ANUL XIV-lea No. 9—10 SEPT. şi OCT. 1941

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

P-r C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină din România

P-r M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

P-r C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, Paris şi Roma

P-r D. DANIELOPOLU
S-tar g-ral al Academiei de Med. din România. Membru al Acad. de Med. din Paris

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. Intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

P-r IONESCU - MIHĂEŞTI
Director al Inst. „D-r I. Cantacuzino", Membru al Acad. de Med. din România

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur
Membru al Academiei de Medicină din Paris

P-r ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

P-r C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
Docent M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII REGELE FERDINAND I CLUJ

SUMARUL

Pag.

CRONICA MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: **Spre o nouă organizare sanitară — Spre noi instituţiuni de învăţământ sanitar şi medical — Regionalismul Medical Oltenesc** 633

REVISTĂ CRITICĂ

N. VIŞINEANU: **Tratamentul cu digitală. Indicaţiuni practice.** 641

LUCRĂRI ORIGINALE

V. GOMOIU şi V. TRIFU: **Pericolul venerian** 657

I. GAINĂ: **Ruptura uterină după secţia cezariană** 661

GH. GRAMA: **Asupra tratamentului flegmoanelor tecilor sinoviale ale mănei** 669

GR. şi TEO. GR. IAMANDI: **Păduchele ca parazit şi ca agent vector de boli infecto-contagioase** 675

AL. MANOLESCU: **Date demografice pe 1940, comparativ cu cele pe 1939** 687

M. PARASCHIV: **Higiena rasei la noi** 692

S. SURUGIU: **Rolul laboratoarelor de higienă în cadrul actualelor nevoi sanitare ale ţării** 699

(Urmare pag 2 cop.)

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

2760.
220
222

Pag.

I. TATOIU: **Problema alimentaţiei** 706

GH. VAJA: **Tuberculoza la funcţionari** 712

NECROLOG

C. CRIŞAN: † **Profesorul Ion Drăgoiu** (1878—1941). . . 719

ORGANIZARE SANITARA

EXPUNEREA D-LUI PROF. P. TOMESCU, M-TRUL SĂNĂTĂŢII ŞI OCROTIRILOR SOCIALE CU PRIVIRE LA NOUA ORGANIZARE SANITARĂ

Inscrieţi-vă la facultăţile de medicină 725

Formarea cadrelor medicale necesare organizării sanitare . 727

Formarea medicilor specialişti 728

Noul plan de lucru în Ocrotirea Socială 730

Noua salarizare a Corpului Medical 732

Importanţa, utilitatea şi salarizarea personalului sanitar . . 735

Organizarea învăţământului sanitar şi de ocrotire . . . 736

Prevenirea şi combaterea epidemiilor 739

O nouă viaţă medicală de strânsă colaborare a tutulor serviciilor sanitare 740

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiole

DE **5** cmc.

ŞI

DE **10** cmc.

Elixir

ANEMIE

LIMFATISM

SURMENAJ

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

CENZURAT

ANUL AL XIV-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 9-10/1941

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORI PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Prof. C. BACALOGLU (Bucureşti), Agregat A. BABEŞ (Bucureşti), G. BANU (Bucureşti), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Bucureşti), Prof. D. COMBIESCU (Bucureşti), Prof. E. CRĂCIUN (Bucureşti), Conf. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Bucureşti), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Bucureşti), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Prof. S. LALU (Bucureşti), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Iaşi), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Prof. P. NICULESCU (Iaşi), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Agregat B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu), Prof. GH. ZOTTA (Buc.).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iaşi), Conf. AL. CRĂINICEANU (Bucureşti), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti, Agregat G. MARINESCU (Bucureşti), Prof. D. MANOLESCU (Bucureşti), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Conf. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Sibiu), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.
următoare

GH. ALEXIU: **Privire generală asupra hemotoraxelor în plăgile de războiu.**

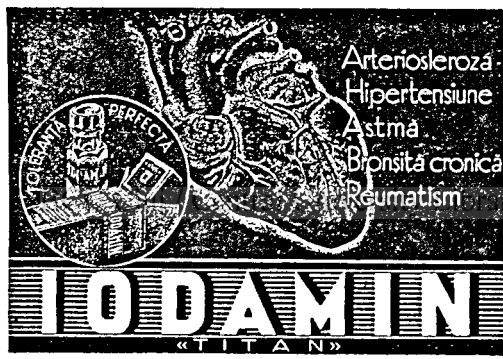
F. QUITTER: **Rolul factorului sensibilizant în etiologia şi patogenia pelagrei.**

Docent AXENTE IANCU: **Evoluţia şi felul de comportare al unor gemeni în colectivitate.**

EUG. CORNELEAC: **Contribuţiuni la studiul technicii extensiei transscheletice, cu broşa Kirschner, în tratamentul fracturilor deschise de răsboiu. (Prezentarea de aparate şi technica controlului radiografic în timpul extensiei).**

M. PARASCHIV: **Un caz de paludism cu sindrom anafilactic şi turburări statice şi dinamice pupilare.**

H. MAKELARIE şi C. IONESCU: **Valoarea comparativă a diverselor tratamente curative în tetanos.**



MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC

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

---

*) Apariţia urmează ordinea cronologică a primirii lucrărilor la redacţie şi a admiterei la publicare.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei 103 — Bucureşti VI

Depozit permanent de:

Seruri

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.
» antidisenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.).
» antistrepococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. septis, B. perfrigens, oedematiens, B. hystolitic, B. sporogenes).
» antimeningococic polyvalent şi monovalent (tip. A. tip. B tip. C. şi tip. D.)
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (tip. I, tip. II şi tip. III).
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic)
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

Vaccinuri

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric

Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)
» anticoli
» antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)

Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)

Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)

Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag). anticoli, antitific, antistafilococic antidisenteric

Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
» precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citochol şi Kohn
Antigen pentru reacţia Freii
Medii de cultură solide şi lichide
Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

*

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea prelungită se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cele mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

Album comemorativ cu ocazia jubileului de 100 ani al Farmaciei Centrale-Oravetz din Focşani, înfiinţată la 30 Oct. 1841, prin Hrisovul Domnesc No. 611, pe timpul Domnitorului Ţării Moldovei Mihail Grigorie Sturdza. Intocmit de d-na farmacistă Alexandrina Gh. Alaci-Oravetz. Institutul cartografic „Unirea", Braşov, 1941.

Prof. IACOBOVICI: **Pentru Profesorul Bălăcescu.** Bucureşti, Tipografia „Cultura", 1941.

Prof. S. D. LALU: **Lui Bălăcescu.** Bucureşti, Tipogr. „Cultura", 1941.

GR. GR. IAMANDI şi TEO. GR. IAMANDI: **Propuneri cu privire la organizarea sanitară a ţării** (1941). Extras „Mişcarea Medicală Română", No. 3—4/1941.

GR. GR. IAMANDI, TEO. GR. IAMANDI şi VET. M. TECLU: **Repartiţia geografică a câtorva helmintiaze umane şi animale în Nord-Estul României.** Edit. „Iaşul Medical", 1941.

GR. GR. IAMANDI şi D. LĂZĂRESCU: **Aspecte rare ale membranei pupilare persistente.** Extras „Mişcarea Medicală Română", No. 3—4/1941.

GR. GR. IAMANDI, TEO. GR. IAMANDI şi I. ŞTEFĂNIU: **Câteva aspecte din Biologia păduchelui, privit ca parazit, Concluziuni asupra deparazitării.** Edit. „Iaşul Medical", 1941.

VICTOR C. PAPILIAN şi C. C. VELLUDA: **Istoricul antropologiei în România.** Analele Academiei Române. Memoriile Secţiunii Ştiinţifice, Seria III, Tonul XVII, Mem. 1. Imprimeria Naţională, Bucureşti, 1941.

Farmacist AD. CĂPĂŢÂNA: **Istoricul oraşului Panciu şi al Schiturilor „Brazi" şi „Sf. Ion", prăbuşite de cutremurul din 10 Noembrie 1940.** Cartea Românească, Buucreşti, 1941.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RECTIDON COMP.

Supozitoare

Analgetic
Hipnotic
Antispasmodic

Intrebuinţând Rectidon comp. se poate evita în cele mai multe cazuri morfina şi derivaţii ei.

INOFENSIVI

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6-

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinaţie chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinţi

Liber de barbiturice şi alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.

10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu multă apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eşantioane şi literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, Bucureşti 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Eukodal, Inheptone per os „Merck"	631
CODEX: Hybridin „Henning", Spasmosedine „Deglaude"	713, 722
R. FOREK: Rectidon comp. „Riedel"	628
— — : Verodigen „Boehringer-Soehne"	639
— — : Perlatan-Calcium „Boehringer-Soehne"	667
— — : Kombetin, Myocombin „Boehringer-Soehne"	686
— — : Flavolutan „Boehringer-Soehne"	691
GEDEON RICHTER: Profecundin, Synthoestrin	673
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	718
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina	724
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	640
P. ILUTZA: Gargarisme, Antiseptol „Chauvin"	713
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	627
KNOLL: Oktiron, liquid	629
LUTEȚIA: Creophosan, Halocalcion	660
— — : Hemostyl „Roussel"	639
— — : Codoforme, Nealgyl, Neol „Bottu"	697
— — : Uralysol „Lobica"	698
— — : Hista „Beytout"	707
— — : Rubiazol „Roussel"	Cop. III
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma" — Hypotonine	626, 705
— —: Calcifix, Anemoton	Cop. II
SANDOZ: Calcibronat	696
SPECIA: Dmelcos, Cuti-Dmelcos	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	674
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	656
— — : Quadro-Nox „Asta"	685
— — : Scilloral „Asta"	718
— — : Quadronal „Asta"	723
WANDER: Hyponitin, Neupon „Wander"	655
— — : Cordisan, Tonikum „Sapic"	668
G. VERGLAS: Passiflorine „Réaubourg"	690
— — : Chloro-calcion	711

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anemie,
Debilitate
Convalescenţă

Inhepton per os

Merck

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentanţa generală: „CHIMIROMAN"
Farmacist Liviu Bancu
Bucureşti I, str. T. G. Masaryk No. 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La dureri mari
(colici cancer, dureri postoperatorii)
Pentru pregătirea narcozei
Pentru calmarea iritaţiunilor tusigene

EUKODAL Merck

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
„CHIMIROMAN" Farmacist Liviu Bancu,
Bucureşti I, Ttr. T. G. Masaryk 32

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

Corespondenţa cu privire la chestiuni de *Redacţie şi Ad-ţie* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ţii Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană şi italiană.

Se refuză articolele de polemică personală, caşi cele apărute într'o altă revistă din ţară.

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 8 pagini de tipar, faptele clinice 2—3 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 400 lei pagina.

Pentru *Extrase,* al căror număr se va indica, tariful este:

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 185 —	Lei 230.—
5- 8 „	„ 250.—	„ 300.—
8-16 „	„ 360.—	„ 410.—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Costul clişeelor ca şi al planşelor în afară de text, din revistă şi din extrase, priveşte pe autor.

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunţurile publicitare se angajează direct şi numai prin Ad-ţie, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de lei 400 pentru medici, 800 pentru Instituţiuni, 1200 lei pentru Străinătate. Se trimete *anticipativ,* prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

SPRE O NOUĂ ORGANIZARE SANITARĂ

de

Docent D-r M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

Rămânem şi în această Cronica medicală, „La postul de comandă sanitară supremă" la care am stat în Cronica precedentă, pentru a putea desprinde după realizările urgente dictate de vitregia împrejurărilor, realizări prezentate în Expozeul făcut cu ocazia aniversării zilei de 6 Sept. a. c., de către D-l Prof. M. Antonescu, Vice-Preşedinte al Consiliului de Miniştri, intenţiile realizărilor viitoare.

Dacă primele privesc prezentul cu necesităţile imperioase, realizările ce vor veni angajează viitorul cu consecinţele fatale. Şi din acestea va reeşi şi, dacă o nouă concepţie le stă la bază, sau ne aflăm în faţa cârpelilor destul de costisitoare din trecut cu construcţii de câteva sanatorii măreţe, în cari masa cea mare a tuberculoşilor din România nu vor putea decât să-şi trimeată câţiva reprezentanţi favorizaţi de soartă; sau a viguroaselor ofensive sanitare fără urmare, cari au început cu construcţia hazlie a latrinelor la sate şi au sfârşit cu spaima îmbăerilor forţate din trenurile sanitare.

Copyright © Babeş-Bolyai University Library Cluj

Aceste intenţiuni le vom desprinde din expunerile ample făcute în faţa reprezentanţilor presei autorizate în mai multe conferinţe, al căror cuprins se redă la paginile 725—743 ale acestui număr de revistă, de către însuşi D-l Ministru al Sănătăţii, Profesorul P. Tomescu. Ele se referă în primul rând la **Formarea cadrelor necesare organizării sanitare şi la Noul program de activitate sanitară.**

PROBLEMA NUMĂRULUI:

Inscrieţi-vă la Facultatea de Medicină

Bazându-se pe datele recensământului făcut în primăvară, şi constatând insuficienţa numărului total, mai cu seamă a celui de origine etnică românească al medicilor din ţară, s'a tras concluzia logică că înainte de toate trebueşte favorizată intrarea studenţilor în facultăţile de medicină.

Intr'adevăr, în România mutilată (vom cita după „Apelul" îndreptat spre tineretul studios de către D-l Prof. Tomescu şi în care îndeamnă pe băeţii buni să se înscrie la facultăţile de medicină, iar pe fetele serioase să intre în şcolile de surori), aveam la 15 Martie 1941: 5671 medici români, la care se adaugă 490 medici germani, 71 unguri ş. a., în total 6332 medici arieni. Printre aceştia ocupau funcţiuni publice 4138 medici (3377 în serviciul sanitar al Statului, 761 în cadrul armatei).

6,5 la sută din medicii oficiali părăsesc anual funcţiunile prin

pensiune, demisie sau deces. Pentru a-i înlocui, este nevoe anual de circa 270 medici noi.

In mediul rural avem 1520 medici, ceeace revine un medic la 7057 locuitori. Dar se impune ca la țară să fie un medic măcar la 3500 locuitori. Ne trebuesc deci 1500 medici noi, cari repartizați pe 5 ani, după un plan quinquenal, revine anual 300 medici noi.

In Basarabia și Bucovina, ca să putem avea un medic măcar la 7000 locuitori, în mediul rural, trebuesc încă 540 medcii, cari repartizați pe 5 ani după acelaș plan quinquenal, revine la 110 medici noi anual.

Pentru-ca să-și asigure numărul de acești 680 medici anual (270 peentru menținerea cadrelor actuale; 300 pentru înmulțirea treptată a medicilor din țară; 110 pentru Basarabia și Bucovina), trebue să se primească în anul I cel puțin 1000 de studenți, (pentru-că dintre aceștia cam 30% se retrag dela Medicină în timpul studiilor).

Pentru aceste motive, de importanță capitală pentru apărarea în viitor a sănătății neamului românesc, se adresează D-l Ministru al Sănătății către tineretul studios din țară, îndumându-l să se înscrie la facultățile de medicină.

Este aceasta o **Concepție de număr, bazată pe date statistice,** riguros exacte, care nu a preocupat niciodată pe conducătorii din trecut ai organizației noastre sanitare, ori cu atât mai puțin pe decanii facultăților de medicină cari strâmtorați își croiau haina pe corp, restrângând numărul studenților la intrarea în facultăți pe posibilitățile capacității de instruire a clinicilor și laboratoarelor facultăților.

Colegiul Clinic Universitar Cluj

PROBLEMA FORMAȚIEI TECNICE ȘI A SPECIALIZĂRII MEDICILOR

Problema numărului rezolvindu-se prin chemarea și înscrierea la facultățile de medicină a unui număr de circa 1000 studenți anual, adică de 3 ori mai mare decât acela la cari se ajunseră la un moment dat de decanatele facultăților de medicină, este în urmă nevoe de o cât mai temeinică pregătire de bază a acestor studenți. Pentru aceasta, Ministerul Sănătății a făcut apel la 2 comisiuni formate de profesori dintre cei mai calificați în materie, ca să reorganizeze stagiile de externat, internat și secundariat.

