă la a doua a coincidat şi cu acalmia erupţiei zosteriforme a doicii, că a doua epidemie de varicelă a coincidat cu reapariţia dupe o pauză mai îndelungată a erupţiei zosteriformă la doică, încetarea definitivă a epidemiei de varicelă după plecarea doicii din azil — deşi noi copii au fost aduşi dela acea dată, trebuesc subliniate şi aduse în sprijinul legăturii etiologice între zoster şi herpes şi dintre aceste erupţiuni şi varicelă.

IN CONCLUSII: a) *Fără a afirma că erupţia zosteriformă a doicii ar fi fost sursa epidemiei de varicelă din azil, notăm acest fapt ca posibil;*

b) *In schimb, afirmarea legăturii cauzale dintre varicelă şi zona în a II-a fază a epidemiei pare mai mult decât probabilă;*

c) *Din observaţiile noastre s'ar putea face o apropiere etiologică între zona şi herpes, dar discutarea acestei chestiuni ar depăşi cadrul acestei expuneri.*

RÉSUMÉ: D-rs M. Canciulescu et I. Rosenstein — *Contributions cliniques aux rapports d'entre le zona et la varicelle.*

Les auteurs relatent ces faits: dans un azile de nourrissons une nourrice fait en printemps une éruption zoosteriforme des fesses et cuisses et à circa 17 jours apparaît dans l'azile une épidemie de varicelle parmi les nourrissons du même étage.

Dans les mois d'été survient une période d'accalmie générale.

À l'automne réapparaît l'éruption de la nourrice et éclate de nouveau l'épidemie de varicelle, la quelle touche cette fois tous les enfants de l'azile, autant ceux de l'autre étage que les nouveaux entrés dans l'intervalle, qui n'avaient jamais fait la varicelle auparavent.

L'épidemie respecte seulement 3 nourrissons et ceux-ci sont: l'enfant de la nourrice avec l'éruption zonateuse, enfant jamais touché auparavent par la varicelle, et encore 2 autres, les quels au lieu de varicelle ont fait un zona intercostale.

Ces coincidences assez éloquentes; l'apparition en deux fois d'une épidemie de varicelle parmi des nourrissons, qui exceptionnelement font la varicelle, parallèlment avec les récidives d'une éruption zoosteriforme chez une nourrice, l'alternance de la varicelle et du zona parmi les nourrissons en cours d'une épidémie de varicelle — autorisent les auteurs à faire une fois de plus un rapprochement étiologique entre ces 2 affections.

RIASSUNTO: Dottori M. Canciulescu e I. Rosenstein — *Contributi clinici ai rapporti fra varicella e zona.*

Gli Autori riferiscono che in un brefotrofio una balia ebbe in primavera un'eruzione zosteriforme sulle coscie e sulle natiche e che, trascorsi circa 17 giorni, comparve nel brefotrofio un'epidemia di varicella fra tutti i bambini di un piano.

Nei mesi estivi avviene un'enstinzione generale; in autunno ri compare l'eruzione alla balia e si riaccende l'epidemia di varicella che colpisce questa

volta tutti i bambini del brefotrofio, così quelli dell'altro piano come pure i nuovi accolti nel frattempo, che non erano mai stati fino allora colpiti da varicella.

La seconda epidemia risparmia soltanto tre lattanti e precisamente: il bambino della balia dall'eruzione zosteriforme, bambino che si suppone immune e che non è stato affetto nè dall'una nè dall'altra forma, ed altri due che invece della varicella furono affetti da uno zona intercostale.

Tali coincidenze assai eloquenti, la duplice comparsa di un'epidemia di varicella fra lattanti i quali solo eccezionalmente ne sono affetti sia pure una volta, e contemporaneamente alle recidive di una eruzione zosteriforme in una balia, l'alternarsi di varicella e di zona fra lattanti nel corso di un'epidemia di varicella permettono agli Autori di fare una volta di più un'avvicinamento etiologico fra queste due affezioni.

SUMMARY: Drs. Canciulescu & I. Rosenstein — *Clinical contribution to the study of relation between varicella and zoster.*

In an Infants'Home a nurse is exhibiting in spring zoster shingles of the shigh and breeches, and 17 days afterwards an epidemy of varcella breaks out among the children of one story.

During summer months there is a complete disappearance but in autumn there is a new breaking out with the nurse and this time the varicella epidemy spreads to all the children of the asypum, just as well to the children on the other story as to the new—comers who never had varicella before.

The second epidemy keeps off from 3 infants: the nurse's own child, presumably immune, and other two children that instead of vaicella developed an intercostal zoster.

This coincidence for itself, two epidemies of varicella, being exceptional in infants, occuring at the same time with relapses of shingles at a nurse, then the fact of alternate incidence of varicella and zoster in infants during an epidemy of varicella — induces the author to state an ethiological substratum in common for both diseases.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: D-rii M. Câanciulescu und I. Rosenstein — *Klinische Beiträge über den Zusamimenhang zwischen der Zonna und Windpocken.*

Die Verfasser teilen uns mit dass in einem Säuglingsheim im Frühling eine Amme an einen Zona-Ausschlag des Hinterbacken und Schenkel erkrankt wird; nach 17 Tage erscheint im Asil eine Wind pocken Seuch zwichen den Kindern von den selben Stock.

Im Sommer trit eine allgemeine Ruhe pause an.

Im Herbst wiederholt sich der Ausschlag bei der Amme und die Windpoken Seueche bricht aufs neue aus, die dieses mal alle Kinder von Asil ergreift, welche sich in den anderen Stock befanden und die neue eingetrettenen in der Zwischenzeit die nicht an Windpocken erkrankt waren.

Drei Säuglinge werden von der Seuche nicht angegriffen: das Kind der Amme mit den Zona Auschlage, Kind welches nie die Windpocken gemacht hat, und andere Zweie die anstatt Windpocken eine intercostale Zona mit gemacht haben.

Diese Zustände sind genug beweisend, die zweimalige Erscheinung von einer Windpocken Seuche zwischen den Säuglingen, dieselten Windpoken machen, paralel mit den Rezidiven einen Zonnänlichen Ausschlage der Amme; die Abwech, selung zwichen Windpocken und Zona unter den Säuglingen im Laufe einer Seuche von Windpocken erlauben den Verfassern eine Etiologiche Zusammenfassung zwischen diese beide Krankheiten zu machen.

Lucrare din Serv. Neurologic al Spitalului central de boale mintale, Bucureşti: Medic primar Dr. D. Paulian.

DESPRE LUMBAGO ŞI TRATAMENTUL SĂU PRIN ELECTROLIZA CU CLORHIDRAT DE HISTAMINA

de

Conf. Dr. DEM. PAULIAN şi **Docent Dr. I. BISTRICEANU**

Lumbago-ul e un sindrom mialgic, de origină variabilă sau mai bine zis nedefinită, al cărui simptom principal e o durere vie, paroxistică situată la nivelul regiunii lombare.

Dupe clasificaţiile mai noi el se împarte în: a) lumbago simplu, primitiv, reumatismal, şi b) lumbago secundar, simptomatic, datorit diferitelor afecţiuni rachidiene sau extrarachidiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lumbago-ul primitiv, pe care îl vizăm mai cu seamă în cadrele prezentei lucrări, se împarte în: a) lumbago acut, şi b) lumbago cronic.

Intre cauzele predispozante sau chiar determinante ale lumbago-ului propriu zis vom cita: frigul, umezeala, surmenajul intelectual şi oboseala musculară.

Fluxul menstrual la femei poate adeseori deslănţui un acces de lumbago acut.

El se poate întâlni de asemenea şi foarte frequent la neuro-artritici, reumatici şi gutoşi.

Ori cari ar fi factorii cauzali ai acestui sindrom, vom aminti că el nu se observă decât la adult între vârsta de 30—35 ani — şi numai în mod excepţional la copii şi adolescenţi.

Sicard pretinde, că nu se găseşte niciodată înaintea vârstei de 15 ani şi numai foarte rar la bătrâni.

In ceeace priveşte mecanismul patogenic al lumbago-ului, vom cita următoarele teorii mai importante:

Teoria reumatismală care admite, că lumbago-ul s-ar datora unei inflamaţiuni reumatismale a ţesutului celular inter-fibrilo-muscular, ar fi cu alte cuvinte o *celulită*.

Teoria musculară (Chomel) care pretinde, că el s'ar datora în mod exclusiv unui myo-reumatism.

In sprijinul acestei teorii se invoacă sediul durerilor exclusiv în masa muşchilor lombari, cu conservarea posibilităţii de redresare integrală a segmentului vertebral corespunzător, mai cu seamă în decubit dorsal.

Teoria articulară a lui Lery susţine existenţa unei artrite a vertrebelor lombare. Lery pretinde, că în lumbago-ul cronic se poate observa întotdeauna o diformaţiune a corpurilor vertebrelor lombare, ceeace ar constitui chiar semnul patognomonic al acestui sindrom.

Teoria neuro-articulară presupune la origina lumbago-ului o artrită reumatismală a articulaţiei vertebrelor lombare cu compresiunea neurodocului la nivelul găurilor de conjugare.

Ar fi, dupe cum spune Sicard, o nevrodocită cu funiculită secundară.

Teoria coloido-chimică consideră (Müller, Goldbach, Schade şi Fritz) la baza majorităţii mialgiilor inclusiv lumbago prezenţa unor perturbaţiuni în starea de agregaţie a plasmei celulare, produse prin abondenţa de diferite endotoxine (surmenaj, frig, oboseală) cari stagnează din cauza lipsei de aflux sanguin şi dau naştere la nişte formaţiuni nodulare (prin coagulare) profunde quasi-imperceptibile, la examenul exterior superficial.

Nu ne vom ocupa aci de simptomatologia sau aspectul clinic al acestui sindrom morbid, nici de debutul lui, nici de diagnosticul medical şi diferenţial, deoarece toate manifestările lui sunt atât de caracteristice şi binecunoscute, încât eticheta de lumbago se impune de cele mai multe ori fără nici o dificultate sau chiar în mod quasi-automat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte însă tratamentul lumbago-ului, vom reaminti, că el e adeseori foarte anevoios şi fără rezultate destul de satisfăcătoare.

Ca medicaţiune externă se recomandă încă diferite aplicaţiuni locale ca: comprese umede calde, cataplasme calde de făină de in simplă sau laudanizată, diatermia casnică cu fierul de călcat, oncţiunile cu salicilat de metyl, oleu de camomilă camforat, acid salicilic, mesotan, esenţă de terebentină, etc.

Unii formulează următoarea pomadă, pe care o administrează în fricţiuni pe regiunea dureroasă:

Acid salicilic
Esenţă de terebentină } àà 10 gr.
Lanolină
Axonge 80 gr.
Ds. extern.

Ca medicaţiune internă sau sub formă de injecţii se consiliază o sumedenie de preparate analgetice sau antinevralgice şi antireumatice.

Unii clinicieni recomandă nu cu mai puţin succes injecţiuni de apă distilată sau injecţii de ser clorurat hipertonic.

Sicard face în plină masă sacro-lombară injecţii cu alcool antipirinat sau injecţiuni epidurale cu lipiodol.

Dintre agenţii fizici continuă să se utilizeze pe o scară mai

întinsă şi adeseori cu bune rezultate, diatermia, d'arsonvalizarea de înaltă tensiune, curenţii galvano-faradici, razele ultra-violete şi mai cu seamă cele infraroşii.

Jean Boulard pretinde că vindecarea lumbago-ului se obţine cel mai rapid prin faradizarea regiunii lombare, debitând un curent de intensitate maximă.

Kineziterapia (masaj, mecanoterapie, mobilizaţie) de obicei nu e de mare folos, trebue însă aplicată cu multă prudenţă.

Hidroterapia sub formă de băi calde simple, băi medicamentoase (sulfuroase, resini) are o acţiune variabilă şi de o eficacitate inconstantă.

Crenoterapia poate găsi aplicaţiuni la Ocna-Sibiului, Govora, Monteoru, Felix-Oradea, Călimăneşti.

Cu tot complexul arsenalului terapeutic pe care îl putem utiliza în tratamentul acestui desagreabil sindrom morbid, totuş întâlnim adeseori cazuri de lumbago atât de rezistente la orice medicaţiune (externă sau internă) încât exasperează nu numai pe bolnav, ci şi chiar pe medicul practician.

In ultimul timp un nou metod de tratament am început să-l aplicăm pe-o scară mai întinsă în combaterea diferitelor sindroame mialgice şi deci şi contra lumbago-ului, care dealtfel a servit şi ca subiect de teză unui elev al nostru, d-l Corneliu Mărcuţiu.

E vorba de administrarea ionoterapiei electrice cu clorhidrat de histamină în soluţie de 0,01 gr.%0.

Aproape toţi agenţii terapeutici ce-i utilizăm în tratamentul extern al diferitelor dureri musculare sau nevralgice îşi bazează eficacitatea lor pe o acţiune revulsivă.

Ori clorhidratul de histamină, care a atras în ultimii ani atenţiunea a numeroşi cercetători, e un produs clinic cu o neîntrecut de puternică acţiune vaso-dilatatoare.

Histamina este un produs de carboxilaţie al histidinei şi conţine ca şi dânsa nucleul imiazolului.

Ea e şi un puternic excito-secretor şi se întrebuinţează sub formă de injecţii subcutanate a 1 mgr. în fizio-patologie pentru exagerarea secreţiei gastrice.

Tenyes administrează histamina cu scopul de a mări aciditatea gastrică. Ea excită şi secreţia bilei şi a pancreasului, ridică glicemia, sporeşte eritrocitele şi hemoglobina.

Carusi încearcă administrarea ei în tratamentul anemiei simple şi a celei pernicioase.

Friedländer şi Peton o utilizează cu succes în combaterea migrenei.

De curând Deutsch experimentează efectele histaminei sub formă de injecţii în mialgii şi obţine rezultate excelente, dar cu singura rezervă că poate uneori să provoace reacţiuni de şoc.

Impresionaţi de rezultatele incomparabile pe cari le relatează Dr. R. Trumpp [1]) într'o statistică de 300 cazuri de diferite

1) Dr. Rolf Trumpp: Neue Behandlung des Muskelschmerzes mit der Histamin-Iontophorese nach Dr. Deutsch — M. M. W. No. 44, Oct. 1931.

mialgii din Institutul Wirchow din Berlin, tratate cu ioni de histamină, am căutat să experimentăm şi noi acest produs chimic în tratamentul lumbago-ului, administrându-l numai sub forma de aplicaţiuni ionoterapice pentru prevenîrea reacţiunilor de şoc.

Technica pe care o utilizăm e următoarea:

Se prepară soluţia de histamină clorhidrică cu apă bidistilată în concentraţia mai sus amintită şi se imbibă într'o compresă groasă hidrofilă de formă dreptunghiulară.

Compresa se aplică apoi pe regiunea lombară, fixându-se peste ea o placă de aluminium în legătură cu polul pozitiv al unei surse de curent continuu. Pe regiunea hipogastrică se aplică o altă compresă cu apă simplă şi o placă de dimensiuni egale sau mai mare şi în legătură cu polul negativ al sursei. Se debitează un curent de o intensitate minimă de 5—10 mamp. — rareori mai mult, de o durată de timp de 20—30—45 minute.

La locul de aplicare al electrodului activ se formează o intensă hiperemie, iar dupe şedinţă bolnavii percep o senzaţie desagreabilă de mâncărime trecătoare.

Chiar dela prima şedinţă se obţine deseori o suspendare a durerilor timp de mai multe ore, iar dupe 5—10 şedinţe dispariţia lor complectă. Rareori numărul de şedinţe se urcă la 12—15.

Redăm mai jos câteva din observaţiile noastre clinice de lumbago — tratate şi vindecate prin acest metod fizioterapeutic, superior tuturor celorlalţi agenţi fizici cunoscuţi.[1])

OBSERV. I-a. — Bolnavul Ch. Ar., de 38 ani, se prezintă la consultaţie în ziua de 29 Oct. 1931, pentru dureri difuze în regiunea lombară, cari datează de circa 4 ani de zile şi se accentuiază uneori atât de mult, încât îl sustrag dela ocupaţiunile sale zilnice, imobilizându-l uneori la pat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedentele heredo-colat. şi personale fără importanţă.

La examenul clinic se constată: constituţie fizică mediocră. Pupilele egale cu reacţii normale.

Reflexele osteo-tendinoase conservate (rotuliene şi achiliene).

Reacţia Bordet-Wassermann în sânge negativă.

Examenul radiologic nu arată nici o leziune scheletică a coloanei lombare.

Bolnavul acuză dureri în şale cu iradiaţii uşoare în ambele fesse.

Se stabileşte diagnosticul de lumbago cronic şi se institue şedinţa zilnice de ionizări cu clorhidrat de histamină, debitându-se un curent de intensitate maximă de 10 mamp.

După 15 şedinţe pacientul a fost complect vindecat.

OBSERV. II-a. — Bolnavul I. R., de ani 34, se prezintă în luna Oct. 1931, la consultaţiile d-lui Dr. Paulian, acuzând dureri violente lombare cu dificultate în mers. Durerile datează de 15 zile, debutând în mod insidios şi accentuându-se pe fiecare zi.

La examenul obiectiv se constată: pacientul e uşor înclinat înainte, coapsele şi genunchii în demiflexiune.

---

1) Dr. Corneliu Mărcuţiu: Tratamentul lumbagului prin ionoterapia cu clorhidrat de histamină (Teză lucrare din Serv. D-lui Conf. Dr. D. Paulian, Bucureşti, 1931).

Reflexele tendinoase ale membrelor inferioare intacte.

Radio-lipiodolodiagnosticul arată un spaţiu epidural lombar complect liber

Reacţia Bordet-Wassermann în sânge negativă.

Se pune diagnosticul de lumbago primitiv acut şi se recomandă ionoterapia cu clorhidrat de histamină.

Se proctică prima şedinţă la 2 Noembrie 1931. După a 3-a şedinţă durerile au diminuat mult.

După 10 şedinţe lombalgiile s'au amendat complect.

OBSERV. III-a. — Bolnavul M. R., de ani 42, se prezintă la consultaţii în ziua de 15 Noembrie 1931, pentru algii intense în regiunea lombară. Ele datează de un an de zile, se accentuiază însă numai la intervale rari şi mai ales când atmosfera e înourată.

Se pune eticheta de lumbago cronic şi se institue şedinţe de ionoterapie cu clorhidrat de histamină pe regiunea dureroasă.

După prima şedinţă bolnavul se simte mult uşurat, iar dupe a 6-a şedinţă poate să-şi reia ocupaţiunile.

N'a terminat numărul de şedinţe ce i s'a recomandat.

OBSERV. IV-a. — Bolnavul S. K., de ani 33, se prezintă la consultaţiile d-lui Conf. Dr. Paulian în ziua de 9 Noembrie 1931, acuzând dureri în regiunea lombo-sacrată, survenite în mod subit cu câteva zile înainte. Durerile au uneori un caracter atât de intens, încât îl împiedică de a părăsi domiciliul.

La examenul clinic se constată: Pupilele egale cu reacţii normale.

Reflexele osteo-tendinoase ale membrelor inferioare nemodificate.

Reacţiunea Bordet-Wassermann în sânge negativ.

Examenul radiologic arată integritatea osoasă a regiunii sacro-lombare.

Se stabileşte diagnosticul de lumbago primitiv acut şi se recomandă şedinţe de ionoterapie histaminică asociate cu curenţi de înaltă frequenţă.

După 10 şedinţe de tratament durerile au dispărut, iar după o lună starea de bine se menţine.

OBSERV. V-a. — Bolnavul R. M., de ani 38, se prezintă la consultaţiile d-lui Dr. I. Bistriceanu, în ziua de 15 Decembrie 1931, pentru crize de lombalgii intense şi rebele la orice tentativă terapeutică obicinuită şi revulzivă. Durerile au debutat cu 2 săptămâni înainte, după o călătorie cu trenul în provincie.

La examenul clinic punându-se eticheta de lumbago acut, se instituie tratamentul cu ioni de histammină în sol. de 0,01 gr. %o, şedinţe zilnice cu intensitate medie de 10—15 mamp.

După 7 şedinţe durerile au dispărut complect fără revenire.

RÉSUMÉ: **D-rs D. Paulian et I. Bistriceanu — Sur le lombago et son traitement par l'éléctrolise avec clorhydrate de histamine.**

Les auteurs exposent la technique et les résultats favorables obtenus en 5 cas de lombago par l'application de la méthode préconisée par le Dr. Trumpp de Berlin: Séances d'éléctrolise avec dec compresses locales imbibées d'une solution de clorhydrate de histamine 0.01 %o, courant d'intensité de 5—10 mamp., durée 20'—45', séances journalières en nombre de 5—10.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RIASSUNTO: **Dottri. D. Paulian e I. Bistriceanu — La Lombaggine e il suo trattamento mediante l'elettrolisi al. cloridrato di istamina.**

Gli A. espongono la tecnica e i risultati favorevoli ottenuti în 5 casi di lombaggine mediante l'applicazione del metodo preconizzato dal dott. Trumpp di Berlino e precisamente: sedute di elettrolisi con compresse locali imbevute di una soluzione di cloridrato di istamina al 0,01 ‰, impiegando una corrente di 5 — 10 mamp., per una durata di 20—45 minuti, sedute varianti per numero fra 5—10.

SUMMARY: **Dr. D. Paulian & I. Bistriceanu — On the lumbago treatment by electrolysis with histamine chloride.**

The authors relate the technique employed, and the favourable results obtained in 5 cases of lombago. The method is due to Dr. Trumpp of Berlin and consists in electrolysis with local application of a 0,001% solution of Histamine Chloride, using a current of 5—10 ampère, for 20—40 minutes, in 5—10 sittings.

ZUSAMMENFASSUNG: **D-rii D. Paulian und I. Bistriceanu. — Über Lumbago und seine Behandlung mit Clorhidrat hystamin Electrolise.**

Die Verfasser teilen die Technik und die günstige Erfolge mit die sie im 5 Lumbago-Fällen bekommen haben mit der Anwendung der Metode von D-r. Trumpp aus Berlin: Electrolise Sitzungen mit locale Umschläge von einer Mischung von Histaminchlorhydrat 0,01 ‰, Electrischenstrom 5—10 m. amp. Dauer 20', tägliche Sibzungen zwichen 5—10.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ATOLYSAN

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIŢIE.

Acest complex cuprinde DIFERIŢI URICOLITICI asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de THEOBROMINĂ ceea ce măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antisepsia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor artritismului.

PREVENTIV ŞI CURATIV.

INDICAŢIUNI.

Gută — Reumatism — Artritism.

DOZE.

Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

TRATAMENTUL ORCHIEPIDIDIMITELOR GONOCOCICE PRIN INJECŢII INTRAVENOASE CU CIANUR DE MERCUR

de

Dr. A. PANEA şi Dr. M. SĂCEANU

Gonococia reprezintă unul dintre cele mai răspândite flagele ale omenirei. Asupra ei publicul a fost educat insuficient, cu toate că multe consecinţe individuale şi sociale urmăresc pe toţi aceia, cari i-au căzut victimă.

Foarte mulţi bolnavi mai consideră şi azi blenoragia ca o boală ruşinoasă şi secretă şi din cauza aceasta nu îndrăsnesc să se adreseze specialistului şi cad pradă şarlatanilor şi empiricilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Blenoragia a rămas dealungul vremii boala asupra căreia s'a propus un număr nesfârşit şi diverse recomandaţiuni terapeutice.

Mai persistă încă vechia axiomă a lui Ricord: *„Toate blenoragiile se vindecă afară de cea dintâi"*. Ori azi s'a stabilit o linie bine definit în conduita care trebuie urmată pentru a decreta vindecarea. Gonococia tratată conştiincios se vindecă şi vindecarea ei este probată prin noile criterii, cari ne-au fost puse la îndemână.

Tratamentul trebue condus cu *„microscopul în mână"* şi pe baza unei cunoaşteri aprofundate a anatomiei patologice. El nu trebuie să forţeze vindecarea. Orice tratament intempestiv, rău proporţionat, traumatizant prin soluţii prea puternice, nu face altceva decât să distrugă epiteliul cilindric, — auxiliarul cel mai fidel al medicului — şi să-l înlocuiască cu epiteliul pavimentos, isvorul viitoatoarelor complicaţii.

Sub pretext că vrem să tratăm o blenoragie, nu trebuie s'o transformăm dintr'una anterioară într'alta posterioară, sau dintr'una necomplicată într'alta complicată.

Una dintre complicaţiile redutabile şi demoralizate prin faptul că obligă pe bolnav să-şi întrerupă ocupaţiile şi să stea la pat cel puţin o săptămână, este şi orchiepididimita.

Contra ei s'au propus cele mai diverse tratamente. Ori diverversitatea aceasta dovedeşte că nici unul dintre ele n'a fost recunoscut îndeajuns de eficace.

S'a preconizat: repaosul complect şi absolut în pat: ridicarea

permanentă a burselor pe abdomen; punga cu ghiaţă; comprese calde; oncţiuni cu salicilat de metil (Bettmann); pulverizaţii zilnice cu clorur de etil (Du Castel); vasilină cu ichtiol şi gaiacol (Petrini-Galaţi); puncţia epididimului (Bettmann); puncţie aspiratoare (Ernst); injecţii cu substanţe dezinfectante în canalul de ferent (Willian Belfield); injecţii cu colargol în focarul epididimar (Hamonic); autohemoterapie; injecţii intravenoase cu clorur de calciu; injecţii intramusculare cu sulfat de magneziu, ichtiol, etc., iar de când este la modă vaccinoterapia, stokvaccinuri sau autovaccinuri, subcutanat, intramuscular sau intravenos.

Injecţiile intravenoase cu stokvaccinuri — la noi în ţară este utilizat mai mult vaccinul antigonococic preparat de laboratorul domnului Profesor Cantacuzino — produc mai totdeauna şocuri uneori atât de dramatice, încât sperie pe bolnav şi deci îl forţează să nu mai continue tratamentul.

In Germania s'au publicat cazuri mortale prin injecţii intravenoase cu Artigon.

De curând *Dr. Valverde* a preconizat *un nou tratament al orchiepididimitelor blenoragice prin injecţii intravenoase cu cianur de mercur* [1]).

Utilizând această terapeutică pe un număr mare de cazuri a constatat că foarte repede simptomul durerii se micşorează, că acţionează asupra fenomenelor generale, asupra febrei, asupra tumefacţiei, iar când afecţiunea este tratată dela început, ea este oprită în evoluţie, vindecarea se produce rapid. In mediu sunt deajuns 6—8 injecţii făcute zilnic cu câte 0,01 ctg. din soluţia de Cianur de Mercur 1%.

Din cauză că în spital, un număr mare de blenoragii se prezentau complicate cu orchiepididimite şi cum tratamentele obişnuite reclamau o spitalizare de lungă durată, am căutat să controlăm eficacitatea acestei noi metode şi spre surprinderea noastră am constatat că vindecarea a survenit cu mult mai rapid decât ne-am aşteptat.

Am întrebuinţat injecţiile cu Cianur de Mercur pe un total de 65 cazuri, dintre care 58 au fost vindecate într'un timp care a variat între minimum 4 zile şi maximum 12 zile; cazurile cu 12 injecţii fiind foarte restrânse (8). In general majoritatea cazurilor au beneficiat de 6—7 injecţii.

Vom da în rezumat câteva observaţii:

OBSERV. I-a. — N. în vârstă de 27 ani, căsătorit.

Prima blenoragie înainte cu 4 ani vindecată, fără nici-o complicaţie. In urma unui raport sexual extra conjugal la trei zile apare secreţia blenoragică. Face tratament singur. După 20 zile, apare tumefacţia şi durerea în epididimul drept; se tratează singur prin pungă cu ghiaţă şi repaus în pat timp de 4 zile fără rezultat.

Alarmat, consultă pe unul din noi. La examen se constată epididimul şi

1) Dr. B. Valverde: Le trait. des orchiepididimites blenoragiques par le Cyanure de Mercure. Bruxelles Medical No. 2 | 19 Janvier 1930.

testicolul drept foarte mult mărite de volum atingând mărimea unui pumn; sunt foarte dureroase la palpaţie; mersul aproape imposibil, se face cu multă greutate şi mari sforţuri.

Se încep injecţiile cu Cianur de Mercur. După prima injecţie, bolnavul ne declară că la aproximativ 2 ore a avut o exacerbare a durerii, iar a doua zi mersul este mult mai uşurat, iar durerea s'a redus simţitor. Se încep spălăturile uretrei anterioare cu Kali Permanganat şi se continuă injecţiile. **După cinci injecţii epididimul şi testiculul s'au redus complect;** se continuă spălăturile uretro-vezicale.

OBSERV. II-a. — Sold. Gh. N., intră în serviciu la 7 Martie a. c., pentru orchiepididimita blenoragică dreaptă, care datează de 7 zile. Inainte cu o lună uretrită gonococică, tratată la infirmeria corpului prin spălături cu Kali Permanganat.

La intrare se constată atât epididimul cât şi testiculul drept mult mărite de volum şi dureroase la palpaţie. Febril (39⁰). **Vindecare prin 4 injecţii cu Cianur de Mercur.**

OBSERV. III-a. — Sold. Luc. I. din R. 2 C. F. R. suferă de orchiepididimită blenoragică de 5 zile; înainte cu 2 săptămâni uretrită gonococică tratată cu injectorul, cu o soluţie dată de un farmacist.

La intrare epididimul şi testiculul dublate ca volum, dureroase; meatul uşor congestionat, la presiune ese o secreţie purulentă. **Vindecarea prin 5 injecţii cu Cianur de Mercur.**

OBSERV. IV-a. — Sold. Ned. Ion, din Depozitul de Muniţii, intrat pentru orchiepididimită stg., care datează de 6 zile. Inainte cu o lună uretrită gonococică, netratată. La examen testiculul şi epididimul mult mărite de volum, aproximativ de $2^1/_2$ ori cât normal; foarte dureroase la palpaţie; febril 38⁰.

Vindecarea prin 6 injecţii cu Cianur de Mercur.

OBSERV. V-a. — Fruntaş Rad. Ion din Plutonul trupei C. I. A., în luna Noembrie 1930, blenoragie tratată numai cu Santal Monal. Acum 3 zile, în urma unui efort fizic, simte primele dureri în epididimul stg., după care observă tumefierea lui.

La intrarea în serviciu se constată epididimul şi testiculul mărite de volum şi dureroase la palpaţie; sub febril 37⁵.

Vindecarea prin 7 injecţii cu Cianur de Mercur.

OBSERV. VI-a. — Elev T. R. Răd. C. din Şcoala Artilerie, înainte cu $4^1/_2$ ani gonococie, complicată de orchiepididimită stângă. In Decembrie 1930, din nou uretrită gonococică, complicată după 35 zile cu orchiepididimită stângă. La examinare se constată epididimul mult mărit de volum, cordonul îngroşat mai gos decât degetrul mic; testiculul de asemeni tumefiat — sunt dureroase la palpaţie; afebril.

Vindecarea prin 7 injecţii cu Cianur de Mercur.

OBSERV. VII-a. — Elev din L. M. C. Uretrită gonococică datând de 2 luni şi tratată la infirmerie prin spălături cu Kali Perm. Primele semne ale orchiepididimitei apărute înainte cu 3 zile. La examen se constată de aspect şi de culoare normală; la presiune este o secreţie alb gălbuie. Micţiuni normale, urina clară cu filamente grele. Epididimul şi testiculul stâng tumefiate şi dureroase la palpaţie.

Vindecare prin 9 injecţii cu Cianur.

Cluj Central University Library Cluj

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL

SIFILISULUI

PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUŢIUNE APOASĂ COLOIDALĂ

MULT MAI PREFERABILĂ SOLUŢIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX
18 AVENUE HOCHE PARIS

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL SPECIFIC AL

PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAŢIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, terapeutica cea mai raţională şi cea mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul paludismului, complicaţiilor şi consecinţelor sale

In pilule şi în fiole pentru injecţiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura şi eşantioane medicale la reprezentantul general pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, Bucureşti IV.

Nu putem preciza modul de acţiune al injecţiilor cu Cianur de Mercur.

N'am observat nici-o influenţă favorabilă asupra evoluţiei ulterioare a gonococii.

Vindecările rapide au îndepărtat scepticismul iniţial.

Dacă comparăm tratamentul acesta cu celelalte, trebuie să-i recunoaştem superioritatea.

Superioritatea aceasta se traduce prin sedaţiunea rapidă a durerii, chiar din ziua a doua, ceeace are avantajul că scuteşte pe bolnav de şederea în pat şi deci poate să-şi continuie ocupaţiile profesionale.

Concomitent cu continuarea injecţiilor tumefacţia dispare şi chiar dacă în unele cazuri ea nu-i complectă dupe 4—6 injecţii, ea se reduce treptat şi fără injecţii, numai prin tratamentul uretritei gonococice.

Durata de spitalizare a bolnavilor este foarte mult scurtată, ceeace constitue un avantaj mare azi când bugetele spitalelor sunt atât de reduse. Rapiditatea vindecărilor — cu minimum de 4 zile şi maximum de 15 zile în cazurile noastre — constituie o terapeutică superioară vaccinurilor — în plus este un procedeu simplu, uşor, fără riscuri şi nu prodce reacţii generale puternice ca stock-vaccinurile injectate intravenos; mai mult chiar se poate aplica fără pericol şi în cazurile febrile şi nici nu pune în primejdie viaţa bolnavilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci este o terapeutică care trebue generalizată.

RÉSUMÉ: **D-rs A. Panea et M. Săceanu — La traitement des orchiepidydimites gonocociques par injections intraveineuses avec cyanure de mercure.**

Les auteurs relatent 7 obs. personelles d'un total de 65 cas traités, dans les quelles ils ont appliqué le traitement préconisé par la Dr. Valverde: injections journalières intraveineuses avec 0.01 cyanure de mercure, sédation rapide des douleurs et résolution définitive de la tuméfaction après 6—7 injections en moyenne.

Le traitement se recommande par l'efficacité et la facilité de l'application; l'evolution ulterieure de l'uretrite n'est pas iufluencée.

RIASSUNTO: **Dottri. A. Panea e M. Saceanu — Il trattamento delle orchiepididimiti gonococciche mediante iniezioni endovenose di cianuro di mercurio.**

Gli A. riferiscono i risultati ottenuti in sette casi tolti da un numero complessivo di 65 trattati con effetti altrettanto favorevoli, nei quali hanno applicato questa terapia preconizzata dal dott. Valverde: iniezioni endovenose quotidiane di 0,01 gr. di cianuro di mercurio. I. dolori si calmano rapidamente e la risoluzione definitiva della tumefazione avviene dopo 6—7 iniezioni in media. Il trattamento e raccomandabile per l'eficacia e la facilità del l'applicazione; l'evoluzione ulteriore dell'uretrite non ne è affatto influita.

SUMMARY: **Dr. Panea & M. Saceanu — On the treatment of Gonorhoeic Orchitis by intravenous administration of Mercury Cyanide.**

Authors relate the results obtained in 7 cases out of 65 which have been successfully treated according to the method of Dr. Valverde: daily intravenous administration of O'Ol mercury cyanide. Usually after 6—7 injections there was a rapid relief and deffinite resolution of the sweling. This treatment is recommended for its efficacity and convenience, the evolution of urethritis is not influenced upon whatsoever.

ZUSAMMENFASSUNG: **D-rii A. Panea und M. Săceanu. Die Behandlung des gonococcen Orchiepididimitis mit intra-venöse Injectionnen mit Quecksilbercyanid.**

Die Verfasser teilen 7 Krankengeschichten von 65 behandelten Fällen mit, in welchen sie diese Behandlung von Dr. Valverde gemacht haben: — tägliche intra-venöse Injektionnen mit 0,01 Quecksilbercyanid nach welche Linderung der Schmerzen und Verschwinden der Entzündung nach 6—7 injectionnen stattfindet.

Die Behandlung ist zŭ emphehlen wegen den Erfolg und die bequeme Verwendung, die Künftigedauer des Uretritis ist gar nicht beeinflust.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consilului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

Spitalul din C. Lung-Muscel.

ASUPRA UNUI CAZ DE ALBINISM TOTAL

de

Dr. H. MAKELARIE

Medic primar al Spitalului.

Turburările de pigmentaţiune ale pielei, dyscromiile, pot da naştere la două entităţi clinice deosebite şi după cum este vorba de un exces sau de lipsa pigmentului normal al pielei (melanina), putem avea stări clinice diverse de *hipercromie, hipocromie* sau de *acromie.*

Hipercromia şi acromia sunt mai rare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta din urmă poate fi şi congenitală putând fi deasemenea generalizată sau localizată şi este cunoscută sub numele de *albinism.*

Albinismul complect, în care absenţa pigmentului pielei este mai mult sau mai puţin totală, constitue o degenerescenţă gravă şi foarte excepţională în speţa umană.

In albinism pielea are un aspect ca ceara albă, iar perii capului şi ai bărbiei sunt albi sau de un blond deschis.

Albinismul este rar la om şi este frecvent la animale, constituind un semn de degenerescenţă uneori gravă.

Cauzele pot ţine la turburări de degenerescenţă sau la diverse intoxicaţiuni sau infecţiuni exogene.

Observaţiunea clinică ce o dăm mai jos, şi care priveşte o asemenea bolnavă cunoscută şi îngrijită de noi mai mulţi ani la consultaţiunile Spitalului din C.-Lung—Muscel, arată cum asemenea turburări de pigmentaţiune a pielei pot constitui stări bolnăvicioase din cele mai curioase şi rebele.

Observaţiunea de care vorbim este următoarea:

Bolnava Maria Dobrin de 25 ani, de fel din Transilvania, servitoare în Bucureşti, a fost cunoscută de noi la consultaţiunile Spitalului din C.-Lung—Muscel, unde în timpul anotimpului de vară vine regulat de mai mulţi ani împreună cu stăpâna ei.

Antecedentele heredo-colaterale: Mama a murit în urma unui cancer uterin. Tatăl său uza de alcool şi tabac.

Are trei fraţi şi trei surori, dintre cari doi fraţi au sucombat tineri de boale molipsitoare. Bolnava este al patrulea copil al familiei şi nici unul din ceilalţi nu prezintă turburările obiective găsite la dânsa.

Antecedente personale: Oreillon la vârsta de 12 ani, menstruată la 14 ani cu întreruperi dela 2 până la 7 luni. Timp de câţiva ani a avut epistaxisuri mai ales vara, însoţite de cefalalgie. Bolnava se plânge de o violentă cefalalgie, diurnă, care adesea se prelungeşte mult şi în timpul nopţei, o febră nocturnă, care împiedică adesea somnul; o fotofobie intensă, din cauza căreia ea păstrează întotdeauna atitudinea vicioasă a capului, ce semnalăm mai departe şi acuză încă pierderea poftei de mâncare şi o oboseală aproape continuă.

Starea actuală: Examenul inimei, pulmonilor, stomacului, intestinelor, rinichilor nu descopere nimic anormal. Menstruaţiunea este foarte neregulată şi adesea întârziată cu mai multe luni fiind întovorăşită uneori de dureri atroce.

Reacţiunea Bordet-Wassermann negativă.

Atitudinea capului constă într'o flexiune exagerată şi înclinare laterală la stânga; în plus ploapele rămân aproape închise acoperind numai jumătatea superioară a ochilor; din cauza jenei vizuale produsă de lumină.

Aceastá fotofobie s'a accentuat de vreo câteva luni.

Bolnava are deasemenea o ipertrofie tiroidiană. Nu are exoftalmie şi nici tremurături. Faţa şi extremităţile mâinilor şi picioarelor prezintă o congestiune difuză destul de accentuată la membrele inferioare însoţită pe tălpi şi podul mâinilor de sudori reci cât şi de turburări trofice ale unghiilor, perilor şi pielei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pielea cu totul fină este de o culoare albă mată cu excepţiunea extremităţilor. Sprâncenile, cilii, perii capului, ai axilei, ai pupisului sunt uniform albi argintaţi. Această totală absenţă de pigment melanic o găsim de asemenea la Iris, care este complectamente depigmentat; vascularizaţiunea lui apare netă şi dă ochilor un aspect roşu transparent analog ochilor de epuri. Pupilele sunt egale, de un contur imprecis şi de o culoare roză cenuşie. Reacţiunea la lumină este foarte înceată.

Examenul oftalmologic: Fundul ochiului arată pe un plan anterior vasele retiniene cu conturul lor precis, care es în evidenţă pe planul posterior turbure şi nedecis. Această imagine nu este decât consecinţa absenţei totale a pigmentului melano-coroidian, ceace permite observatorului de a vedea vasele coroidiene şi topografia lor.

Toate detaliile oftalmoscopice nu pot fi văzute decât cu dificultăţi, din cauza Nystagmusului, bolnava prezentând un Nystagmus orizontal şi giratoriu dublu, ale cărui oscilaţiuni orizontale au o frecvenţă de 180 pe minut, cari n'au aceiaş viteză şi aceiaş amploare, dupe 45 oscilaţiuni mici survenind o oscilaţiune şi mai amplă şi mai lentă ca celelalte. Oscilaţiunile giratorii sunt intermitente şi superpuse celorlalte; ele sunt compuse din mişcări rotatorii de o fineţă adesea remarcabilă. Nystagmusul atât orizontal cât şi giratoriu este cu mult diminuat prin obscuritate. Mişcările se răresc şi adesea dispar totalmente din când în când, dar acest repaus al ochilor este foarte fugace. Bolnava ne mărturiseşte că nu este incomodată de această turburare, asupra căreia voinţa nu poate face nimic. Acuitatea visuală este cu mult diminuată 1/6. Acuitatea auditivă este normală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timp ce fiind în poziţiunea verticală închide ochii, prezintă oscilaţiuni de o amploare mijlocie cu senzaţiuni de ameţeală rotatorie (Romberg slab pozitiv).

Proba Barany lipseşte.

Pulsul prezintă variaţiuni accentuate la diverse numărători: 62, 80, 92 şi mai ales, după un repaus fizic de 2 ore, diminuă ca frequenţă

Prin reflexul oculo-cardiac pulsul diminuă dela 92 la 72.

Bolnava a fost supusă la un tratament antispecific ($4^1/_2$ gr. Neosalvarsan şi 20 ctg. Hg.), în injecţiuni intravenoase, alternând cu un tratament pluriglandular per os, repetându-se asemenea serii de tratament după intervalele fireşti, timp îndelungat, în urma că-

ruia bolnava s'a ameliorat în sensul că i-a dispărut cefalalgia şi febra în mod complect, fotofobia a diminuat de asemenea foarte mult, menstruaţiunea s'a restabilit progresiv iar pofta de mâncare şi somnul i-au revenit.

Atitudinea capului s'a ameliorat deasemenea foarte mult, însă nu complect.

In ceace priveşte depigmentaţiunea, bolnava n'a obţinut nici un profit.

RÉSUMÉ: **Dr. H. Makelarie — Un cas d'albinisme total.**

La malade, syphilitique, n'a pas tiré aucun bénefice du traitement syphilitique et pluriglandulaire intense et prolongé en ce qui concerne le trouble de pigmentation.

RIASSUNTO: **Dott. H. Makelarie—Un caso di albinismo totale**

La paziente che e sifilitica non ha avuto alcun vantaggio per quanto riguarda il disturbo di pigmentazione dalla terapia antiluetica e plurighiandolare intensa e prolungata.

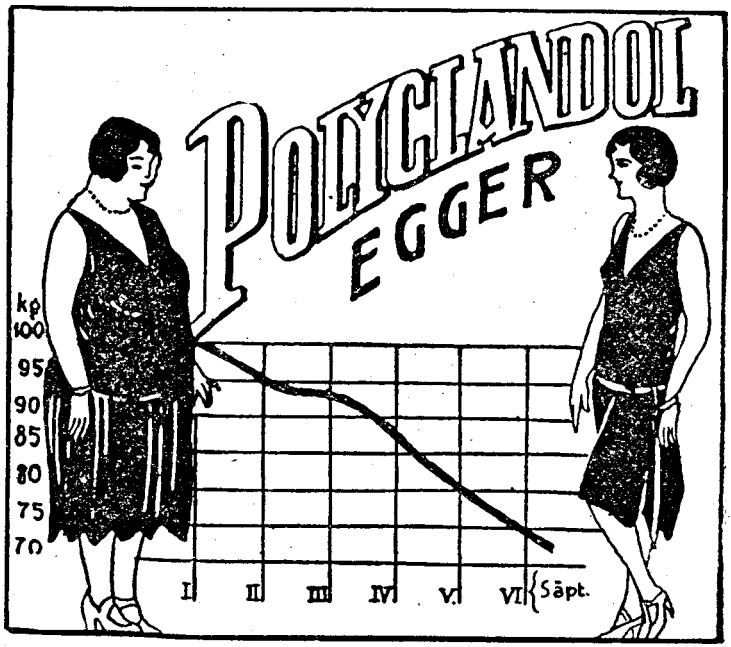
SUMMARY: **Dr. H. Machelarie—A case of complete albinism**

The patient, e syphilitic woman, did not benefit at all, as regards her pigmen. tation trouble, by an intense and sustained antisyphilitic and puriglandular treatment

ZUSAMMENFASSUNG: **Dr. H. Makelarie. — Ein Fall von allgemeinem Albinism.**

Die Lueskranke hat keinen günstigen Erfolge auf die Pigmentierung Störung durch starke und dauernde antiluetischen und pluriglanduläre Behandlung gehabt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Eşantioane trimite la cerere EGGER & Co. S. A. Fabrică de produse farmaceutice CLUJ.

Spitalul din Suceava

UN CAZ CURIOS DE RUPTURA TOTALA A UTERULUI GRAVID

de

Dr. TRAIAN BONA
Medic primar — Director al spitalului.

BCU Iași / Central University Library Cluj

Cât sunt de caracteristice şi sigure unele semne în stabilirea diagnosticului ginecologic şi obstetric, cu atât mai dificilă se prezintă situaţia noastră în raport cu punerea unui diagnostic decisiv şi fixarea conduitei de urmat, când ne aflăm în faţa unui caz particular înşelător, bizar ca simptomatologie, tabloul clinic fiind şters ori abundând în simptome caracteristice şi proprii altei boli.

Observaţia de faţă având elemente curioase şi cred de importanţă practică, şi fiind interesantă ca aspect clinic, am crezut util a o prezenta mai pe larg, susţinând prin ea teza că de foarte multe ori simptomele capitale ale unei afecţiuni ori accident grav pot complect lipsi şi tocmai absenţa lor poate contribui în largă măsură la nediagnosticarea lor şi deci la consecinţe uneori fatale pentru bolnav.

OBS. Minodora Andruşca în etate de 24 ani, din Zahareşti, primipară, se internează în serviciul nostru în ziua de 2 Septembrie 1931.

In **antecedentele eredo colaterale** precum şi în cele **personale** nu putem afla vr'o dată mai importantă.

Nu a suferit niciodată de vr'o afecţiune a uterului.

Prima menstruaţie a avut-o la etatea de 15 ani, de atunci epocile catameniale se succed regulat din 4 în 4 săptămâni, până la data de 5 Noembrie 1930, când a avut ultima zi de menstruaţie.

Dela această dată se simte gravidă şi sarcina a evaluat în condiţiuni, cari după spusele bolnavei nu s'au abătut de loc de cele normale.

Bolnava intră în serviciul spitalului în ziua de 2 Sept. 1931, adecă la 3 săptămâni după termenul de naştere, fiind neliniştită din cauză că nu mai naşte.

Luându-i-se interogatorul putem preciza că înainte cu 3 săptămâni a avut dureri abdominale şi lombare, asociate cu vărsături verzui.

De atunci n'a mai simţit nici o mişcare, nu a mai vărsat, nu a sughiţat, a putut să-şi vază de treburile gospodăriei, fără să se simtă alarmată de vr'un simptom îngrijorător, în deosebi că moaşa chemată cu ocazia durerilor şi vărsăturilor şi-a dat toată silinţa de a-i aduce uşurare, masându-i abdomenul, şi după care masaj s'a simţit foarte bine.

Fiind cu trei săptămâni după termenul naşterii şi observând că nu mai mişcă nimic în abdomen, vine la spital.

La **examenul obiectiv** constatăm, că bolnava este slab desvoltată, puţin anemică.

Prezintă o uşoară dispnee; temperatura 38 în axilă; pulsul 110 pe minut. Asupra aparatelor: circulator, respirator, urinar, nu putem constata nimic patologic.

Abdomenul balonat; în flancul şi hipocondrul stâng se simte o rezistenţă nu prea superficială dând senzaţia capului copilului.

Această rezistenţă se continuă în jos, având toate caracterele copilului cu părţile mici la dreapta. Din cauza lichidului părţile copilului sunt greu de perceput.

Bătăile cordului copilului nu se pot auzi; mişcările nu se aud, nici nu se simt.

Mamelele turgescente, mamelonul şi areola pigmentate; colostru prezent; la examenul intern constatăm, că colul livid este puţin intredeschis, abia permeabil pentru vârful degetului mic. Nu prezintă şi nici nu a prezentat hemoragie.

Ţinem femeia 3 zile în observare şi administrăm pituitrină în doze masive neobţinând nici un rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea generală a bolnavei este bună, pulsul mai bun 90—100 pe minut. In ziua de 5 Septembrie, deci la 24 zile după termenul normal de naştere intervenim (operator: **Dr. Bona**; ajutor: **Dr. Strugariu**), făcând sub narcoză cu eter histerotomia vaginală anterioară ori aşa numita **secţiunea cesariană vaginală** (după Dührssen).

După eliberarea vezicei secţionăm faţa anterioară a uterului pe o distanţă aproape 10 cm. fără să dăm de vre-o parte a copilului.

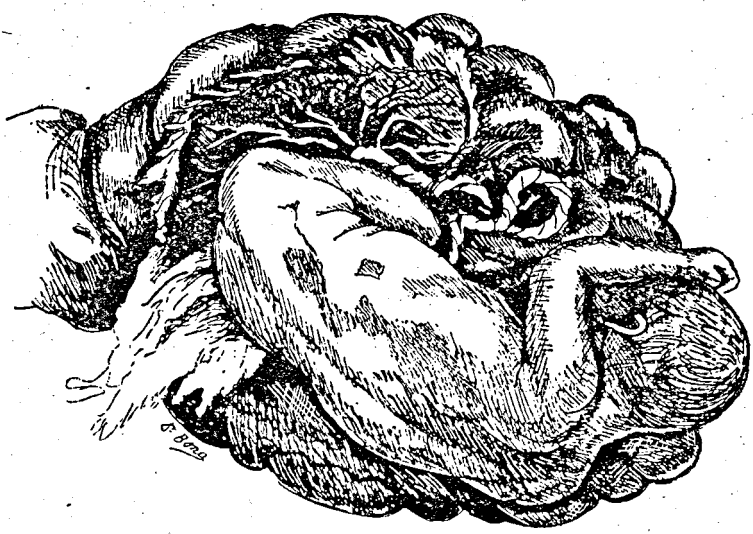
In timpul acesta, cu toate că cantitatea de sânge, precum şi şocul au fost minimale, pulsul scade brusc, devenind abia perceptibil.

In faţa acestor fapte, punem **diagnosticul de ruptură uterină cu revărsare de sânge în cavitatea peritoneală liberă.**

Faptul că copilul era aşa de greu perceptibil prin lichidul liber (pe care îl considerăm de lichid abondent amniotic), faptul că capul era aşa de sus situat, precum şi scăderea pulsului aşa de bruscă şi fără vre-o cauză bine determinată, explicabilă numai prin perdere prealabilă abondentă de sânge, (femeia nu a sângerat deloc prin vagin, decât cu ocazia operaţiei) ne-a pus pe calea diagnosticului.

In consecinţă facem fără întârziere laparatomia sub-ombilicală, după ce am remontat bolnava cu cardiotonice; şi după ce am suturat plaga vaginală. La deschiderea cavităţii peritoniale se revarsă o cantitate enormă de lichid sanghinolent, cu chiaguri de sânge şi în care înoată bucăţi de epiteliu macerat.

Copilul se află macerat şi de mărime normală între intestine, în cavitatea liberă, capul fiind situat în hipocondrul drept subdiafragm.



Caz curios de ruptură totală a uterului.

In bazin şi în hipogastru dăm peste un conglomerat de organe aderente unele de altele; uterul de mărimea a doi pumni, rupt şi fără vre-o formă, acoperit cu placenta de mărime normală cu vase foarte dilatate. Această placentă prezintă aderenţe foarte strânse atât cu uterul rupt cât şi cu epiploonul şi ansele intestinale.

Ridicăm copilul, secţionând cordonul între 2 pense. După ştergerea şi evacuarea cavităţii peritoneale de lichidul revărsat, încercăm să indentificăm organele aderente, să desfacem aderenţele şi să eliberăm placenta.

Nu putem reuşi în această intenţiune a noastră decât în parte, aderenţele organelor fiind prea intime cu placenta extrem de vascularizată şi care la cea mai delicată încercare de deslipire sângerează foarte abundent.

Totuşi reuşim să extirpăm cc. 3/4 din placentă; suturăm ruptura uterină şi pentru a opri sângerarea din vasele mari placentare rupte şi care devine foarte gravă îndoim acest rest de placentă şi o suturăm cu fire de catgut.

Sângerarea continuă prin suturile puse pe restul de placent, deaceia tamponăm întreaga regiune cu un tampon de drenaj Mikulitz, scoţându-l la suprafaţă la capătul inferior al plăgii.

Intreaga intervenţie nu a durat mai mult de 10 minute, totuşi pulsul bolnavei nu era perceptibil.

Voim să facem transfuzia de sânge, însă lipsa aparţinătorilor şi a dătătorilor ne împedică şi ne rezumăm la cardiotonice şi la administrarea de ser fiziologic intravenos, picătură cu picătură. După această terapeutică bolnava se remontează în bune condiţiuni. Plaga se vindecă per secundam, resturile de placentă eliminându-se prin supuraţie.

Bolnava părăseşte serviciul vindecată în ziua de 24 Dec. 1931, când examinată se constată o infiltraţie neregulată parametrală. Ii recomandăm, să revie pentru un tratament cu diatermie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazul nostru oferă interesante particularităţi clinice, anatomo-patologice şi terapeutice, cari îl diferenţiază de celelalte publicate până acum şi deci ar putea să prilejuiască discuţiunea unor chestiuni, cari merită să fie luate în considerare.

In această ordine de idei, rupturilor uterine trebuie să li se facă CLASIFICAREA în trei grupe:

1) rupturi uterine spontane.
2) „ „ prin violenţă.
3) „ „ datorite contracţiunilor uterine şi travaliului facerii.

Clasificarea aceasta nu o putem considera ca ceva absolut, deoarece de foarte multe ori între aceste categorii nu se poate trage linii demarcaţionale.

1) *Ruptura spontanâ propriu zisâ* exclude orice violenţă ori influenţă venită din afară ori dinăuntrul abdomenului.

Limita între rupturile spontane şi cele prin violenţă este greu de fixat şi e foarte relativă deoarece la ruptura spontană nu putem exlude întotdeauna vre-o acţiune traumatizantă, însă aceste traume de regulă sunt de aşa natură, încât nu se abat prea mult de modul de traiu obicinuit şi sunt în legătură cu activitatea de toate zilele, deci nu putem vorbi de o violenţă propriu zisă.

In cazul nostru bizar, deducţia noastră este că ruptura se datoreşte unei prezentări transverse, cu tetanie uterină consecutivă.

Desigur ruptura a fost complectată de violenţa aplicată de moaşă prin masajul abdominal atât de puţin oportun!

Deci în cazul nostru nu poate fi vorba de o ruptură spontană în înţelesul strict al cuvântului, totuşi cred util să insist asupra tuturor felurilor de rupturi.

Desigur cum am amintit în cadrul traumelor ori acţiunilor violente nu intră traumele obicinuite şi comune, cari asupra unui uter gravid normal nu sunt în stare să producă ruptura.

Deşi fiecare gravidă face zilnic mişcări diferite, totuşi nu se produce ruptura, deoarece aceste nu sunt în măsură să cauzeze în sine ruptura unui uter normal; ca să se întâmple acest lucru este necesar un *factor important predispozant.*

Acest factor predispozant poate fi congenital ori câştigat.

Anomaliile congenitale au un însemnat rol desigur în producerea rupturei spontane (uter duplex, bicorn, sept, arcuat, unicorn şi uterul infantil) în cazurile aceste atât factorul mecanic, cât şi cel destructiv datorit formării şi evoluţiei placentei vor produce schimbări în organul de rezistenţă scăzută. Astfel de cazuri relatează Mangold W. A. Freund şi Boisch.

La *anomaliile câştigate* apartin în primul loc: aşezarea, nidarea patologică a ovulului fecundat Aceasta se referă cu deosebire la desvoltarea placentei în apropierea orificiului tubar (Tubenechen-placenta) unde precum a demonstrat-o Bayer, sub acţiunea factorilor mecanici între fibrele musculare iau fiinţă cavităţi, goluri

In alte cazuri se constată invazia excesiv de profundă a vilozităţilor choriale în păretele uterin şi anume, ori a vilozităţilor normale

în păretele uterin alterat şi de mai scăzută rezistenţă, ori invers: a vilozităţilor patologice (ca la mola hidatiformă) în păretele uterin normal.