Dintre prevederile regulamentare, menționăm: pentru **Concursul de externat:** prezentarea la concurs după 2 ani de cursuri; funcționarea în spitalele din centrele universitare; concurs unic la facultatea de medicină din localitate, sub auspiciile Ministerului Sănătății; 2 probe orale (de anatomie și mică chirurgie) pe chestiuni trase la sort dintr'un număr fixat prin regulament; durata 2 ani; mutarea după 6 luni; salariul 4600 lunar. **Concursul de internat,** se va ține cu externii cari au funcționat 2 ani; este unitar pentru toate locurile vacante; se ține prin 3 probe (una scrisă, de anatomie și 2 orale, de palalogie externă și internă) pe chestiuni dintre programa analitică de câte 50 subiecte pentru fiecare probă; durata 3 ani; transferarea din 6 în 6 luni; salar 6000 lei lunar și întreținerea complectă. **Concursul de secundariat** se dă imediat după obținerea diplomei de doctor; va fi separat pentru fiecare

specialitate; 3 probe, dintre cari prima va fi o expunere asupra activitătii din timpul anilor de studii şi asupra concursurilor anterioare (pentru externi şi interni); stadiul va fi de 3 ani, după cari se pot prezenta la concursul de medici primari.

Vor favoriza aceste măsuri o **Metodă obiectivă de selecţionare**, pe care o reclamau tot mai insistent în ultimii ani studenţii noştri. Şi se asigură astfel din secondariat **Inceputul de specializare**, pe care studii ulterioare o vor desăvârşi, şi numărul de specialişti de care ţara are nevoe, nu numai la oraşe, dar la ţară, mai cu seamă în domeniul igienei şi medicinei preventive. **Bursa pentru studenţi eminenţi** şi ameliorarea situaţiei materiale a medicilor, care activează în mediul rural, prin **Prime de reşedinţă pentru regiunile sărace**, sunt tot atâtea măsuri menite să atragă la medicină şi la ţară pe medici.

NOUL PROGRAM DE ACTIVITATE SANITARĂ

Acest plan se va îndrepta în 3 direcţii: 1) Acţiunea sanitară în mediul rural va trebui să fie consolidată şi generalizată: prin înfiinţarea unei **Case de sănătate** în fiecare comună; prin **Motorizarea medicilor**, ca să se poată deplasa cu uşurinţă peste tot şi de câte ori va fi nevoe; prin **Dispensarii mobile** şi **Dispensarii polivalente**. 2) Instituţiile de asistenţă medicală vor trebui mărite şi complectate, printr'un întreg program de construcţii şi dotarea lor cu medici specialişti. 3) Un nou plan de lucru în ocrotirea socială, prin înfiinţarea **Consiliului de patronaj al operilor sociale**, pentru consolidarea socială va trece dela ocrotirea individuală la cea colectivă şi dela societăţile particulare de ocrotire la ocrotirea dirijată şi etatizată, în care se vor ocroti nu numai deficienţii, dar se vor căuta şi ajuta să-şi desvolte marile lor facultăţi copii şi tinerii exceptional dotaţi.

O NOUĂ SALARIZARE A CORPULUI MEDICAL

O nouă salarizare a corpului medical se impune: Pentru-că salariile medicilor întotdeauna au fost sub nivelul dorit şi datorat; pentru-că medicii tineri intraţi la Stat trebuesc ajutaţi la început, printr'o remuneraţie mai potrivită sau acordarea de alte avantagii; pentru-că medicul dela ţară trăeşte în condiţiuni de viaţă mult mai grele şi nu i se poate cere să facă numai şi toată viaţa apostolat. Intr'o conferinţă de presă specială, D-l Ministru al Sănătăţii a expus noile condiţiuni de salarizare.

Dispoziţiuni luate cu privire la **Incadrarea şi salarizarea personalului sanitar**; la **Organizarea învăţământului sanitar şi de ocrotire**; la **Prevenirea şi combaterea epidemiilor**, mai cu seamă în Basarabia şi Bucovina; la **O nouă viaţă medicală de colaborare a tutulor serviciilor sanitare**; la **Problema farmaciilor publice în România**; la **Stagiul de vară al studenţilor în spitalele statului**, asupra căruia vom inzista într'o cronică viitoare — dovedesc că ne aflăm în faţa unei prefaceri radicale a organizaţiei noastre sanitare, bazată pe alte concepţiuni şi de efectuat cu mijloace noi. Este cel mai valabil titlu pentru cali-

ficarea actualei conduceri sanitare, care în persoana D-lui Profesor P. Tomescu, M-trul Sănătății, își continuă fără preget **Activitatea pe teren prin inspecții amănunțite și prin consfătuiri cu corpul medical local**, precum în ultimul timp la instituțiile sanitare din Banat, din Moldova, și depe malul Dunării.

* * *

SPRE NOI INSTITUȚIUNI DE INVĂȚĂMÂNT MEDICO-SANITAR REGIONALISMUL MEDICAL

Conjugarea organizației sanitare cu aceea a instituțiunlior de învățământ sanitar și medical se impune. Pentru-că nu s'a ținut seamă de acest comandament, am rămas în urmă cu numărul necesar de medici și personal sanitar, precum și cu rezultatele obținute până în prezent pe terenul sanitar.

ȘCOLI SANITARE

Actuala conducere a M-terului Sănătății și Ocrotirilor Sociale s'a sesizat de această lacună și a organizat 30 școale noi, precum **Institute de surori de ocrotire, Școli de surori-infirmiere, Școli de moașe, Școli de agenți sanitari, Școli de laboranți și laborante**; și a înființat **un Birou central al învățământului sanitar și de ocrotire**, al acestor școli răspândite în diferite regiuni ale țări.

SOCIETĂȚILE DE MEDICINĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In diferite ocazii am inzistat asupra rolului ce au de îndeplinit **Societățile regionale de medicină**, precum **Societatea de medicină din Oltenia**, căreia delegați ai corpului medical din cele 6 județe oltene îi puneau baza la data de 30 Sept. 1934:

„Societățile de medicină oferă mijloacele, prin cari se strâng legăturile între medici, favorizând o **Solidaritate** atât de necesară corpului medical.

Societățile de medicină pun în aplicare **Regulele de deontologie**, pe cari medicii tineri n'au avut timp să le învețe, iar medicii mai bătrâni, ipso facto, sunt ținuți în primul rând să le respecte.

Soc. de medicină **prelungesc școala**, în care medicul n'a avut timp să învețe tot, precum și **trimit îndărăt la școală**, pe ale cărei învățăminte de bază să ne aplecăm necontenit

După patul bolnavului, o Societate de medicină reprezintă al doilea loc în care medicul își poate prezenta, susține și verifica propriile observațiuni; știința medicală este animată de un subiectivism specific: din partea bolnavului, om care el reclamă îngrijirile medicale, iar nu boala; — din partea medicului, om care el reprezintă medicina; și omul se poate înșela căci „errare humanum est", dar „din discuție ese lumină".

Soc. de medicină sunt **Forurile** în care prin controversă și replică spiritul se ascute; iar critica, care face să se audă și părerea cealaltă, exercită controlul salutar.

Soc. de medicină adună pe medici în **Congresele**, în cari atâtea noțiuni de actualitate sunt puse la punct.

Soc. de medicină organizează **Bibliotecile și Muzeele medicale**, în cari membrii lor se instruesc, prin cari se consfințește tradiția și se prelungește amintirea celor cari au lucrat în și pentru societatea lor".

Scriam aceasta în 1934. Reveneam asupra acestor idei în 1940, cu ocazia cererii ce mi s'a făcut de a scrie un articol la No. 1 al Buletinului Cercului de Studii al Medicilor din județul Neamț.

ŞCOLI DE MEDICINĂ

Am prezentat în câteva cronici precedente importanţa **Problemelor sanitare locale,** la rezolvirea cărora este chemat să participe Colegiul medical prin secţiile sale judeţene.

In descentralizarea care se anunţă, regionalismul trebue să constitue etapa intermediară, pentru-că **Probleme sanitare regionale** se suprapun peste cele strict locale.

Pentru motive, pe cari le vom atinge în treacăt acum şi le vom desvolta ulterior, existenţa numai a 3 focare de învăţământ medical superior în ţara noastră nu ajunge. Este nevoe a se creia un al 4-lea centru. Acest centru nu va putea lua fiinţă decât la Craiova, Capitala Olteniei. Această nouă instituţie de învăţământ medical superior nu trebue să fie o facultate complectă, ci o **Şcoală de Medicină,** adică o facultate redusă la primii ani de învăţământ. Aşa cum, în Franţa, Şcoli de medicină celebre încă fiinţează, precum cea dela Clermond Ferrand condusă de savantul cu reputaţie medicală, profesorul I. I. Castaigne. Astfel după cum, în ţara noastră, gimnaziul cu 4 clase a precedat liceul cu 7 şi 8 clase, în care absolvenţii gimnaziului aveau dreptul să se înscrie.

Va fi nevoe a se creia această Şcoală de medicină, pentru a se umple cu un moment mai de vreme golul miilor de medici cari ne lipsesc şi a face educaţia sutelor de studenţi noi, cari nu pot încăpea în cele 3 facultăţi de medicină existente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REGIONALISMUL MEDICAL OLTENESC

Existenţa unui **Regionalism medical oltenesc** se bazează pe constatări de fapt.

„Regionalismul trebue practicat, ca să se dea o extensiune mai mare unei acţiuni locale.

Ideia regională stă la baza tutulor întocmirilor omeneşti, în cele de ordin social, naţional, politic, administrativ, cultural, sanitar.

Regiunea reprezintă o unitate mai mare, un organ menit să asigure îndeplinirea unor funcţiuni mai importante în viaţa socială; întocmai precum un organ în organismul unei fiinţe vieţuitoare; iar toate întocmirile regionale se aseamănă prin caracterele lor generale, dar se deosebesc prin caractere proprii.

Acest **Specific regional,** pecete particulară, îl determină însuşirile de rasă mai mult sau mai puţin transmise prin amestecurile etnice, viaţa în comun cu obiceiurile moştenite, condiţiile geografice, diferitele împrejurări de ordin social, politic, economic, cultural.

La noi, mai ales **Oltenia, leagănul Românismului şi băştinaşul ei, Olteanul,** cu energia, vioiciunea şi tenacitatea lui recunoscute, prezintă caractere distincte, cari îl deosebesc şi de celelalte provincii şi de ceilalţi locuitori ai ţării.

Pământul şi sufletul oltenesc prezintă un **specific** al lor.

Nuanţează acest **Specific Oltenesc,** de sânge şi temperament, şi întocmirile sale sociale? — de ordin cultural deocamdată?; — în speţă, prezintă **Regiunea sanitară a Olteniei,** care înglobează 6 judeţe, sub aspectul sanitar ceva care să o distingă de celelalte?

Este de cercetat, dacă în cadrul medicinei româneşti şi în acel al organizării noastre sanitare, **Oltenia medicală** prezintă ceva deosebit, şi dacă un **Regionalism Medical Oltenesc,** trebue practicat.

In orice caz, dacă nuanţele se desprind mai greu, dar regiunea aceasta — şi ca ea orişicare alta — îşi are un **Istoric medical** al ei, al medicinei practicate pe pământul său, al epidemiilor cari l-au bântuit, istoric de făcut

prin desgroparea archivelor locale aflate în cancelariile serviciilor sanitare judeţene şi orăşeneşti, în cartoanele serviciilor technice, în mărturiile transmise prin grai şi scris ale oamenilor de altădată;

prezintă o **Stare sanitară proprie**, determinată de boalele cari o bântue în deosebi, de gradul de cunoştinţe, trai şi alimentaţie higienică ale populaţiei, de nivelul ştiinţific al medicinei, preventive şi curative practicate aci;

are o **Organizaţie sanitară** a ei, constituită în regiune sanitară civilă sau corp de armată, priveghiate de un Inspector general sanitar sau Medic şef militar, cu instituţiile ei medicale şi medicii ei;

mai are un Folklor medical, făcut din medicină populară empirică, atât de bogat în Oltenia, **Folklorul Medical Oltenesc**, care a precedat toate dregătoriile şi legiuirile sanitare şi aforismele medicale, prin a cărui albie putem să ne întindem la acela al popoarelor înconjurătoare sau să ne ridicăm la cel al raselor suprapuse.

Toate aceste desgropări şi constatări se pot face prin comunicări şi conferinţe în şedinţe, prin monografii la tipărirea cărora **Societatea de Medicină din Oltenia**, va căuta să contribue, prin reuniuni locale, cari în felul acelor „Assemblées départementales des Assises générales de la médecine française" îşi vor propune a studia la faţa locului diferitele aspecte şi probleme ale **Medicinei Oltenesti**; bine înţeles alături de expunerile de ordin ştiinţific, de lucrări originale, de cazuistică, documentări personale, — carî stau la baza programului nostru şi pe care îl vom complecta cu referate expuse în şedinţe.

Prin urmărirea necurmată a ţintelor expuse mai sus; — prin gruparea în jurul Societăţii de Medicină din Oltenia a tutulor valorilor cari ajunse pe treptele cele mai înalte ale erarhiei medicale româneşti, nu uită de unde au plecat şi se mândresc a fi Olteni; — prin sforţarea în comun a tutulor şi prin sacrificiile neprecupeţite ale unora, cari înţeleg a pune în slujba acestei Societăţi desinteresare, abnegaţie, mintea şi toată energia lor — va putea astfel **Societatea de Medicină în Oltenia**, prima Societate medicală regională la noi să se înfiinţeze, să dureze şi să progreseze.

Dar Societatea aceasta va mai avea un rol de îndeplinit; şi acela trebueşte socotit ca o datorie de îndeplinit pentru ridicarea culturală a Olteniei noastre: statisticile arată în diferite ţări că instituţiile de învăţământ medical superior (Şcoale şi Facultăţi de medicină) sunt în număr mai mare decât 3 la o populaţie de 18.000.000 locuitori; va veni timpul când şi la noi se va pune problema înfiinţării unui al **4-lea centru de învăţământ medical**: şi acela nu va putea fi ales decât aici, la noi, **în Oltenia**, pentru motive ineluctabile de ordin geografic, etnic, naţional, economic şi desigur la Craiova, centrul şi oarecum capitala Olteniei, care face pătratul cu cele 3 oraşe dotate cu Facultăţi de medicină.

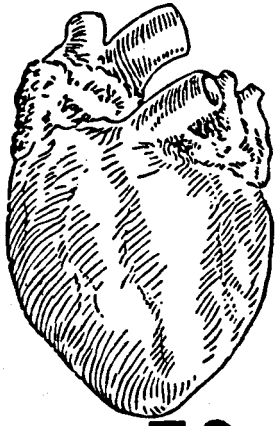
Va fi Rolul Societăţii de medicină din Oltenia să creeze din vreme atmosfera ştiinţifică necesară, care să justifice la momentul oportun pretenţia de a organiza aci un **Aşezământ Oltenesc de Invăţământ Medical Superior**".

Atmosferă ştiinţifică, pe care de fapt o întreţine de 14 ani această Revistă olteneasca „Mişcarea Medicală Română"; şi care s'a stabilit încă din 1902 cu înfiinţarea „Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova", una din cele mai vechi Societăţi medicale din ţară.

Astfel scriam la 1934 în Expunerea de motive la constituirea Societăţii de medicină din Oltenia, care Societate nu reprezenta decât un preludiu la organizarea unei Instituţiuni oltenesti de învăţământ medical superior. Care instituţiune pentru început nu poate fi decât o Şcoală de medicină, adică o Facultate de medicină cu primii ani de învăţământ.

Prin urmare, nu suntem adepţi de ultima oră a părerii de a se organiza o Şcoală de medicină la Craiova. O anunţăm din nou acum când Secţiile judeţene oltenesti ale Colegiului medicilor din România, sunt chemate să participe la noua organizare ce urmează a se da Practicei medicale în România, şi implicit Organizaţiei sanitare care este în strânsă dependinţă cu Invăţământul medical şi sanitar.