Cari sunt *momentele cari scad rezistenţa păretelui uterin?*

In primul loc vin în considerare procesele degenerative şi cicatricele provenite în urma diferitelor intervenţiuni (secţiunea caesariană, miom uterin, neoplasm, curetaj, defecte rămase în urma deslipirei de placentă etc.); Inflamaţiunile producând procese de degenerescenţă şi facilitând prin aceasta invazia vilozităţilor; asemenea sarcinile şi naşterile multiple pot produce în corpul uterin o degenerescenţă manifestându-se prin elasticitatea scăzută a fibrelor musculare şi prin dilatabilitatea excesivă a segmentului inferior uterin. Aşa se explică şi procentul mai ridicat de rupturi uterine la multipare (Lederer).

Thoma studiind etiologia rupturilor spontane uterine poate da următoarele date în ceeace priveşte vârsta; cazurile mai multe se întâlnesc între 20—30 ani; 25% dintre rupturi spontane survin în prima jumătate a graviditătii, iar 25% într'a doua.

2) A doua categorie de rupturi uterine o formează *rupturile prin violenţă ori traumatism.* Aci intră în primul loc rănirile directe, prin lovire, cădere pe un corp tăios ori contondent oarecare, producând ruptura mitrei, (de ex. ruptura «deschisă» uterină, prin spintecarea abdomenului de un corn de taur, cădere pe o fereastă etc.) în al doilea rând manoperele nepermise, violente în cursul naşterei dau un contingent însemnat de rupturi, aşa de exemplu: aplicare de forceps, versiunea, expresiunea, provocarea de avort, deslipirea de placentă etc.

Este interesantă observaţia lui Pankov, care relatează o ruptură uterina produsă în felul următor: un medic voind să deslipească placenta cu degetele, sfredelind în ţesutul uterin, intră în cavitatea liberă peritoneală şi dând de o ansă intestinală o crede drept cordon ombilical. Trăgând de această ansă reuşeşte după mari sforţări să scoată în vagin sigma şi colonul descendent!

Şi noi am întâlnit un caz similar, unde un mamoş făcând o embriotomie, rupe uterul şi scapă capul decapitat în cavitate Fără să-şi dea seama, în loc să eviscereze copilul scoate intestinele femeii (sigma, colon ascendent şi transvers) şi abia la 24 ore crede necesară intervenţia chirurgicală!

Şi în cazul nostru masajul moaşei a avut rol important în complectarea rupturei, produsă cu multă probabilitate prin poziţia transversă a copilului, când *uterul contractat neputând învinge obstacolul a plesnit.*

3) Acest mecanism este de sigur cel mai des şi reprezintă *a treia categorie de rupturi uterine.*

Ca momente etiologice trebue să enumărăm provocând acest accident cu desnodământ fatal, *poziţia transversă, hidrocefalia, bazin strâmt şi alte obstacole (stenoza, atrezia colului etc.).*

Asupra SIMPTOMATOLOGIEI RUPTUREI UTERINE ar fi inutil să insist. Sunt bine stabilite şi cunoscute semnele, ca: durerea violentă şi bruscă, urmată de colaps, sistarea bruscă a durerilor de facerea şi hemoragia prin vulvă.

Concomitent cu aceste semne alături de uter care în porţiunea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sa inferioară este foarte dureros, se constată o a doua tumoară: care nu este alta decât copilul eşit total ori parţial în cavitatea liberă peritoneală, şi al cărui corp se poate foarte bine palpa acum.

Doresc să insist asupra lipsei totale a acestor simptome la bolnava noastră, fapt care ne-a încurcat în primul moment; starea generală nealterată, lipsa oricărei stingheriri în ceeace priveşte ocupaţiile zilnice, desigur contrastează cu leziunile atât de grave de care sufere şi deaceia am crezut de utilitate practică prezentarea acestui caz. Pedealtă parte şi terapeutica urmată de noi diferă mult de cea prescrisă în tratatele clasice, cari recomandă histerectomia abdominală şi extirparea placentei.

Noi, fiind circumstanţele atât de grave, am trebuit să ne limităm la o intervenţie mai conservatoare, cu totul atipică, cu toate aceste rezultatul a fost din cele mai bune. Ştiut este că PRONOSTICUL acestor rupturi atât de neglijate este extrem de grav; supravieţuirea în condiţiunile întâlnite la bolnava noastră trebue considerată o raritate extremă, cu toate că în literatură se citează casuri unde copilul s'a încapsulat, şi mai târziu asemănător unei sarcini extrauterine s'a eliminat în bucăţi prin supuraţie.

Cazul nostru fiind atât ca simptomatologie şi tratament, cât şi ca rezultat obţinut de o raritate extremă şi reprezentând cu drept cuvânt o *curiozitate medicală*, am crezut de oarecare interes relatarea lui mai pe larg.

BIBLIOGRAFIE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

P. Balard & Barthlemy: Soc. D'obst. et de gyn. de Bordeaux, 10 Dec. 1929.
E. Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.
Gross: Gaz. med. Nantes. No. 4 1930.
Iascke & Pankow: Geburtshilfe.
Istria (R.): Thèse de Paris 1911.
F. Istel: Monatschft. f. Geb. 1930.
Spiès & Pastieis: Bruxelles med. 1927.
Saenger: Zbl. f. gynäk. 55, 1830, 6. 1931.
Szabs Z.: Orvasi hetilap. 1931.

RÉSUMÉ: **Dr. Traian Bona — Un cas exceptionnel de rupture totale de l'uterus gravide.**

L'auteur compte ce cas comme une curiosité médicale par l'absence totale des signes de rupture, de même que par les résultats favorables du traitement conservateur appliqué (césarienne vaginale).

RIASSUNTO: **Dott. Traian Bona—Un caso eccezionale di rottura totale dell'utero gravido.**

L. A. ritiene questo caso una curiosità medica per la mancanza completa dei segni di rottura come pure per i risultati favorevoli ottenuti mediante un trattamento conservatore (taglio cesareo vaginale).

SUMMARY: **Dr. Traian Bona — An exceptional case of complete rupture of the pregnant Womb.**

Author considers this case as particularily striking for the reason of complete absence of the usual symptoms of rupture and for the favourable result obtained by a conservative tratment.

ZUSAMMENFASSUNG: **Dr. Traian Bona. — Ein exceptioneler Fall von einem Risse der Schwangere Gebärmutter.**

Der Verfasser behauptet diesen Fall als eine medizinische Seltenheit durch das Fehlen aller Zeichen des Risses und die güngstige Erfolge der Behandlung (Vaginalen—Kaiserschnitt).

Dans les
bronchites chroniques
grippe
tuberculose
fumeurs, enfants,
toux rebelles
Asthme
une cuillerée a soupe matin, midi et soir,
pur ou mieux dans une tasse de thé, lait ou tilleul de
SIROP FAMEL
calme rapidement la toux, facilite l'expectoration
influence favorablement l'état général.
Echantillons et littérature gratis et franco
Charles TAULEGNE 7-9 Str. Gheorghe Coşbuc (fosta Lirei) BUCAREST

APOSTOLATUL IN TRECUTUL MEDICAL AL BASARABIEI („ZEMSCHII VRACI")

de

Dr. I. BORDEIANU — Hotin.

Cu o aproximaţie, apropiată de adevăr, se poate bănui că cel puţin jumătate din medicii basarabeni au făcut şcoala rusă, cealaltă jumătate fiind reprezentată de generaţia tânără cu şcoala românească sau din străinătate.

Intr'un articol anterior, intitulat „Specificul medical în Basarabia", am vorbit, între altele, despre o categorie de medici improvizaţi, „zauriad-vraci", veniţi din Rusia; numărul lor este mic şi nu cred să treacă de 4—5% din numărul total al medicilor basarabeni. Ceilalţi colegi cu şcoala rusă prezintă o categorie de câteva sute de medici, dintre cari mulţi au jucat un rol frumos în trecutul sanitar basarabean. Opera lor merită să fie cunoscută de colegii nebasarabeni cu atât mai mult că despre ea nu s'a vorbit încă nicăeri în literatura medicală românească.

Inainte însă de a vorbi despre dânşii trebue să deschidem istoria rusă, începând cu epoca de acum o sută de ani, cu domnia lui Nicolae I. In aparenţă toate mergeau bine; decabriştii, cari au îndrăznit chiar în ziua urcării pe tron a ţarului să încerce o revoluţie, sunt aspru pedepsiţi; cenzura, armata, poliţia, aparatul biurocratic complicat, clerul supus, asigură bunul mers al vastei împărăţii. Nu se aude nici o plângere, nici o nemulţumire. După vorba unui poet rus:

„Fericirea i-a cuprins pe toţi:
Dela finlandez şi până la *moldovean*
Nu mai cuvântă nici un neam..."

In dosul acestei faţade strălucitoare, solemne, cu aparenţe de tărie absolută şi soliditate perfectă se ascundea realitatea: un ţar, autocrat-absolut, sprijinit pe vre-o sută de mii de nobili, cari trăesc ca în evul mediu din munca milioanelor de ţărani, exploataţi fără milă şi de boer şi de funcţionari.

La o parte începe să se formeze pătura intelectuală, „inteligheńţia", cu un rol din cele mai importante în viaţa socială de mai târziu. Decabriştii, un pumn de intelectuali-idealişti, încearcă în zadar să schimbe situaţia. Atunci se naşte ideia: în locul revoluţiei începută de sus, trebue pregătită revoluţia pornită de jos. Astfel atenţia păturei culte, conştiente, se îndreaptă înspre soarta şi viaţa poporului robit. Pentru prima oară în literatura rusă, scriitori de seamă, ca Turghenev, Grigorovici, zugrăvesc în culori vii pe de o parte mizeriile robiei, pe de altă parte arată că ţăranul are inimă şi suflet ca şi nobilul. Prin 1840—50 apare pe scenă „nobilul care se pocăeşte": ei dau drumul ţăranilor, împart averea şi pământul şi singuri se duc în popor.[1]) Este începutul unui curent important din viaţa socială rusă, — poporanismul, — care după dezrobirea ţăranilor (1861) ia caracterul unei epidemii: prin 1870 sute şi mii de intelectuali, floarea inteligheńţiei ruse, părăsesc situaţiile câştigate sau moştenite, renunţă la bunurile unei vieţi asigurate şi pleacă în popor. Printre aceştia, chiar dela început, au fost şi medici, ajutorul cărora a fost de un real şi imediat folos.

Cam tot pe atunci statul rus creiază zemstva, — instituţie de administraţie locală, judeţeană şi gubernială, — care se ocupa sub controlul statului, de gospodărie: şcoli, *spitale, aziluri,* drumuri, îndrumări agricole. *In zemstvă au găsit un câmp vast de activitate toţi acei care „plecau în popor". Printre aceştia medicii ocupă un loc de cinste. Medicul din serviciul zemstvei — „zemschii vraci" — are o aureolă de apostol, care şi-a sacrificat viaţa pentru popor.*

Cu tot progresul technic de azi viaţa unui medic de plasă sau de spital dela ţară poate fi privită ca un sacrificiu, acceptat de cele mai multe ori de nevoe. *„Zemschii vraci" de altă dată,* fie din fundul Rusiei, fie *din Basarabia, plecau la ţară de bună voe, din convingere.* Cei dintâi medici au fost siliţi să trăiască în condiţii grele. Ba unii din ei, dintre cei mai convinşi de rolul apostolatului, nu se credeau în drept să pretindă un confort cât de redus atât timp cât ţăranul era lipsit de spitale.

Basarabia a fost printre primele gubernii în care s'a creiat zemstva. In 1870 era un singur spital, la Chişinău, cu 100 paturi. La 1890, numărul spitalelor a crescut până la 28 cu 600 paturi şi 48 plase. Inainte de război Basarabia avea o reţea însemnată de spitale şi de plase, conduse de medici.

Opera acestor medici a fost dintre cele mai folositoare pentru populaţia basarabeană şi a dat roade indiscutabile. *Generaţiile trecute de medici ai zemstvei au creiat atmosfera de încredere în medicină, pe care au găsit-o colegii veniţi în Basarabia după unire.* Numai astfel se explică dece numărul bolnavilor consultaţi este azi

1) In sufletul rus complex se impacă trăsături incompatibile; cruzimea şi mila, ura şi dragostea. «Geniul european este măsură, geniul rus este excesul», spune Merejkovsky. Una dintre trăsăturile caracteristice rusului este şi spiritul de autocritică, depusă până la autoflagelare, umilinţă (Prinţul Necludov din «Invierea», Nikita din «Puterea întunericului»).

GYNERGÈNE

„SANDOZ"

Tartrat de Ergotamină cristalizat (Stoll)

Medicaţiune Ergotinică cu efect sigur.

Copyright © Babeş-Bolyai University Library Cluj

Gynergène-ul este un medicament absolut pur din punct de vedere chimic, stabil la infinit· şi în consecinţă, având un efect constant şi sigur poate fi administrat în doze riguros precise.

In caz de urgenţă, gynergène-ul injectat sub piele, în ţesutul muscular, sau în sânge, are o eficacitate constantă şi energică.

Gynergène-ul nu prezintă culoarea şi mirosul respingător al preparatelor ergotinice obicinuite. Soluţiile sale sunt perfect de limpezi şi injecţiile subcutante cu aceste soluţii sunt indolore şi nu dau naştere la nici o complicaţie locală.

Comprimate	Picături	Fiole
3—4, rare ori 6, pe zi.	XV—XXX, de 2 ori pe zi (rare ori de 3 ori).	0,50—1 cc, pe zi.

Depozitul la Bucureşti: DROGUERIA D. NESTOR, Str. Şepcari 6.

Depozitul la Cluj: DROGUERIA „ROYAL", Piaţa Unirii 26.

Literatură şi probe prin:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse).

enorm (până la 10 mii pe an în unele spitale mixte şi 4—6 mii în unele plase).

„Zemschii vraci" se bucurau de o reputaţie profesională frumoasă şi consideraţie necunoscută în alte domenii de activitate. Alte categorii de intelectuali, „plecaţi în popor", s'au descurajat în curând şi s'au întors înapoi la oraşe, numai medicii au continuat opera începută. Tinerii medici, eşiţi din popor, renunţau deseori la situaţii în oraşele mari şi acceptau să lucreze în spitalele zemstvei. Trăind între ţărani şi cunoscându-le viaţa adevărată, cu toate lipsurile ei mari, unii medici, proprietari de moşii, îşi împărţeau pământul la ţărani: astfel au făcut doi medici ai spitalului din H., prin anii 1890—1900.

Cunoscând bine durerile şi nevoile păturei ţărăneşti, ei erau consideraţi drept exponenţi ai lumii dela ţară şi consultaţi nu numai în chestiuni sanitare ci şi de gospodărie şi învăţământ.

Sacrificiile aduse în interesul ţării, consideraţia mare de care se bucurau pretutindeni, cunoaşterea situaţiei reale a ţării, le dădeau curaj să-şi spună părerile pe faţă: la congresul panrus al medicilor, prin 1905, după dezastrul războiului cu Japonia, a fost votată o moţiune, prin care se recunoştea marea greşeală a guvernului, care se sprijinea numai pe pătura nobililor, în dauna celorlalte. Pentru vremurile de atunci era un gest de curaj.

In Duma Imperială (Parlamentul rus) se alegea un număr însemnat de medici ai spitalelor zemstvei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca o recompensă pentru munca medicilor săi, zemstvele căutau să le uşureze viaţa la ţară şi se ocupau în special cu pregătirea lor profesională; în bugetul fiecărei zemstve erau prevăzute burse pentru specializarea şi complectarea studiilor, în centrele universitare ruse sau chiar în străinătate. Facultăţile de medicină aveau cursuri speciale în genul celor germane, pentru medicii spitalelor dela ţară. In fiecare capitală de judeţ se afla câte o bibliotecă medicală, întreţinută de zemstvă.

RÉSUMÉ: **Dr. I. Bordeianu — L'apostolat dans le passé médidical de la Bessarabie.**

L'auteur fait l'éloge des anciens médecins de Bessarabie, Zemschii vraci, qui activaient autre fois dans le cadre des institutions guberniales locales nommées Zemstva, en opposition avec les Zauriad-vraci, d'après la guerre, médecins improvisés et avec une instruction insuffisante.

RIASSUNTO: **Dott. I. Bordeianu — L'apostolato nel passato sanitario della Bessarabia.**

L'a. fa l'elogio dei medici d'anteguerra della Bessarabia, „Zemschiivraci", i quali agivano per il bene del popolo nel quadro delle istituzioni *guberniali* locali chiamate „Zemstva", opponendoli ai „Zauriad-vraci", medici improvvisati durante e dopo la guerra, senza studî e senza sufficiente preparazione.

SUMMARY: **Dr. I. Bordeianu — The apostolate în the medical hystory of Bessarabia.**

The author eulogizes the Bessarabian physicians from before the war, „zemschivraci" who worked to the benefit of the population on behalf of the gubernial institutions called Zemstva, — in opposition to the „Zauriadvraci", the empirical physicians with no education during and after the war.

ZUSAMMENFASSUNG: **Dr. I. Bordeianu — Der Apostolat in der medizische Vergangenheit Bessarabien.**

Der Verfasser lobt die alten Ärzte aus Bessarabien, Zemschi-vraci, welche in den hiesigen Guberniale Institutionen Zemstva tätig waren, gegenwärtig mit Zauriad-vraci, improwiesierte Ärzte die nicht volkommen vorbereitet waren.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obezitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

LEGIFERAREA TRECERII MEDICULUI DE LA ŢARA LA ORAŞ

de

Dr. CĂRTUŢA GABRIEL

Medic Sanatoriul Tbc. Leamna-Dolj

Cât este de grea situaţia unui medic la ţară, ministerul sănătăţii şi organele de control medicale trebue să aibe suficientă cunoştinţă. Pentru minister nu este zi în care să nu se vadă medici punând insistenţa ca să schimbe locul dela ţară pentru unul dela oraş, chiar când acesta este inferior ca grad şi retribuţie celui pe care îl ocupă la ţară.

Art. 209, al. II, din actuala lege sanitară, enunţă: *„Medicii sanitari din oraşe şi municipii se recrutează dintre medicii sanitari rurali cu o vechime de cel puţin 2 ani"*. Este o formulă vagă, neprecisă, încât, această chestiune rămânând la discreţie, a fost rezolvată fără nici o normă, ducând la un adevărat haos. Culminarea acestui haos a avut loc sub recenta guvernare naţional-ţărănistă, în ale cărei numeroase numiri ilegale trebue recunoscută presiunea, în care s'a găsit ministerul de a face faţă marelui număr de cereri ale medicilor dela ţară, ce tindea spre oraşe. Nefiind niciun criteriu precis pentru satisfacerea acestor cereri, numirile s'au făcut aşa cum s'au făcut, ilegalitatea şi abuzul fiind inerente situaţiilor neclarificate.

Pentru cel care are cunoştinţă despre soarta ingrată a medicului care este trimes să lucreze în mediul rural, o lege sanitară care nu clarifică chestiunea mutării medicului, nu poate pretinde că a organizat serviciul sanitar al ţării. Căci serviciul sanitar este constituit de fapt de medici şi mulţumirea acestora echivalează cu o bună funcţionare a serviciului sanitar.

* * *

Medicul consideră şederea lui la ţară ca provizorie şi este totdeauna animat de speranţa de a trece la oraş. Chiar după douăzeci de ani de şedere la ţară, cu părul încărunţit în acest mediu, încă se hrăneşte cu iluzia că şederea sa la ţară nu are decât un caracter de provizorat. Titlul de „apostol" nu este un stimul sufi-

cient pentru a compensa abnegaţia şi renunţările lui, cum şi privaţiile intelectuale, inerente mediului rural.

De sigur, nu este nevoie să ceri cuiva titlul de doctor, este chiar neuman să i-l ceri, — pentru ca să-l condamni apoi unui exil — pentru că *medicul dela ţară este un exilat al acelei societăţi către care spiritul său cultivat are dreptul să tindă* — fără să-i oferi vre-o speranţă sigură de scăpare. Este imposibil de conceput ca un asemenea om să nu aibă relaţii — şi încă pentru câtă vreme! — decât cu agenţii sanitari, primarii, jandarmii, cârciumarii şi aşa zişii intelectuali dela sate. Ar fi fost suficient să fi rămas simplu absolvent de liceu, pentru a fi sufleteşte mult mai satisfăcut în viaţă.

Urmarea logică pentru medicul aflat în această situaţie este o reacţiune instinctivă, dăunătoare şi medicinii în general şi sănătăţii publice. Fiind gata, bine înţeles, să se umilească în faţa ultimului deputat şi a oricărui politician, care prin influenţa lui i-ar putea face oficiu pentru atingerea scopului lui justificat, în cazul când nu ajunge la vicii, se asimilează mediului în care trăeşte dedându-se la ocupaţii mărunte şi înjositoare sau, în cel mai bun caz pentru psihicul lui, se ocupă foarte puţin de serviciu, trecându-şi cea mai mare parte din timp la oraş. Aceasta este realitatea şi ea nu poate duce decât la decăderea progresivă a medicului dela ţară. Această perspectivă nu poate satisface nici Ministerul sănătăţii, nici pe medici, căci deprecierea medicinii în general se datoreşte în parte acestor aspecte ale medicinii dela ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicul tânăr plecat dela Facultate posedă o doză importantă de avânt şi de energie, dispus să le cheltuiască însă în mod inteligent şi, omeneşte vorbind, atât cât răbdarea i-o permite. Epuizarea acesteia duce sigur la convingerea unei cariere distruse şi crearea unei vieţi nenorocite. In faţa unei legiferări sau reglementări vagi, pesimismul acesta începe odată cu cariera, dela primul contact cu realitatea. Niciodată Facultatea de Medicină nu a făcut caste din studenţi, făcând să înţeleagă pe unii că sunt chemaţi pentru viaţa la ţară, iar altora să le rezerve oraşele. Rezolvarea acestei chestiuni revine Ministerului.

* * *

Concursurile impuse de Minister sunt pentru spitale mixte şi de specialitate. Primele sunt în majoritate la ţară. Celelalte sunt în număr restrâns, marea majoritate a medicilor oficiali dela oraşe nefiind specializaţi şi pentru ocuparea posturilor respective nu se impune concurs.

De această din urmă categorie, în care trebue să intre şi serviciile medicale, ce ţin indirect de Ministerul sănătăţii, de ex. medicii cfr., ai asigurărilor sociale, şcolari, etc., legea are datoria să se ocupe, făcându-le accesibile medicilor dela ţară.

Criteriul, după care aceste treceri se vor face, rămâne la aprecierea legiuitorului, numai să fie precis: *fie că se va institui concurs la care se vor admite numai concurenţi având un anumit*

stagiu la țară, fie că se vor numi medicii dela țară după vechime.

Fără legiferarea acestei chestiuni nu este posibilă satisfacerea în ordine a unei tendinți generale, care, fără să fie formulate pe față de cineva, preocupă totuși și agită pe toți medicii de plasă, legea ignorând tocmai ținta tendințelor lor tacite, însă naturale.

Legiferarea acestei chestiuni indică medicului dela țară un drum de urmat cu încredere, căutând să îndeplinească conștiincios condițiunile cerute, — șederea la țară pe un termen mai scurt fiind de altfel acceptabilă și plăcută, necesară chiar prin unele cunoștințe, ce ea le oferă și prin posibilitatea formării caracterului și căpătării de experiență proprie în medicină, întrucâtva la adăpostul egoismului general

Grija Ministerului sănătății de a crea un mediu potrivit pentru medicii dela țară ar mai fi una dintre cele mai justificate. In acest sens ar fi binevenită *măsura de a se da ca reședință medicilor numai comunele mari,* care să fie în același timp și centre pentru alte autorități conduse de intelectuali, ca judecători, sivicultori, etc.

RÉSUMÉ: **Dr. G. Cartutza — La légiferation du transférement du médecin de campagne à la ville.**

L'auteur démontre la nécessité d'être respectées les dispositions de l'art. 209, al. II de la loi sanitaire actuelle, les quelles préscrivent le recrutement des médecins de villes d'entre les médecins sanitaires ruraux avec au moins 2 ans d'ancienneté.

RIASSUNTO: **Dott. G. Cartuta — La legislazione del trasferimento del medico di condotta in citta.**

L'a. dimostra la necessità di rispettare le disposizioni dell'art. 209 comma II dell'attuale legge sanitaria, la quale richiede la scelta dei medici di città fra i medici condotti che abbiano un'anzianità di almeno 2 anni.

SUMMARY: **Dr. G. Cartutza — The legislation of the Physician's transference from country to Town.**

C. demonstrates the necessity of obeyind the prescriptions of the sanitarh law, in regard of the recruitment of town physicians from among the rural ones with a practice of more than 2 years.

ZUSAMMENFASSUNG: **Dr. G. Cartuța. — Gesetze über das Eintretten des Landarztes in der Stadt.**

Der Verfasser erklärt uns die Nötigkeit die Anordnung des 209 Artikel al. II aus der Sanitätsgesetze zu achten, wo mann die Städtischen Ärzte aus den Landsanitäts-Arzte die eine Dauer von mindestens 2 Iahre haben, zu wählen.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

PRIN EUROPA MEDICALA ŞI CLIMATERICA

Note de drum

Milano 16 Septembrie 1931.

Policlinica Giusseppe Ronzoni.

Dorinţa de a vizita clinica de cardiologie a Prof. Pezzi, mi-a prilejuit cunoaşterea acestei admirabile instituţiuni medicale din Milano.

Policlinica aceasta întruneşte toate specialităţile medicale.

La noi denumirea de policlinică se dă, printr-o abatere dela însă-şi etimologia cuvântului, la un aşezământ medical fără paturi, în care se dau consultaţii pentru diverse specialităţi.

Policlinica Ronzoni întruneşte tot atâtea servicii pentru consultaţiuni de specialitate, prin personal medical adequat şi cancelarie separată, dar cu paturi; Secţiile sunt însă comune, internarea făcându-se de-avalma în saloane separate pentru femei şi bărbaţi; numai pentru bolnavii operaţi aseptic şi pentru copii mici sunt rezervate săli aparte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Direcţiunea instituţiunei o asumă Prof. Ronzoni, frate cu acela care făcând o donaţie apreciabilă pentru mărirea acestui aşezământ a impus consacrarea în fruntea instituţiunei a numelui tatălui lor, Giuseppe; dar Prof. Ronzoni, directorul este o somitate, care s-a impus prin personalitatea lui în fruntea instituţiunei.

Profesorul Ronzoni mai conduce secţia de ftisiologie.

Cu spontaneitatea şi amabilitatea naturală omului de ştiinţă, D-sa m-a condus şi mi-a dat toate explicaţiile:

policlinica este un aşezământ public de asistenţă medicală, pe care comuna îl subvenţionează dar şi supraveghează printr'un comitet anume:

posturile de şefi de servicii (principale şi anexe, în număr de 18) şi de ajutor sunt ocupate prin concurs;

lefurile personalului şi întreţinerea sunt asigurate prin subvenţii şi prin beneficiile realizate din sumele plătite de bolnavii în stare a plăti;

săracii cari o dovedesc cu acte sunt consultaţi şi internaţi gratuit;

se dau aci consultaţii pentru tot felul de boale;

o consultaţie se obţine prin ticket dela casă, care, când se plăteşte, costă circa 10 lire, iar bolnavul se poate interna la nevoe;

sunt 63 paturi disponibile, comune; adică bolnavii sunt repartizaţi

de-avalma în saloane, dar îngrijiţi de personalul medical al secţiei respective; numai pentru copii şi operaţi sunt săli aparte;

personalul auxiliar este reprezentat prin nepreţuitele călugăriţe;

camere sau saloane mai mari, admirabil amenajate, chiar luxos; se plăteşte, când e cazul, maximum 30 lire pe zi de pat.

Totul dă impresia de confort şi intimitate a marilor sanatorii particulare şi avantagiul de ordin moral pentru bolnavi este considerabil.

In etajul de jos se află instalate **Serviciile de consultaţiuni;** în primul etaj **Saloanele de hospitalizare,** iar deasupra acestuia **Serviciile de subsistenţă** (bucătăria, spălătoria, etc.).

Serviciul căruia i s-a dat extensiunea cea mai mare şi care reprezintă de altfel **Scopul fundamental,** celelalte servicii de specialitate realizând scopuri integrante secundare, este **Serviciul de ftisiologie,** condus de Prof. Dr. Ronzoni.

Asemenea servicii de combatere a tuberculozei sunt în număr de 8 la Milano, câte unul pe sector anumit; căci trebue a adăoga în prealabil că în Milano ca şi de altfel în toată Italia se duce o luptă aprigă în contra acestui flagel atât pe terenul individual cât mai ales pe cel social.

Serviciul acesta de ftisiologie dela policlinica Ronzoni prezintă 2 secţii:

a) o **Secţie de depistare şi urmărire la domiciliu a tuberculoşilor** şi trebue menţionat aci că dela 1924, de când fiinţează actuala policlinică renovată şi mărită, sunt controlate cu fişe ţinute în regulă la zi de un personal adhoc circa 10.000 familii, cari însumează aproape 30.000 membri; de asemenea a mai menţiona că membrii unei familii, în care a fost depistat un tuberculos, sunt aduşi la policlinică şi aci sunt examinaţi prin toate metodele şi în urmă ţinuţi în supraveghere; iar tuberculosul este întâi internat, în urmă tratat la domiciliu sau trimis unde-va la ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această secţie reprezintă lupta contra tuberculozei pe terenul social.

b) cealaltă secţie reprezintă **Serviciul de consultaţii** şi **Secţia de internare,** pentru internare cât timp trebue până se pune un diagnostic precis, sau se stabileşte pneumotoraxul sau în care un bolnav se reîntoarce din timp în timp pentru supraveghere şi întreţinere a pneumotoraxului.

Trebue a menţine că aci se fac toate operaţiile uzitate contra tuberculozei precum: frenicectomia, operaţia lui Iacobeus pentru secţionarea aderenţelor, toracoplastia, etc.

Idealul prof. Ronzoni, care singur face radioscopiile (D-sa ne-a prezentat o serie de bolnave în diferite faze ale boalei, cu pneumotorace urmărite timp îndelungat), este de a se da o extensiune şi mai mare secţiunei sale, ridicând-o la treapta unui adevărat **Institut,** cu atât mai mult cu cât în prezent D-sa dă o deosebită atenţie studiului formelor clinice ale tuberculozei, precum şi instrucţiunei studenţilor, cari învaţă aci tot ce se referă la studiul tuberculozei.

Săli de examinare pentru bolnavi; săli pentru practicarea pneumotoraxului, un laborator propriu aparte de cel general al policlinicei, o bibliotecă de specialitate au permis a eşi de aci şi de sub direcţia Prof. Ronzoni lucrări de valoare.

Restul serviciilor sunt amenajate aparte fiecare cu săli pentru consultaţii şi cercetări — de remarcat **Secţia de laringologie** — şi cu putinţa de a-şi interna fiecare şef de specialitate, atunci când est cazul, bolnavii în locurile disponibile ale saloanelor comune.

In **Secţia Prof. Pezzi** vedem la locurile de îndemână electrocardiograful Boulitte şi poligraful inscriptor al lui Marey.

Personalitata în deobşte cunoscută a acestui maestru al cardiologiei italiene moderne ne scuteşte a mai insista asupra ei; elev al şcoalei franceze, eu care continuă a întreţine legături vii (în momentul vizitei mele încă era la Paris), Prof. Pezzi a dat publicităţii împreună cu D-rul Abrami clasicul „Traité des maladies congenitales du coeur" care face dată.

Sălile de operaţie (pentru aseptici şi septici) nu prezentau extensiunea celor văzute în serv. d-lui Dr. Cândea dela Temişoara, dar înfăţişau o amenajare ingenioasă prin pereţi despărţitori de tablă ripolinată, cari rezervau în părţi spaţii isolate pentru pregătirea chirurgului şi a bolnavului.

O **bibliotecă** admirabilă, cu cărţi şi tot felul de reviste, caşi o **sală festivă,** în care se strâng la intervale toţi cei 18 şefi de servicii, şi în care pe unul din pereţi se văd portretele tutulor celor cari au activat în şi pentru instituţie, precum şi o fotografie a lui Mussolini, caporal, care în răsboiul cel mare, rănit a fost internat şi îngrijit aci, complectează această admirabilă instituţie.

Policlinica Ronzoni prin activitatea ei publică, prin oficializarea ei datorită sprijinului care se acordă şi controlului care se exercitează de către autorităţile municipale locale şi şi de stat, prin selecţia prin concurs a personalului medical, prin conlucrarea la o laltă a medicilor pe cari îi apropie îngrijirea în comun a bolnavilor lor, prin lupta ce desfăşoară contra flagelului social care este tuberculoza şi prin perfecţionarea neîncetată spre care tinde, prin reputaţia trecută peste hotarele ţării lor a unui Pezzi sau Ronzoni şi prin lucrările de valoare cari îşi iau naştere aci, — merită a fi socotită printre instituţiunile medicale de frunte ale statului italian.

Genua 18 Septembrie 1931.

Institutul de Biotipologie
Ortogenetică umană.
Director Prof. Dr. N. Pende.

Un articol publicat în Presse Médicale No. 81/1930, de către Dr. M. Martiny, medic al Camerei de Comerţ din Paris, îmi atrăsese din vreme atenţia asupra metodei şi a realizării ei din punct de vedere clinic şi medico-social pentru prima oară în Europa de către Prof. N. Pende din Genua, metodă prin care se studiază constituţia şi aptitudinele fisice şi psichice ale unui individ în vederea unei cât mai potrivite orientări profesionale în viitor.

In anii trecuţi, însu-şi D-l Prof. Marinescu se oprise aci în drumul spre America de sud, pentru a vizita pe realizator şi a-i vedea opera la faţa locului.

Importanţa capitală pentru viitorul unui popor necum a unui singur individ a acestei probleme n-a scăpat nici pedagogilor noştri şi o dovedeşte aceasta activitatea D-lor Prof. Rădulescu-Motru la Bucureşti şi Ştefănescu Goangă la Cluj, în cadrul catedrelor lor de psichologie, scopul conferinţei anume creiate la Universitatea din Bucureşti şi încredinţată D-lui Moldovanu, străduinţele Insti-

tutului Pedagogic Român, precum şi ale Institutului de Organizare Ştiinţifică a Muncei de pe lângă Ministerul Muncii, ale Institutului de Orientare Profesională U. E. R., ale Lab. de Psicho-technică organizat de d-l Dr. P. Tomescu pe lângă Soc. de tramvae din Bucureşti, cari toate au la bază aceleaşi preocupări.

Conferinţele, cari se ţin, precum şi lucrările de exemplu „Metode pentru studiul individualităţii" de Conf. I. C. Petrescu, cari se publică, mai învederează actualitatea şi la noi a acestor noţiuni la cari medicina socială cât şi cea individuală este atât de interesată.

Aceste consideraţiuni au dat dintr'un început această uşoară scoborîre spre sud drumului meu în spre Apusul medical.

Alături de Spitalul Sft. Martin, s-a ridicat dela 1924, de când şi N. Pende este profesor la fac. de medicină din Genua, clădirea cu 4 etaje şi 2 aripi literale, care adăposteşte Clinica medicală generală, Institutul de biotipologie ortogenetică şi Policlinica del Lavoro puse sub direcţia sa.

Clinica generală cu laboratoarele şi saloanele pentru bolnavi sunt situate la mijloc; în aripa din stângă se află cele 2 anexe, iar etajele de sus ale aripei din dreapta sunt destinate pentru Patologia specială medicală, care se va inaugura în Noembrie.

Pe soclul scării monumentale vedem scris: **Ars - Scientia. - Humanitas.**

Deasupra etajului al 4-lea să întinde o terasă pentru helioterapie şi loc de plimbare, precum în etajele respective sunt camere pentru bolnavii, cari nu vor sau nu sunt nevoiţi să stea toată ziua în pat.

In subsol se află în stânga instalaţiile Institutului de biotipologie; în dreapta laboratoarele cu săli aparte pentru biochimie, histologie, Ph., serologie, electrocardiologie, radiologie, electroterapie, etc.

In etajul I, cum intri, în dreapta ghişeu pentru înscrierea bolnavilor şi tichete pentru consultaţiuni; în stânga săli de consultaţie pentru boale interne, gratuit sau cu plată, reţinându-se pentru internare cei cari au nevoe; la extrema stângă, în aripa laterală, se află Consultaţiile pentru lucrători, consultaţii pentru orice boală, şi alături secţiile rezervate lor pentru internare.

Importanţa acordată lucrătorilor o arată un placard aşezat în văzul tutulor cu aceste rânduri: „I lavoratori sono i motori pin essenziale e pin delicate della macchina statuale: essi vanno conoscinti, tutelati, selezionati, curatt, per il loro benessere e per quello della nazione".

In hallul dela intrare pe pereţi sunt săpate numele tutulor profesorilor eşiţi şi al docenţilor abilitaţi la această clinică şi cei anume eşiţi din şcoala Prof. Pende.

In faţă Cabinetul direcţiei, cu camera de studii a profesorului în fund; pe lături camere pentru demonstraţii, semiotică, pentru medicii străini veniţi să lucreze, o vastă bibliotecă cu reviste medicale primite de peste tot.

Un vast amfiteatru pentru lecţiile clinice şi pentru demonstraţiile cu aparate de proecţie poartă pe pereţi maxime multiple, între cari:

„Anatomia şi fisiologia despart organele, clinica le reuneşte".

Alte inscripţii subliniază „datoria de a orienta pe copii, a veghia asupra lcrătorilor şi a îngriji pe bolnavi".

In etajul II se află saloanele pentru bolnavi, cu capacitate până la 100 paturi.

Etajul III este rezervat contagioşilor.

Revenind cu oare-care amănunte, vom afla că:

A. In **Instituto Biotipologico ortogenetico** se fac cercetări amănunţite în vederea stabilirii precise a biotipului şi în scopul controlării şi orientării profesionale a individului; săli anume înlesnesc:

a) Fotografierea individului, pe un fondal cu pătrăţele de 10 ctm., care cu uşurinţă permite constatarea înălţimii, lungimii şi grosimii segmentelor.

b) Măsurătoarea antropometrică pe tabla antropometrică a lui Viala; cu aparat imaginat de Pende cu tije de compas permite măsurătoarea regiunilor feţei.

c) O sală de examinare este destinată pentru stabilirea biotipului şi clasificarea lui în unul din cele 8 tipuri endocriniene stabilite de Pende.

d) O sală a dinamometrelor este amenajată pentru măsurătoarea forţei motrice.

e) Intr'o sală destinată examenelor aviatorilor se află o cabină pentru imprimarea de mişcări de lateralitate, aparate pentru examinarea labirintului, pentru stabilirea direcţiei sunetelor, pentru acrobaţii; într'o cabină se rarefiază aerul şi se răceşte temperatura ca la diferite înălţimi, în timp ce examinatului aşezat pe un scaun mişcător prin electrode fixate i se înregistrează bătăile inimei, iar după modificările aerului din cabine prin spirometrie i se fac măsurători de metabolism bazal.

f) în altă sală se află aparate pentru diferiţi profesionişti, pentru psichotecnică, precum: pentru marinari, pentru ţesători, pentru mecanici de tramvae, pentru constructori, etc.

g) într'o alta se înregistrează timpurile de percepţie şi reacţie, etc.

Pentru o complectă orientare a şcolarilor încă din şcoală şi cercetarea lucrătorilor în ateliere, Institutul, care are în Consiliul de supraveghere profesori de higienă, de pediatrie şi pe presidentul Societăţii de sport şi de educaţie fizică din Italia, numită Nafta, este împărţit în 5 secţiuni:

1) O secţie morfologică şi de endocrinologie.

2) O secţie psichopedagogică şi psichocriminologică.

3) O secţie de orientare profesională.

4) O secţie genetică experimentală.

5) O secţie ortogenetică fizică.

Diferite examene şi cercetări se fac în sălile enumerate mai sus, caşi în laboratoarele clinicei de către un personal tecnic specializat, compus din circa 30 colaboratori.*)

B. — In **Policlinica del Lavoro** se dau îngrijiri lucrătorilor.

Se vede aci tendinţa socialistă predominentă a preocupărilor lui Pende, care şi-a transportat aparatele speciale şi instalaţia de radiologie ca să examineze pe lucrătorii din uzinele Acciaierie Ansaldo din Cornighiano, în număr de circa 2000, atât din punct de vedere profesional cât şi consttuiţional.

C. — In **Clinica medica generale** cu laboratoarele ei vaste, în care se lucrează neîntrerupt, se cuprinde partea spitalicească cu bolnavi, cea de învăţământ şi cea de cercetări de ordin ştiinţific.

---

*). Pentru detalii şi pentru expunerea amplă a metodei a se consulta artic. precitat al D-rului Martiny, ca şi cărţile principale ale Prof. Pende: Trattato sintetico di patologia e clinica, Edit. Messina şi Le debolesse di constitutio, edit. Bardi—Roma.

Biblioteca Centrala University Library Cluj

Timp de 2 ore, sub conducerea plină de atenţie a prea distinsului şi învăţatului Domn Profesor Dott. Adriano Muggia, I assistente al clinicei, căruia şi pe această cale îi aduc viile mele mulţumiri, am vizitat această şcoală de ştiinţă umanitaristă, care desvălue una din laturile complexei activităţi a acestui savant cu reputaţie mondială care este Prof. Nicolas Pende.

Prof. Pende îşi datoreşte renumele în primul rând cercetărilor de endocrinologie.

Savant cu vederi largi, de o originalitate care uneori suscită vii contradicţiuni, Prof. Pende, care mai înainte a practicat şi predat la Messina, are ca orice precursor, în Italia mai ales, admiratori pasionaţi şi duşmani ireductibili.

Dar pe aceştia din urăm, mi s'a spus, că îi doreşte, pentru-că îl stimulează.

Nissa 22 Septembrie 1931.

Spit. St. ROCH.

Am căutat să vizitez în acest spital serviciul de copii al *D-rului Oelsnitz*, autorul cu reputaţie care a descris *„Toracele adenopatic"* în a doua copilărie şi a studiat *„Transonanţa sterno-vertebrală la copii purtători de adenopatii tracheo-bronşice"*.

Spitalul St. Roch se află într'o clădire veche, situată în centrul oraşului;*) lăcaş al unei vechi mânăstiri, are 4 etaje, capacitate totală de primire 450 paturi, 4 grupe (bărbaţi şi femei) de servicii de chirurgie, o maternitate, două grupe de servicii de medicină internă şi un serviciu de copii.

Fiecare serviciu este condus de un şef, ajutat de 1 sau 2 interni şi înlocuit la nevoe de un medic adjoint, care asigură şi serviciul de consultaţii în schimb cu ceilalţi.

Condus de simpaticul intern al serviciului D-rului Oelsnitz, d-l Alexandre Tsitsinopoulos, în lipsa şefului în vacanţă, am luat cunoştinţă cu deamănuntul de serviciul de ad-ţie, de serviciul de consultaţii şi de gardă (prin cari se face şi primirea bolnavilor în spital), de situaţia internilor, 23 la număr în spitalul St. Roch.

In momentul acela tocmai se anunţase un concurs de internat pentru 10 locuri; între condiţiile de admisibilitate: a fi cetăţean francez; concursul constă în 2 probe scrise (redijarea unei foi de observaţie timp de o oră) şi 2 probe orale (expunere în 20 minute a unui caz), deci probe de ordin practic; internatul durează 3 ani; internii dela St. Roch stau în oraş şi primesc 12.000 fr. pe an cei din anul I, 14.000 cei din anul 3; cei dela Spit. Pasteur locuesc în spital şi primesc 4800 fr. pe an; rotaţie la 6 luni; cel mult un an, prin revenire în acelaş serviciu.

D-l Dr. Oelsnitz, fost intern al spitalului din Paris, este un medic de mare reputaţie ştiinţifică, cel mai căutat medic consultant al Nissei şi al întregei regiuni; internist pur, cu toate că conduce un serviciu de copiii el nu figurează ca pediatru.

*). Spitalul Pasteur încă în construcţie, este situat în afară de oraş; el cuprinde numai servicii de medicină internă şi contagioşi.

Biblioteca Universitară Iaşi

In **D-l intern Alexandru Tsitsinopoulos**, grec de origine, naturalisat cetăţean francez, din anul al III-lea al promoţiei respective a internilor spit. din Nissa, fost intern în chirurgie al spit. din Monaco (pentru care avea cuvinte de nespusă laudă) şi care îşi complectase o solidă instrucţie medicală trecând prin toate serviciile de tecnică generală şi specială (maternitate, copii, cărora le făcea singur la nevoe şi examenele radioscopice) am găsit cu anticipaţie pe internul spitalelor din Paris şi am regăsit pe internul de altă dată al propriilor noastre spitale din Bucureşti, fac-totumul serviciului şi mâna dreaptă a şefului.

Menţionăm în treacăt şi pe D-ra Gautschi, internă foarte activă a unui serviciu de chirurgie, care a locuit până la vârsta de 18 ani în Brăila, pentru că cu noţiunea ţării din copilărie perduse până şi accentul limbei.*)

Serv. D-rului Oelsnitz cuprinde 90 paturi: 65 pentru copii (un salon cu 12 paturi pentru copii până la 14 ani, o minunată galerie expusă la soare pentru 14 convalescenţi sau debili, o creşe pentru 14 sugari şi copii până la 2 ani — creşe pe cale de dublare, 2 saloane cu boxe pentru 25 „douteux" şi difterici) şi Salonul Bourdone situat la alt etaj cu 25 paturi pentru bărbaţi.

Curăţenia exemplară, îngrijirea prin maice şi personal rutinat, foile de observaţie cu tot felul de adnotări grafice ţinute la zi, bronchopneumonicii trataţi în primele zile cu serum anti-pneumococic şi streptococic, polivaccin şi autovaccin, iar tificii cu serum antitific, cântarele şi pèse-bébé-urile, băile dând în fiecare salon, laborator propriu de radiologie şi altul pentru analise pe cale de organizaţie — toate dau impresia unui serviciu activ şi bine condus.

Opo-calciumu-ul aflat mai pe fiecare măsuţă, trat. activ şi cu rezultate din cele mai favorabile al dif. forme de tuberculoză, în destul de frequentă, cu allocrysină, 2 cazuri recente printre internii spitalului, cari veniţi din alte părţi numai dupe câteva luni de şedere pe litoral făcuseră poussée-uri evolutive, mi-au arătat că şi aci bântue tuberculoza.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Schimbări de ultimul moment scoţând din program Marsilia, centru medical de frunte al Franţei şi pe ale cărei servicii de medicină internă ţineam mult să le vizitez, impresiile medicale de pe Coasta de Azur se vor mărgini la cele de mai sus.

(Va urma).

Dr. Cânciulescu.

RÉSUMÉ: **Dr. M. Canciulescu — Notes de voyage médical.**
L'auteur décrit en continuation à l'article précédent la Policlinique Ronzoni de Milano, l'Institut Ortogénétique et la Clinique médicale de Gênes de sous la direction du prof. Pende et le service d'enfants du Dr. Ölsnitz de l'hôpital St. Roch de Nice.

RIASSUNTO: **Dott. M. Canciulescu — Note di viaggio medico.**
In continuazione del precedente articolo l'A. descrive la Policlinica Ronzoni di Milano, l'Istituto Bio-Ortogenetico e la Clinica Medica di Genova diretta dal Prof. Pende, nonche il riparto pediatrico del dott. Oelsnitz dell'ospedale St. Roch di Nizza.

1). De remarcat aceste perderi involuntare sau mai de grabă voluntare, pentru motive de oportunitate, asupra cărora cu sinceritate ni s'a desvăluit D-l Drd. Tsitsinopoulos şi pe cari cu o surprisă de astă dată neplăcută aveam să le constat la 2 români, externi în serv Dr. Ameuille de la Paris.

II.

ACTUALITĂŢI MEDICALE

Fisio-patologie.

E. RIST et PAUL VÉRAN: **L'atrophie homolatérale de la glande mammaire au cours du pneumothorax artificiel.** — Bull. et mem. de la Soc. méd. des hopit. de Paris No. 27, pag. 1528/1931.

Rist şi Cournand comunică în 1928 două cazuri de scleroză pulmonară bronşectasică unilaterală cu oprirea de desvoltare a sânului omolog.

Trémolières şi Veran publică un caz de fibrotorace post pleuretic ce data din copilărie cu atrofia sânului. Véran studiind consecinţele pneumotoracelui terapeutic găseşte în 6% cazuri atrofia glandei mamare.

Atrofia mamară este independentă de funcţiunea ovariană, ea poate surveni înainte sau după pubertate, la femei cu menstruaţie normală sau cu menstruaţia suprimată chirurgical sau prin menopauză.

Dat fiind că atrofia glandulară este unilaterală, în regiunea unde s'a făcut pneumotoracele, autorii emit ipoteza unei acţiuni neurogene. Nervii mamelei îşi au origina din ramurile perforante anterioare şi laterale ale 2, 3, 4, 5 şi 6 nervi intercostali şi din ramura supraclaviculară a plexului cervical şi conţin fibre cerebro-spinale şi simpatice la cari se adaugă fibrele simpatice perivasculare ale arterei mamare interne şi externe, acromio-toracice şi intercostale.

Nervii intercostali înainte de a intra în muşchii intercostali pe un traect de 5 cm. sunt în contact cu pleura parietală, în cât leziunile de pleurită cronică sau hiperplazică atacă nervii intercostali dând nevrite locale, şi de aci atrofia glandei mamare de origină trofică. Deci nevrita nervilor intercostali în urma iritaţiei pleurogenă este responsabilă de atrofia omolaterală a glandei mamare în cursul pneumotoraxului terapeutic.

M. C.

Le Prof. H. SURMONT, D-rs JEAN SURMONT et JEAN TIPREZ: **Anatomie stéréoradiographique des colons. — Anatomia stereoradiografică a colonurilor.** — l'Echo méd. du Nord No. 45, 1931, pag. 529.

Cu ajutorul stereoradiagrafiei studiază anatomia colonului drept, colonului transvers şi a colonului stâng, fac vre-o 200 stereoradiografii ce le comunică la Congresul Internaţional de radiologie.

Arată avantagiile stereoradiografiei asupra laporatomiei chirurgicale când rapoartele dintre organe se schimbă graţie deschiderei abdomenului, colonul se deplasează după starea sa de plenitu-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dine, de distensiune, atonie sau hipertonie, iar grație anesteziei generale se produce contracțiuni ale canalului alimentar. Se poate citi ușor cu ajutorul stereoradiografiei și obține date precise dintr'o singură ședință; radioplanele cer nenumărate clișee. Bolnavii vor fi așezați în decubit dorsal spre a obține o stereoradiografie. Autorii după ce au fixat 2 cadavre în formol, au făcut mulaje și contra-mulaje ale organelor din cavitate abdominală înainte și după extirparea organelor digestive subdiafragmatice și găsesc 2 șanțuri neregulate în locul colonului separate printr'o ridicătură centrală mare, rachisul lombar. Șanțul abdominal drept e de 3 ori mai mare ca cel stâng, e ocupat de rinichiul drept, șanțul stâng e ocupat numai în poziția supero-internă de rinichiul stâng, e profund în partea inferioară supra-iliacă. Cu ajutorul stereoradiografiei putem ceti sinuozitățile colonului transvers când are o formă complicată, confirmă variațiile de formă, de situație a colonului ascendent. Găsesc o cudură în formă de potcoavă a colonului în regiunea sub-hepatică, și unghiul colonului stâng în formă de u răsturnat.

Colonul descendent urmează peretele abdominal posterior, arcul de curbură lombară, merge dindărăt înainte pentru a se termina la creasta iliacă. Sinuozități pronunțate se găsesc pe colonul descendent. Creasta iliacă stângă interpusă între partea inferioară orizontală a fosei lombare și partea superioară verticală a fosei iliace formează o scară, cu anomalii frequente.

La nivelul colonului ileo-pelvian găsește un mezo lung în 68% cazuri. La nivelul acestei regiuni găsim cele mai multe anomalii. Cu ajutorul stereoradiografiei putem ușor clasa ansele orizontale și verticale.

R. H.

Dr. CARLE ROEDERER: **Syndrome douloureux de la cinquième vertèbre lombaire chez les jeunes filles.** — (Paris med. No. 43/1931, pag. 354).

Autorul a observat foarte des un sindrom dureros neînsoțit de contractură, la nivelul celei de a cincea vertebră lombară, sindrom ce'l au fetele tinere între 14—25 ani. Durerile sunt fixe, constante ,dispar un timp, ca să reapară apoi iarăși, nu sunt calmate îndată ce se culcă. Palpația ne arată un punct dureros fix la nivelul celei de a cincea vertebră lombară sau a primei vertebre sacrale. Une-ori găsim o placă de hiperestezie cutanată la nivelul regiunei dureroase. Reflexele normale, nu găsim turburări de sensibilitate. Coloana vertebrală este mobilă. Evoluția boalei e capricioasă, în general durerile dispar după 12—18 luni. Acest syndrom se aseamănă cu spina bifidă ocultă a celei de a 5 vertebră lombară, syndrom descris de Roederer și Lagrot. Radiographia este negativă în acest syndrom dureros. Autorul exclude în patogenia acestei afecțiuni spina bifidă ocultă, epifizitele apofizei spinoase și crede că ar fi datorit poate tracțiunilor ligamentelor din micul basin care în această vârstă se desvoltă și sufere o basculă anterioară.

Diagnosticul acestui sindrom este foarte delicat cu sacro-coxalgia, morbul Pott, reflexele cu punct de plecare intestinal sau din micul basin.

Ca terapeutică autorul recomandă: repaus, sedative generale și calmante locale. Ca prrognostic autorul nu a găsit niciodată morbul Pott sau o osteită sacrală ulterior acestui sindrom.

I. R.

DOTT SALVATOR REYES: **Contributo allo studio dello sindrome del Bartolotti. — Contribuție la studiul sindromului lui Bartolotti.** — Revista Sanitaria Siciliana No. 15, Palermo, 1 Aug. 1931.

Babeș-Bolyai Universitatea Cluj-Napoca

Sindromul dureros al lui Bartolotti, produs prin sacralizarea bi sau unilaterală, complectă sau incomplectă a celei de a V-a vertebre lombare, este caracterizat prin dureri variate, cel mai adesea dealungul sciaticului, dar câte odată şi de tip lombar şi în unele cazuri, mai rare, cu sediu neprecis, dar în raport cu fenomenele nevralgiei ischiatice sau lombo-ischiatice.

Autorul expune un caz studiat de D-sa, prin care crede, a confirma ceace alţi autori susţin şi anume că, mai mult decât sinostozele încă consolidate, sacralizarea incomplectă ar fi cauza apariţiei sindromului lui Bartolotti.

I. R.

DOTT. C. BENADDUCI: **Le aderenze pleuriche negli ammalati di tuberculosi pulmonare in cura di pneumotorace artificiale — Aderentele pleurale la bolnavii de tuberculoză pulmonară în cură de pneumotorace artificial.** — Sanatorium No. 4, Aprilie 1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul studiază aderenţele pleurei după sediul, lungimea, structura şi dimensiunea lor. Expune mecanismul formării lor. In timp ce bridele în formă de cordon se găsesc aproape întotdeauna în corespondenţă cu focarul pulmonar iniţial, aderenţele în formă de membrane nu au raport direct cu procesul bacilar pulmonar, dar mai degrabă cu producţia de exudate cari se formează în anumite condiţiuni.

Dr. Paulon

DOTT. L. ROCCAS: **Ulteriori osservazioni sulle modificazioni dell' attività diaframmatica consecutive alla frenico-exeresi. — Observaţiuni ulterioare asupra modificării activităţii diafragmatice după frenicectomie.** — Sanatorium No. 4, Apr. 1931.

Autorul raportează 16 cazuri de bolnavi, supuşi frenicectomiei şi constată că în 7 cazuri, hemidiafragma şi-a reluat mişcările normale. Acest lucru e datorat în mod sigur la o acţiune vicariantă exercitată de sistemul nervos autonom (plexul lui Pasini), de nervii intercostali şi de unele filamente ale plexului vago-celiac (plex solar).

Dr. Paulon

Prof. ASCOLI M.: **Sul' pneumotorace controlaterale primario. — Asupra pneumotoracelui contralateral primar.** — Sanatorium No. 4, Aprilie 1931.

Autorul studiază posibilităţile terapeutice ale pneumotoracelui contralateral primar. Expune 12 cazuri din propria experienţă discutând indicaţiunile şi limitele lui. Insistă asupra necesităţii de a fi extrem de prudenţi în aplicarea lui până ce noui experienţe ne vor da rezultate sigure de eficacitatea şi inocuitatea unei astfel de intervenţii în practică.

Dr. Paulon

C. van CAULAERT et P. S. PETREQUIN: **Etude physio-pathol. de l'hypochloruration apparaissant an cours de certaines nephrites. — Studiu fiziopatol. al hypoclorurației ce apare în cursul unor nefrite.** — Pr. méd. No. 50, pag. 934, 24 Iulie 1931.

Autorii experimentează întâi pe câini efectele anuriei excretorii sau secretorii şi constată că paralel cu azotemia care progresează se observă o chloremie şi o rezervă alcalină în creştere. Clorurul şi sodiul din organe şi humori (L. C. R.), din contră creşte sau rămâne staţionar.

După câteva zile (3 zile) dacă animalul supravieţueşte, clorul şi sodiul din humori şi organe scade, hypochloremia se accentuiază, aotemia creşte şi încep să apară vomismente şi diaree.