Digitized by Centrul de Studii Transilvanie Cluj



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi 1/2 comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi 1/2 comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

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

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14
BUCUREŞTI V — Telefon 5.66.32

CALCIUM „ICFAL"

(Calcium Lacto-gluconic-glycerofosfat)
Fiole de 10 cc.

Perfect stabil şi indolor. — Intravenos şi intramuscular.

FOSFOVITADOL

VIN ŞI GRANULE
Tonic reconstituant

vin — 3 linguri pe zi. :-: granule — 3 linguriţe pe zi.

HEPATONAL

Extract de ficat injectabil
Dimethyl arseniat de fer

fiole a 2 cc. :-: 1 fiolă zilnic intramuscular

NAJOSOL

Fiole de 10 cc. şi 5 cc.
(iod, sulf şi magneziu)
REUMATISM, SCIATICA
Intramuscular.

METOCHIN

Fiole de 2 cc. şi 1 cc.
(clorură de tetrametilthionin biclorhidrat de chinin carbomidat)
PALUDISM ŞI SPLENOMEGALIE

P. S.
Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA" aduc la cunoştiinţa D-lor clienţi că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL" din Bucureşti V, Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL CU DIGITALA
INDICAŢIUNI PRACTICE

de
D-r N. VIŞINEANU
Asistent al Clinicii de Balneologie şi Dietetică

Intre tonicardiace digitala ocupă locul cel mai de seamă. De aceea ea merită o deosebită atenţie. Intregul material informativ asupra digitalei nu poate fi găsit decât în monografiile de specialitate. In articolul de faţă, ne vom mărgini să menţionăm vederile generale şi unele concluzii ce rezultă din datele experimentale noi şi ne vom opri mai ales asupra problemelor de ordin practic, care constitue preocuparea zilnică a fiecărui medic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un bolnav are nevoie de digitală. Trebue să-i administrăm unul din preparatele cunoscute. Ii vom indica o anumită doză zilnică şi o anumită cantitate totală de substanţe. Ne vom opri, sau vom continua cu tratamentul, după mersul boalei şi după anumite turburări ce s'ar ivi în legătură cu această medicaţie.

FARMACOLOGIE. Tratamentul cu digitală e vechi. Scoţianul *William Wilhering* (1775) îl adoptă dela o empirică şi, puţin mai târziu, îi recunoaşte pentru prima oară calităţi cardiotrope excepţionale. Dar digitala nu e numai o medicaţie a insuficienţei cardiace şi efectele ei nu se mărginesc numai asupra miocardului. Ele se întind asupra sistemului nervos central, asupra vaselor în genere şi a coronarelor în special (vasodilataţie prin contractilitate mărită a ventriculului). Tot ea este un puternic excitant al vagului. Cu pătrunderea ei în tratamentul aritmiilor pure (fibrilaţie, flutter), precum şi în turburările funcţionare fine, digitala devine un remediu admirabil, care predomină aproape toată terapia cardio-vasculară. Ca şi insulina, ea reprezintă un succes al medicinei faţă de maladiile grave şi de lungă durată. De aceea, încântat de bunele ei rezultate, *Naunyn* spunea că dacă ar fi lipsit digitala n'ar fi vrut să fie medic.

Cu toată generalizarea lui, se mai discută însă asupra oportunităţii tratamentului şi partizanii digitalei sau ai strofantinei n'au ajuns încă la un acord împăciuitor.

Totuşi, în afară de rari excepţii, *digitala e întrebuinţată în clinică oridecâteori sunt prezente fenomene acentuate sau mai discrete de insuficienţă cardiacă cronică.* Se înţelege prin aceasta o scădere a puterii de contracţie a ventriculilor şi ca urmare, un desechilibru între nevoile de irigaţie generală ale organismului şi capacitatea funcţională a inimii. Simptomalogia insuficienţii cardiace este îndeobşte cunoscută şi nu intră în cadrul subiectului nostru.

Fapt important, în experienţă ca şi în patologie, digitala *în doze terapeutice,* nu lucrează decât pe inima bolnavă.

Puterea farmacodinamică a pulberii de foi digitală se datoreşte *glucozizilor* pe care planta îi cuprinde. *Digitoxina, gitalina, gitoxina* şi *digoxina* sunt cei mai cunoscuţi. Glucozizii sunt deci principii activi ai digitalei. Formula lor chimică se compune dintr'un aglucon şi una sau mai multe molecule de zahăr şi prin aceasta se înrudesc cu grupa sterololiilor, în care se numără acizii biliari şi vitamina D. *(Magnus-Neukirch, Jacobs, Lendle).* Valoarea activă a foilor variază după specie (purpureea, lanata). Prin uscare, potenţialul lor scade cu 1/4. In asemenea condiţiuni, un dozaj gravimetric al *preparatelor galenice* nu e cu putinţă. Deaceea, pentru mai multă certitudine, s'a recurs la dozajul biologic. Ca şi pentru hormoni şi vitamine, s'a căutat o unitate de măsură, exprimată în unităţi animal. Astfel, 1 unitatea pisică este cantitatea minimă de glucozid pe kgr. animal, necesară să producă moartea acestuia, prin oprirea sistolică a inimii. Ea corespunde la 0,10 ctg. pulbere de foi de digitală titrată. Pe această equaţie trebue calculate prescripţiunile din foi uscate, infuzia, maceraţia şi tinctura. In schimb, toate *preparatele de specialitate* se socotesc în unităţi ponderale şi, e în general admis, ca fiecare comprimat — 1 cc soluţie — în valoare cu 0,10 ctg. pulbere de foi digitala titrată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cunoaştem astăzi o serie de fenomene noi în raport cu *fizico-chimia principiilor* activi ai digitalei, plecând dela resorbţia lor intestinală, trecând la pătrunderea lor în sânge şi ajungând la afinitatea lor cu celula cardiacă. Un grup de experienţe ne caracterizează intimitatea procesului. Ele pot fi rezumate astfel. In contact cu o concentraţie variabilă de glucozizi, miofibrila inimii de broască fixează în câteva secunde această substanţă activă, cu care stabileşte raporturi reversibile de absorbţie şi de difuziune *(Cloetta; Fischer).* Câteva secunde mai târziu, legătura devine definitivă şi de aici înainte, totul depinde de concentraţie şi de doză. Dozele mici măresc puterea de umflare a sarcoplasmei şi sporesc energia contractilă a fibrei, uşurând astfel schimburi metabolice favorabile *(Riesser şi Neuschloss).* Dimpotrivă, dozele mari reduc permeabilitatea membranei celulare şi provoacă acidoză şi necroză. De aci reese limpede că, între glucozizi şi miocard se stabilesc reacţiuni fizico-chimice intime, în raport cu concentraţia substanţei şi cu starea biochimică a fibrei cardiace. Aceste fapte ne vor lămuri unele aspecte de ordin practic.

Oricare ar fi însă modul de adminstrare şi oricare ar fi calitatea glucozidului, acţiunea farmacodinamică a digitalei se bazează pe două fenomene importante, care merită o deosebită atenţie. Ele sunt *toxicitatea* şi *acumularea*. Fără toxicitate acţiune nulă, fără acumulare rezultate practice insuficiente.

TOXICITATEA. Farmacodinamia glucozizilor se socoteşte în raport cu acţiunea lor toxică (oprirea sistolică a inimii). Sunt animale mai sensibile (pisica, broasca) şi altele mai rezistente la digitala (câinele). Deasemenea, anotimpul joacă un rol foarte important. Astfel inimă de broască, (Rana temporaria) este insensibilă la digitală în lunile de vară. Ca şi la animal, unele date statistice tind să demonstreze, că mortalitatea cardiopatiilor cronice este vădit crescută în lunile Septembrie şi Februarie. O digitală care în anumite doze nu devine toxică, e un drog ineficace şi prin urmare nu poate intra în grupa cardiotonicilor. Sunt bolnavi cari la cantităţi relativ mici (doză totală 0,40-0,50 ctg. pulbere sau 20-30 pic. digitalină Nativelle) prezintă turburări toxice manifeste. Sunt alţii cari au nevoie şi tolerează doze mari (insuficienţele cardiace cu fibrilaţie sau flutter).

Când doza totală a întrecut un anumit prag (supradozare), apar semne de intoleranţă sau intoxicaţie, caracterizate prin două simptome capitale: *vărsăturile şi bi-sau poligeminismul* prin extrasistole ventriculare. Ele sunt călăuze preţioase în cursul tratamentului şi, după unii autori, ele pot fi considerate ca elemente de prognostic. Apariţia bigeminismului şi vărsăturilor la doze mici, constitue un prognostic grav.

Mergând mai departe, s'a făcut o legătură între toleranţa la digitala şi starea chimică a miofibrilei, a cărui conţinut poate determina acţiunea medicamentoasă. In această privinţă fosfatidele şi glucidele ocupă primul plan. Primele produc legături ireversibile cu digitala. (Schliomensum). Mai mult, în intoxicaţiile cronice cu digitala, miocardul se îmbogăţeşte în fosfatide solubile, prin transformarea celor de rezervă (*Kutschera-Aichbergen*; *Wees şi Weilgung*). Nu s'a putut totuşi stabili o corelaţie directă între fosfatide şi digitoxină; pulberea de miocard tratată cu acetonă sau alcool, fixează tot atâta glucozid ca şi muşchiul nedegresat. (*Heyden*). In privinţa glucidelor, lucrurile stau la fel. Cu tot rolul important al hidrocarbonatelor, nu s'a găsit un raport precis între conţinutul miocardului în glicogen şi mecanica cardiacă. La eforturi mari, glucogenul nu scade şi numai anoxemia produce o pierdere apreciabilă.

In ceeace priveşte, nevoile în hidrocarbonate ele sunt acoperite în experienţă, aproape exclusiv de acidul lactic sanghin (*Wesse*). De fapt nici aceste date nu lămuresc unele insuccese la patul bolnavului. S'a invocat o *obişnuinţă* a organismului la digitala, după cum s'a vorbit de obişnuinţă ipotetică a unor anginoşi la trinitrina, deşi fenomenul n'a putut fi explicat ştiinţificeşte. Ceeace putem spune, e că, uneori, digitala nu se resoarbe, (baraj hepatic, revărsate în seroase) alteori, inima nu

reacţionează pentrucă leziunile miocardice au înaintat *(Laubry)*. In sfârşit e de remarcat că în practica zilnică, *de teama unor fenomene toxice, se administrează de regulă doze de digitală mai mici decât cele necesare şi optime* (*Schert)*. Acest fenomen devine şi mai perceptibil în tratamentul de întreţinere al echilibrului cardio-circulator, asupra căruia vom reveni.

ACUMULAREA e un fenomen farmacologic ce se observă în special în intoxicaţiile cronice. Ea a fost pusă pe socoteala eliminărilor întârziate. Dar după o injecţie intravenoasă la animal, glucozidul dispare din sânge în 10-15 minute. Nici în urină nu se poate regăsi decât 1/10 din cantitatea injectară. O acumulare experimentală nu se poate produce, decât cu o doză unică, care să reprezinte cel puţin 1/2 din doza letală.

Pentru a explica procesul de acumulare s'a studiat înmagazinarea chimică. Resorbiţi pe cale intestinală, sau introduşi direct în sânge, glucozizii digitalici se depozitează în diferite organe. Repartiţia lor inegală şi inima fixează numai 10%; 40% e luată de organele abdominale, iar restul de 50% e reţinut în celelalte regiuni. Aşa dar, o cardiofilie electivă a substanţei nu rezultă din aceste cifre. Din contră, e nevoie de cantităţi repetate zilnic până să apară efectul terapeutic.

Alte fapte au aceeaş însemnătate deosebită. Experimental, ca şi în patologia umană, *inima hipertiofiată şi dilatată acumulează mult mai multă substanţă activă decât inima de dimensiuni normale.* Acelaş lucru pentru ficatul de stază. Totul pare să ţie de mărimea şi de irigaţia organului; o inimă mai mare fixează mai multă digitală căci suprafaţa ei de absorbţie (endocard, circulaţie coronară) se măreşte (Edens). Rezultă deci că, prin acumulare trebue să înţelegem o *însumare de acţiune* a unei substanţe administrate la intervale repetate. La acţiunea dozelor următoare, se adaugă restul de acţiune al dozelor anterioare, ceeace realizează un efect farmacodinamic mult mai intens". *(Wesse)*. Dintre glucozizi, digitoxina extrasă din digitala purpureea, acumulează cel mai puternic. Tot ea produce fenomenele toxice cele mai accentuate. Aceste două proprietăţi îi conferă totuşi o mare valoare terapeutică în cursul insuficienţi cardiace cronice.

Dozele mari de glucozid acumulează vădit, iar cele mici sunt eliminate fără efecte cumulative. *(Bauer* şi *Fromhertz)*. Dintre animalele de experienţă pisica acumulează cel mai mult şi, la o injecţie masivă, moare cu leziuni de necroză miocardică *(Weese* şi *Dieckhoff*, *Wallace* şi *van Dike)*. Pentru *Eggleston*, chiar inima umană are o capacitate pronunţată de acumulare.

Plecând dela studiul pe animale, unele modificări morfologice au fost privite ca efecte toxice la digitala *(Edens)*. Ele se suprapun şi la aspectul anormal al electrocardiogramei, care, chiar la doze terapeutice, poate merge la inversarea undei T. E însă greu de înţeles, cum la doze terapeutice, o ameliorare funcţională să aibă totuşi ca substrat anatomic o leziune gravă a miocardului, care poate duce până la necroză *(Schert)*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deacea, după *(Büchner)*, aceste leziuni miocardice ar corespunde nu unei necroze ci unei insuficienţe coronariene funcţionale. Ele apar la animale cu tonus vagal accentuat (pisică) şi mai ales după accelerarea ritmului, în timp ce la alte specii de experienţă, (câini, iepuri) necroza nu se produce sau apare mult mai greu.

CUM LUCREAZĂ DIGITALA? Dacă ne referim pe scurt la influenţa bine cunoscută a glucozizilor digitalei asupra proprietăţilor fundamentale ale miocardului, trebue să reamintim că ele se exercită fie direct, fie prin intermediul vagului *(Cushny)* şi că două din acţiuni sunt de o mare importanţă practică.

Digitala are un efect manifest pozitiv asupra *contractilităţii şi excitabilităţii.* Mărind puterea de contracţie a ventriculilor, digitala realizează cel mai important succes în terapeutica cardiacă. Acelaşi rezultat se obţine şi cu adrenalina, efedrina şi cafeina, dar, spre deosebire de acestea, digitala răreşte ritmul, diastola se lungeşte prin aceasta debitul cardiac creşte. In doze terapeutice, fenomenele de mai sus nu se observă pe inima normală. Tot digitala stimulează centrii de excitabilitate a miocardului. Cel mai puţin excitat e nodul sinusal. In schimb, efectul predomină pe toţi centrii heterotopi şi mai ales asupra centrilor terţiari cari tind la automatism sau la aritmie extrasistolică cu bi sau poligeminism.

Rărirea ritmului la digitală îşi are originea, fie într'o influenţă miocardică directă *(Cushny)* fie într'o excitaţie a vagului *(Bijlsma, Magnus, Roessing)*. Fapt important, acest drog produce o scădere a fazei refractare absolute a fibrei miocardice şi pe această cale măreşte excitabilitatea inimii după cum o dovedeşte metoda cronaxiei. Din punct de vedere terapeutic, acţiunea batmotropă pozitivă a glucozizilor devine aşa dar antagonistă scopului urmărit şi constitue o turburare defavorabilă în practică zilnică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După digitala, electrocardiograma suferă alteraţiuni caracteristice, care variază cu cantitatea şi iuţeala injecţiei. La animal, unda T se turteşte şi se răstoarnă în D I şi D II; apoi, progresiv, apar extrasistole, automatism ventricular şi disociaţie auriculo-ventriculară.