Transferând observaţiile şi cercetările la cazuri clinice — obstruarea carcinomatoasă sau legătura operatorie a ureterelor nefrite acute sau cronice — autorii observă exact aceleaşi fenomene

Conchid de aci că orice oprire

bruscă a secreţiunei renale se însoţeşte de o hypochloremie cu cloropexie la început şi urmată apoi de o hypochloruraţie, care nu constitue o complicaţie ci din contră fac parte integrantă din sindromul anuric sau oliguric. Consecinţele terapeutice ale acestei observaţii sunt foarte mari.

Dr. Herman

RAZEMON, VANDERDORP et G. DELABY: **Les pancréas accessoires gastriques et duodénaux, étude clinique.** — L'Echo Médical du Nord No. 36/1931.

Pancreasele accessorii sunt frequente; Letulle le-a găsit în 3% din autopsii, dar Gosset a spus în 1923, că cele cu istorie clinică nu sunt frequente. Până azi observaţiile acestea culese de autori, se ridică la 30.

Pancreasele aberante pot rămâne latente toată viaţa, trebue să intervină o cauză ca să le facă simţite şi aceste cauze pot fi: inflamaţie sau necrosă, degenerescenţa neoplasică, ulceraţia, desvoltarea glandei în momentul pubertaţii, augmentaţia de volum în timpul secreţiei.

In general unic, un pancreras aberant fiind situat pe sau în grosimea peretelui anterior sau posterior al pilorului spre versantul gastric sau duodenal, pe faţa anterioară sau posterioară a stomacului, niciodată însă la o distanţă mai mare de 4—5 ctm. de pilor şi nu mai mare decât o nucă, poate determina contracţiuni musculare intense destinate să-l expulseze (uneori starea hipertrofică a pilorului la un sugar cu vărsături incoercibile a decelat un pancreas aberant).

Ca semne clinice un pancreas accesoriu îmbracă o simptomatologie de vecinătate, de împrumut şi prin durerile, vărsăturile, atingerea stării generale, semnele fizice şi cele radiologice de stenosă pilorică, de encoche spasmodice sau imagini lacunare să îmbrace a) forma clinică a unor turburări disgestive fără stenosă b) să simuleze un ulcer gastric cu sau fără semne de stenosă pilorică c) să simuleze un cancer al pilorului d) sau un ulcer duodeno-piloric.

Diagnosticul se face numai la operaţie când s-a făcut operaţia pentru una din boalele simulate; dar chiar asupra operaţiei se poate ca mica tumoră situată în preajma pilorului să nu fie recunoscută şi să determine o excisie mai mare sau îndreptată în direcţia sa a peretelui gastric pentru a o atinge, pe cât timp dacă i s-ar vedea canalul excretor, cea ce nu este uşor, dar ar distinge-o uşor de o tumoră simplă a stomacului, ar necesita o simplă excisie a tumorei aberante.

Greşala de evitat este ca necunoscând tumoreta să se facă o gastroenterostomie simplă sau excisia pancreasului accesoriu.

M. C.

Biblioteca Universitatea Central University Library Cluj

I. FREUNDLICH: **Injecţiuni intraperitoneale cu salyrgan la cardiaci.** — Wien. Klin. Wschr. Nr. 45/1931.

F. a tratat două cardiace cu decompensaţie avansată, venind la tratament într'o stare dezolată, aproape muribundă, şi a căror edeme nu s'au putut ameliora fie prin injecţii intravenoase sau intramusculare cu Salyrgan, însă la cari injecţiile intraperitoneale cu Salyrgan au dat rezultate excelente. La începutul tratamentului s'a injectat 1 ccm. de Salyrgan nediluat. Din cauza durerilor locale s'a administrat mai târziu Salyrgan în soluţie de glucoză 5% în raport de 1 : 10. Aceste injecţiuni cu Salyrgan s'au suportat aproape fără dureri. O pacientă a făcut până astăzi 33 de injecţii şi primeşte acum odată pe săptămână o injecţie cu Salyrgan (dintr'o dată 3—4 ccm.) intraperitoneal, cu diureză până la 7 litri.

URISANINA.

Ce este Urisanina?

O sare de constituţiune definită, obţinută prin *combinaţia unei molecule de acid benzoic pur al benzoesului* cu *2 molecule de hexametilen-tetramina* (o formaldeidă) şi disolvate într'un excipient cu baza vegetală *(plante balsamice)* căruia i s'a încorporat *extractul de stigmate de porumb.*

Cum lucrează Urisanina?

Acedifiază urinele şi le limpezeşte:

a) printr'o dedublare iniţială se pune în libertate hexametilen-tetramina comună tuturor antisepticilor urinari, de acţiune necesară dar insuficientă;

b) printr'o descompunere a hexametilen-tetraminei în formaldeidă—graţie prezenţei acidului hippuric (acid benzoic de dedublare, glicocolul urinei), cea ce conferă Urisaninei o *acţiune bactericidă* incomparabilă şi în acelaş timp o *putere disolvantă* (a acidului uric etc.) din cele mai remarcabile.

Proprietăţi terapeutice.

Acţiunea de mai sus face din Urisanină un *Antiseptic urinar şi biliar* quasi specific, *balsamic, diuretic, un disolvant fosfatic, uric şi uratic eliminator* sigur şi rapid.

Indicaţiuni.

Toate *afecţiunile căilor urinare şi biliare.*

Boalele infecţioase (tifoida, scarlatina, gripa ca preventiv al infecţiunei vesicorenale).

Dosagiu.

O linguriţă de cafea conţine:

0.75 ctg. *Benzoat de hexametilen-tetramina*
0.25 ctg. *extract fluid de stigmate de porumb,* disolvate în 4 gr. *excipient vegetal balsamic.*

Mod de întrebuinţare:

Se ia *dizolvată în ⅓ pahar cu apă* naturală sau gazoasă.

Adulţi: 2—4 linguriţe de cafea pe zi.

Copii: cu jumătatea de linguriţă dupe vârstă.

LABORATOIRES LONGUET

34 RUE SEDAINE, PARIS (XI-è)

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE

REPR. GENERAL PENTRU ROMÂNIA **I. E. BUCUR**

STRADA MECET No. 8, BUCUREŞTI IV.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COLITICUL

VACCIN ANTICOLIBACILAR Dr. FISCH.

Ce este Coliticul?

Un vaccin nou antimicrobian şi antitoxic, preparat dupe o metodă nouă a D-rului Fisch, şef de laborator la fac. de medicină din Paris, care ţine seamă de cele mai noi descoperiri in materie de terapeutică anti-infecţioasă.

Coliticul represintă o armă, cea mai eficace până în prezent, pusă la îndemână medicului contra infecţiunilor colibacilare, afecţiuni datorate coli-bacilului, care din oaspete inofensiv al intestinului, în special al colonului, devine uneori virulent şi dă naştere la o serie de infecţiuni locale şi generale extrem de rebele la orice alt tratament.

Compositia.

Coliticul caşi toate celelalte vaccinuri tip Fisch cuprinde 2 principii fundamentale:

a) *o emulsie microbiană* preparată dupe procedeurile curente indicate întâia oară de Wright, în compositia căreia nu intră decât microbi morţi.

b) *un element lisant,* de natura celui descoperit de curând de către D'Herelle, obţinut dupe procedeul imaginat de D-rul Fisch şi care constă într'o serie de filtrări ale unor culturi microbiene vii.

Filtrarea elimină corpii microbieni, dar respectă produsele de excreţie şi secreţie microbiană, din care graţie unor procedee noi se obţine desvoltarea principiului lisant.

Proprietăţi terapeutice.

Prin emulsia sa microbiană Coliticul constitueşte un *mijloc de apărare antitoxică.*

Prin principiul său litic Coliticul constitue un *mijloc de apărare anti-microbiană.*

Ambele proprietăţi se exercită strict specific numai asupra corpurilor şi toxinelor colibacililor.

Prin substanţele albuminoase ale corpurilor microbiene coliticul determină şi *un choc coloidoclasic.*

Anticorpii aceştia specifici introduşi odată cu vaccinul sau pe cari îi desvoltă organismul sub influenţa vaccinului vor ataca şi vor neutralisa colibacilii şi otrăvurile produse de ei acolo unde îi vor întâlni: la nivelul însu-şi al intestinului, în calea sanguină invadată sau în organele atacate.

Indicaţiuni.

Coliticul este indicat în toate *afecţiunile de natură colibacilară* precum: enterite, dizenterii, apendicite; afecţiuni ale căilor biliare, angiocolite, colecistite, ictere infecţioase; septicemii colibacilare cu localisări pe endocard, pericard, vene, oase, articulaţii, pleurezii, broncho-pneumonii, meningite; pe tractusul genito-urinar (syndromul entero-renal al lui Heiz-Boyer fiind punctul de plecare) la bărbat sau femee.

Indicaţia este dictată şi condiţionată numai de natura colibacilară a afecţiunei în causă.

Forma şi mod de întrebuinţare

Coliticul se administrează a) pe *cale bucală,* sub formă de ampule de 3 ctmc. conţinând fie-care 3 miliarde de corpi microbieni omorâţi.

Conţinutul unei ampule: *se absoarbe dimineaţa pe nemâncate cu 20 minute înainte de dejun în puţină apă sau o porţiune nezaharată în fiecare zi timp de 10 zile.*

Repaos tot atâta timp şi se reia. Se verifică în prealabil integritatea ampulelor.

Pe această cale se va recurge de preferinţă, ea determinând şi o vacinaţie locală prin atacarea colibacililor în situ.

b) *pe cale subcutantă* sub forma de ampule de 1 ctmc. injectate zilnic.

Este calea de preferat în infecţiunile colibacilare septicemice.

c) Sub forma de *Filtrat,* care se întrebuinţează în aplicaţiuni locale, în locurile accesibile, sub formă de comprese îmbibate cu soluţie (metrită) sau prin injecţie directă în cavitatea infectată (vesică).

Doza de injectat este de aproape 10 ctm.

Filtratul se prezintă în ampule de 3 ctmc.; lichidul trebue să fie clar şi transparent.

LABORATOIRES LONGUET

34 RUE SEDAINE, PARIS (XI-è)

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE

REPR. GENERAL PENTRU ROMÂNIA **I. E. BUCUR**

STRADA MECET No. 8, BUCUREŞTI IV.

Bibliografie străină.

M. LOEPER et L. BORY: LE SOUFRE EN BIOLOGIE ET EN THÉRAPEUTIQUE. — 1 vol. de 335 pag. cu 39 fig. în text şi o planşe. Edit. G. Doinet Cnie, 1932 Paris. Preţ 65, fr.

Prof. Loeper şi colab. său L. Bory sunt autorii cei mai îndrituiţi prin îndelungatele lor studii anterioare, şi amândoi de o potrivă, a expune un plan al „*Casei sulfului*" în biologia umană şi vegetală şi a face studiul de ordin fisico-chimic, biologic şi terapeutic al acestui element, care împreună cu carbonul, hidrogenul, oxigenul, azotul ia parte la constituirea moleculei materiei vii şi participă la toate fenomenele vieţei.

La fie ce paragraf autorii fac operă de analisă şi de reconstruire sintetică a studiului acestui element, care înainte de a atrage atenţia savanţilor a impresionat puternic imaginaţia prin puterea sa quasi divină (de aci numele său mitologic în greceşte) şi prin punerea sa în slujba alchimiştilor şi vrăjitorilor de-a lungul veacurilor şi a artei teatrale în ultimul timp.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cartea se împarte în 5 părţi:

I. — SULFUL ÎN BIOLOGIE.

Cap. I. — Noţiuni fisico-chimice elementare (pag. 1—4): S este în acelaş timp comburant ca oxigenul şi combustibil ca hidrogenul şi se află în stare de instabilitate continuă.

Cap. II. — Noţiuni bio-chimice (pag. 5—83) tratează despre: Constituţiunea sulfurată a organismului, în care sulful se găseşte sub 2 forme: în combinaţie organică sau minerală, astfel în molecula albuminoidă sulful se află sub forma de cysteină, care se combină cu acizi aminaţi şi dă glutathionul constatat în primul rând în corticala suprarenală, în keratina pielei în păr, unghii; — prin lipoidele sulfurate ia parte la constituţia creerului; — sub forma de acizi glicotionici intră în constituţia tutulor glandelor active, a chondrinei cartilagiilor a sinoviei articulaţiilor, a ligamentelor şi suprafeţelor articulare; — sulf se află în toţi pigmenţii organismului, în primul rând în hemoglobină şi melanină; despre desasimilaţia şi excreţia sulfului (care se face prin taurina din bilă, prin urină, prin piele, prin salivă, prin plămâni, prin intestin); despre asimilaţia sulfului (a cărui origine principală trebue văzută în aportul alimentar mai ales vegetal; pătruns în organism sulful sufere probabil un „**ciclu**", care îl conduce la „**thiopexie**", adică la fixarea sulfului în ţesuturi; calea de transport la ţesuturi rămâne desigur sângele,

şi o stare de **„thiemie"** adică de bogăţie în S a sângelui se concepe uşor; cum gradul acesteia se menţine fix „un **mecanism regulator"** anumit intervine şi la el ia parte în primul rând 3 glande: suprarenalele, ficatul şi pancreasul, cari îl elaborează, reţin şi eliberează pe măsura necesităţilor organismului).

Cap. III. — Noţiuni de fisio-patologie (pag. 84—108): elementul regenerator, activ este reprezentat de S **organic exogen** (de aport alimentar) şi endogen (produs de funcţionarea celulelor); tot acest S utilisabil se dirige către marele centru industrial ficatul, cu prelungirea sa pancreasul, mina sa intestinul şi filiera sa splina; aci are loc elaborarea principală şi între altele funcţia de thio-conjugaţie antitoxică, care apără organismul de produsele nocive sulfurate de desintegrare; magazinele principale de reservă sunt suprarenalele şi pielea; muşchii şi inima cu ajutorul sulfului utilizează glicogenul pentru contracţia lor; pielea încă foloseşte sulful pentru a se apăra de radiaţiunile solare şi uneori prin desquamaţia sa constitue calea de expulsare a produselor funcţiei de sulfo-conjugaţie antitoxică; S tiemic măsoară sulful circulant...

II. — SULFUL IN TERAPEUTICĂ.

Cap. I. — Sulful element (pag. 111—159): forme utilisabile (sublimat, precipitat, octoedric, coloidal, disolvat); toxicitatea (sulful coloidal e maniabil în limite întinse); efectele farmaco-dinamice depind de calea de introducere (enterală, parenterală, percutanată, respiratorie), de modul de acţiune (efect desicant, hemostatic, antiparasitar, reductor, keratoplastic, keratolitic, secretor); de aci indicaţiuni generale şi particulare pentru o terapeutică externă şi o terap. internă prin sulf; indicaţiuni pentru sulfurul, cum îi zicea Hahnemann până la un punct şi în felul homeopaţilor, cari îl utilizează dela a 6-a diluţie până la miime.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cap. II. — Sulfurii (pag. 160—181): hidrogenul sulfurat (toxic), sulfurii alcalini (polisulfurul de potasiu), alţi sulfuri metalici, compuşi organici ai sulfului (printre cari glutationul, cysteina, thiosinamina, esenţa de muştar, esenţa de usturoiu, sucul de ceapă, thiogenolul, oleul de Haarlem, ichtyolul.

Sunt indicate cu precizie modul de acţiune şi aplicaţiile în clinică al tuturor acestor medicamente.

Cap. III. — Sulfiţii (pag. 182—189): printre cari hiposulfitul de sodiu sau de magneziu, hiposulfitul de aur şi de sodiu (sanochrysina), sulfarsenolul.

Cap. IV. — Apele sulfurate (pag. 190—246), în care se arată compoziţia şi propr. generale, modul de acţiune şi clasificaţia, indicaţia precisă şi prezentarea tuturor staţiunilor sulfuroase din Franţa, în primul rând Cauterets, Luchon, Labassere, Eaux-Bonnes, Enghien, Aix-les-Bains; etc.

III. — SULFUL IN BIOLOGIA VEGETALĂ.

Metabolismul sulfului în pământ şi ape, rolul bacteriilor sulfhidrogene şi sulfoxidante, rolul fertilisant al sulfului, întrebuinţarea sulfului în terapeutica vegetală ca stimulent fisiologic, parasiticid şi fungicid sunt redate dela pag. 249—268.

IV. — INDICAŢIILE TERAPEUTICE CU SULF.

Indicaţiile primordiale (pag. 271—287), se pun în afecţiunile articulare, respiratorii, dermatoze şi sifilis.

Indicaţiile secundare (pag. 287-288) îşi au loc în boalele de nutriţie infecţiunile generale şi intoxicaţiuni, în chirurgie, ginecologie, căile urinare.

Indicaţiuni în medicina homeopatică se pun în afecţiunile cronice, lipsa de reacţiune, inflamaţie sinovială, congestie locală, etc.

Indicaţiuni speciale în medicina veterinară ca desinfectant şi antiparasitar (sulfuraţia gazoasă).

V. — FORMULAR ŞI INDICE TECHNICE.

In ultima parte (pag. 305—335), autorii dau formula de preparate cu sulf sub diferite forme şi diferite întrebuinţări, precum expun metodele cele mai precise pentru dozarea sulfului în organele şi tumorile organismului.

Toate aceste puncte atinse de noi în treacăt sunt desvoltate cu toată amploarea şi dau celui, ce le ceteşte, un orizont întins de orientare în biologie.

Ca contribuţie românească la studiul sulfului găsim constatările lui *Levaditi*, care a arătat activaţia extraordinară a proprietăţilor curative ale bismutului în sifilis sub influenţa ţesuturilor bogate în sulf (glutationul).

Dr. Cânciulescu.

Edmond PAPIN: DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RENALE. — Din colecţia „La pratique médicale illustrée". Un vol. de 80 pag. cu 4 planşe. Libr. Doin, Paris, 1932. — Preţ 22 fr.

In această monografie autorul, chirurg şi urolog, bazându-se pe mai multe sute de cazuri personale şi la curent cu toată bibliografia asupra subiectului face **studiul clinic al tuberculozei renale**, prezentând analitic toate simptomele şi sintetic varietăţile nesfârşite ale formelor clinice (în afară de cea tipică comună dela adult, varietăţile dupe predominenţa unui simptom, după evoluţie, după asociaţie, după topografie, după vârste, după sex).

In capitole respective se face studiul întregului aparat urinar, al exploraţiilor endoscopice, al cateterismului ureteral, se prezintă examenul urinelor, şi procedeele de laborator, radiografia şi pyelo-grafia intra-venoasă.

Urologul va găsi aci tot ce priveşte specialitatea sa, iar medicul practician toate cunoştinţele necesare pentru ajungerea la un diagnostic precis şi precoce.

Ca *contribuţie românească* găsim menţionată lucrarea lui *Constantinescu* din 1912 asupra „Tuberculozei renale cu incontinenţă de urină", precum şi cercetările de control ale D-rului *Moscu*, care a găsit leucocitele polinucleare cu aspect crenelat, semnalate de Colombino ca patognomonice de urine tuberculoase, şi în supuraţii urinare netuberculoase.

Dr. M. C.

I. RIEUX: PALUDISME ET PSEUDO-PALUDISME — Monographie de 44 pag. din colecţia „La pratique médicale illustrée" Edit. Doin, Paris, 1932.

Autorul, fost profesor la Val-de-Grâce, se ridică contra noţiunei de paludism cronic, pe care nu-l consideră decât ca paludism prelungit prin reinfecţiuni repetate la cei cari nu părăsesc o regiune impaludată; el socoteşte că paludismul se vindecă spontan între 12—18 luni prin dispariţia hematozoarului din organism în urma unei premuniţiuni (imunisări) spontane a organismului.

Această imunitate prin producţia de anticorpi schizontolitici

o dovedeşte prezenţa la început şi dispariţia în urmă a reacţiei de serofloculaţie palustră sau malaria-floculaţia lui Henry, adevărată reacţie de fixare aplicată la paludism.

Paludismul primar sau de invazie ţine până la 14 zile, dupe acea vine faza secundară sau de rechute, când formele sexuale — gameţii se superpun schizonţilor şi accesele se sistematizează; bolnavul convenabil tratat şi sustras unei noi infecţiuni se vindecă în 1—1 an şi jumătate.

Dacă un atare bolnav continuă a avea accese febrile de tip intermitent trebue a vedea în aceste accese simple „reliquate" viscerale evoluând pe cont propriu (pseudo-paludism visceral), cari pot avea o legătură de origină iar nu de natură cu paludismul primar; sau o coincidenţă a unei afecţiuni de natură infecţioasă cu accese febrile (pseudo-paludism infecţios).

In ambele aceste cazuri paludismul este infirmat de constatarea lipsei hematozoarului din sânge.

Dr. M. C.

Ch. FIESSINGHER: LES PROGNOSTICS DU PRATICIEN EN CLIENTÈLE

Din Biblioteca practicienilor "Comment Guérir„' volum de 364 pag, adoua ediţie corijată şi complectată, edit. Maloine, Paris. 1929.

In *Prefaţă* autorul arată că stabilirea unui prognostic se bazează pe un total de simptome, pe o privire generală asupra evoluţiei boalei, pe cunoaşterea adâncă a bolnavului, pe un proces mintal de sinteză — iar nu pe multiplicitatea examenelor (în special a celor de laborator) sau pe căutarea unui semn patognomonic din cărţi.

In **Tratare** se trec în revistă, prin capitole aparte, indicaţiile cari se pot trage din examenele de laborator sau din marile simptome; în urmă la afecţiunile diferitelor sisteme sau grup de boale se expun noţiunile caracteristice, cari ajută la stabilirea unui diagnostic precis, căci numai un diagnostic precis prealabil poate permite enunţarea unui prognostic precis sau măcar de aproximaţie.

Sunt şi boale fără prognostic, 'el fiind prea favorabil şi vindecarea naturală făcându-se dela sine, precum fiind şi atât de grav, încât simpla enunţare a diagnosticului pune indicaţia fatală a prognosticului.

Reuşita terapeutică sau prognosticul în boale favorabile sau grave nu depinde numai de natura şi evoluţia boalei, ci şi de calităţile, autoritatea şi valoarea medicului.

Cartea aceasta cu vedere largă asupra întregei medicine, scrisă de un medic cu autoritatea consacrată a autorului de faţă, foloseşte tuturor medicilor, ea constituind un fel de breviar condensat de noţiuni clasice; dar foloseşte în primul rând practicienilor cu întinse cunoştinţe teoretice, la curent cu progresele medicinei, cu putere de observare şi simţ clinic exercitat şi desvoltat prin necontenit contact cu bolnavii.

Prognosticul nu se învaţă din cărţi; el se pune la patul bolnavului; şi după cum medicul stabileşte prognosticul bolnavului său, tot astfel pentru bolnav sau cei ce-l înconjoară îşi stabileşte prin el prognosticul propriei sale valori.

Dr. M. C.

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Dr. G. BANU: L'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE — Un prim volum de 717 pag. cu numeroase figuri, curbe grafice, tabele statistice, diagrame în text; făcând parte din publicaţiile Asoc. Intern. pentru Protecţia Copilăriei din Bruxelles; apărută în edit. Masson, Paris, 1931.

In *Prefaţa*, ce-i scrie, Prof. Marfan spune că planul lucrării este raţional şi vast; că autorul consultând toate literaturile străine a extras esenţialul şi posedă o cunoştinţă complectă a materiilor tratate; că D-rul Banu ca toţi adevăraţii higienişti a început prin a fi medic şi biolog, împrumutând dela aceştia facultatea de observaţie lipsită de idei preconcepute şi lăsându-se condus numai de principiile, pe cari o lungă experienţă le-a stabilit ca adevărate.

Un mai frumos şi mai calificat elogiu pentru valoarea unei lucrări ştiinţifice nu se poate.

In *Introducere* autorul spune că lucrarea sa reprezintă un studiu sintetic, primul de acest fel în literatura medicală, al copilăriei urmărite din epoca preconcepţională a copilului şi până la adolescenţă; şi că fiind dat interesul social, care se leagă de viitorul copilului, toate datele biologice ce-l privesc vor fi prezentate în legătură cu factorii sociali, cari îl influenţează.

Această *sinteză*, prin care se prezintă *biologia copilului în cadrul social*, în care el se desvoltă — vedere de „ensamble" în care copil, părinţi şi societate merg tot timpul împreună într'o interdependenţă reciprocă — reprezintă o *concepţie cu totul originală*, căreia autorul a înţeles această *tratare vastă*, din care voi semnala în particular *noţiunile referitoare la ţara noastră:*

I-a parte. — **Eugenia şi Hereditatea** cuprinde tot ce se referă la problema profilaxiei eugenice caşi la acea a determinismului hereditar.

Ca date referitoare la ţara noastră semnalăm în unele comune din Transilvania examenul serologic practicat în masă a decelat sifilisul în 25%, a populaţiei, media de 10% fiind curentă (Dr. Stanca); într'un centru de pelagroşi — satul Burueneşti — cu 1500 locuitori din 132 bolnavi de

pelagră au murit 32, deci aproape 30% mortalitate în pelagră (Dr. Combiescu); în jud. Ilfov din 16875 paludeeni 7000 sunt copii sub 15 ani (Dr. Banu); pe 9000 vaccinaţi cu B. C. G. nu s-au înregistrat decât 2 morţi prin tuberculoză în familiile bacilarilor (Prof. Cantacuzino şi Ionescu-Mihăeşti, Academia de medicină din Paris, 1928).

II-a parte. — **Higiena maternităţii** studiază factorii cu influenţă nocivă asupra sarcinei, mortalitatea maternelă, profilaxia, asistenţa maternităţii cu modalităţile ei, organizaţia şi legislaţia asistenţii mamei şj copilului.

In România asistenţa natală (pre-intra şi post-natală) este exercitată foarte vag prin consultaţii la spitale, în Bucureşti prin 3 dispensarii proprii, prin maternităţile cu 832 paturi speciale şi 10% din paturile de medicină generală, prin activitatea temporară a unor dispensarii ambulatorii, prin câte-va societăţi particulare cu activitate redusă, locală şi depinzând în bună parte de subvenţiile modice acordate de stat (pag. 205—206).

Obligativitatea certificatului medical prenupţial la noi nu este încă impusă: un proect de lege a fost depus în 1927 în parlament, dar consiliul legislativ român s'a pronunţat contra lui; — şi numai un simplu ante-proect de lege redactat de către o comisie numită de M. S. P. pentru reglementarea luptei contra boalelor venerice prevede la art. 20 presentarea înaintea oficiului stării civile în caz de căsătorie a unui asemenea certificat.

Legislaţia contra avortării este asigurată de art. 246 din codul penal şi prevede aceleaşi măsuri represive ca şi codul francez (pag. 221—222).

Căutarea paternităţii, era impusă în 1819 sub prinţul Kalimach de o lege eare obliga pe bărbat şi femeie de a întreţine copilul, al cărui tată sau mamă se făcea dovada că sunt; dar în 1864, codul civil român a suprimat căutarea paternităţii (pag. 224).

In ceace priveşte protecţia mamei în timpul sarcinei şi după naştere, o lege specială se ocupă numai de femeile cari fac parte din Asigurările Sociale: se interzice lucrul de noapte fetelor şi femeilor de orice vârstă; se acordă ajutoare şi concedii înainte şi după naştere, cari se prelungesc dacă femeia dovedeşte că îşi alăptează singură copilul, etc. (pag. 231—233).

Partea III-a. — **Higiena copiilor din prima vârstă** cuprinde tot ce se referă la fisiologia şi patologia sugarului, la alăptarea şi îngrijirea lui, la higiena lui, dându-se un adevărat **tratat de puericultură** cu toate noţiunile puse la punct şi cu cunoştinţele de ultima oră.

Temeinica pregătire ştiinţifică de specialitate a autorului acestui tratat se evidenţiază prin citate din propriile sale lucrări anterioare făcute personal şi în colaborare în clinicile şi laboratoriile din străinătate şi din ţară, precum: cercetările fisiologice făcute asupra desv. neuro-musculare la om şi animale (teză a fac. de ştiinţe din Paris, 1922); asupra cronaxiei la noul născut, asupra chimismului gastric la noi-născuţi şi sugari, asupra leucocitozei digestive la sugarul normal, asupra miopatiei rachitice, etc.

Semnalăm în această parte noutatea şi utilitatea gimnasticei la sugar, ale cărei principii fundamentale şi scheme dupe Detlef Neumann—Neurode sunt redate cu claritate; — precum şi detalierea asistenţei copiilor îndepărtaţi de mamă în creşe, Soc. picăturilor de lapte, puponiere, centre de creştere, etc.

Mai reţinem că în România mortaltiatea copiilor alăptaţi la sân

este de 5%, iar a celor hrăniţi artificial atinge 45,9% (Dr. Banu — Mortalitatea copiilor în România, 1922 şi 1930).

Pe principiul asistenţei la domiciliu s'au încercat şi la noi, ţară cu populaţia predominent rurală, de către Soc. „Cercul menajerelor", în câteva regiuni şi cu rezultate f. satisfăcătoare dispensariile ambulante (ca în Franţa).

In ordinea organizării şi legislaţiei asistenţei copiilor în România, menţionăm:

ca instituţiuni de stat avem crearea serviciului Asistenţei sociale şi 1918; crearea în 1926 a Biuroului Protecţiunei Mamei şi Copilului pendinte de M-terul S. P.; toate municipalităţile sunt obligate a distribui lapte, alimente şi ajutoare în bani mamelor sărace; Cantine Maternele şi Creşe în centrele industriale, Dispensare oficiale pentru sugari printre cari Dispensarul model Româno-Britanic din Bucureşti; în Transilvania se primesc mame cu copii lor în Azile şi Colonii; tot în Transilvania mai ales se primesc copii despărţiţi de mame în azile şi colonii speciale (numărul copiilor îngrijiţi anual în acestea ridicându-se la 15000); sugarii bolnavi mai sunt îngrijiţi în 7 Spitale de copii, cei mai mulţi fiind primiţi însă în spitalele ordinare;

ca instituţiuni particulare avem Cercul Menajerelor, care a creiat dispensarii ambulante pentru copii dela ţară şi Soc. „Principele Mircea", care are în prezent 130 filiale de sugari în ţară, în care în 1925 au fost examinaţi 133.272 copii şi s'au efectuat la domiciliu de către infirmierele-visitatoare 200.000 visite (pag. 616—617).

Ca legislaţie specială menţionăm Legea organizatoare a M-terului S. P. (1926); Legea pentru studiul problemelor de higienă infantilă (1927); Legea pentru instrucţia personalului auxiliar (1927); Sedriile orfanale în Transilvania, instituţiuni cari exercită protecţia juridică, morală şi materială a minorilor şi orfanilor şi cari îngrijesc pensionarii declaraţi „copii asistaţi" întâi într'un Azil Central şi pe urmă îi distribue în colonii (635—637).

Partea IV-a, — **Statistica:** Se dau cifre asupra mişcării generale a populaţiei din diferite ţări, printre cari şi a noastră; din statistici constatăm că România ocupă primele locuri printre ţările cu natalitate ridicată (pentru 1000 locuitori între 40.1 în 1905—1909 şi 35.8 în 1927), cu naşteri ilegitime (10.8% în 1920), cu mortalitate ridicată (pentru 1000 locuitori între 25.9 în 1905—1909 şi 22.9 în 1927), şi cu excedent mijlociu (naşterile întrecând morţile cu 12—13 la mie).

Ca morti-natalitate în România dela 1904—1925, cea urbană variază între 5.5—4.4%, iar cea rurală între 1.7—1.6%; copii ilegitmii mor în proporţie aproape dublă (3.2% în 1924) decât cei legitimi (1.8%).

Ca mortalitate infantilă la noi: totalul mortalităţii până la 15 ani este de 31.5% din al copiilor născuţi vii şi ea depăşeşte jumătatea mortalităţii generale; iar din ea mortalitatea în primul an depăşeşte jumătatea întregei mortalităţi infantile (19.2% mor copii în primul an); — contrar de ce se întâmplă în alte ţări la noi mortalitatea infantilă rurală depăşeşte pe cea dela oraşe.

Din aceste statistici nu se pot desigur trage concluziuni ferme, şi însuşi autorul declară că aşteaptă noi date cu putere documentară, dar cifrele sunt destul de eloqente pentru o orientare generală.

Cartea aceasta atât de originală ca concepţie şi condusă după

BCU Cluj / Central University Library Cluj

o technică atât de riguroasă face onoare literaturei medicale moderne şi în primul rând celei româneşti.

De acea relevăm cu atât mai satisfăcuţi eroarea, ce face recensentul cărţii în „Archives de Médecine des Enfants" No. 5/1931, la pag. 322, când socoteşte pe autorul ei drept „un confrère belge, puériculteur émérite".

D-l Dr. G. Banu este român.

Volumele următoare, cari vor trata despre higiena copilăriei prescolare şi şcolare, vor trebui să dea această indicaţie, printr'o titulatură pe copertă adequată mai bine în viitor situaţiei universitare din prezent a autorului.

Dr. Cânciulescu.

Dr. Isidore HERSKOWTZ, Dr. Eugen HERSKOWITZ şi Dr. Francisc HERSKOWITZ: TRATAT PRACTIC DE RÖNTGENOLOGIE MEDICALA. Cluj 1932. pag. 237 în 8.

Autorii, dintre cari primul e medic primar radiolog la Cluj, iar ceilalţi doi medici radiologi practicieni la Bucureşti, au îmbogăţit literatura medicală română cu o operă incontestabil utilă şi necesară. Utilă, pentru că ea va fi în spre folosul oricărui cititor, fie el student sau medic, de a se introduce în studiu acestei specialităţi, care a devenit mâna dreaptă a oricărui medic modern, în aşezarea pe bază solidă a diagnosticului său, necesară, căci un asemenea uvraj lipseşte în literatura medicală românească, iar operile similare străine sunt foarte scumpe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Volumul e împărţit în două mari capitole. Primul capitol tratează exclusiv despre partea tehnică a Röntgenologiei. Aşa numesc autorii această specialitate, pentru a deosebi studiul razelor Röntgen de acel al celorlalte raze: ultraviolete, infrarouge, radium, etc. Aci ei introduc pe cititor în toate secretele acestei specialităţi, făcându-l să cunoască şi să înveţe a manipula întreg appareiajul unui laborator de röntgenologie, precum şi măsurile de apărare ce trebuesc luate atât în favoarea radiologului, cât şi în a pacientului.

După aceste 82 de pagini de tehnică röntgenologică vine partea a doua, cea clinică. Aci autorii expun, în afară de noţiunile devenite clasice în această specialitate, rezultatele practicei lor proprii, căpătate în examinarea röntgenologică a celor 3000 de bolnavi ai lor. Sunt trecute pe rând toate organele, toate sistemele şi toate aparatele corpului omenesc, arătându-se de către autori cum se prezintă ele la radioscopie şi la radiografie în stare naturală şi normală precum şi în diversele stări patologice.

Interpretarea röntgenografiilor, partea cea mai de seamă a unei röntgenografii, este tratată în fiecare capitol în parte, cu multă atenţie şi cu multă pricepere.

La sfârşitul părţii clinice a tratatului de röntgenologie, se află un capitol consacrat în întregime röntgenoterapiei, în care indicaţiunile şi modul de aplicare atât a terapiei profunde, cât şi a celei semi profunde şi superficiale, sunt tratate cu toate detaliile puse la zi.

Carte se termină cu un capitol destul de important pentru medici, caşi pentru pacienţi; leziuni röntgeniene, cu descrierea lor, cu indicarea mijloacelor de a le preveni şi de a le vindeca.

Cartea este presărată cu un mare număr de scheme, ilus-

traţiuni, figuri şi mai ales reproduceri de radiografii, care fac ca citirea textului pe care îl însoţesc să fie foarte plăcut şi instructiv.

Este de menţionat deasemenea excelenta îngrijire pe care editura „Revista Medicală-Orvosi Szemle", Cluj, a dat-o acestei cărţi, care se prezintă întocmai ca tratatele similare editate în ţările din occident cu o cultură vastă şi o civilizaţie veche.

Doctor Lazăr Mayersohn.

Medic Col. Dr. G. PĂRVULESCU: LESIUNILE TRAUMATICE RECENTE ALE VASELOR ŞI TRATAMENTUL LOR. — Libr. „Cultura Românească", Iaşi 1931.

Intr'o lucrare de 85 pag., representând un memoriu pentru docenţa în medicină operatorie, autorul şef al spit. militar al corp. 4 Armată din Iaşi, bazat pe o amplă documentare ca şi pe o practică chirurgicală personală întinsă din timp de răsboiu şi pace pune la punct chestiunea plăgilor vasculare şi a tratamentului lor, ajungând la următoarele *concluziuni:*

1) Tratamentul leziunilor traumatice recente ale vaselor sanguine are un caracter de extremă urgenţă.

2) Orice leziune traumatică vasculară, indiferent dacă e însoţită sau nu de hemoragie, pretinde o intervenţie chirurgicală imediată de îndată ce ea a a fost diagnosticată sau avem numai presupuneri asupra existenţei sale.

3) Tratamentul variază în raport cu felul leziunei, categoria vasului atins, timpul scurs dela rănire, starea generală a bolnavului, hemostaza provizorie instituită şi condiţiunile technice în cari se face intervenţia chirurgicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) Ligatura este tratamentul de elecţiune al plăgilor vasculare; ea beneficiază mult dacă se va rezeca segmentul vascular intermediar dintre ligaturi şi dacă se va lega concomitent vena satelită.

5) Sutura arterială este un tratament excepţional aplicabil în chirurgia de răsboi, şi destul de deficil realizabilă din pt. d. v. technic în timp de pace. Ea este obligatorie pentru unele artere. Venele vor fi cu totul excepţional suturate.

6) Grefele vasculare nu se pot aplica în chirurgia de urgenţă a leziunilor traumatice recente ale vaselor.

7) Pentru contuziunile vasculare se va face rezecţiunea între 2 ligaturi a segmentului obliterat.

Embolectomia după arteriotomie nu dă rezultate.

8) Tratamentul leziunilor peri vasculare se va conduce după principiile chirurgiei moderne a plăgilor.

9) O asepsie riguroasă este factorul cel mai important care asigură reuşita oricărei metode de tratament în materie de chirurgie vasculară.

Această valoroasă lucrare va fi cetită cu folos de chirurgi.

Dr. M. C.

Dr. YGREC: MEDICUL NOSTRU — Dicţionar enciclopedic medical. 1 vol. de 594 pag. cu 216 fig. în text. Editura „Adevărul" Bucureşti, 1931. — Preţ 150 lei.

O minunată lucrare de vulgarizare a cunoştinţelor medicale acest *Dicţionar enciclopedic medical,* care mai vine la timp.

Modest şi serios ca tot medicul şi la curent cu toate cunoştiinţele

de ordin medical practic, peste cari structura lui permite tutulor a da cu uşurinţă, *Medicul nostru* realizează într'un mod fericit scopul propus de autor, anume acela de a pune la îndemână publicului o carte de explicaţie sumară a termenilor şi noţiunilor medicale şi dătătoare de sfaturi preţioase în lipsa medicului.

Titlul atât de fericit ales şi preţul ei convenabil, pe lângă conţinutul variat şi de folosinţă practică imediată îi vor asigura un succes desăvârşit.

De altfel numele autorului pus în cap şi personalitatea d-lui Dr. Ygrec, care nu are nevoe a mai fi prezentat publicului românesc, sunt chezăşie suficientă pentru valoarea operei, la care a contribuit deopotrivă omul de ştiinţă şi de artă.

Cultura întinsă şi cunoaşterea adâncă a relelor sociale, pe cari autorul le-a studiat cu predilecţie în calitate de director al Statisticei din M-terul S. P., şi le-a prezentat în atâtea alte lucrări anterioare, îi permit o diversitate de subiecte şi asigură o întindere de orizont, care interesează chiar pe orice intelectual şi foloseşte însu-şi medicului.

Stilul atrage prin concisia şi prin claritatea lui, iar numeroasele figuri, circa 216, adaose în text, fixează înţelesul explicativ al celor peste 800 noţiuni medicale ale dicţionarului alfabetic.

Recensia amănunţită şi elogioasă, ce i-a făcut D-l Dr. Preda, directorul Spit. de boale mintale din Sibiu, ne scuteşte de a intra în detalii.

Voi sublinia numai *caracterul medical eminamente românesc*, ce îmbracă, atât în privinţa vulgarisării şi unificării termenilor medicali româneşti cât şi a cuprinsului materiei tratate, în care se prezintă multe cunoştinţe şi noţiuni medicale româneşti, remedii populare, lucrări, instituţiuni şi personalităţi medicale româneşti proeminente etc.

Imi permit numai a remarca, în credinţa că se va atenua la apropiata ediţie, înfrângerea unităţii de stil şi tratare, ce i-au făcut acestei lucrări de o anumită factură, scop şi sens unii colaboratori, la cari autorul a recurs pentru agrementare, variaţie şi adaos de prestigiu.

S'a dat astfel unor termeni o tratare de către specialişti demesurată în comparaţie cu a altora de o significaţie poate tot aşa de mare.

Când va fi nevoe de cunoştinţe de specialitate „*Medicul nostru*" va şti să se desiste şi dând o lămurire sumară să trimită pe amator la specialist, el practicând medicina universală.

De această lacună, presupusă, dar care va folosi tutulor intelectualilor şi nu mai puţin chiar medicilor, se vor ocupa din oficiu la viitoarea ediţie însă-şi colaboratorii cari la scrierea articolelor lor nu puteau cunoaşte a priori factura generală a lucrării.

Opera aceasta capitală cu adevărat a „*Maestrului nostru în vulgarizarea cunoştiinţelor medicale*" va deveni unitară şi cu atât mai desăvârşită.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. — SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE

VIAŢA MEDICALĂ LA LUGOJ

Medicii Spitalului de aici, au luat o iniţiativă lăudabilă în anul trecut de a ţine şedinţe medicale, unde să expună şi să discute diferite chestiuni ştiinţifice şi observaţiuni făcute în practica medicală curentă. Am relatat în această revistă într'unul din trecutele numere de existenţa acestor reuniuni, dând şi titlurile chestiunilor mai principale discutate. Necesitatea şedinţelor medicale într'un orăşel cu 34 medici era vădită şi apare mai reliefată actualmente, judecând după interesul crescând pentru astfel de reuniuni, al tuturor colegilor şi prin participarea regulată la şedinţe caşi prin prezentarea sau discutarea diferitelor chestiuni în cauză. După o vacanţă de trei luni de zile, şedinţele au fost reluate pentru anul acesta (1931/1932) bilunar la început, săptămânal ca în trecut, acum în urmă. Voi căuta să referez câte puţin din chestiunile, care au interesat în ultimele şedinţe pe medicii de aici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'o şedinţă înainte de luarea vacanţei, Dr. Lichter, expune o *Metodă simplificată a R. Wassermann* utilizată în Serviciul de psihiatrie al Spitalului.

Cuplul hemolitic om-anti-om este realizat cu ajutorul hemolizinei de ser de oaie anti-om. Arată şi inconvenientele metodei simplificate din lipsa altor posibilităţi.

După vacanţă în *şedinţa din 2 Noembrie 1931*, D-rul Lichter face o expunere asupra *Stadiului actual al studiului constituţiei la om*, prezentând şi bolnavi întrunind caracterele constituţionale descrise.

Arată fundamentul just al teoriilor lui Kretschmer, caşi partea practică şi aplicabilă din diviziunile biotipologice ale lui Pende. Confruntă constituţiile somatice cu formula glandulară adecvată şi susţine un paralelism somato-psiho-endocrin. Din punct de vedere al medicului practician tratamentul are a se inspira dela noţiunile recente de constituţie fiindcă pe de o parte există o anumită frecvenţă de maladii în raport cu constituţia şi anumite tratamente convin mai bine unor indivizi decât altora, pe de altă parte se

poate prevedea că şi modificările constituţiei ar putea influenţa evoluţia unei maladii.

Un interes prognostic deasemenea se poate afirma din studiul constituţiei, cel puţin în ceea ce priveşte maladiile mintale şi anume schizofrenia şi psihoza maniaco-depresivă.

In *şedinţa din 18 Noembrie 1931*, D-rul Lichter prezintă un caz de *Paralizie generală la o heredo-sifilitică gravidă în luna 6-a.*

Soţ şi soţie heredosifilitici. Pare o paralizie generală juvenilă, bolnava are în prezent 26 ani, dar maladia posibil a fi fost latentă mulţi ani în urmă. Căsătorită cu opt ani în urmă, ar fi avut timpul şi pentru o paralizie progresivă obicinuită. Debutul propriu zis cu 6 luni în urmă printr'un ictus, maladia a evoluat rapid — se pare graţie gravidităţii. Actualmente demenţiere complectă cu disartrie vecină cu anartria. Intreruperea sarcinei poate fi discutată. Autorul crede că faţă de faza înaintată a sarcinei, faţă de faptul că adesea copilul sifilisului nervos e sănătos, în orice caz viabil şi tratabil ulterior (în cazul bolnavei există doi copii normali) sarcina nu trebuie întreruptă. In ce priveşte tratamentul paraliziei generale progresive în acest caz este contra-indicată malariaterapia, care ar putea fi fatală pentru mamă şi copil ci se va aplica numai tratamentul clasic: bismut şi neosalvarsan (prudent).

O altă chestiune la ordinea zilei a fost prezentată de D-rul Lither, *Intrebuinţările terapeutice actuale ale clorhidratului de acetilcolină cu deosebire în neurologie şi psihiatrie.*

Arată experimentările recente care au permis lui Villaret şi Besançon în 1926, să introducă în terapeutică acest agent medicamentos, face un istoric al tuturor experimentărilor pe animal şi clinice ale preparatului şi dă rezultatele sale bune în 10 cazuri diferite unde a întrebuinţat preparatul (apoplexie, ictus de p. g. p. migrenă, scotom).

In *şedinţa din 2 Decembrie 1931*, d-l Dr. Fulgeanu, prezintă o *Auto-observaţie asupra sechelelor post-tifo-exantematice.*

Descrie simptomele din timpul boalei, simptome caracteristice ale unui delir oniric febril cu halucinaţiuni liliputane, dedublare de personalitate, respectiv de conştiinţă, halucinaţiuni musculare cu senzaţia de sbor sau „votalizare", euforie, etc. După exantematic o polinevrită şi alte turburări senzitive. Turburări mai îndepărtate (actuale) crede a şti d-l F. ar fi unele turburări în vorbire, tremurături, astenie, irascibilitate. Aceste simptome care se găsesc şi în parkinsonism spune F. ar avea în cazul D-sale o patogenie analoagă.

Dr. Lichter dă unele lămuriri asupra simptomelor de delir febril şi e de părere că simptomele descrise de d-l F. ca simptome de parkinsonism, sunt de altă natură şi origine.

D-l Lichter prezintă un caz de *Schizofrenie cu sifilis terţiar*, discutând relaţiunile posibile şi incriminate până în prezent între cele două maladii.

D-l Lichter, prezintă un caz de *Nevralgie sciatică la un purtător de osteosarcom al osului ileac drept.*

La *şedinţa din 16 Decembrie 1931*, d-l Seracin, expune *Metoda în neurologie şi date actuale asupra paraliziei infantile.*

Face un rezumat al semeiologiei neurologice şi arată cum e necesar a examina din punct de vedere neurologic un copil atins de paralizie infantilă. In legătură cu aceasta, reaminteşte datele actuale asupra acestei boale.

D-na Lupea Seracin, relatează *Observaţiile a 16 cazuri de paralizie infantilă* tratate în Serviciul D-rului Andrei, prezentând şi o copilă de trei ani atinsă de această maladie.

Trecând în revistă tratamentul laudă bunele rezultate ale serului antipoliomielitic Cantacuzino, pe cale intra-rahidiană.

In *şedinţa din 13 Ianuarie 1932*, d-l Dr. Munteanu tratează despre *Manifestaţiuni oculare şi intoxicaţiuni.*

Se ocupă de intoxicaţiile alimentare: botulism, alcool şi tutun; intoxicaţiile medicamentoase: arsen, mercur, iod, secara cornută; anestezice, acid fenic, fosfor, digitalină, santonină, acid picric; intoxicaţiile profesionale: plumb, anilină, naftalină, azotatul de argint şi autointoxicaţiuni, diabet, gută şi reumatism. Trece în revistă principalele manifestaţiuni ce se observă în aceste intoxiçaţiuni, ilustrează cu cazuri personale şi din literatură cele a căror apariţie este mai frecvent observată, insistând în special asupra ambliopiei toxice, observată în alcoolism şi intoxicaţia nicotinică, asupra atrofiilor optice provocate şi favorizate de sărurile arsenicale şi mercurice, asupra amaurozei chininice şi asupra numeroaselor manifestaţiuni oculare survenite în diabet. In concluzie aminteşte importanţa stabilirei etiologiei acestor manifestaţiuni în vederea succesului terapeuticei aplicate.

In aceeaş şedinţă D-rul Lichter face o *„Cronică medicală de actualitate"*, pe care îşi propune să o continuie în şedinţele viitoare.

www.cimr.ro / www.medicalhistory.ro

D-rul Lichter prezintă *Două cazuri de epilepsie presupusă traumatică respectiv jaksoniană.*

Aceste cazuri care au fost operate prin trepanaţie cu mulţi ani în urmă, un caz acum 12 ani în Lugoj, altul acum 8 ani în Chicago (America) şi arată rezultatele îndepărtate ale acestor operaţiuni, punând în discuţie oportunitatea intervenţiilor chirurgicale în epilepsie.

Vom căuta să arătăm în coloanele acestei reviste activitatea medicilor lugojeni, care au înţeles atât de bine rostul acestor întruniri ştiinţifice, menţinerea gustului de citit, a spiritului de observaţie şi în genere a nivelului intelectual, dacă nu şi urcarea lui, obţinut după ani de sârguinţă pe băncile facultăţei şi în clinicele ei.

Dr. Lichter.

* * *

Viaţa medicală la Oradea.

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE

Şedinţa dela 7 Noemvrie 1931.

Dr. GLAVAN ION: *Kerato-irită şi abces cornean, după sinuzită maxilară.*

Leziunile ochiului şi anexelor sale, consecutive sinuzitelor, sunt destul de frequente, datorită unei vecinătăţi prea apropiată a ochiului de sinusurile feţei. Dintre toate sinuzitele etmoidale şi frontale sunt cele cari dau

2 la 6
guriţe
cafea
pe zi

DIATHESA URICĂ

A SE SPECIFICA BINE NUMELE MIDY

PIPÉRAZINE MIDY

adesea
imitată
niciodată
egalată

Literatură şi Eşantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR – 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROVEINASE

VARICE
FLEBITE
Turburări ale
PUBERTĂŢII şi ale
MENOPAUZEI

MIDY

Pudre de organe titrate
(Hypofisă, Thyroidă, Surenală)
Extracte uscate de plante stabilisate (Gânet,
Cupressus, Castane de India, Hamamelis)

MARELE REGULATOR AL CIRCULAŢIEI VENOASE
2 la 6 comprimate pe zi. – 4, Rue du colonel-Moll – PARIS

Literatură şi Eşantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR – 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

complicaţii oculare mai frequente, în al doilea rând urmând sinuzitele maxilare.

Complicaţii oculare cele mai frequente sunt iritele, iridociclitele şi coroiditele, keratitele şi mai ales abcesele corneei sunt mai rare.

Bolnavul despre care este vorba este de 23 ani şi a intrat în serviciul oculistic al Spitalului din Oradea la 12 Oct. 1931, pentru dureri mari oculare şi diminuarea considerabilă a vederei la ochiul drept. Boala dată de 10 zile. La examenul obiectiv se constată: pleoapa superioară dreaptă edemaţiată şi ptozată. Conjunctiva palpebrală superioară intens injectată şi puţin edemaţiată. Conjunctiva bulbară congestionată şi ea puternic. Cornea cu luciul intact; pe faţa posterioară, în cadranul infero-temporal, prezintă o uşoară opalescenţă, cam de mărimea unui bob de meiu. Irisul decolorat, prezintă numeroase sinechii posterioare. In câmpul pupilar se văd mici depozite de pigment, pe cristaloida anterioară, care nu permit să facem examenul fundului de ochi decât cu multă greutate. Ochiul stâng este normal. Acuitatea vizuală, la O. D. percepţie luminoasă, la o. s. = 1. Tensiunea oculară este 22 m. m. la ambii ochi. Reacţia Wassermann este negativă în sânge. Examenul secreţiei uretrale şi conjunctivale nu poate pune în evidenţă gonococi. Examenul **rinologic** arată o secreţie sero-purulentă în ambele fose nazale. Examenul **radiologic** pune în evidenţă o sinuzită maxilară bilaterală acută.

Se începe tratamentul sinuzitei, făcându-se spălături în sinusuri şi aplicându-se un termofor. Concomitent cu acest tratament se face o injecţie cu lapte intramuschiulară, se instilează atropină în ochiu şi se aplică un termofor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 6 zile după intrare în serviciu cornea este opalescentă în tot cadrul infero-temporal şi se poate distinge o mică colecţie pe cornee, aproape de unghiul irido-cornean. Durerile oculare sunt mari, iar cefalea intensă.

La 23 Oct. 1931, cornea se perforează dinăuntru în afară, lăsând să se scurgă o cantitate mică de puroi şi producându-se şi o inclavare a irisului. Se face galvanocanterizarea prolapsului irian şi a ulcerului cornean, punându-se ochiul sub un pansament oclusiv.

La 1 Noembrie 1931, pleoapa superioară este complect ridicată, iar conjunctiva palpebrală foarte uşor congestionată. Ulcerul cornean foarte mic, iar fenomenele inflamatorii reduse foarte mult. Acuitatea visuală la od. = 1/10. Bolnavul simţindu-se mult ameliorat părăseşte Spitalul în starea de mai sus.

Dr. MUNTEANU LEONTE: *Laboratorul şi medicul practician (glicemia şi glicozuria).*

Ca urmare la cele expuse în şedinţa trecută, conferenţiarul precizează relaţiile ce se găsesc la sănătoşi şi bolnavi în privinţa cantităţii, culoarei şi densităţii urinei, cerând medicului practician executarea examenelor funcţionale ce se bazează pe aceşti 3 factori. Expune metabolismul hidraţilor de carbon în organismul normal şi neajunsurile care rezultă din arderea şi înmagazinarea defectuoasă a hidraţilor de cărbune. Precizează relaţia între hiperglicemie ca criteriu fundamental şi glicozurie ca criteriu secundar, în diabetul zaharat, arătându-se erorile constatate în practica locală, unde, prin neglijarea căutării criteriului hiperglicemiei, s'au tratat diabetici renali drept diabetici adevăraţi.

Dr. TANASESCU D.: *Reumatism atipic.*

Expune observaţia clinică a unui bolnav intrat în Spitalul militar din Oradea, pentru turburări gastro-intestinale dizenteriforme (25 de scaune în 24 ore) însoţite de febră mare (38—39°). I s'a administrat la început şi ser antidisenteric. Boala a evoluat ca o maladie reumatismală autentică; s'au prins pe rând articulaţiile — chiar şi temporo-maxilarele — iar la cord a prezentat fenomene nete de endocardită. S'a instituit tratamentul cu salicilat de sodiu glucosat, câte 10 cm. c. pe zi, salicilat de sodiu pe cale bucală, infuzie de cozi de cireşe şi tonicardiace. Fenomenele cedează în parte, rămânând o infiltraţie cronică periarticulară la unele articulaţii, febra menţinându-se mereu între 37,4—38,2°.

A scăzut mereu în greutate, are o hiperleucocitoză (13.280 pe mm.^{3} din cari 22% limfocite şi 6% eosinofile), are 3 milioane globule roşii pe mm.^{3} La pulmon confirmat şi radiologiceşte prezintă îndurație a vârfurilor. Koch absent în spută.

Discută presumaţia existenţei unei maladii reumatismale pe un teren bacilar, sau a unei maladii reumatismale atipice, care a debilitat atât de mult organismul încât a trezit o infecţie latentă bacilară deja existentă, sau pe care s-o fi contractat din mediul de Spital.

Dr. MATEI ION: *Consideraţiuni asupra tratamentului blenoragiei prin diatermie.*

Face un mic istoric al tratamentului prin diatermie şi al felului cum se aplica acest tratament până acum câţiva ani. Apoi se referă la tratamentul diatermic aplicat în blenoragie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Expune pe scurt observaţiile a 4 bolnavi cu complicaţii ale blenoragiei, în care cazuri a avut insuccese aplicând diatermia.

Cu această ocazie expune felul cum trebuiesc aplicaţi polii ca să nu producă arsuri în tratarea diferitelor complicaţii la bărbaţi şi femei.

E de părere că azi se aplică pe o scară prea întinsă diatermia în blenoragie, chiar în cazuri unde ar fi contraindicată.

Dr. Glăvan.

* * *

Miscarea Medicală la Craiova

CERCUL MEDICO—FARMACEUTIC

Şedinţa dela 1 Noembrie 1930

D-nii Dr. SERDARESCU şi DRAGOMIRESCU: **Asupra unui caz de abces pulmonar vindecat prin drenaj postural.** Prezintă bolnavul şi fac expunerea chestiunei accentuând asupra valoarei tratamentului medical.

DISCUŢIE: D-l Dr. CÂNCIULESCU aminteşte câteva cazuri tratate de D-sa cu emetină şi subliniază primejdia tratamentului chirurgical; D-sa relevă că emetina măreşte puterea de apărare a organismului.