In schimb, digitala are o acţiune dromotropă negativă. Ea îngreuiază conducerea în fascicolul His, după cum o mărturiseşte experimental lungirea timpului PR, disociaţia auricolo-ventriculară, şi blocul complect. Această proprietate frenatoare e foarte evidentă în fibrilaţie auriculară, unde, prin mijlocirea filtrului auriculo-ventricular, ventriculul e ocrotit de numărul mare de excitaţii dezordonate care-i vin din auricul *(Laubry)*. Efectul nu întârzie să se arate. Ritmul se reduce fie în proporţii fixe de 2/1, 3/1 etc. ca în flutter, fie neregulat, ca în aritmia complectă.

Datorită digitalei, tonusul miocardic tinde la o contractură sistolică şi în această privinţă acţiunea pur musculară a glucozilor poate fi bine studiată pe inima de Helix pomatia, care nu cuprinde nici o celulă nervoasă. Variaţiunile de tonus sunt în raport strâns cu Ca şi K.

Este aproape general admis că digitala excită vagul şi că, pe această cale, activitatea nodului sinusal scade şi ritmul se răreşte. Dar bradicardia şi îngreuierea conducerii se poate produce şi numai printr'o acţiune miocardică directă. Astfel chiar la doze mici de glucozizi (*Levis, Drury şi Iliescu)*, electrocardiograma ne arată că stimulul întârzie nu numai dela auricul la ventricul (alungirea PR) ci şi în peretele ventricular (lărgirea ORS). Această acţiune dromotropă negativă se manifestă chiar pe fibra musculară izolată *(Straub şi Schellong)*.

POZOLOGIE. In clinică, pozologia corpilor digitalici rămâne încă în domeniul empirismului, cu toate succesele strălucite pe care le cunoaşte cardiologia, atunci când aceasta medicaţie e administrată lege artis. S'a spus că terapeutica nu poate fi o ştiinţă exactă. Dela experienţă pe animal, la tratamentul bolnavului, deosebirea e uneori totală. Insuficienţa cardiacă artificială a animalului, obţinută prin secţiunea valvulară sau prin mărirea rezistenţei periferice, nu seamănă cu asistolia de cauză complexă din patologia umană.

In schimb, practica ne arată că o *doză de digitala insuficientă rămâne inoperantă, iar o doză prea mare devine toxică şi dăunătoare. Suntem în căutarea dozei optime* care variază şi se află între cele două.

Cu toate străduinţele, o pozologie exactă şi totdeauna aceeaş, nu poate fi exprimată prin formule matematice. N'avem încă un test obiectiv al insuficienţii inimii, cu atât mai mult al gradului de insuficienţă. Debitul cardiac (volumul de sânge pe minut), care promitea să aducă o contribuţie însemnată *(Grollmann)*, n'a intrat încă în practica zilnică. Electrocardiograma la proba forţată Valsalva e încă în studiu (B. Teodorescu şi Gr. Proca). Nici ortodiagrama nu reprezintă o imagine credincioasă după care să tragem foloase preţioase. Mărimea inimii nu e totdeauna invers proporţională cu proprietăţile ei funcţionale. In regulă generală, orice bolnav care prezintă un sindrom cronic de asistolie averată, fie numai o dispnee cu hipertrofie miocardică şi tachycardie, *poate* şi *trebue* să fie tratată cu digitală.

TERAPEUTICĂ. *Dar, câtă digitală* trebue să dăm bolnavului? Care e *doza zilnică* şi care e *cantitatea totală* într'o cură de atac? Aceste elemente de terapeutică mai variază încă după autor.

La nevoe, se prescrie orice fel de preparat activ de digitală. Cele galenice, din pulbere de foi de digitala titrată, sunt cele mai la îndemână şi mai puţin costisitoare. In ţările germane ca şi în America, se dă întâietate pulberei de foi. In Franţa se întrebuinţează mai ales digitoxina sub formă de sol, alcoolică de digitalina cristalizată 1o/oo Nativelle (50 pic. = 1 mgr. digitoxină). Tinctura de digitală (BP) este preferată în ţările anglo-saxoane.

In limita erorilor de neînlăturat, în orice prescripţie se ţine seama de valoarea farmacodinamică a dozelor şi de echivalenţele lor. Conţinutul în glucozizi depinde de calitatea speciei, iar bogăţia plantei în corpi activi e în raport cu regiunea. Pulberea uscată cuprinde pe lângă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

glucozizii, o mare parte de saponine. Infuzia de foi e mai bogată în digitoxină şi e mai puternică de cât maceraţia în aceiaş doză. In schimb, îşi pierde repede eficacitatea. Adausul de alcool, cognac sau acid, o face mai durabilă. Maceraţia la rece e bogată în digitalină şi saponine. Schematic, pot fi considerate ca equaţii următoarele valori: infuzia de pulbere de foi de digitala 1/150 = maceraţie 0,30/150 = 0,30 ctg. pulbere; iar 0,10 ctg. pulbere = 30 pic. T-ra. Astfel aproximativ 1 gr. de pulbere = 300 pic. T-ra (10%) = 3 gr. în infuzie = 1 gr. de maceraţie.

Ca în toate tratamentele cronice, efectul terapeutic e în raport cu doza zilnică şi cu doza globală de preparat; digetala e un toxic a inimii bolnave şi lucrează prin acumulare. S'a spus că 1 gr. pulbere constitue o doză totală medie, care trebue administrată unui bolnav în insuficienţa cardiacă nu prea înaintată. Această formulă schematică *nu poate* şi *nu trebue* să fie invariabilă. De fapt, o asemenea doză e de cele mai multe ori insuficientă.

Dacă împrejurările permit şi, când e nevoe de o acţiune fără întârziere, se prescriu glucozizii puri cu un dozaj ponderal mai exact şi cu o putere farmacodinamică mai mare. Mai bine cunoscută sunt sol. alcoolică *digitalina cristalizată* 1o/oo *Nativelle* (digitoxină); *Verodigenul* „Boehringer" (gitalină, 1 tabl. = acţiunea a 0,10 ctg. pulbere; 1 granula = 1/10 tabletă); *Digipuratum* „Knoll" (digitoxina şi puţină gitalina, 1 tabl. = 1 cc. sol. = 0,10 ctg. pulbere). *Digalenul* (gitalina); *Digifolina* (toţi glucozizii). *Digicardina Atome* (digitoxină preparată în ţară).

In prima cură, bolnavul trebuie supraveghiat mai atent şi, ţinând seamă de sensibilitatea individuală, se va ajunge cât mai repede la doza optimă utilă. Plecând dela aceste principii, oricărui practician îi este îngăduit o abatere îngrădită, în raport cu experienţa lui personală şi cu forma clinică a bolnavului, *Schemele rigide tip nu trebue să constitue decât un îndreptar şi n'au o valoare de lege.*

E drept însă că, mulţumită progreselor noi în farmacologie şi a unui dozaj mai exact al preparatelor, digitala se dă azi în doze mai mari ca altădată.

Procedeul dozelor masive e încă în vigoare în ţările anglo-saxoane. Sunt peste 20 de ani, de când *Eggleston* generalizează „full therapeutic doses", metodă care întrebuinţează cantităţi masive de T-ra de digitala într'un interval de timp foarte scurt. Se ajunge astfel, fără întârziere, la efectul dorit. Cantitatea de substanţă e calculată în raport cu *greutatea bolnavului* şi se merge la doza toxică în etape de 6 — 8 ore, în interval de 24 — 48 ore (15 — 20 gr. T-ra digitala în 1 — 1½ zi). Fenomenele toxice ca: greţuri, vărsături, turburări de ritm, apar din primele 2 — 3 zile, şi pe electrocardiogramă, se observă curând o turire sau o inversare a undei T, în primele 2 derivaţii. După 1 — 2 zile de administrare, se opreşte medicaţia timp de 4 — 15 zile interval, în

care se urmăreşte, pe de o parte, ameliorarea tabloului clinic, pe de altă parte, dispariţia fenomenelor toxice totdeauna prezente. Metoda e mai ales indicată în insuficienţe cardiace mari cu fibrilaţie auriculară. Se dă până la 2,5 pic. sol. digitalina 1o/oo, pe Kgr. greutate, în total 150 pic. = 3 mgr. digitoxină la intervale de 8 ore în 24—48 ore, la un bolnav de 60 Kgr. (Iliescu). După tratamentul de atac, când ritmul se accelerează (peste 70—80 la vârf) se reia tratamentul cu doze mici (6—7 pic. pe zi) pentru a ajunge la alură optimă şi constantă.

Procedeul a făcut răsunet, dar a găsit şi adversari numeroşi. Este adevărat că dozele masive lucrează mult mai repede. Totuşi, după majoritatea autorilor, nu pot fi trecute cu vederea fenomenele toxice, cari corespund la modificări morfologice experimentale, observate în miocard. S'au semnalat numeroase cazuri letale în urma acestui tratament. Nici vărsăturile nu sunt fără pericol în dilataţiile şi decompensările cardiace. Deaceea s'a obiectat că, pentru a lucra repede, avem la îndemână strofantina, a cărui toxicitate este incomparabil mai redusă. (Fraenkel). Fără îndoială, metoda temerară a dozelor masive câştigă timp şi îndepărtează turburările subiective penibile ale asistoliei mari. Administrând, în 1—2 zile, întreagă cantitate de medicament, fenomenele de acumulare apar repede. Dar procedeul dozelor pe Kgr. greutate e pur toxicologic şi nu corespunde întotdeauna nevoilor clinice, pentrucă se bazează pe o formulă matematică, ce nu poate fi rezolvată din primul moment. Altfel, facem abstracţie de sensibilitatea bolnavului, o necunoscută, a cărei valoare n'o putem aprecia dela început.

Putem institui, fără dificultate doze masive de digitala, la o serie de bolnavi selecţionaţi, dar metoda e încă departe de a întruni calităţile unei chei universale, care să deschidă secretele terapeuticei cardiace.

Pentru a înlătura unele inconviniente ale metodei, s'a recurs în ultimul timp la o moderaţie a technicei.

Iliescu păstrează valoarea dozei maxime de digitalină pe care un bolnav o poate primi fără pericol, în curs de 24 ore. (2.5 pic. digit. Nativelle pe Kgr. greutate). Dar administrarea ei complectă, în răstimp de 1—2 zile, nu e o condiţie sine que non. Ea n'are decât o valoare informată şi ne spune cantitatea globală maximă de substanţă activă, pe care un bolnav o poate lua. Acest prag de toxicitate nu va fi atins decât dacă digitala, administrată la interval de câteva ore, n'a ajuns să realizeze efectul optim dorit. Se începe cu 1/4 din doza totală maximă şi la interval de 8 ore, se adaugă câte 1/8 din aceiaş doză maximă de digitala, până se ajunge la rezultatul cel mai bun. Atunci ne oprim. De cele mai multe ori acesta e atins în scurt timp, numai cu 2/3 din doza globală sus menţionată. Aşa dar, şi de această dată, calculul cantităţii globale pe Kgr. greutate reprezintă numai o schemă aproximativă, care serveşte ca idee iniţială, la începutul oricărui tratament.

Dozele mijlocii sau moderate au fost adoptate de majoritatea clinicienilor. Ele lucrează mai încet, ne dau în schimb mai multă certitu-

dine. Acumularea digitalei se face progresiv şi acţiunea ei binefăcătoare se manifestă fără suferinţă din partea bolnavului.

Vaquez şi şcoala lui prescrie schematic 60 pic. de digitalină, repartizată în 4 zile (XX, XX, X, X, pic.). Când ritmul e regulat se prescrie fie pulbere titrată, fie preparatele de specialitate, mergând până la echivalenţa de 1—1,50 gr. de pulbere într'o cură de 4—6 zile, cu doza unică de 0,10 ctg. pulbere. In primele câteva zile de tratament se administrează de obicei cantităţi mai mari, cam 0,10 de 3—4 pe zi de pulbere, şi numai în formele grave 0,10 de 5—6 ori pe zi. Odată ameliorarea obţinută, se micşorează dozele la 0,10 de 2—3 pe zi şi se continuă astfel, încă câteva zile, până la doza optimă şi utilă, ţinând socoteala de ritm, respiraţie, diureza.

Procedeul dozelor moderate cere mai mult timp. Ele nu sunt motivate numai de o prudenţă judicioasă. Un tratament tonicardiac are de scop să întărească inima şi să facă să dispară turburările penibile ale insuficienţii. Practic, dozele masive reduc pe cele din urmă, dar nu ocrotesc bolnavul de fenomenele toxice consecutive. Procedeul dozelor moderate prelungeşte durata medicaţiei, în schimb, datorită unui control minuţios, înlătură posibilitatea accidentelor neplăcute şi grave. Această prudenţă nu poate fi însă dusă prea departe, fără riscul de a ajunge la o medicaţie inoperantă. Efectul unei cure de digitală e în raport *şi cu cantitatea totală* de substanţă *şi cu timpul util* cel mai scurt ce ne este îngăduit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai mult ca orice, în practică ne vom feri de sancţiunile terapeutice tipice şi invariabile. Sexul, vârsta şi greutatea nu sunt decât criterii relative. In schimb, vom ţine seama totdeauna că medicaţia digitalică se administrează *în raport cu evoluţia sindromului de insuficienţă* şi că unele accidente nu sunt decât un indicator pentru oprirea trecătoare sau micşorarea dozelor. Adevăratele semne de alarmă, care impun suprimarea tratamentului sunt: BIGEMINISMUL şi *vărsăturile.* Când ele survin dela început, se aşteaptă câteva zile, se reia digitala cu prudenţă şi, în caz de recidivă, se înlocueşte digitala cu strofantină, după o perioadă de 3—5 zile.

Dacă medicaţia e bine tolerată, edemele scad, ficatul se micşorează, diureza creşte, dispnea dispare, ritmul se răreşte şi somnul revine la normal. Neapărat, că orice tratament la un bolnav nou, este la început o experienţă cu o evoluţie necunoscută (Scherf). O asistolie înaintată nu e un semn de gravitate excepţională. „Pronosticul nu se poate face decât în raport cu reacţia bolnavului, cu cantitatea şi cu timpul de care e nevoie până la revenirea unei compensări optime“ *(Schert).* De asemenea, orice medic trebue să cunoască şi să aibă o preferinţă pentru una sau două din preparatele cunoscute, cărora să le rămână credincios. De aceea, schimbarea frequentă a preparatului nu-şi găseşte justificarea decât atunci când, întrebuinţat cu toată îndemânarea, el n'a dat rezultatul dorit (Weese).

Digitala în aritmie completă [1]) *şi flutter auricular.*

In afară de întreaga gamă a insuficienţelor cardiace, digitala este şi tratamentul cel mai bun al celor 2 turburări de excitabilitate auriculare ca fibrilaţia permanentă şi flutterul. Le vom menţiona în treacăt, pentrucă ele constitue un capitol de terapeutică în afara subiectului nostru.

Vor fi tratate cu digitala, în afară de toate insuficienţele cardiace cu aritmie complectă, toate fibrilaţiile cronice compensate, al căror ritm, la vârf, trece de frequenţa de 90.

Nu au nevoe de acest tratament: fibrilaţia paroxistică de scurtă durată, ca şi aritmia completă a inimilor senile (Heitz). Cea dintâi, dispare uneori la repaus, alteori la chinidină; cea de a doua are un ritm relativ rar şi e adesea bine tolerată multă vreme, fără nici un fel de medicaţie. Se vor excepta formele de mai sus în care aritmia completă este întovărăşită de semne de insuficienţă cardiacă.

De remarcat că, aritmia completă ca şi flutterul auricular sunt foarte sensibile la tratamentul cu digitala. Rărirea ritmului ventricular se datoreşte alungirii fazei refractare şi efectului inhibitor pe care aceasta medicaţie o exercită asupra conducerii. Flutterul se răreşte, blocajul creşte şi în curând trece în fibrilaţie sau dispare. Acelaş răsunet îl are asupra fibrilaţiei. Dar, deşi aritmia se răreşte, pe electrocardiogramă fibrilaţia persistă (absenţa undei P şi înlocuirea ei prin numeroase unde f). Asupra dozelor zilnice şi globale, am insistat când a fost vorba de metoda dozelor masive. In formele de aritmie completă pură vom da mai puţină digitală, decât în cele decompensate. Totul depinde de frecvenţa ventriculului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel la un ritm de 120, vom da la un adult de greutate mijlocie, timp de 1—3 zile, câte XXX—XL pic. pe zi din sol. digitalină 1o/oo şi odată ajunşi la un ritm de 80 vom continua cu dozele obişnuite de întreţinere, pentru a păstra o alură optimă (70—80). De altfel, e mai rar să întâlnim o aritmie completă cronică cu un ritm de peste 120, fără ca ea să prezinte totdeodată şi semne de insuficienţă cardiacă. Şi aci, nimic mai greu decât o formulă iniţială. Vom ţine seama de sensibilitatea bolnavului şi ne vom conduce de ritm care ne va îndruma intensitatea şi durata tratamentului.

Calea de administrare. Se ştie că digitala se administrează pe gură, pe cale rectală şi parenteral. In practica curentă se dă medicaţia pe cale bucală.

In intoleranţa gastrică, în baraj periferic mare (ficat mare, ascită) se prescrie digitala în supozitoare. Calea rectală nu poate fi indicată în enterită, rectite, hemoroizi inflamaţi. Resorbţia venoasă hemoroido-cavă

---

1) Aritmia completă este răspunsul pulsului şi ventriculul la o turburare de ritm (fibrilaţia) ce apare în auricul. Termenul expresiv de aritmie completă, aparţine şcoalei franceze şi are un înţeles clinic cu mult mai elocvent. Fibrilaţia rămâne un termen de fizio-patologie şi electrocardiografie.

are avantajul de a aduce substanţă activă direct în inima dreaptă, evitând staza abdominală. In supozitoare, pulberea sau preparatul de digitala se prescrie în doză unică zilnică (0,15 ctgr.—0,30 ctgr.). In comerţ se găsesc numeroase specialităţi (Verodigen, Digipuratum, etc.). Numai în cazuri cu totul excepţionale şi urgente, se simte nevoia de injecţii intravenoase sau intramusculare de specialităţi de digitală.

Contraindicaţii. Bigeminismul şi vărsăturile în cursul digitalei, sunt contraindicaţii formale şi tratamentul trebue oprit. Alteori dăm digitala cu oarecare prudenţă întemeiată. Bradycardia relativă sinusală, care întovărăşeşte unele insuficienţe cardiace, nu împiedică întotdeauna medicaţia. Dimpotrivă, sunt bolnavi cu un ritm regulat de 70—80 şi care suferă totuşi de o dispnee continuă sau cu paroxisme şi cari au nevoie de un tratament susţinut. Nefrita cronică azotemică e mai sensibilă la glucozizi şi unele accidente toxice pot surveni la doze relativ mici. Cunoscând acţiunea dromotropă negativă a digitalei, ea trebue proscrisă în disociaţia auricolo-ventriculară incomplectă, unde ar putea duce la sindromul Stokes-Adams. In schimb, blocul complet, cu insuficienţa ventriculară, e mai la adăpost de asemenea accidente.

Digitala rămâne fără rezultat în insuficienţă ventriculară stângă acută, căci proprietatea ei de acumulare nu are timp să se manifeste. Acest accident rămâne deci în domeniul strofantinoterapiei.

S'a spus că infarctul miocardic, ca şi embolia stenozelor mitrale, nu trebue tratate cu digitala, atunci când sunt semne de o slăbire a inimii. Pericolul unei rupturi miocardice şi al unei recidive embolice e susţinut de mare parte de autori, deşi proba n'a fost făcută. Sunt unele infarcte miocardice care se întovărăşesc brusc de semne de asistolie gravă şi de bloc de ramură şi care merg foarte bine la digitala (Master, Dacke, Jaffe). Şi aici, să nu ne îndepărtăm dela regula că digitala este în primul rând tratamentul insuficienţei cardiace. Experimental, ea e un vasodilatator al coronarelor.

In privinţa emboliei, o revizuire anatomică şi patogenică, pare să arate că ea pleacă mai rar din auricul şi urechiuşe, în timp ce în cursul stazelor mari şi prelungite, ea se poate desprinde adesea din chiagurile organizate ale venelor basinului. Când fibrilaţia trece la ritm sinusal, tema unei embolii endocardice e mult mai justificată.

In rezumat, întotdeuna fără frică, uneori cu prudenţă, făcând abstracţie de fibrilaţie auriculară, administrăm digitala, *dacă* sunt şi numai *când* sunt — semne de slăbire a contractilităţii cardiace.

Tratamentul de întreţinere. O inimă normală se întreţine şi se adaptează prin propriile ei forţe. In schimb, o inimă insuficientă, care şi-a revenit din decompensare în urma unei medicaţii tonicardiace, ei supusă oricând la recidivă. Deaceea, odată starea de echilibru obţinută, ea trebue întreţinută tot timpul şi această grijă se impune, fără excepţie, în toate cazurile şi mai ales cu toată atenţia, în asistoliile cu fibrilaţie auriculară. După *Weese,* orice insuficienţă cardiacă care a cedat la o anu-

Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca Universitară ROMÂNIA

mită doză de digitală, poate fi tratată cu aceeaş doză, în caz de recidivă, dacă leziunea de bază nu a progresat între timp. Deci la aceeaş stare funcţională, acelaş răspuns, la acelaş tratament.

Dozele de întreţinere, sunt mici cantităţi de digitală, obţinută prin tatonaj, prescrise *fie zilnic*, fie *la intervale* mai apropiate sunt mai îndepărtate, după fiecare caz în parte. Rostul acestor doze e să complecteze distrugerea sau eliminarea substanţei active şi să întreţină acumularea iniţială obţinută în cursul tratamentului de atac.

Sunt cunoscute 2 metode care să asigure o cură de întreţinere.

Prima consistă în doze mici zilnice (0,10 — 0,15 ctg. pulbere, 1 — 1½ tableta Digipuratum, 6 — 8 — 10 pic. digitalină, 6 — 10 granule Verodigin). După un scurt tatonaj şi control al bolnavului, se stabileşte echilibrul optim şi se continuă cu aceeaş doză zilnică. Se recontrolează bolnavii, la început la o săptămână, mai târziu la intervale variabile, cercetând pulsul şi respiraţia şi urmărind apariţia eventuală a edemelor perimaleolare şi a stazei hepatice. Acest tratament susţinut dă rezultate foarte bune. Dar grija unei medicaţii zilnice creează la unii bolnavi o stare de depresiune morală.

A doua, reprezintă metoda degitalizării intermitente. După o pauză variabilă, care se scurge dela tratamentul de atac, se prescrie după caz şi după nevoie, ţinând seama de ritm, cantităţi moderate (0,20 — 0,30 ctg. pulbere), sau 12 — 15 pic. din soluţia digitala 1°/₀₀ câteva (2 — 3) zile în şir pe săptămână. Alteori degitala se dă la fiecare 10 zile interval. Insfârşit sunt bolnavi cari n'au nevoie de un tratament ce se poate face la 1 şi 15 ale lunei (5 zile câte 10 — 12 pic. de digitalina). Nici aceste metode nu trebuesc privite ca imuabile şi pot fi corectate la nevoie după câtva timp de încercare.

Administrând medicaţia intermitent, câteva zile în şir pe săptămână (de ex: Luni, Marţi şi Miercuri în fiecare săptămână), se desăvârşeşte o acumulare al cărui efect se prelungeşte şi în zilele de pauză şi pe de altă parte se ocroteşte bolnavul de obsesia dozelor zilnice. Numeroşi caradiaci în insuficienţă cronică pot fi întreţinuţi astfel luni şi ani dearândul. Şi aci, ca şi tratamentul de atac, ne *conducem după sindromul: ritm, respiraţie, greutate.* Vom rări bătăile inimii, vom uşura respiraţia şi vom face să dispară edemele periferice. Condiţiunile de viaţă şi cauze nefavorabile higeno-dietetice, mai ales în populaţia săracă, sunt tot atâtea factori, care necesită uneori o sporire sau o apropiere a dozelor tonicardiace. La aceasta se mai adaugă posibilitatea unor leziuni evolutive în miocardul ventricular, care agravează boala în sine. Bolnavi, cari s'au întreţinut săptămâni şi luni cu o medicaţie constantă, revin după câtva timp cu fenomene de decompensare evidentă. De aci înainte, asistenţa cardiacilor devine preocupare de prim ordin. Uneori numai putem mări dozele fără riscuri de intoxicaţie, alteori nu putem reduce activitatea fizică a bolnavului, fără a periclita existenţa lui şi a familiei sale. Sunt cardiacii ireductibili de mâine, adevăraţi infirmi cari cer ospi-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

talizare repetată şi prelungită. Şi oricare ar fi rezultatul *tratamentului de întreţinere, el trebue condus cu perseverenţă şi fără răgaz, săptămâni luni şi ani dearândul, fără teamă de obişnuinţă.* Numai când efectele sunt insuficiente sau nule, vom înlocui digitala cu celălalte medicaţii cardiotonice pe care le avem la îndemână.

Aşa zisul tratament *preventiv*, la cardiaci compensaţi cari eventual ar putea intra în insuficienţă, nu se bazează pe date clinice probate.

Practic, în afară de cazurile mixte digitalizarea acestor bolnavi, înainte de o intervenţie chirurgicală, nu s'a dovedit utilă. Ca şi în maladiile infecţioase, teama unui colaps periferic e mult mai justificată şi e resimţită de majoritatea autorilor. Ea cere un tratament special. Tot un non sens este aplicarea tratamentului tonicardiac în grupa nevrozelor inimii. Turburările subiective, în loc să cedeze, mai rău se întăresc. De altfel starea psihică se agravează şi ideea unei leziuni organice nu mai poate fi înlăturată. Mulţi bolnavi ştiu că digitala se prescrie în cazurile totdeauna serioase şi de slăbiciune a inimii. O mare parte din ei sunt obsedaţi şi nu mai pot fi pătrunşi de lipsa de gravitate a boalei lor.

Care leziune valvulară şi care *grupă de cardiaci* răspunde mai bine la digitală? Teoretic, calitatea miocardului imprima întreg tabloul funcţional. E de notat că multe valvulite sunt bine compensate o mare parte din viaţă şi că tratamentul tonicardiac preventiv e adeseori inutil. Numai când semnele subiective sunt îndoelnice, digitala poate face o probă terapeutică, ameliorând simptomele în cazul unei insuficienţe cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insuficienţa mitrală decompensată pare să răspundă cel mai bine. In stenoza mitrală, digitala poate mări uneori staza din plămâni (Edens) şi pentru a corecta această acţiune deunătoare, unii autori îi asociază nitriţii (Schellong). In hipertensiunea arterială cu asistolie, digitala lucrează foarte bine şi departe de a mări tensiunea maximă, ea produce secundar o vasodilataţie cerebrală. Dacă uneori presiunea sistolică creşte, aceasta nu înseamnă decât o revenire la tensiunea iniţială care a fost decapitată. *Gavallardin* obţine rezultate foarte favorabile în hipertensiunea arterială decompensată cu aritmie completă. Insfârşit, în insuficienţa cardiacă, indiferent de origine, dar complicată cu fibrilaţie auriculară, digitala şi-a consacrat succesul terapeutic cel mai de seamă.

Pe lângă cura de digitală, insuficienţa cardiacă implică un tratament complimentar de egală însemnătate. Să nu uităm cura de repaus şi dieta bolnavului. Asociaţia medicamentoasă e numeroasă şi complexă şi de aceea iese din cadrul subiectului nostru. E totuşi nemerit să reamintim că, înaintea oricărui toniacardiac, în edemele mari, Vaquez, recomandă stăruitor, golirea mecanică a tuturor revărsatelor viscerale. După *Volhard*, injecţia sau supozitorul de diuretice mercuriale, nu trebue adăogată decât a 2-a sau a 3-a zi dela digitala pentru a nu obosi şi mai mult inima prin excesul enorm de lichid edematos în resorbţie.

Asociaţia digitală — strofantină.

Sunt autori cari obişnuiesc să întrebuinţeze intermitent sau succesiv la acelaş bolnav tratamentul cu digitala şi strofantină. Să ştie că, această din urmă, e activă numai în injecţii intra-venoase (1/8-1/4 mgr. odată sau de 2 ori pe zi din Ouabaine Arnaud sau Kombetin Boehringer) şi că, datorită acţiunei ei prompte, a dozajului precis şi a toxicităţei foarte reduse, ea e indicată în primul rând, oridecâte ori sunt semne de deficienţa de *mare urgenţă*. Pe de altă parte, strofantina poate inlocui cu succes digitala, fie când aceasta e contraindicată, fie când apar fenomene toxice, în fine când efectul digitalei s'a dovedit nul. De regulă, injecţia de strofantină nu trebue să urmeze decât la cel puţin 4-7 zile dela cura de digitală, iar în tratamentul succesiv se va începe cu strofantina (câteva zile) şi se va continua apoi cu digitala.

In sfârşit, digitala în doze mici, e capabilă să facă să dispară unele turburări funcţionare penibile şi unele aritmii. Asociată în doze mici cu sedative, ea poate să vindece aceleaş turburări pe care le observăm la doze mai mari şi care sunt asemănătoare cu fenomenele toxice la digitală.

S'a vorbit de arta de a administra digitala. Tinerii practicieni trebue să o cunoască şi să o folosească. Vor avea satisfacţii nenumărate. Cu vremea mulţi bolnavi ajung să-şi cunoască singuri posibilităţile lor funcţionale. Rolul medicului este să mărească pe cât cu putinţă capacitatea de muncă a acestor bolnavi şi să întârzie cât mai mult invaliditatea cardiopatii lor. Considerată întâi, diuretică, digitala devine tonicardiacul universal a cărei acţiune se resfrânge asupra întregului aparat cardio-vascular, dela centru până la periferie. Dacă uneori experienţa nu se potriveşte întocmai la patul bolnavului, această nu trebue să ne dezamăgească. Cu o anumită metodă, proba pe animal rămâne un document de valoare şi totdeauna acelaş, dacă metoda rămâne aceeaş. Clinica primeşte şi aici sugestiile experimentale, şi le respinge când ele nu se potrivesc întocmai pe omul bolnav. Ea rămâne atunci pe calea empirismului consacrat, căci medicina este arta de a vindeca şi nu de a raţiona (Espanet).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In Hipertonie
Arterioscleroză
Angiospasme

HYPONITIN

Dr. Wander

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de Sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi calmant

In turburări nervoase funcţionale şi organice
Neurastenie
Histerie
Insomnie

NEUPON

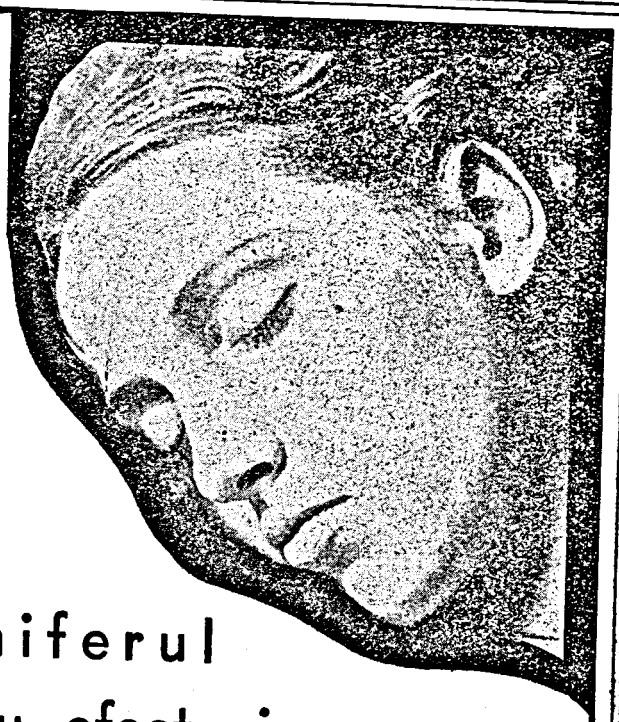
Dr. Wander

Sirop şi Drageuri

Regenerează ţesuturile nervoase şi calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
Bucureşti VI, Str. Cazărmei, 89

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Somniferul

cu efect sigur

BCU Cluj / Central University Library Cluj

chiar și în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

Lucrări originale

PERICOLUL VENERIAN

de

V. GOMOIU şi V. TRIFU

Ori cât ar fi cineva de pretenţios, tot nu va îndrăsni să conteste progresele civilizaţiei şi ale serviciului sanitar, — dar, nici n'ar putea să ascundă dezacordul acestor „progrese", în raport cu rezultatele sanitare, adică, cu starea reală din unele ţări, faţă de anumite boale.