D-l Dr. DIAMANDESCU afirmă tendinţa spontană spre vindecare a abceselor pulmonare acute, în opoziţie cu cele cronice.

D-l General Dr. VASILESCU confirmă valoarea terapeutică a emetinei şi crede că intervenţia chirurgicală e eficace numai în timp util.

D-l Dr. I. ROSENSTEIN: **Pudra de lapte în alimentaţia** (cu pre-

zentare de bolnavi). Face istoricul chestiunei, inzistă asupra felurilor de preparare şi administrare. Socoteşte pudra de lapte ca aliment preţios atunci când lipseşte laptele matern şi babeurre-ul.

Şedinţa dela 15 Noembrie 1930

D-l Dr. M. ALBU: **Ulcere multiple ale stomacului.** Rezecţie-Vindecare. Cu prezentare de piese anatomice.

D-l Dr. DRAGOESCU şi D-l Dr. BACESCU: **Tratamentul complicaţiilor blenoragice cu injecţii intra-venoase de vaccin antigonococic Cantacuzino.**

Şedinţa dela 1 Decembrie 1930

D-l Dr. CÂNCIULESC atage atenţia asupra unui studiu datorit lui Loeper şi Debray privind tratamentul ulcerului gastric prin injecţii de pepsină, care în mâna autorilor a dat rezultate surprinzătoare.

D-l Dr. ROSENSTEIN: **Incercări de imunizare antiscarlatinoasă.** Comunică rezultatele avute cu ser concentrat antiscarlatinos Boering, între copiii aflaţi în Azilul de copii cu ocazia unei scurte epidemii de scarlatină.

Şedinţa dela 15 Decembrie 1930

Inchinată comemorărei defunctului Dr. Ch. Laugier, fost Inspector General Sanitar. Are loc în prezenţa autorităţilor şi a invitaţilor speciali.

D-l General Dr. A. VASILESCU elogiază memoria lui Gh. Laugier.

D-l Dr. CÂNCIULESCU relevă opera şi sufletul defunctului.

D-l Inspector G-ral Veterinar PETRESCU: **Laptele.**

D-l Dr. LOVINSON: **Timpul necesar vindecării unei carii.**

D-l Dr. GH. IOAN: **Relaţia între oto-rino-laringologie şi medicina generală.**

D-nii Dr. DOBRINESCU şi CĂPRUCIU: **Traumatism abdominal cu ruptura intestinului, complicat cu flegmon perinefretic** (vindecare).

PREZINTĂRI DE PIESE: D-ra Dr. LEMPP: **Malformaţii congenitale multiple. Encefalocel;** Dr. M. BACULESCU: **Polipi uterini;** Dr. CÂNCIULESCU: **Suprarenalom.**

Şedinţa din 15 Ianuarie 1931

Dr. I. ROSENSTEIN: **Asupra unei epidemii de rino-faringită la sugarii unui azil.** Demonstrează că interesul cazurilor rezidă în diagnosticul diferenţial greu de făcut. Expune cazurile clinice a 12 copii bolnavi de rino-faringită purulentă. Insistă asupra pericolului ce-l prezintă această maladie în aglomeraţiuni, pericol mai mare decât în difterie, unde avem tratament specific şi profilaxie efectivă.

DISCUŢIE: D-l Dr. CÂNCIULESCU evidenţiază valoarea tratamentului cu Pyoformină şi Imunizol şi crede că epidemia a fost polimicrobiană.

Şedinţa dela 1 Februarie 1931

D-nii Dr. CÂNCIULESCU, HIRSCH, PAULON, ROSENSTEIN şi VASILESCU presintă observaţia cazului de **Tumoră suprarenală** ale cărei piese anatomice fuseseră prezentate la o şedinţă anterioară. Comunicarea a apărut în Bul. et Mem. dela Soc. Med. des Hôpiteaux de Bucarest.

DISCUŢIE: D-l General Dr. A. VASILESCU relevă importanţa cazului prezintat şi atrage atenţia asupra sindromului de hypertensiune paroxistică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Dr. DRĂGOESCU: **Tratamentul cu cyanur de mercur în orchi-epididimita gonococică.** In primele zile cedează durerea, dar fenomenele locale rămân staţionare. Crede că tratamentul cu vaccin nu trebue părăsit.

DISCUŢIE: Iau parte D-nii Dr. CANCIULESCU, S. HIRSCH şi G-ral Dr. VASILESCU unindu-se în păreri cu concluziile de mai sus şi accentuând asupra repausului ce trebue impus bolnavului.

Şedinţa dela 15 Februarie 1931

D-l Dr. SĂCEANU: **Cyanurul de mercur în complicaţii gonococice.** Bazat pe experienţa d-sale afirmă rezultate superioare în tratamentul cu cyanur asociat cu tratamentul local.

DISCUŢIE: D-l Dr. DRĂGOESCU amintind datele expuse de D-sa în altă şedinţă nu crede în superioritatea tratamentului cu cyanur de mercur.

Dr. Singer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIN BRAVAIS

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

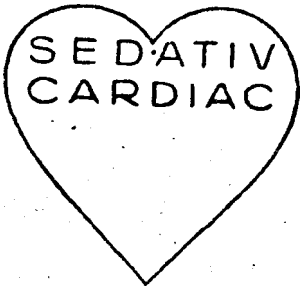
Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

SPASMOSÉDINE



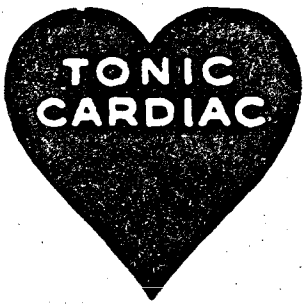
Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q. s.

1—2 compr. glutinizate pe zi înaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitaţii, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertige, ameţeli). **Hypertensiune paroxystică** (menopauză, histerectomie). **Algii precordiale. Angină pectorală** (tratament preventiv).

DIGIBAINE

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Asociaţiune Digitalină-Ouabaină.

Doze mici **(tratament de întreţinere)** 15 picături pe zi.
Doze mijlocii 25-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficienţă cardiacă dreaptă şi mai ales stângă. Cardiopathii valvulare în perioada decompensaţiunei. Miocardite toxice sau infecţioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGECO S. A. Bucureşti Strada Sft. Ionică No. 9.

C. — REVISTE MEDICALE

REVISTA DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PUERICULTURĂ

(Tomul X. No. 2—3 1931)

C. I. PARHON şi I. ORNSTEIN: **Câteva cercetări experimentale referitoare la acţiunea unor preparate de lob anterior de ipofiză.**

Dr. NISSIM şi I. RICHTER: **Contribuţiuni la diagnosticul precoce al sarcinei (probe Kamnitzer-Ioseph).**

Dr. N. ZAHARESCU-KARAMAN: **Morbiditatea şi mortalitatea puerperală în lumina statisticei.**

Dr. MARIUS GEORGESCU şi P. HERŞCOVICI: **Un caz de induraţie cutanată a noului născut.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. TH VEBER: **Leucomie mieloidă gravidică.**

Dr. T. KOMOROVSKI şi ANA SUCHAR: **Consideraţiuni etiologice şi clinice asupra sarcinei trigemelare.**

Şr. C. STANCA: **Când să părăsească lăuza patul.**

Dr. S. VUIA: **Tratamentul cancerului colului uterin prin histerectomie vaginală radicală.**

Dr. HORIA SLOBOZIANU: **Tratamentul piodermitei la nouii născuţi.**

Dr. N. ZAHARESCU-KARAMAN: **Comemorarea celei a 80-a aniversări a Institutului Gregorian din Iaşi.**

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

No. 6, 7, 8, 9, 10, 11 şi 12 | 1931

Dr. AXENTE IANCU şi Dr. MARIA BENETATO: **Efectul rachitigen al colectivităţii noastre asupra copiilor de prima vârstă**, No. 6/1931.

Dr. TRAIAN BENDESCU: **Corpii străini biperforanţi ai globului ocular.**

Dr. P. G. MANTZOROS: **Reacţiunea Vernes. Tehnica şi avantajele metodei „Sifilimetria" baza tratamentului antisifilitic.**

Prof. PREDESCO-RION (Cluj): **Contributions au traitement des pharyngites.**

I. GHEORGHIAN-POPESCO: **Le traitement des rhumatismes chroniques par le soufre et son action sur la réserve alcaline, la cholestérine et l'acide urique dans le sang.**

N. CHRISTIDE et I. BĂLUȚĂ: **Fracture de la base du crâne. Méningite à pneumocoques consécutive. Sérothérapie - guérison.**

A. CÂRSTEA et D. NEAGU: **Considérations cliniques et thérapeutiques sur cinq cas de syphilis du poumon.**

Dr. V. GOMOIU: **Terapeutica chirurgicală a tuberculozei,** No. 7/1931.

Docent Dr. I. NICOLAU: **Meningita cerebro-spinală epidemică în România.**

Dr. S. IRIMESCU și Dr. H. TEODORESCU: **Redeșteptarea paludismului latent în decursul pneumotoraxului artiifcial.**

Dr. DAN MAVRODIN și Dr. S. ȚOVARU: **Contribuțiuni la studiul cancerizării colului uterin rămas după hysterectomia subtotală.**

Conf. Dr. CHRISTIAN, Docent Dr. M. POPESCU-BUZEU și Dr. ALESSEANU: **Contribuțiuni la studiul radiologic al aparatului urinar cu „Abrodil".**

Prof. AL. OBREGIA, les Drs TRAIAN DEMETRESCO et SEBASTIAN CONSTANTINESCO: **Contributions à l'étude anatomo-clinique et pathologique du délire aigu,** No. 8/1931.

Dr. DUMITRESCU-MANTE și Dr. TOCILESCU: **Angină granulocitopenică terminând prin aleucie hemoragică.**

Dr. G. BARZANESCU și Dr. VASILE VASILIU: **O nouă febră eruptivă în România, febra exanthematică.**

Dr. M. ISĂCESCU și Dr. R. OLINESCU: **Câte-va date epidemiologice asupra „febrei exantematice" (febra exantematică din Marsilia?) din orașul Constanța.**

A. CRAIFALEANU: **Glutationul în sânge.**

Dr. POMPEI SAMARIAN: **Variolizarea și începuturile vaccinărei antivariolice în trecutul românesc.**

Dr. ANDRÉ BOIVIN: **Progrese recente în cunoștințele noastre asupra hormonilor.**

M. GAROFEANU: **Nefroza lipoidică.**

Prof. C. ANGELESCU și G. BUZOIANU: **Semnificația și importanța indicațiunilor chirurgicale asupra ganglionului sfeno-palatin și sindroamele neuro-vegetative rinologice,** No. 9/1931.

AUREL DRAGOȘ: **Vena safenă internă și valoarea injecțiilor sclerozante.**

Dr. MAREȘ CAHANE: **Cercetări asupra sulfului din sânge în pelagră în legătură cu funcția supra renală.**

Dr. EMIL ST. GRAUR: **Epifizita capului metatarsienilor. Maladia lui Köhler.**

Dr. ALEX. LENGHEL: **Ultimele cazuri de ciumă în Ardeal (1828—29).**

VIRGIL C. TROTEANU: **Considerațiuni asupra importanței controlului fisiologic al medicamentelor.**

Dr. G. PREDA: **O hipoteză biologică asupra psihismului.**

CJCC Cluj University Library

Prof. Dr. A. THEOHARI: **Revista terapeutică anuală (Septembrie 1930—Septembrie 1931),** No. 10/1931.

Conf. Dr. ION T. NICULESCU: **Sistemul nevroglico-microglial.**

Dr. R. OLINESCU: **Modificările sângelui în „febra exantematică" din oraşul Constanţa.**

Dr. V. M. PLĂTAREANU şi Dr. CORNELIU ADAMEŞTEANU: **Consideraţiuni asupra herniilor epigastrice.**

Dr. AT. IANĂŞ, ISAC PANA TEODORU şi ŞT. CHISER: **Influenţa curei helio-marine asupra sistemului nervos vegetativ.**

CĂRTUŢA GABRIEL: **Keratoză psoriaziformă localizată, apărută în cursul scarlatinei.**

Prof. Dr. I. BĂLĂCESCU şi Dr. I. MARIAN: **Tratamentul coxalgiei,** No. 11/1931.

Docent Dr. I. VOICU, Dr. A. VITALYOS şi Dr. L. BOER: **Cercetări asupra funcţiunei sistemului reticulo-endotelial în infecţia streptococică experimentală.**

Dr. VENIAMIN RUNCAN: **Encefalita epidemică şi maladia lui Parkinson.**

Dr. V. SĂBĂDEANU: **Trombo-flebită supurată orbito-cavernoasă cu punct de plecare conjunctival.**

Dr. CHR. POPESCU: **O documentare interesantă asupra epidemiei de ciumă din Bulgaria şi Cadrilater.**

Dr. N. STOICHIŢĂ: **Tratamentul abceselor pulmonare,** No. 12/1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. FELIX RAMOND şi I. DUMITRESCU-POPOVICI: **Cercetări experimentale şi consideraţiuni clinice asupra fiziopatologiei tubului digestiv.**

Dr. GR. I. ODOBESCU şi Dr. H. VASILESCU: **Contribuţiuni la terapeutica sifilisului sistemului nervos.**

Dr. OCTAVIAN SONEA şi Dr. C. N. ILIESCU: **Un caz de kist hidatic pulmonar, întâlnit accidental şi vindecat prin metoda Bacelli.**

Dr. THEODOR DUMITRESCU: **Observaţiuni asupra unui caz de agranulocitoză.**

* * *

ROMÂNIA MEDICALA

(No. 15—16, 17, 18, 19, 20 | 1931)

Prof. Dr. G. MARINESCU, Docent Dr. O. SAGER şi Docent Dr. A. A. KRELNDLER: **Cercetări experimentale asupra acţiunei Luminalului şi câteva date clinice,** No. 15—16/1931.

D-rii ST. DRĂGĂNESCU, ST. HORNET şi V. RUNCAN: **Rezultate obţinute în tratamentul hipertensiunei arteriale cu un derivat al colinei (Pacyl).**

Dr. E. NICOARĂ: **8 ani de activitate chirurgicală la spitalul din Reghin.**

Prof. Dr. S. NICOLAU: **Câteva impresii de la congresul dermatologiştilor Slavi din Belgrad.**

Dr. S. IRIMESCU: **Problemele sanitare în cadrul împrejurărilor sociale şi economice de astăzi (Declaraţie făcută în Camera deputaţilor, în**

şedinţa de la 2 Iulie 1921, cu ocazia discuţiei la mesaj, în numele grupului de medici din parlament).

Dr. P. TOMESCU: Note de politică medicală: **Noile legi sanitare; Expozeul D-lui Ministru Cantacuzino asupra reformei sanitare; Medicii parlamentari; O eră nouă pentru sănătatea publică.**

Docent Dr. MIHAIL KERNBACH: **Se poate defini „Delictul profesional"?**

Dr. S. ŢOVARU: **Chestiunea Zeileis.**

Conf. Dr. GH. MARINESCU: **Diagnosticul şi tratamentul cancerului prostatei,** No. 17/1931.

Docent Dr. MARIUS GEORGESCU: **Pentru ce trebue să întrebuinţăm rachianestezia în obstetrică?**

Dr. AL. SKILERU: **Este eficace vaccinul antiscarlatinos?**

Dr. P. TOMESCU: **Staţiunile hidrominerale din Valea Oltului (Călimăneşti şi Olăneşti).**

Dr. G. V. BUZOIANU: **Profesorul N. C. Paulescu.**

Prof. Dr. N. HORTOLOMEI: **Ce se poate obţine prin tratamentul chirurgical al nefritelor?,** No. 18/1931.

Dr. M. POPPER: **Consideraţiuni asupra tratamentului astmului bronchial.**

Dr. V. CLIMESCU şi Dr. AT. IANAŞ: **Tratamentul Morbului lui în Sanatoriul C. T. C.**

Dr. MAREŞ CAHANE: **Importanţa punctiei suboccipitale în neuropsichiatrie.**

Dr. D. STANCA: **O nouă staţiune balneară: Băile Someşeni-Cluj.**

Dr. P. TOMESCU: **Staţiunile balneare din Valea Oltului: Govora.**

Dr. A. SKILERU: **Impozitul medicilor.**

Prof. Dr. G. MARINESCU, Docent Dr. G. GRIGORESCU şi Intern S. CHISER: **Tratamentul sclerozei în plăci,** No. 19/1931.

Dr. AL. SKILERU: **Este eficace vaccinul antiscarlatinos?**

Dr. EUGEN NICOARĂ: **Contribuţiuni la studiul rupturilor uterine.**

Dr. ION BORDEIANU: **Taxisul (Indicaţii, technice, accidente).**

Dr. EUGEN SPIRT: **Cursurile de perfecţionare de la Karlsbad.**

Dr. MANTZOROS: **Combaterea malariei cu Chinoplasmin în Teleorman.**

Dr. ANGHEL DANIEL: **Politica sanitară realistă.**

Dr. P. TOMESCU: **Criza spitalelor.**

Prof. Dr. C. I. PARHON şi Dr. I. ORNSTEIN: **Despre tratamentul preventiv al boalelor nervoase sau ale altor organe de origină arterio-sclerotică sau arteromatoasă,** No. 20/1931.

Dr. AL. COSTINIU şi Dr. I. RADIAN: **Adenoidismul infantil.**

Conf. Dr. BĂLTĂCEANU: **Tratamentul nefritelor acute (Formular Terapeutic).**

Dr. MARTIN FRIEDMAN: **„Yatren" în tratamentul diferitelor afecţiuni.**

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Dr. S. IRIMESCU: **Protecţia mamei şi a copilului (Comunicare depusă în şedinţa de la 5 Octombrie 1931, a celei de a 27-a conferinţă a Uniunei Interparlamentare, ţinută în Bucureşti).**

* * *

SPITALUL

(No. 9, 10 | 1931)

Conf. Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Meningo-mielită consecutivă unei pachimeningite dorsale superioare (Arachnoidită). (Studiul Anatomoclinic),** No. 9/1931.

Conf. Dr. ION MOSCU: **Anomalii ureterale — infecţii renale.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Diabet insipid prin leziuni scleroase specifice, localizate în regiunea selară şi retro-selară. (Studiu Clinic).**

Dr. V. M. PLATĂREANU: **Consideraţiuni asupra neoplaziilor maligne pe bontul uterin, după histerectomiile supravaginale.**

Dr. C. I. ANDREOIU şi Dr. S. CIORĂPCIU: **Insămânţările peretelui toracic în urma puncţiunilor pleurale.**

Interni NICOLAE VASILESCU şi DUMITRU BORŞ: **Hemoptiziile homolaterale în cursul pneumo-toraxului artificial.**

Conf. Dr. DEM. EM. PAULIAN şi Docent Dr. I. BISTRICEANU: **Sughiţul nervos. (Ceva despre fiziopatologia şi tratamentul lui),** No. 10/1931.

Docent Dr. ION STOIA şi Dr. ION I. GRIGORESCU: **Falşe apendicite în tuberculoza pulmonară.**

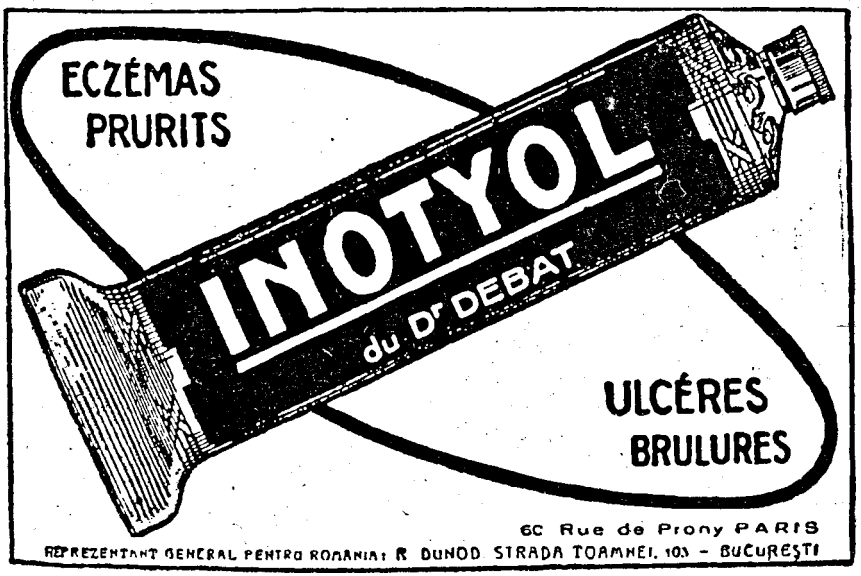
Dr. I. FĂGĂRAŞEANU: **Peritonitele cu pneumococci.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. H. ANGELESCU, Interni Dr. C. ANDREOIU şi Dr. I. NEGRESCU: **Indicaţiunile reclorurării în azotemii.**

Dr. L. BOCA: **Hernia diafragmului stâng. Diagnostic radiologic.**

Docent Dr. VICTOR DIMITRIU şi Intern GH. PANAITESCU: **Rezultate în apendicită.**



D. — CONGRESE

Al XI-lea Congres de Neurologie, Psihiatrie, Pshologie şi Endocrinologie, ţinut la Dicio-Sân-Martin în zilele de 4, 5 şi 6 Octombrie 1931.

Deschiderea congresului a avut loc în sala de recepţie a Prefecturii, la ora 9. D-l Prof. Dr. C. I. Parhon, preşedintele societăţii române de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, salută pe cetăţenii oraşului şi autorităţile locale şi declară deschis cel de al XI-lea congres. Se procedează la alegerea biroului.

Se proclamă preşedinţi de onoare D-nii Pofesori D-ri G. Marinescu, Obregia, Minea şi Martinescu, apoi D-nii Dr. J. Dumitrescu, directorul spitalului din Dicio-Sân-Martin şi D-l Dr. Söci, fostul director al acestui spital. Vice preşedinţi: D-nii D-ri P. Tomescu, L. Ballif, Laşcu, Ilea şi Odobescu. Secretari: D-nii D-ri State Drăgănescu, Pădeanu, Sager şi D-na Dr. Zoe Caraman.

1) D-l Dr. Mareş Cahana, medicul primar al secţiei de boli mintale şi nervoase a spitalului de stat din Dicio-Sân-Martin, mulţumeşte d-lui Profesor Parhon, care a propus anul trecut să fie ales acest orăşel ca sediul congresului actual. Decizia ca congresele să se ţie pe rând în oraşele care au câte un spital de alienaţi, are o însemnăatte deosebită, căci face ca aceste spitale să fie cunoscute. Mulţumeşte de asemeni d-lui Profesor Marinescu, care după succesul dela Berna, vine să onoreze cu prezenţa sa acest congres, care se ţine într'un orăşel îndepărtat. Exprimă regretul societăţii pentru pierderea D-rului Cobilanski, fostul director al spitalului de boli mintale şi nervoase din Cernăuţi. Face apoi un scurt istoric al spitalului din Dicio-Sân-Martin, înfiinţat în 1905, relevând faptul că acest spital a reuşit să oganizeze o colonie familiară după modul celor din Apus. Arată însemnătatea coloniilor familiare, care descongestionează spitalele, fac ca Ministerul Sănătăţii să realizeze economii şi transformă bolnavul din element parazitar în element productiv.

2) D-l Dr. I. Dumitrescu, preşedintele colegiului medical din jud. Târnava-Mică, declară că medicii ţinutului se simt onoraţi şi fericiţi având printre ei pe maeştrii psihiatriei şi neurologiei române şi elevii lor. Urează congresiştilor ca din munca

depusă cu atâta devotament, să rezulte un spor de prestigiu al şcoalei româneşti şi un progres pentru umanitate.

3) D-l Dr. Măcelaru, în numele corpului medical al judeţului, arată recunoştinţa faţă de atenţia ce s'a dat judeţului Târnava-Mică. Din munca congresului va rezulta o punere la punct a celor mai noi date ale ştiinţei, fapt ce are o deosebită importanţă pentru medici.

4) D-l Dr. Petre Roşca, prefectul judeţului Târnava-Mică, în numele guvernului şi al cetăţenilor acestui judeţ, salută pe savanţii români cu renume mondial, cari au venit pe aceste plaiuri unde strămoşii noştri au făcut de strajă atâtea secole. Lucrările congresului vor fi urmărite cu interes şi simpatie de toţi cetăţenii.

5) D-l I. Vulcuţiu, primarul oraşului Dicio-Sân-Martin, aduce omagiul cordial al comunei şi mulţumeşte d-lui Preşedinte al societăţii prcuem şi organizatorilor cari au ales aici sediul celui de al XI-lea congres. Activitatea congresului va fi înconjurată de dragostea comunei şi de credinţa tuturor că din această activitate va rezulta un pas înainte pentru progresul medical.

6) D-l Profesor Dr. C. I. Parhon aminteşte că însemnătatea coloniei din Dicio-Sân-Martin e recunoscută de toată lumea medicală. Numărul prea mare de bolnavi îngreuiază conducerea spitalului; se impune o decongestionare. Trebue ridicată această colonie la nivelul celei din Gheel (Belgia). Mulţumeşte d-lui Prefect şi d-lui Primar pentru primirea călduroasă ce s'a făcut congresiştilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se trimite o telegramă omagială M. S. Regelui şi alta Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

I. — Şedinţa de Neurologie.

D-nul Profesor Dr. G. Marinescu relevă atmosfera de simpatie ce domneşte la deschiderea acestui congres. Simpatia e forţa iniţială a vieţii; prin atracţie reciprocă a luat naştere lumea. Făclia ştiinţei se transmite dela o generaţie la alta. Prestigiul unui popor este în legătură cu trecutul său cultural. D-sa trece apoi comunicarea anunţată în programul congresului: *Importanţa reflexelor condiţionate în studiul nevrozelor şi tulburărilor de vorbire.*

D-nii Prof. Dr. Marinescu, Dr. Sager şi Dr. Kreindler: *Studii cronaximetrice la animalele decorticale unilateral şi la animalele decorticale în întregime.*

D-nii Prof. Dr. G. Marinescu, Dr. Sager şi Dr. Kreindler: *Acţiunea simpaticului asupra excitabilităţii periferice.*

D-l Dr. Sager: *Acţiunea subcorticală a bulbocapninei.*

D-l Prof. Dr. G. Marinescu şi D-l Conferenţiar Dr. State Drăgănescu: *Studii anatomo-clinice a două cazuri de mielită necrotică.*

D-nii Prof. Dr. Marinescu, Conf. Dr. State Drăgănescu şi Chiser: *Mielita lombo-sacrată acută coexistând cu o erupţie zosteriană la un vechi poliomielitic şi encefalitic, în urma unei vaccinoterapii antigonococice.*

D-nii Prof. Dr. Parhon şi Dr. Kreindler: *Cronaxiile neuromului periferic în tetania latentă la om.*

D-na Dr. M. Briese: *Sistemul nervos vegetativ în patologie.*

D-l Dr. Kreindler: *Cercetări asupra cronaxiei normale şi patologice a nervului vestibular.*

10) D-nii Dr. Sager şi Dr. Kreindler: *Reacţia de sprijinire la om (Stützreaktion).*

D-nii Dr. Sager şi Dr. Grigorescu: *Contribuţiuni la studiul oftalmo-neuro-mielitei.*

D-l Prof. Dr. I. Minea: a) *Contribuţiuni la studiul termoregulaţiunii corticale.*

b) *Despre fenomenele de regenerare intraaxonală a fibrelor nervoase centrale şi periferice.*

c) *Despre mielita necrotică glioangio-hipertrofică.*

D-nii Prof. Dr. G. Marinescu şi Dr. Grigorescu: *Sindrom devic sifilitic.*

D-nii Prof. Dr. G. Marinescu, Dr. Grigorescu şi Dr. Axente: *Afazie încrucişată.*

D-nii Prof. Dr. Parhon şi Dr. M. Cahana: *Clorul cerebral la animalele ipertiroidizate.*

D-l Dr. Sebastian Constantinescu: *Rigiditate decerebrată la un idiot.*

D-nii D-ri Grigorescu şi Buttu: *Reacţia Amaduci în lichidul cefalo-rachidian.*

D-l Dr. T. Dragomir: *Un nou caz de intervenţiune chirurgicală într'o meningo-mielită sifilitică cu paraplegie.*

D-l Dr. T. Dragomir: *Efectele tratamentului cu ser salvarsanizat în câteva cazuri de atrofie optică tabetică.*

II. — Şedinţa de Psihiatrie şi Psihologie.

D-l Dr. G. Preda: *Raporturile dintre psihologie, neurologie şi endocrinologie.*

D-l Dr. Gr. Odobescu: *Raporturile dintre psihiatrie şi psihologie.*

D-l Prof. Dr. Parhon şi D-na Dr. C. Parhon-Ştefănescu: *Asupra formelor atenuate de microfalie la alienaţi.*

D-nii Conf. Dr. P. Tomescu şi Dr. Ionescu-Bucşani: *Ceretăricle fiziologice şi experimentale asupra schizofreniei.*

D-nii Conf. Dr. L. Ballif şi Dr. I. Ornstein: *Studiul lipemiei şi colesterinemiei în agonie şi postmortem.*

D-nii Conf. Dr. P. Tomescu, Dr. Braşcu şi Dr. Ionescu-Bucşani: *Cercetări experimentale şi clinice asupra alcoolismului acut şi cronic.*

D-ra O. Vlaicu: *Legea debililor mintali.*

D-nii Prof. Dr. Parhon, Dr. Cahana şi D-na Dr. T. Cahana: *Studiu anatomo-clinic asupra unui caz de sindrom catatonic la un tabo-p.g.p.*

D-nii Dr. Conf. L. Ballif şi G. Gherşcovici: *Influenţa nefropatiilor experimentale asupra tetaniei paratiroido-prive.*

D-nii Prof. Dr. Parhon şi Dr. Vasilescu: *Encefalită emoragică în urma a trei injecţii cu neosalvarsan.*

D-nii D-ri A. Popea şi G. Pădeanu: *Contribuţiune la tratamentul simpatozelor.*

D-l Dr. M. Derevici: *Scris ascendent la o melancolică.*

D-nii Prof. Dr. A. Obregia, C. Parhon şi Conf. Dr. Marinescu-Băloi: a) *Natura şi modificarea corpusculilor Negri din turbare.*

b) *Histopatologia şi topografia leziunilor sistemului nervos central şi periferic din turbare la om.*

D-l Conf. Dr. Marinescu-Băloi: a) *Simpato-ganglionita rabică.*

b) *Hiperglicorachia şi leziunile sistemului nervos vegetativ central din jurul ventriculului al III-lea.*

c) *Leziunile sist. nervos vegetativ central şi periferic în caşexia pelagroasă.*

D-l Dr. M. Cahana şi D-na Dr. T. Cahana: *Studiu anatomo-clinic al unui caz de encefalită psihozică primară cu hipertermie, hiperazotemie şi hiperazotorachie.*

D-l Dr. Sebastian Constattinescu: *Două observaţii anatomo-clinice de encefalită psihozică.*

D-l Dr. N. Pojoga: *Opera lui Dostoewski şi psihiatria.*

Dr. I. Popescu-Sibiu: a) *Bazele psihoenergetice ale psihologiei normale şi morbide.*

b) *O explicaţie psiho-energetică a mecanismelor psiho-terapeutice.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III. — Şedinţa de Endocrinologie.

D-l Dr. M. Derevici: *Studiul biochimic al sângelui în raport cu glandele endocrine.* (Raport).

D-l Prof-. Dr. Parhon: *O sută de ani dela descoperirea tetaniei, drumul parcurs, problemele ce se pun azi.*

D-nii Prof. Dr. Parhon, Dr. Gr. Odoescu şi Dr. Vasilescu: *Tratamentul tuberculozii pulmonare cu lipoizi sptenici.*

D-nii Prof. Dr. Parhon şi Dr. I. Ornstein: *Acţiunea tiroxinei asupra proteinemiei.*

Conf. Dr. L. Ballif şi Dr. I. Ornstein: *Colesterinemia în pelagră.*

D-l Dr. C. C. Parhon-fiul: *Raportul dintre paratiroide şi ciclul sexual la păsări.*

IV. — Igiena mintală.

D-l Conf. Dr. L. Ballif: *Igiena mintală.*

D-l Dr. M. Cahana: *Necesitatea legiferării pentru sterilizarea bolnavilor mintali.*

D-l Dr. Ilarion, directorul şcoalei de corecţie din Iaşi: *Observaţii asupra psihologiei speciale a copiilor vicioşi (cu concluziuni pedagogice).*

D-l Dr. Popescu-Sibiu: *Valoarea pedagogică a psihanalizei în cadrul igienii mintale.*

D-l Dr. N. Pojoga: *Câteva cuvinte despre o bună organizare a spitalelor de alienaţi.*

V. — Chestiuni profesionale.

D-l Dr. Laşcu, directorul spitalului de boli nervoase şi mintale din Costiugeni (Lăpuşna) ridică *Chestiunea spitalizării bolnavilor mintali, care se face într'un chip cu totul defectuos.*

D-l Prof. Parhon recunoaşte că înzestrarea spitalelor de boli nervoase şi mintale este cu totul insuficientă. Din cauză că lipsesc medicamentele şi aparatele necesare, nu se poate face o terapeutică conform datelor ştiinţei. Bolnavii şi medicii sunt reduşi la o *„contemplare reciprocă"*. Promite că D-sa va interveni la Ministerul Sănătăţii.

D-l Dr. Lichter este de părere că expunerea situaţiei spitalelor ar contribui la un istoric al medicinei în România. Descrie situaţia lamentabilă în care se află personalul inferior al spitalelor. In timpul din urmă, s'a ajuns ca un singur infirmier să supravegheze 40 de bolnavi, fapt ce întrece puterile unui om. Cere să se acorde spitalelor un minimum de confort omenesc. Pentru fiecare spital trebuie un regulament mai mult, chiar în cadrul mijloacelor insuficiente de care dispun. La viitorul congres, fiecare să facă cunoscut cu ce a contribuit în domeniul igienii mintale şi care a fost activitatea sa ştiinţifică.

Se redactează două moţiuni, unde se cere cu insistenţă ameliorarea urgentă a stării deplorabile în care se găsesc spitalele de boli mintale şi nervoase.

D-l Dr. Vasilescu, în numele D-lui Dr. Adrian Ştefănescu, casierul societăţii N.P.P.E., predă gestiunea pe anul 1930.

Se hotărăşte menţinerea aceluiaşi comitet de până acum.

Se fixează viitorul congres la Bucureşti şi se anunţă rapoartele următoare:

1) D-l Prof. Dr. G. Marinescu: „Reflexele condiţionale".

2) D-l Dr. N. Pojoga, medic primar al spitalului din Costiugeni (Lăpuşna): „Psihologia clasică, reflexologia lui Bechterew şi psihologia americană".

3) D-na Dr. Elena Derevici-Iaşi: „Constituţia somato psihică în patologie şi raporturile ei cu endocrinologia".

In timpul congresului s'au ţinut două conferinţe pentru marele public. D-l Prof. I. Minea din Cluj, a vorbit în seara zilei de 4 Octombrie, despre: „Tratamentul şi vindecarea boalelor nervoase".

D-l Dr. G. Preda, directorul spitalului de boli mintale şi nervoase din Sibiu, şi-a desvoltat în seara de 5 Octombrie conferinţa sa cu proecţiuni: „O călătorie în Maroc".

După închiderea congresului, s'a vizitat colonia familiară din Dicio-Sân-Martin, precum şi fabricele de sticlă şi nitrogen. Congresiştii au făcut apoi o excursiune la staţiunea balneară Bazna.

Dr. Zoe Caraman.

(Darea de seama a congresului este făcută de recensent în extenso în Rev. Şt. Med. No. 12 | 1931).

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Procesul din Lübeck.

S'a încheiat după 73 de şedinţe, aducând o sentinţă de condamnare a Profesorului Deycke la 2 ani închisoare şi a D-rului Altstädt la 15 luni închisoare.

Tribunalul a găsit că B. C. G-ul nu a fost în cauză, socotind că dezastrul a survenit dintr'o greşeală de manipulare, iar nu dintr'o intenţie specială, anume acea a unei experienţe temerare pe copii, aşa cum insinuase avocatul părţii civile.

Pentru acest fapt tribunalul declară că nu poate refuza respectul său acuzaţilor şi trecutului lor ştiinţific.

Apărătorii celor condamnaţi cer o revizuire a procesului, iar o mişcare care s'a desemnat în favoarea acuzaţilor, cere graţierea celor doi condamnaţi.

* * *

O declaraţie a Profesorului Calmette.

După ce s'a dat sentinţa în procesul din Lübeck, Profesorul Calmette a făcut următoarele declaraţiuni:

Judecata tribunalului şi raportul experţilor guvernului german au demonstrat că decesele sunt datorite faptului că, laboratorul spitalului din Lübeck a distribuit medicilor şi moaşelor în loc de vaccin B. C. G. o emulsie conţinând bacili virulenţi de origină umană...

În consecinţă, este important că, în toate ţările unde vaccinarea B. C. G. a fost pusă în practică, sau cu titlul de experienţă sau ca măsură generală de profilaxie antituberculoasă, publicul medical şi familiile să fie informate şi liniştite.

B. C. G-ul preparat conform cu prescripţiile autorilor metodei este perfect inofensiv.

Continuând, Profesorul Calmette protestează împotriva denumirei de «Procesul Calmette» care s'a dat procesului din Lübeck de către unele ziare germane şi îşi închee declaraţia declarând că profesorul Deycke şi D-rul Altstädt, al căror trecut ştiinţific este demn de cel mai mare respect, au trebuit să fie făcuţi responsabili de cauzele cari au determinat această catastrofă.

Le exprimă simpatia sa şi urarea caldă pentru prompta lor liberare.

* * *

Reforma studiilor medicale în Franţa.

Profesorul Roussy publică în *«Le Siècle Medical»* din 15 Februarie 1932 un articol privitor la reforma studiilor medicale în Franţa, asupra căreia este concentrată atenţiunea tuturor celor interesaţi şi din care unele măsuri preconizate au şi fost adoptate.

O primă măsură, care a întrunit aprobarea Facultăţilor şi Şcolilor de Medicină precum şi avizul favorabil al Comitetului Consultativ al Invăţământului superior şi al Consiliului superior al Instrucţiunii publice, a fost *introducerea probelor scrise anonime şi eliminatorii după primii doi ani.* Pentru primul an se vor da câte 3 chestiuni din anatomie, histologie şi embriologie, iar pentru al doilea an tot câte 3 chestiuni din fiziologie, chimie şi fizică medicală şi bacteriologie. Cei respinşi la proba scrisă nu mai au dreptul a se prezenta la proba orală. Reforma aceasta intră în vigoare la începutul anului 1933.

Profesorul Roussy mai expune diferitele sisteme discutate pentru modificarea programului de studiu.

Astfel, o părere, care constă în a face *învăţământul comun în primii patru ani, lăsând apoi studentului libertatea specializării* şi necerând la examenul de doctorat decât 4 materii.

O altă părere, preconizează uniformitatea studiului pentru toţi studenţii — din toţi anii — *specialitatea făcându-se după doctorat.*

O ultimă chestiune pe care o discută Prof. Roussy este *adăugarea celui de al VI-lea an de studiu,* pe care-l socoteşte necesar mai ales pentru studenţii cari nu au trecut prin externat şi internat. Aceştia ar fi obligaţi să facă în al VI-lea an un stadiu de aplicaţie locuind în spitale, cu titlu de *«stagiari-rezidenţi».*

www.Cercetari.Medicale.Transylvania.Library.Cluj

* * *

72 de ani dela înfiinţarea internatului în medicină la spitalele româneşti

La 17 Ianuarie crt., s'a sărbătorit la spitalul Colţei sub preşidenţia d-lui Prof. Dr. G. Marinescu, 72 de ani dela înfiinţarea concursului de interu al spitalelor în România. A fost o înălţătoare manifestare a medicinei româneşti şi un prilej de călduros omagiu adus şcoalei medicale franceze.

Fiindcă internatul în medicină este o creaţie a şcoalei medicale franceze şi se poate afirma că această instituţie împreună cu toată scara gradelor spitaliceşti, pe care medicul le obţine prin concurs şi printr'o muncă neîncetată de ani, au creiat acea caracteristică a medicinei franceze: **spiritul clinic** şi a dat omenirii cei mai mari clinicieni şi chirurgi.

Această organizare spitalicească a fost adusă la noi odată cu înfiinţarea învăţământului nostru medical de către Davila, fostul intern al spitalelor din Angers, care a adus odată cu munca sa creatoare, cu spiritul său clar francez şi toate normele de organizare a învăţământului şi spitalelor noastre după modelul celor franceze; această organizare s'a continuat şi perfecţionat făcând din medicina românească o elevă a şcoalei medicale franceze, care îi poate sta cu toată cinstea alături. Ce a însemnat internatul în medicină pentru medicina românească? Orice medic ştie.

Internatul prin pregătirea laborioasă, ce se cere până a-l obţine, prin munca de zi şi noapte la căpătâiul bolnavului, prin stagiul făcut în diferite

servicii, a creat un intelect medical bine pregătit, ducând cu el lumina în spitalele şi centrele medicale din ţară sau rămânând să lucreze mai departe în centrele universitare. Din acest select corp s'au selecţionat medicii primari de spitale precum şi personalul didactic şi ajutător al clinicelor noastre universitare. Toţi profesorii noştri — interni ai spitalelor din Paris sau din ţară, îşi datoresc reputaţia, a unora mondială, acestei instituţii, care le-a creat şi întreţinut îndemnul la muncă şi entusiasmul ştiinţific.

Internatul a reuşit să menţină printr'o nobilă tradiţie mândria de a obţine situaţiile prin muncă şi merit. Şi din acest punct de vedere, **Concursul** a emulat spre muncă şi serioasă pregătire.

Pentru tineretul universitar, internatul a fost şi rămâne răsplată muncii neîntrerupte şi prima şi cea mai importantă treaptă în cucerirea cu demnitate, a unei situaţii în corpul medical. Din acest punct de vedere, internatul a jucat un rol etic în viaţa noastră medicală fiind un îndemn pentru tinerii studenţi de a păstra cu sfinţenie tradiţia de muncă şi demnitate a înaintaşilor.

Cunoaşterea personalităţilor medicale formate la această şcoală, competinţa atâtor medici cultivaţi în aceste centre medicale sunt omagiul cel mai frumos, ce se poate aduce întemeietorilor acestei instituţii şi exemplul cel mai viu pe cari îl pot avea în faţă tinerii studenţi de azi şi de mâine.

I. R.

* * *

Comitetul Soc. de Radiologie din Bucureşti pe 1932

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Adunarea generală a Societăţii de Radiologie din Bucureşti, care a avut loc în seara de 8 Februarie a. c., şi-a constituit următorul comitet pentru anul 1932:

Preşedinte: *Dr. Eug. Andronescu.*
Vice-preşedinţi: *Dr. V. Ionescu* şi *Dr. D. Gâldău.*
Secretar General: *Dr. Oscar Meller.*
Casier: *Dr. Jean Dumitrescu.*
Bibliotecar: *Dr. V. Caracota.*
Secretari de şedinţă: *Dr. E. Floru* şi *Dr. A. Tesio.*

D-l *Dr. N. Buşilă* a fost ales ca membru în Comitetul de Direcţiune în locul d-lui Conf. G. Severeanu eşit prin tragere la sorţi.

* * *

D-l *Prof. agr. Dr. Valeriu Bologa* a ţinut pe ziua de 18 Febr. crt., *lecţia inaugurală* a cursului său de Istoria Medicinei şi Farmaciei dela fac. de medicină din Cluj, în amfiteatrul „V. Pârvan" din palatul universităţii pe subiectul: *„Universitas litterarum şi Istoria Ştiinţei".*

* * *

Selecţiunea profesională în organizarea socială

Conferinţa d-lui Dr. C. Banu, la Institutul de orientare profesională U. E. R.

In ziua de 12 Decembrie 1931, în faţa unui numeros auditoriu, d. Dr. **G. Banu,** secretar general al Ministerului Muncii, şi-a desvoltat conferinţa despre orientarea profesională.

In primul rând, individul trebuie pregătit prin valorificarea sa justă, căutând a se evita atât supraevaluarea pe care şi-o fac unii, ducând la asumarea de responsabilităţi cărora nu pot face faţă, cât şi subestimarea altora de către ei înşişi, ceace duce la descurajarea şi la o „minimalizare" a vieţii.

Prin îndrumare profesională justă, individul recoltează în primul rând succese morale; îşi evită decepţiile şi plictiseala pentru mai târziu; se înlătură în special desele schimbări de profesiune, survenind adesea la vârste înaintate şi destrămând psihicul.

In al doilea rând, orientarea profesională ameliorează starea materială a întregului organism colectiv, prin aceea că producţia se măreşte, maladiile şi accidentele scad în frecvenţă, munca femeii e mai just raţionalizată în concordanţă cu aptitudinile sexului.

Conferenţiarul evidenţiază apoi, prin exemple sugestive, utilitatea socială şi naţională a orientării profesionale: economia de forţe omeneşti, ridicarea producţiei naţionale prin încadrarea în fiecare profesiune a muncitorilor calificaţi, reducerea mortalităţii şi evitarea denatalităţii, asigurarea armoniei sociale prin reducerea nemulţumirilor şi revoltaţilor, fiecare simţindu-se bine la locul unde e plasat.

Trecând apoi la organizarea în practică a orientării profesionale, d-l Dr. Banu a expus pe rând: necesitatea şi metodele cercetării biologice a fiecărui individ (constituţie, temperament), însuşirile fizice şi sufleteşti cerute de fiecare profesiune, corelaţia dintre orientare şi nevoile de moment ale „pieţii muncii" spre a se evita şomajul. Un mare avantaj e atunci când selecţiunea profesională începe încă din şcoală; din acest punct de vedere, e foarte interesant ceeace s'a realizat în Apus pe tărâmul alegerii şi îndrumării copiilor supranormali sau înzestraţi pe deoparte, a copiilor subnormali şi delicvenţi, pe de altă. Relativ la aceştia din urmă, conferenţiarul a expus pe baza constatărilor personale, metodele utilizate pentru a recupera din aceste epave, victime ale eredităţii şi mediului social, elemente utile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In încheere, d-sa arată în ce ar trebui să consiste opera de îndrumare profesională la noi în ţară, unde începuturi lăudabile au fost făcute de iniţiativa privată. La ea trebuie să se alăture oficialitatea, prin legiferarea stării de fapt, procurare de mijloace materiale, organizare de oficii de orientare şi educaţie a publicului în acest sens. Concepţiei statice de altădată asupra scopurilor şi idealului vieţii (contemplaţie şi pasivism) i s'a substituit astăzi concepţia „dinamică", utilitaristă şi practică. Acestei concepţii trebuie să ne adaptăm, prin organizarea îndrumării profesionale.

Conferinţa bogată în fapte şi documentări, a fost urmărită cu viu interes de auditori.

* * *

Despre prognosticurile şi auto-prognosticurile medicilor

Cu toată dificultatea în afară de discuţie a stabilirii unui prognostic precis, de care se isbesc chiar practicienii dotaţi cu profund simţ clinic, cărţi anume „de ensemble" cari să trateze despre Prognostic — precum se face pentru Diagnostic sau Simptomatologie, au apărut extrem de rar.

Printre acestea menţionăm „*Les prognostics du praticien en*

clientèle", de *Ch. Fiessinger*, Maloine, Paris, a căror a doua ediţie corijată şi complectată apărută în 1929, prezentăm la pag. 103.

Dar medicul, care se fixează atât de greu asupra prognosticului boalei altuia, se înşeală cu atât mai profund când este vorba de el însuşi şi în această privinţă d-l Dr. *Gr. Graur* publică în „România Medicală" No. 1/1932, un extrem de interesant articol intitulat „*Prognosticurile medicilor în propriile lor boale*".

Intre cazurile variate menţionăm cazul unui medic din Moldova, care în timp ce ducea o vie activitate politică şi publica o broşură de polemică plină de logică, cumpăra din târg şi trimetea acasă duzini de cămăşi spre surprinderea soţiei şi a negustorilor şi autorul se întreabă „cum se comportă un medic paralitic general în primele faze ale boalei" şi se miră că „atunci când are primele idei de grandoare nu-şi dă seama în anumite momente de substratul lor patologic".

Aceasta justificată întrucâtva obnubilaţie a criteriului de autojudecată la medicul bolnav se constată în oare-care măsură faţă de el şi la confraţii lui, cari din motive de sentimentalitate, umanitate sau de jenă nu-i pot aprofunda răul şi nici să i-l desluşească.

Sfatul dat lui ca să nu se caute pe sine însuşi când este bolnav, el neputându-se dedubla ca să-l execute integral, nici acela de a se încredinţa altuia nu-i va putea ajuta mai mult, aşa ca prognosticul boalei unui medic riscă — une-ori — să se învălue cu mai mult mister decât al oricărui alt muritor.

In prezentarea *auto-observaţiilor* lor, medicii pun însă — alte-ori — o obiectivitate cu totul deosebită, dând la lumină adevărate documente de valoare ştiinţifică; semnalăm în această ordine *Auto-observaţia d-lui Dr. Fulgeanu asupra sequelelor post-tifo-exantematice*, pe care şi-a prezentat-o în şedinţa din 2 Dec. 1931, a Societăţii medicale din Lugoj şi despre care referă d-l Dr. Lichter la pag. 111.

* * *

Medicii români la Paris.

Asociaţia medicilor români dela Paris şi-a constituit acest comitet pe anul 1932:

Preşedinte: Dr. I. Iancu; Vice-preşedinte: Dr. I. Rădulescu; Secretar: Dr. Ispas Florescu; Casier: D-ra Dr. M. Negru; Membrii: D-ra Dr. Macri, Dr. Elbim, Dr. Manolescu.

* * *

Vizita D-lui Prof. Dr. I. Cantacuzino la Atena.

Invitat de d-nul Dr. Norman Whithe, directorul Institutului de higienă din Atena, d-l Prof. Dr. I. Cantacuzino a ţinut la Atena în zilele de 18, 19 şi 20 Ian. a. c., 3 conferinţe despre: *Scarlatină*, *Vaccinaţiunea contra tuberculozei cu B. C. G.* şi *Rolul epiploonului în infecţiunile intestinale.*

In ziua de 23 Ian., Universitatea Atenienă a proclamat pe D-l Prof. Dr. Cantacuzino „*Doctor honoris causa*" al său, al 21

asemenea titlu fiind conferit până acum în decurs de 100 ani, de când fiinţează.

Cu această ocazie s'au pus bazele unor „*Zile medicale*" cari se vor ţine primăvara la Atena, toamna la Bucureşti.

In aceste reuniuni se vor discuta între altele chestiuni referitoare la boalele ce ne vin din extremul Orient şi la organizarea sanitară a porturilor noastre.

* * *

Noul Comitet al Soc. de chirurgie din Bucureşti.

Noul Comitet al Soc. de chirurgie din Bucureşti s-a constituit pe 1932, precum urmează: Preşedinte: Prof. N. Gheorghiu; Vicepreşedinte: Prof. Ştefănescu-Galaţi şi Conf. I. Jianu; Secretar general: Doc. St. Popescu; Casier: Doc. S. Ţovaru; Bibliotecar: Doc. Popescu-Buzău; Secretari de şedinţă: Doc. Dan Teodorescu, Doc. S. Buzoianu, S. Vintilă şi A. Popescu-Severin.

* * *

Politica Sanitară Realistă.

Intr'un judicios articol publicat în „România Medicală" No. 1/1932, d-l Dr. Anghel Daniel, Inspector general sanitar, atacă chestiunea „*Controlului în Administraţia Sanitară*".

Autorul este de părere că dacă controlul technic nu-şi mai are rostul în exerciţiul practicei specialiştilor şi nici în instituţiunile private cu caracter medical, pentru-că se presupune că condiţiunile legale necesare pentru obţinerea titlului şi libera practică au fost îndeplinite; nu tot astfel este cazul cu instituţiunile sanitare ale ţării, în cari trebue să se exercite acest control şi prin organe de control adequate, adică: prin inspectorii generali sanitari regionali şi organele subalterne pentru administraţie; prin organe de control technic aparte pentru controlul exercitării medicinei specializate.

Aceste organe de *control technic* pot fi reprezentate pe regiuni prin medici şefi de specialitate calificaţi, însărcinaţi temporar cu anumite puteri legale, nesalarizaţi — şi de ce nu şi primind un anumit salariu; — sau prin organe centrale technice create numai în vederea exercitării acestei funcţiuni.

* * *

Necesitatea criticei în medicina românească.

Este tilul unui articol publicat în „România Medicală" No. 1/1932, în care d-l Conf. Dr. P. Tomescu, directorul Revistei, justifică lipsa în trecut a acestei critice în coloanele revistei sale prin nevoia de a pune în lumină pe toţi aceia, cari aduceau o cât de mică contribuţie românească de ordin medical.

In viitor D-sa susţine necesitatea unei critici prin crearea unui spirit critic în medicina românească, care să se exerciteze prin *organele, cari reprezintă opinia publică medicală din ţara noastră*

şi anume: prin *Asociaţia generală a medicilor şi filialele sale* judeţene pentru partea profesională şi pentru crearea de centre în jurul acestor nuclei, centre în cari să se stimuleze şi activitatea ştiinţifică; prin *revistele medicale*, în cari critica să se exerciteze nu numai prin selecţionarea tacită a lucrărilor date publicităţii, ci şi printr'o critică activă, în cari să se elogieze lucrările serioase, — adică partea meritorie şi originală a lor — „critica obiectivă şi serioasă a producţiei literaturei medicale şi a activităţii, pe care medicii o desfăşoară în serviciile publice".

N. Red. — Această critică, pe care noi am introdus-o de mult în coloanele revistei noastre, trebue să se exerciteze mai cu seamă asupra lucrărilor medicale româneşti, cari se publică în periodicile sau se comunică la societăţile medicale străine.

Banalitatea celor mai multe dintre ele strică bunului renume al medicinei româneşti în străinătate.

* * *

Anofeliosă în loc de Paludism.

Febră de anofeliosă în loc de febră palustră sau febră paludeană propune a se numi de aci înainte infecţiunea cu hemotozoarul malaric D-rul Cardamatis, printr'o comunicare adresată Academiei de medicină din Paris (Buletinul său, 6. X. 1931), şi pentru aceste motive: a) răspunde mai bine subiectului; b) prin analogie cu helmintiasa, tripanosomiasa, etc. *Dr. Apostol.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Extr. Oleo. Jecoris. Chlorat, ZnO.
Bolus. alba Adeps. lanae c. aqua. Vaselin flav.

Arsuri (prin foc şi frig)
Cicatrizarea plăgilor
Ulceraţiuni cronice
Pansament ginecologic
Prurit, Intertrigo
Eczeme uscate
Pediatrie

DESITIN
Pomadă

Acţiune bactericidă neiritantă (Chlor după Dakin). Pansamentul nu lipeşte. Nu se descompune sub acţiunea organică. Apără plăgile împotriva secreţiunilor şi exsudatelor

Tuburi à 50 & 80 gr. & cutii a 1/4 kgr.

Reprezentant: AGECO S. A., Strada Sf. Ionică 9, Bucureşti.

Memoriul conferenţiarilor definitivi dela fac. de medicină din Bucureşti

Cu ocazia reformei învăţământul universitar superior ei au înaintat corpurilor legiuitoare un memoriu prin care cer să se înscrie precis în Noua Lege a Învăţământului Superior toate drepturile lor câştigate prin legile anterioare, sub imperiul cărora au intrat în corpul profesoral universitar.

Cei 18 Conferenţiari semnatari şi anume: Dr. Ion Jianu, Dr. Traian Nasta, Dr. D. Noica, Dr. G. Severeanu, Dr. Dem. Paulian, Dr. Gr, Georgescu, Dr. Gh. Marinescu, Dr. Col. D. Simici, Dr. Col. Eug. Cristian, Dr. Col. Mihailescu, Dr. Moscu, Dr. A. Crăciuneanu, Dr. I. Bejan, Dr. Alexandrescu Dersca Dr. Stoensecu Dr. Demetriad, Dr. Mladoveanu, Dr. Răsvan

invocând drepturile lor câştigate, crearea de precedente, lipsa de împovorare a budgetului prin menţinerea aceloraşi lefi, şi inconvenientele agregaţiei temporale şi onorifice, cer ca parlamentul să introducă în lege sub chipul de dispoziţii transitorii acest articol, care le va da dreptate:

„Actualii conferenţiari definitivi, medici primari definitivi şefi de servicii spitaliceşti cu paturi la Eforia Spitalelor Civile din Bucureşti, Aşezămintele Brâncoveneşti precum şi la Spitalele de Stat din Bucureşti, cât şi conferenţiarii definitivi ataşaţi pe lângă clinicile şi laboratoriile din centrele universitare, cu minimum 7 ani de stagiu socotiţi la un loc ani serviţi ca docenţi şi conferenţiari, se ridică la gradul de profesori agregaţi definitivi fără nici o altă împovărare bugetară, până ce posibilităţile bugetare vor permite să li se acorde salariul corespunzător gradului de profesori agregaţi.

Conferinţele lor sunt transformate în agregaţii fără nici o sarcină bugetară. Dânşii vor fi preferiţi la recrutarea profesorilor titulari în caz de vacanţă şi vor fi scoşi la pensie ca şi profesorii titulari la 70 de ani".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2f & 5f

ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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