Pe baze de cifre, cuprinzând în calculul lor pe toţi inutilizabilii Societăţii, — care altădată erau dela început aruncaţi pe Tarpeia sau aiurea, — statisticienii voesc să convingă că progresele sanitare au prelungit „media" vieţii, pe când realitatea ne arată că, pe de o parte urmaşii lui Mathusolem şi ai lui Hercule s'au rărit până aproape de dispariţie, iar pe de altă parte, în ciuda excesivei noastre natalităţi sau a trâmbiţatelor „realizări" sanitare, — suntem nevoiţi să recunoaştem depăşirea mortalităţii, şi pe alocuri ameninţarea depopulării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cine oare ar mai îndrăsni să repete spusele din 1700 ale polonului Oricoviu, care se minuna de sănătatea Moldovenilor? Că pe atunci Românii noştri erau sălbatici în raport cu „civilizaţia" altora, sau cu cea de astăzi, — nu este de mirare, — dar, tot aşa de adevărat este că numai vigurozitatea neamului nostru l'a ajutat ca să susţină atâtea războae, să perpetueze rasa dealungul veacurilor, şi să asimileze atâţia indivizi de alte neamuri, — fără ca civilizaţia sau „progresele" sanitare să poată reclama vre-un merit în evoluţia acestui proces.

Este foarte adevărat că, graţie progresului ştiinţific, nu mai apar nicăeri mari epidemii de ciumă sau de holeră ca cele care secerau odinioară, — şi că, graţie aceloraşi progrese sanitare — sau poate şi unui proces de acomodare, — sifilisul a îmbrăcat altă formă decât aceia a vechilor epidemii; — dar, lăsând la o parte chestiunea leprei, care s'a împuţinat fără nici-un concurs din partea ştiinţei, sau paludismul, a cărui situaţie este discutabilă, fiindcă persistă pe alocuri, în ciuda tutulor sacrificiilor, — nu este mai puţin adevărat că tuberculoza, pelagra şi cancerul au luat un aspect mult mai grav decât acela pe care îl cunoaştem din istorie.

Prin urmare, dacă se poate vorbi de maladii care, graţie progreselor sanitare sau graţie adaptării, s'au uşurat ori au dispărut, — tot astfel trebue să recunoaştem că unele boale s'au agravat şi că au apărut altele noi, de a căror cauză nu este străină influenţa civilizaţiei, şi pe care progresele sanitare nu le-a putut suprima sau evita. Cine ar putea oare să conteste că accidentele muncii în uzine, sau ale tramvaiului, ale trenului, sau ale avionului, nu sunt o consecinţă a utilizării acestor mijloace? — Sau, cine ar putea să conteste influenţa defavorabilă a mijloacelor artificiale pe care le foloseşte vieaţa de astăzi, — sau să nu observe că atâtea din multele turburări nervoase pe care le constatăm, sunt datorite vieţii trepidante a civilizaţiei de azi?

Pe unele din acestea, — maladiile contagioase, — organele speciale ale colectivităţii — la noi, Ministerul Sănătăţii — continuă să le combată cu toată energia, impunând obligativitatea declaraţiei chiar pentru erizipel. Altora, — tuberculoza, sifilisul, paludismul, — le acordă o atenţiune deosebită, etichetându-le „maladii sociale" — ca şi când celelalte n'ar interesa în nici-un fel societatea, — iar printre acestea a înscris până şi guşa, deşi ar fi foarte greu de dovedit pericolul social al unui individ bolnav de guşe chistică ori parenchimatoasă sau chiar basedowiană. In schimb, oficialitatea a acordat din ce în ce mai puţină atenţie blenoragiei — deşi, prin contagiunea şi prin efectele ei generale, aceasta ar fi meritat să ocupe unul din primele locuri în cadrul maladiilor sociale.

In trecutul nostru s'au luat uneori măsuri foarte drastice pentru înfrânarea prostituţiei şi a boalelor veneriene, şi însăşi marile noastre spitale — Colţea şi Brâncoveanu — au fost populate la început, mai mult cu „boale lumeşti" (sifilis şi blenoragie), sau cu „friguri", — iar în anul 1854 se înfiinţaseră spitale speciale pentru maladii veneriene, prin mai toate judeţele ţării. Cu timpul însă acele spitale au fost desfiinţate sau transformate, şi, la un moment dat nu mai rămăsese în toată ţara decât vestitul „pod" dela Spitalul Colentina şi încă câteva secţii de specialitate, — la care, Bucureştii au adăugat mai apoi un serviciu la Spitalul Colţea şi altul la Spitalul Brâncoveanu.

Având în vedere insuficienţa acestor servicii, faţă de extensiunea boalelor veneriene, iniţiativa particulară a încercat să suplinească dezinteresarea oficialităţii, — şi, în anul 1900 s'a creat o „Ligă contra tuberculozei, sifilisului şi alcoolismului", — care avea să se ocupe şi de blenoragie, — dar aceeaş Ligă a pierit foarte repede şi fără să fi dat vre-un rod. Ba mai mult, în anul 1937 s'a desfiinţat şi serviciul de boale genito-urinare dela Spitalul Brâncovenesc, iar în 1939 s'a desfiinţat atât serviciul dela Spitalul Colţea cât şi catedra de clinica boalelor genito-urinare, — ne mai rămânând în Bucureşti, decât serviciul dela spitalul militar şi cabinetele de consultaţii gratuite ale spitalelor şi ale dispensarelor Casei Asigurărilor Sociale.

Sesizaţi de cele ce se petrec în lumea muncitorilor unde am constatat că la un singur Dispensar (N. 5) s'au perindat în anul 1940, nu mai puţin de 5819 blenoragii, iar la Dispensarul (N. 3 Gărei), s'au dat anual, peste 50.000 consultaţii pentru maladii venerice la bărbaţi, — şi, mai ales impresionaţi de rezultatele unei discrete anchete printre

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şcolari, — am sesizat Cercul de studii genito-urinare din Bucureşti, arătându-i — pentru documentare — că, printre cele 68.626 consultaţii din anul 1937 ale Spitalului Brâncovenesc, au fost: 6826 pentru boale de piele şi sifilis şi 6191 consultaţii speciale pentru boale genito-urinare, iar dintre cele 6874 consultaţii ginecologice, 2246 erau datorite infecţiunii genitale; — ba încă, la acestea mai trebue adăogate şi cazurile înregistrate la consultaţiile chirurgicale sau medicale.

Prin urmare, fără a desconsidera relativitatea statisticilor se poate afirma că boalele genito-urinare reprezintă cam 1/2—1/4 din totalul boalelor, iar infecţiunile — în majoritate blenoragice — reprezintă cel puţin 1/3 din afecţiunile genitale.

Ori, lăsând la o parte turburările — multe şi grave — consecutive stricturilor uretrale şi prostatitelor, la bărbaţi, şi, considerând numai dezastrul pe care-l provoacă infecţiunea blenoragică la femei, cântărindu-l prin acela că în fiecare serviciu chirurgical se practică anual, zeci de histerectomii pentru infecţiuni genitale, — şi, ajunge pentru a conchide la necesitatea celor mai severe şi grabnice măsuri.

S'a exprimat atunci un vot al Cercului nostru de studii, pe baza căruia, s'a adresat un raport Ministerului Sănătăţii. In urma acelui raport — sau poate, independent de dânsul — sub Ministeriatul Marinescu se întocmise chiar un proiect de lege care prevedea creerea unei ligi antiveneriene, după exemplul Ligii antituberculoase, dar în locul aceleia s'a legiferat „Liga maladiilor sociale" care n'a luat fiinţă până azi. Apoi, sub Ministeriatul Gomoiu se iniţiase o acţiune mai intensă în această direcţiune, creindu-se chiar două inspectorate technice de specialitate (D-r Trifu şi D-r Voina). Ba încă, cu concursul devotat al D-lor D-ri Troia, inspector general sanitar şi Ritter, medicul şef al oraşului, s'a iniţiat cu titlul de experimentare, un fel de control monopolizator al prostituţiei în Galaţi, care era pe atunci unul din oraşele cele mai aglomerate, dar nu cunoaştem urmarea.

Imprejurările războiului au accentuat însă şi mai mult gravitatea acestei probleme, — căci, în afară de precocitatea biologică, graţie căreia s'au înmulţit naşterile la zise „minore", — şi, pe lângă relaxarea morală, cari a mers într'un tempo mai rapid decât civilizaţia, — s'au adăugat înmulţirea populaţiei flotante, şi sărăcia, care face să cedeze orice resorturi morale.

Fiind deci vorba de o maladie care, chiar dacă nu seceră ca ciuma sau ca tifosul exantematic, este totuşi foarte gravă prin minarea sănătăţii celor prezenţi şi prin repercuţia asupra viitorului, se impune ca, dincolo de tratamentul curativ obişnuit, să se ia grabnice şi cât mai complecte măsuri preventive dărâmându-se odată organizarea exploatatoare a mizeriei de care s'a izbit bună voinţele de până acum.

De oarece însă, personal, nu avem posibilitatea altei acţiuni, ne-am socotit datori cel puţin să denunţăm acestui for, pericolul ce ne ameninţă, — nădăjduind că strigătul nostru se va auzi acolo unde trebuie.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat

ADULŢI: 3 linguri de supă pe zi.

COPII: 3 linguri de desert pe zi.

Pretuberculoză — Tuberculoză — Sarcină Albuminurie — Hemoragii — Accidente serice — Toate indicaţiunile calciului în general

HALOCALCION

Clorură de Calciu în stare născândă

(Halogen Clor + Ionul Calciu)

GRANULE: Adulţi, 4—8 linguriţe pe zi.

„ : Copii sub 12 ani, jumătate doză.

După 2 săptămâni de tratament se face o săptămână pauză.

Laboratoires Dr. PINARD — Paris

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA“ S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 2.21.38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RUPTURA UTERINA DUPA SECŢIA CEZARIANA

de

D-r IULIAN GAINA

Femeile cărora li s'a făcut secţie cezariană, sunt expuse unei complicaţii tardive: ruptura uterină, în decursul unei noi sarcini sau faceri. Este o complicaţie destul de rară, neexistând decât un singur caz publicat în literatura română. Autorul expune două cazuri personale, insistând asupra cauzelor şi tratamentului rupturii uterine după secţie cezariană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In urma perfecţionării technicei operatorii şi a micşorării primejdiilor intervenţiei, cadrul indicaţiunilor secţiei cezariene a fost extins asupra unui număr tot mai mare de stări patologice în legătură cu sarcina şi facerea.

Secţia cezariană se execută actualmente pe o scară întinsă şi în multe servicii chirurgicale, nu numai obstetrico-ginecologice.

E incontestabil că executarea secţiei cezariene este, pentru orice chirurg, mult mai uşoară decât observaţia îndelungată a gravidei sau parturientei, expectativa şi apoi eventuala intervenţie obstetricală, cari toate cer multă experienţă obstetricală şi multă răbdare, pe lângă obişnuita abilitate chirurgicală.

In mod fatal deci, mai ales în spitalele unde nu există secţie de Maternitate, se execută uneori secţia cezariană cu prea multă facilitate de indicaţie. Nu trebuie să uităm că şi astăzi secţia cezariană prezintă încă o mortalitate de 3—5% pentru mamă, iar aproape ⅔ din femeile ce au suferit această operaţie, nu mai rămân gravide. Iar dacă totuşi femeia rămâne însărcinată, apare spectrul unei noi primejdii: ruptura uterină în timpul sarcinii sau facerii.

Frecvenţa acestei complicaţiuni tardive, dar cu atât mai periculoase, e redată în mod diferit de autori. După Winter şi Naujoks, frecvenţa rupturii uterine după secţia cezariană clasică, ajunge la 1—4% din cazuri, iar după secţia cezariană cervicală 0,2—0,3%.

Majoritatea statisticilor publicate până în prezent, redau într'adevăr cifre ce variază între cele indicate mai sus, apropiindu-se mai mult de cifrele maxime. Snoek susţine că frecvenţa rupturii e mult mai mare după secţia cezariană clasică, şi anume ar ajunge până la 14%,

şi chiar după o statistică anglo-saxonă, până la 15.8%. Iar în ce priveşte rupturile uterine după secţia cezariană joasă, Bonnet ne dă un procentaj mai mare, de 1%.

Gepfert, totalizând cazurile de ruptură uterină după cezariană, publicate până în prezent, află în toată literatura mondială 208 cazuri, iar Nitescu şi Dumitrescu (Societatea de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură, şedinţa din 28 Mai 1940), comunică al 209-lea caz, primul şi singurul în literatura română, până în prezent, caz publicat şi de Raicu, într'o teză bine lucrată, în care se redau şi cazurile publicate în literatura străină în ultimii 20 ani.

In serviciul nostru am avut ocazie să observăm două cazuri de ruptură uterină după secţie cezariană, cazuri care prezintă unele particularităţi interesante, ce le deosebesc de tabloul obişnuit al rupturii uterine.

Cazul I. — E. K. 42 ani, căsătorită, gravidă, întră în serviciu la 29. IV 1937, cu dureri, difuze, de intensitate redusă, în abdomen. Starea generală bună. Antecedente eredo-colaterale: nimic deosebit. Antecedente personale: Menarcha la 15 ani, menstruaţia regulată de intensitate mijlocie, durata 2 zile. Nu a avut avorturi, a avut 7 naşteri normale. Ultima sarcină înainte de 2 ani, s'a terminat printr'o secţie cezariană clasică (19. III 1935), pentru placenta previa. Decursul post operator febril pacienta a părăsit serviciul în ziua 22-a după operaţie, vindecată, de atunci nici un inconvenient.

Sarcina actuală: Pacienta nu poate preciza data ultimei menstruaţii şi ale primelor mişcări fetale. La intrarea în serviciu, declară că fiind gravidă în luna VIII-a, a simţit înainte de 2 zile, după un efort fizic, o durere bruscă, de intensitate mijlocie, în abdomen, Alte simptome nu a prezentat. De atunci durerea persistă, diminuată ca intensitate

Starea prezentă: Femeie de tip atletic — digestiv, ţesutul celulo-adipos desvoltat, tegumentele şi mucoasele vizibile de culoare normală. Plus 80 pe minut, temperatura 37.5 grade. La examenul extern: abdomenul foarte sensibil, balonat, uşoară apărarea musculară. Fundul uterului nu se poate bine palpa, pare a fi 2-3 degete sub ombilie. In ambele flancuri se palpează rezistenţe ce par a fi părţi fetale. — Prin tuşeu vaginal se constată că porţiunea e mare, moale, canalul cervical închis. — La examen bimanual uterul, mărit de volum, pare a fi gol. Bătăile cordului fetal nu se aud. — Se pune ipoteza unei rupturi uterine la nivelul vechii cicatrici, fătul fiind eliminat în cavitatea abdominală, Se intervine. Laparatomie (incizie mediană subombilicală). La deschiderea peritoneului găsim între ansele intestinale un făt de sex masculin, mort corespunzând lunei VIII-a; placenta se află deasemenea între intestine; fundul uterului la 2 degete sub ombilie, prezintă pe peretele anterior o ruptură longitudinală, cu margini regulate, nesângerânde, de aproximativ 9 cm. lungime, corespunzând vechii incizii de secţie cezariană corporeală. In cavitatea peritoneală puţin sânge lichid. — Se îndepărtează fătul şi placenta şi se face isterectomie subtotală, menţinându-se anexele. Se închide peretele abdominal fără a se drena. — Mersul postoperator normal, părăseşte serviciul în ziua 14-a, vindecată.

Cazul II. — I. I. 40 ani, căsătorită, gravidă, intră în serviciu la 11 XII. 1938 ora 10, cu dureri de facere datând din 10 XII, ora 23 (deci de 11 ore) Antecedente eredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedente persoanele: menstruaţia primă la 16 ani, se repetă regulat moderată, durata 4-5 zile. A avut un avort în 1937, o naştere prematură, cu făt mort, în 1934, iar la ultima sarcină, în 1936, i s'a făcut secţie cezariană clasică, în luna VIII-a, pentru deslipire prematură a placentei, hematom retroplacentar, bazin rachitic, — Decursul post operator subfebril până în ziua 6-a, a părăsit serviciul în ziua 14-a, vindecată.

Sarcina actuală: ultima menstruaţie în 10. III. 1938, primele mişcări fetale în 28. VII. 1938. — La intrarea în serviciu starea generală bună, dureri de facere bune, bătăile cordului fetal bune. — Avându-se în vedere bazinul viciat al femei

şi secţia cezariană anterioară, se procedează la o nouă secţie cezariană. Laparatomie (incizie mediană subombilicală). La deschiderea peritoneului se observă pe peretele anterior al uterului (gravid în luna IX-a) o ruptură pe vechea cicatrice, de mărimea unei piese de 100 lei (diametru 2 ½ cm.) nesângerâdă, prin care bombează membranele fetale intacte. Se incizează peretele anterior uterin şi se extrage un făt viu, matur, de sex femenin. Se face apoi isterectomie subtotală, păstrându-se anexele. Se închide peretele abdominal Mersul postoperator fără inconveniente, părăseşte serviciul, cu copilul sănătos, în ziua 13-a.

Vom analiza cazurile acestea, considerând în deosebi etiologia lor şi particularităţile ce le prezintă.

Din studiul cazurilor publicate până în prezent, se degajează, ca factori predispozanţi sau determinanţi ai rupturii uterina după cezariană, următorii:

1. Cicatricea imperfectă datorită infecţiei post-operatorii. Femeile cari au avut un decurs post-operator febril, sunt deci dispuse să facă o ruptură uterină, la sarcina următoare. Deasemenea dacă incizia la prima secţie cezariană a fost făcută pe locul de inserţie al placentei, cicatricea va fi defectuoasă.

2. Inserţia placentei pe cicatricea vechei incizii. Motta şi Screiber, în publicaţii recente, insistă asupra acestui fapt, considerându-l ca principala cauză a rupturilor uterine după cezariană.

Alte cauze de mică importanţă, de oarece survin mai rar, sunt:

3. Operaţiunile cezariene repetate.

4. Multiparitatea, care, precum se ştie, predispune şi la ruptură uterină spontană.

5. Durerile de facere puternice, în deosebi în prezentări anormale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Schreiber consideră ca factor etiologic, şi

6) Apariţia unei noi sarcini la interval mic în raport cu data intervenţiei.

Aceste rupturi nu se produc numai în travaliu, ci adesea în cursul ultimelor 3 luni ale gestaţiunii, uneori mult înainte de termen, ele fiind în directă legătură cu gradul de soliditate a cicatricei.

Din factorii amintiţi găsim, în cazul I al nostru:

a) Multiparitatea — femeia avusese 7 naşteri normale până la ultima sarcină, dusă la termen, când i s'a făcut secţie cezariană, pentru placenta previa. Era deci la a 9-a sarcină, dusă până aproape de termen, când i s'a produs ruptura uterină.

b) Mersul post-operator febril, după secţia cezariană. Femeia a febricitat până în ziua 14-a după operaţie, părăsind serviciul în ziua 20-a. Cicatricea era deci, probabil, defectuoasă.

In cazul II al nostru, din factorii etiologici incriminaţi, găsim numai o subfebrilitate până în ziua 6-a.

In ce priveşte momentul producerii rupturii, în cazul I ruptura s'a produs la sfârşitul lunei a VIII-a, în afara durerilor de facere, după efort fizic. In cazul al doilea, unde s'a găsit o ruptură mică, în momentul intervenţiei trecuseră 12 ore dela începutul durerilor de facere. Ruptura s'a produs, foarte probabil, în decursul acestor dureri, tardiv.

Simptomele rupturii uterine după secţie cezariană, adesea nu redau tabloul dramatic clasic, al rupturii uterine spontane. Nu avem uneori

decât puţine din semnele cunoscute, obiective sau subiective, ale rupturii uterine, iar alte ori, mai ales la rupturile parţiale ale vechei cicatrici, nici nu există simptome. In unele cazuri pot lipsi complect semnele de emoragia internă, în schimb domină simptome de ocluzie intestinală sau de peritonită.

Diagnosticul e deci uneori foarte dificil, sunt publicate şi cazuri de erori de diagnostic. In cazurile noastre, simptomatologia a prezentat unele particularităţi, fiind absent tabloul dramatic, aşa cum ni se prezintă ele în majoritatea cazurilor publicate (şi în unicul caz publicat în România, al lui Niţescu şi Dumitrescu).

In cazul I, femeia, după un efort, a simţit o durere de intensitate mijlocie, iar apoi, până la intrarea în spital, deci timp de 2 zile, nu a prezentat nici un simptom alarmant, în afara unei dureri reduse în abdomen. După cum s'a constatat la operaţie, marginile rupturii erau nete, nesângerânde; se produsese deci o adevărată desfacere, o dehiscenţă a ţesutului cicatricial.

In cazul II, constatarea rupturii uterine, parţiale, a constituit o surpriză operatorie; pacienta nu a acuzat nici o durere deosebită în afara obişnuitelor dureri de facere, şi nu a prezentat nici un simptom care să dea de bănuit existenţa unei rupturi. Şi în cazul acesta, marginile rupturii erau nete, lineare, nesângerânde. Intervenţia chirurgicală efectuată a prevenit producerea rupturii uterine pe toată întinderea vechei cicatrici.

Din cazurile publicate, numai trei sunt întrucâtva similare cazului II al nostru: cazurile lui Richards şi Wilson, unde ruptura era mai mare ca în cazul nostru, de 5 cm. (deci aproape dublă ca lungime), şi cazul lui Traian Rao, unde mărimea rupturii era cam aceeaşi ca în cazul nostru, însă ea se produsese într'o cicatrice transversală, după secţia cezariană joasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Relativ la tratamentul rupturilor uterine după secţia cezariană, se impune înainte de toate o prevenire a lor.

Secţia cezariană se practică cu prea multă uşurinţă, de orice chirurg, adesea fără indicaţie absolută obstetricală, încât ne miră uneori cifra anuală înaltă de secţii cezariene în unele centre spitaliceşti, unde nu există medic specialist obstetrician. E naturală deci reacţiunea ce se desenează tot mai mult, în ultimul timp, în unele cercuri medicale, împotriva executării secţiei cezariene fără o indicaţie obstetricală bine întemeiată. (Baekmann, Migliavacca, Burger).

Nu mai insistăm asupra corectei executări şi perfectei asepsii ce trebuie să domnească la această intervenţie, pentru a putea realiza o cicatrice bună, şi deci a preveni astfel o viitoare rupţură. In cazurile indicate, se va practica de preferinţă, în deoosebi în cazurile impure, secţia cezariană cervicală, deoarece din cauza particularităţilor regiunii, pericolul infecţiei post-operatorii este mult mai mic ca după secţia cezariană clasică, iar probabilitatea unei inserţii placentare, la o nouă sarcină, pe locul cicatricii (una din cauzele principale, precum am văzut, ale rupturii uterine), este iarăşi foarte redusă. Ca urmare, frecvenţa rupturilor uterine după secţia cezariană cervicală este mică

(0,2—0,3%), față de frecvența rupturilor după secția cezariană clasică (1—4%).

Femeia care a suferit o secție cezariană trebuie ținută sub supraveghere medicală în ultimele trei luni ale sarcinei, iar în ultimele 2—3 săptămâni înainte de termen va fi internată în Maternitate, pentru control medical zilnic și spre a se putea interveni imediat la nevoe.

Ruptura uterină odată produsă, prognosticul ei este grav, mortalitatea variind după publicațiile consultate, între 10—15% pentru mamă și 73—81% pentru făt. In cazurile noastre, ambele mame au fost salvate, deasemenea unul din feți (cazul II) a fost extras viu și s'a desvoltat normal; în cazul I fătul era mort când a intrat femeia în serviciu.

Din cauza dificultăților de diagnostic și deoarece uneori domină simptome de ileus, peritonită, cari cauzează erori de diagnostic, iar pe de altă parte orice așteptare agravează situația, se impune ca la femeile gravide, cari au suferit o secție cezariană, să se execute, în ultimele trei luni ale sarcinii, în astfel de cazuri dubioase, o laparatomie, cu gândul la posibilitatea unei rupturi uterine în vechea cicatrice.

Tratamentul curativ constă în laparatomie, extragerea fătului și placentei și isterectomie, de obicei subtotală. Dacă ruptura e numai parțială, adică nu interesează toată lungimea cicatricei, iar marginile sunt curate și nesângerânde, ne putem limita numai la sutură uterină. Wilson (în 4 cazuri), Hellmuth (în 3 cazuri), și Traina Rao (1 caz), au practicat această sutură, cu rezultate perfecte, deși în unele din aceste cazuri ruptura era totală, adică interesa vechea cicatrice în toată lungimea ei. Demonstrativ este un caz al lui Wilson, al unei femei căreia i-a făcut sutură după ruptura uterină; după 2 ani Wilson i-a făcut femeii o nouă secție cezariană, profilactică, la termen, și cu această ocazie a constatat că incizia anterioară (unde executase sutura) era imperceptibilă înainte de golirea uterului. S'a verificat deci soliditatea și eficacitatea unei simple suturi, în astfel de cazuri. In cazuri potrivite, bine alese (cazuri pure), se poate deci executa această sutură, combinată eventual cu sterilizare (Hellmuth).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Isterectomia însă, practicată în rupturile uterine după cezariană, corespunde, în general, mai bine cerinții de a evita infecția și o nouă ruptură într'o eventuală sarcină.

BIBLIOGRAFIE

Brault, Trois observations de rupture utérine après césarienne corporéale. Bul. Soc. d'Obst. et Gynec. T. XXV 1936. — Cleisz, Rupture spontanée de l'utérus chez une II-pare au voisinage du terme, consecutive à une operation césarienne etc. Bul. Soc. d'Obst. et de Gynec. T. XI. 1922. — Cerné, Rupture utérine à terme chez une femme ayant subi une césarienne anterieure. Soc. d'Obst. et de Gynec. T. XVI, 1927. — Goll de Carrera et Battle, Rupture d'un uterus antérieurement césarisé deux fois. Bul. Soc. d'Obst. et de Gynec. T. XXII. 1933.—Devraigne et Cohen-Deloro, Rupture utérine insidieuse à terme avant le travail, Bul. Soc d'Obst. et de Gynec. T. XVIII. 1929. — Baekman, Arzt auf vorgeschobenem Posten, 1928. — Burger, Einige Bemerkungen bezüglich der Schnittentbindung, Zbl. Gynäk. 1940. — Devraigne et Laënec, Rupture au debut du travail d'un utérus de 8 mois césarisé anteieurement, Bul. Soc. d'Obst. Gynec. T. XVI. 1927. — Doerfler, Zur Frage der spontanen Uterusruptur etc., Münchener Med. Wochenschrift, 76 Jahrg. 1929. — Durst, Moderne Therapie der Geburt bei engem Be-

cken, Berichte ü. die genammte Gynäk. u. Geburtshilfe, 1941. — Ebert, Beitrag zur Aetiologie der Spontanruptur des Uterus in Schwangerschaft und Geburt, teză, Erlangen, 1940. — Frigyesi, Die Frage der Veroreitung des Kaiserschnittes in der heutigen Geburtshilfe, Orvosk, 1939. — Fournier et Estieny, Rupture de cicatrice d'nystérotomie basse etc. Bul. Soc. d'Obst., T. XV, 1936. — Gernez, Rupture d'un utérus antérieurement césarisé trois fois etc. Bul. Soc. d'Obst. et de Gynec., T. XXVI, 1927. — Gepfert, Americ. Journ. Obst. Gynec., 1939. — Halban-Seitz, Physiologie u. Pathologie des Weibes, 1928. — Hellmuth, Ueber spontane Uterusrupturen etc. Münchener Med. Wochenschrift, 75 Iahrg., 1928. — Migliavacca, Sulla clinica e sulla tecnica operatoria del taglio cesareo trasperitoneale soprasinfisario. Ann. Ostetr., 1940. — Martius, Die geburtshilflichen Operationen, 1936. — Nițescu și Dumitrescu, Soc. de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură, şed. din 28 Mai 1940. — Kahanpäs, Uber Uterusrupturen nach vorgehenden Kaiserschnitt, Acta obstetr., scand. 1941. — Paucot et Gellé, Rupture utérine au cours de la grossesse après césarienne haute, Bul. Soc. d'Obst. et de Gynec., T. XXI, 1932. — Motta, Berichte ü. die gesammte Gynäk. u. Geburtshilfe, 1940. — Perez et Tallaferro, Rupture silencieuse du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, Gynec. et Obst., T. XXXV, 1937. — Raicu, Ruptura uterină după cezariană, teză, București, 1940. — Richards, Uterine rupture following caisarian section. Brit. Med. Journal, 1938. — Rhenter, Rupture d'une cicatrice utérine de césarienne, Bul. Soc. d'Obst. et de Gynec., 1921. — Schreiber, Berichte ü. die gasammte Gynäk. u. Geburtshilfe, 1940. — Snoeck, Ruptures utérines après césariennes corporéales, Bruxelles Médical, 1933. — Steigelmann, Ueber einen Fall von Uterusruptur etc., Münchener Mde. Wochenschrift, 1935. — Trillat, Rupture de la cicatrice des césariennes basses, Cul. Soc. d'Obst. et de Gynec., T. XXIII, 1934. — Traian Rao, Berichte ü. die gesammte Gynäk. u. Geburtshilfe, 1940. — Turunen, Ueber die Verwendung des Kaiserschnittes etc. Berichte ü. die ges. Gynëk. u. Geburtshilfe, 1941. — Winter u. Naujoks, Der künstliche Abort, 1936. — Weibel, Frauenkeilkunde, 1939. — Wilson, Three cases of rupture of the uterus etc. The Lancet, 1927. — Idem, Rupture of the Uterus, The Lancet, 1931.

Biblioteca Universității Iași

Rupture utérine après section césarienne. — Les femmes chez quelles on a pratiqué la section césarienne, sont exposées a une complication les tardive: la rupture utérine à l'occasion d'une nouvelle gestation ou à l'accouchement. — L'auteur, en relatant deux cas personnels, insiste sur les causes et le traitement de la rupture utérine après section césarienne.

Uterusruptur nach Kaiserschnittoperation. — Frauen, die durch Kaiserschnitt entbunden worden waren, sind einer Spätkomplikation ausgesetzt: der Uterusruptur anlässlich einer neuen Schwangerschaft oder während der Geburt. — Verfasser referiert 2 eigene. Fälle und stellt Betrachtungen betreffs dér Ursachen und der Behandlung der Uterusruptur nach Kaiserschnittoperation.

Perlatan-Calcium

în turburările **menopauzei**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Analeptic **Cardiotonic**

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA „SAPIC"

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

în toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine

Reconstituant energic în:

Anemii

Debilitate

Convalescenţă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Sapic"-TONICUM

SIROP

Arsen	Cupru
Fier	Strichnină
Mangan	Glicerofosfaţi

Fiind plăcut la gust e luat cu plăcere şi de copii

Mostre şi literatură trimite la cerere

Departamentul ştiinţific „SAPIC"

Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Clinica chirurgicală din Cluj-Sibiu
Director: Prof. Al. Pop

ASUPRA TRATAMENTULUI FLEGMOANELOR TECILOR SINOVIALE ALE MÂINEI

de
D-r GHEORGHE I. GRAMA
Asistent

Afecţiunile supurative ale mâinei au format subiectul a numeroase publicaţiuni. In ultimul timp, din cercetarea literaturii asupra acestei chestiuni, se desprinde constatarea, că suntem pe punctul de a ajunge la o conduită unitară în tratamentul acestei afecţiuni. Micile diferenţe ce mai există ţin la convingerea pe care şi-a format-o cel care s'a ocupat cu această problemă şi nu reprezintă, decât chestiuni de amănunt.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Carol I University Library, Cluj

Numărul mare de lucrări, care se ocupă cu această problemă, se explică prin faptul, că mâna este un organ foarte important în economia socială, iar ca organ al tactului şi de prehensiune stabileşte o nemijlocită relaţiune între om şi mediul ambiant. Din cauza suprafeţei mari pe care o prezintă, mâna oferă o mare posibilitate pentru acţiunea agenţilor externi. Pe lângă acestea, nu este nevoie ca traumatismele survenite la acest nivel să fie mari, deoarece prin complicaţiunile ulterioare se poate ajunge la compromiterea funcţională totală a mâinei.

Din cauza importanţei funcţionale a mâinei şi a frecvenţei accidentelor la acest nivel, problema traumatismelor mâinei priveşte în deosebi clasa muncitorească, constituind un capitol important economic-social. Frecvenţa mare a traumatismelor mâinei o arată statisticile serviciilor din asigurările sociale. Astfel, Böhler arată, că în anul 1911, Casa de asigurare contra accidentelor a plătit 16.000.000 lei rente, din care 5.000.000 lei pentru plăgi ale mâinei şi degetelor. Plăgile mâinei au o frecvenţă de 30—50% din totalitatea accidentelor de muncă, din care 20—25% dau o infirmitate definitivă.

Flegmoanele tecilor sinoviale reprezintă de cele mai multe ori, o complicaţiune a unei plăgi a degetelor sau mâinei, care n'a fost

tratată la timp, sau s'a făcut un tratament neadecvat. Sunt rare cazurile care cunosc altă etiologie. Aceste flegmoane sunt de temut şi trebuiesc avute în vedere, atunci când avem de tratat o plagă a mâinei, deoarece interesând sinoviala şi tendonul, au ca urmare impotenţa funcţională parţială sau totală a mâinei.

Amintim, în trecere numai, dispoziţia anatomică a acestor teci sinoviale, deoarece o condiţie principală pentru a obţine rezultate bune în tratamentul flegmoanelor tecilor sinoviale este o cunoaştere precisă a regiunei anatomice. Tecile carpiene înconjoară tendoanele flexorilor în canalul carpian şi la nivelul palmei. Teaca radială înconjoară tendonul lungului flexor propriu al policelui şi comunică cu teaca digitală la baza acestui deget. Teaca cubitală înconjoară cele două planuri ale flexorilor profunzi şi degetelor, prezentând pe secţiune transversală trei funduri de sac: pre-inter şi retrotendinos. Acesta din urmă comunică cu teaca digitală a degetului mic. Cele două teci se întind dela partea inferioară a antebraţului, până la falanga ungheală a primului şi celui de al cincilea deget. Pot comunica între ele direct sau prin intermediul unei mici teci anexate la tendonul indexului.

Pe lângă etiologia traumatică, flegmoanele tecilor îşi găsesc explicaţia în cadrul unor infecţiuni generale, când germenii se localizează la nivelul mâinei sub forma de metastaze. Această posibilitate însă, este mai redusă. Flegmoanele tecilor au o frecvenţă mai mare în timpul iernei şi se întâlnesc mai des la mâna dreaptă. Infecţia se transmite în cele mai multe cazuri, pe cale limfatică, putând trece din teacă în afară, sau dela o teacă la alta, deobiceiu prin intermediul unei comunicări anatomice preexistente, care după Poirier ar avea o frecvenţă de 50%. In acest caz se formează un flegmon total al tecilor, numit de autorii germani, flegmon în V sau flegmon în cruce. Kanavel a semnalat trecerea infecţiei din teaca cubitală la teaca degetului 4, contaminarea făcându-se probabil, prin intermediul spaţiului celular corespunzător. Difuzarea în spaţiile celulare palmare este destul de frecventă, cea mai gravă fiind aceea care se face la antebraţ. Colecţia iese din teaca radială sau cubitală şi umple spaţiul decolabil cuprins între faţa posterioară a tecii înainte şi faţa anterioară a patratului pronator înapoi. Poate difuza apoi, între cele două planuri ale flexorilor, de unde urmează tecile vasculare. Cea mai gravă complicaţiune este propagarea infecţiei spre articulaţia mâinei, când prognosticul este foarte rezervat şi se poate pune chestiunea vitală. După autorii vechi, această propagare s'ar face direct dela teacă la articulaţie, prin intermediul osului cu cârlig.

In ceeace priveşte tratamentul flegmoanelor tecilor sinoviale, menţionăm că nu vom face istoricul lui. Astăzi, datorită conduitei la care s'a ajuns, moartea consecutivă unui flegmon al mâinei a devenit excepţională, iar amputaţia mâinei rară. Prin operaţiuni precoce şi incizii adecvate se urmăreşte a obţine un rezultat funcţional cât mai complect. Tratamentul flegmoanelor tecilor sinoviale a fost precizat graţie lucrărilor moderne ale lui Kanavel, Klapp şi Iselin. Aceşti autori au susţinut inciziile laterale şi discontinui, în opoziţie cu inciziile continui şi mediane ale autorilor vechi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conduita noastră este următoarea: a) Intervenţie precoce după procedeele pe care le vom arăta mai jos; b) Imobilizarea membrului respectiv; c) Tratament antiseptic general concomitent, pe care îl instituim după ce am stabilit natura florei microbiene; d) Tratament post-operator.

Avantajiile inciziilor laterale discontinui sunt următoarele: 1) Oferă un drenaj optim al tecilor carpiene, deoarece aceste incizii cad direct pe fundul de sac al sinovialei, unde se acumulează cea mai mare parte din puroiu, şi pe spaţiul retrotendinos, unde se localizează colecţia profundă. Acest drenaj este decliv, puroiul se scurge spre antebraţ, mâna fiind ridicată. 2) Aceste incizii nu expun la hernierea tendoanelor. 3) Se evită presiunea drenului asupra tendoanelor. 4) Se înlătură posibilitatea cicatricelor retractile.

Iselin face deosebire între flegmoanele sinoviale simple şi cele difuze. In cele simple recomandă incizii numai la nivelul antebraţului, unde se află fundul de sac superior al tecei, fiind inutile la mână şi degete. In caz de flegmoane difuza recomandă complectarea acestor incizii cu altele la nivelul mâinei, fără a inciza totuşi, la nivelul degetelor. Aplicând acest tratament timp de câţiva ani, a obţinut rezultate bune.

In flegmoanele tecei cubitale intervin în modul următor: Facem o incizie de aprox. 8—10 cm. lungime pe marginea cubitului, extremitatea inferioară ajungând la 2 cm. deasupra apofizei stiloide a cubitului. Punem în evidenţă aponevroza şi creasta cubitală pentru a găsi interstiţiul, incizăm aponevroza, îndepărtăm cubitalul anterior, incizăm aponevroza profundă şi ajungem la patratul pronator. Deschidem teaca la acest nivel şi drenăm cu lamă de cauciuc. Este important de reţinut că pentru a cădea pe colecţie, trebuie să ajungem pe faţa anterioară a patratului pronator. Dacă la nivelul mâinei avem semnele unei colecţii, complectăm incizia de mai sus cu o incizie palmară, în spaţiul al patrulea interosos şi contraincizie pe faţa dorsală a mâinei şi drenăm.

Pentru flegmonul simplu al tecei radiale incizăm pe marginea radială a antebraţului, începând la 3 cm. deasupra apofizei stiloide radiale. Incizăm aponevroza superficială pe marginea anterioară a lungului supinator, eliberăm şi îndepărtăm flexorul propriu al policelui, ajungem pe faţa anterioară a patratului pronator şi deschidem teaca. Această incizie neavând o poziţie declivă, o complectăm cu o contraincizie cubitală şi drenăm transversal. Dacă prezintă colecţie şi la nivelul mâinei, facem o incizie tenară, între marginea internă a eminenţei tenare şi plica de opoziţie a policelui, facem contraincizie pe faţa dorsală şi drenăm.

Imediat după operaţie imobilizăm membrul respectiv în poziţie de funcţiune pe o stelă de sârmă sau de gips. Imobilizarea membrului interesat după operaţie este de mare importanţă şi nu se respectă în toate serviciile de chirurgie. Böhler acordă o mare importanţă imobilizării în tratamentul acestor flegmoane. După operaţie vom supraveghea de aproape temperatura, tumefacţia, adenopatia cotului şi axilei. Pansamentul îl schimbăm numai în ziua patra, lăsând plaga în

BCU Cluj / Central University Library Cluj

calm absolut. La pansamentul al doilea suprimăm lamele de cauciuc, pentru a nu produce eroziuni ale tendoanelor, şi le înlocuim cu meşe vaselinate. Nu întrebuinţăm nici un antiseptic local, ci numai ser fiziologic.

In acest timp, după ce am stabilit natura florei microbiene, instituim şi un tratament antiseptic general. Ştim, că de virulenţa agenţilor patogeni depinde evoluţia post-operatorie.

Sunt cazuri, care se caracterizează printr'o secreţie purulentă foarte redusă, însă cu o stare generală foarte rea. In astfel de cazuri, mai ales, se recomandă a face şi un tratament antiseptic general, care variază cu flora microbiană şi care poate consta din prontosil, dagenan, septicemină, electrargol, etc.

Imobilizarea se menţine până la dispariţia fenomenelor inflamatorii şi a secreţiei. Numai după aceasta instituim băi locale, în care timp bolnavul va începe să facă mişcări active. Nu se va începe cu băi înainte de dispariţia fenomenelor inflamatorii, deoarece prin congestia, care se produce, favorizăm difuzarea infecţiei. Durata băilor locale va fi scurtă.

In ultimii cinci ani, în clinica chirurgicală din Cluj au fost tratate un număr de 25 flegmoane ale tecilor. In cele mai multe cazuri s'a făcut incizie atât la antebraţ, cât şi la mână, cu păstrarea ligamentului inelar, însă cu introducerea drenului pe sub el. Cele mai multe din aceste cazuri erau urmarea unei plăgi dela nivelul mâinei sau degetelor. Rezultatele funcţionale bune erau destul de reduse. Dela introducerea tratamentului, pe care l-am expus mai sus, rezultatele s'au ameliorat în mod vizibil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica lui Böhler, pe un număr de 13 cazuri obţine 10 rezultate funcţionale tardive bune, adică 76,9%, mediocre 2,15% şi rele 7,7%.

Böhler pune acest rezultat bun pe seama repauzului neîntrerupt, la care supune membrul interesant, menţinerii mişcărilor segmentelor neinflamate şi felului de incizie al flegmoanelor. In ceeace priveşte reluarea mişcărilor, Böhler este de părere ca să se înceapă cât mai de vreme şi să fie controlate de către medic, de cel puţin două ori pe săptămână.

D-r G. I. GRAMA: Sur le traitement des phlégmons des gaines.

Les phlégmons des gaines surviennent à la suite d'une plaie des doigts ou de la main et sont plus fréquents chez les ouvriers L'ouverture des phlégmons par incisions interrompues représente le traitement actuel et auquel on ajoute le traitement antiseptique général. Après l'intervention, le membre affecté est soumis à une immobilisation parfaite. On ne reprend les mouvements qu'après la disparition des phénomènes inflamatoires.

D-r G. I. GRAMA: *Del trattamento dei flemoni delle guaine sinoviali.*

I flemoni delle guaine sinoviali compaiono in seguito alle ferite delle dita e s'incontrano più spesso fra gli operai. L'appertura con incisioni interrotte rapprezinta il trattamento attuale, al quale si agiunge il trattamento antissettico generale. Dopo l'intervento, il membro interessato è sottoposto all'imobilisazione rigorosa. I movimenti rincominciano dopo la scomparsa dei fenomeni infiamatori.

D-r G. I. GRAMA: *Über die Behandlung der Sehnenscheidenphlegmonen.*

Die Phlegmone der Sehnenscheiden kommen nach Fingerverletzungen vor und sind am häufigsten bei Arbeitern. Die moderne Behandlung besteht in der Eröffnung der Sehnenscheide durch mehrfache Einschnitte und allgemeine antiseptische Behandlung. Nach dem Eingriff wird das kranke Glied ruhig gestellt. Die Bewegungen werden erst erlaubt, wenn die Entzündung zuruckgegangen ist.

PREPARATE NOUI

PROFECUNDIN

(Vitamina E Vitamina reproducţiei)

Tablete şi soluţie.

1 tabletă sau 1 cc. soluţie = 0,01 gr. Vitamina E.

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil — oxi alfa-beta — dietil — Stilben

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat

Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

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

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

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

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

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

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

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDON

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută şi cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicaţiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptoccie - Stafilococcie - Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice

ADULŢI: 6-10 comprimate pe zi.

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

Serviciul Igienii, desinfecției și deparazitării
Spitalelor Epitropiei Sft. Spiridon Iași

PĂDUCHELE CA PARAZIT ȘI CA AGENT VECTOR (MECANIC ȘI GAZDĂ INTERMEDIARĂ) DE BOLI INFECTO-CONTAGIOASE.

de

D-r GR. & TEO. GR. JAMANDI

Păduchele, încadrat de Parazitologie în *Ordinul Anoplura* Leach 1815, *Familia Pediculidaelor* Leach 1817, *Genului Pediculus* Linne 1758, *Speciei P. humanus* Linné 1768 cu *varietățile capitis* și *vestimenti*, este unul dintre parazîți cei mai răspândiți și mai frecvenți ai omului, în unele medii peste 80% din populație fiind parazitată [1]

Menținerea și desvoltarea păduchilor pe un individ sau într'o colectivitate este subt dependența unui echilibru biologic asigurat parazitului printr'un cumul de cauze și factori favorizanți, echilibru ce nu poate fi rupt prin măsuri de ordin administrativ sau numai zise „de deparazitare". Dovadă că, de un sfert de veac tot se aplică în șir astfel de măsuri, și păduchii nu numai că nu dispar dar perzistă, parcă înmulțindu-se proporțional cu intensitatea măsurilor aplicate.

Prezența păduchilor într'o colectivitate o găsim condiționată de: a) Un standard de vieață redus; b) Prezența factorilor ce mențin starea de mizerie (războaie, foamete, cataclism, etc.); c) Lipsa igienei; d) Anumite credințe și obiceiuri autohtone în contrazicere cu igiena; e) Anotimpul; f) Incultura și lipsa de educație, etc.

Prezența păduchilor pe un individ este condiționată de: a) Factorul contaminare; b) De starea de receptivitate a contaminatului (care e pozitivă pentru 99% din indivizi); c) Anumite stări fiziologice ale gazdei ce favorizează mai întâi contaminarea și apoi desvoltarea pă-

---

1) D-r D Cosma Contribuțiuni la combaterea tifusului exantematec. D-r N. Gh. Cădere Evoluția și combaterea tifusului exantematec în Basarabia, 1940 D-r Gr. & Teo Gr. Iamandi. Date epidemiologice asupra exantematecului din Basarabia 1938; D-r Teo. & Gr. Iamandi Circumscripția sanitară Ungheni Basarabia 1938; D-r Gr. & Teo Gr. Iamandi, Pediculidele omului 1940.

duchilor pe ei (mizeria fiziologică, cretinismul, insuficienţii, copii mici, bătrânii, diverse stări patologice, etc.); d) Vieaţa în promiscuitate şi în sfidarea preceptelor de igienă şi curăţenie; e) Neschimbarea lenjurilor cu lunile, dormitul noaptea îmbrăcat şi în hainele de zi, etc.; f) Anumite îndeletniciri sau ocupaţii favorizează contaminarea (agenţi sanitari, agenţi de deparazitare, medici, frizeri, preoţi, furgonarii din armată, etc.).

Ansamblul simptomelor primitive şi secundare determinate de prezenţa păduchilor pe un individ constitue entitatea morbidă cunoscută în **parazitologie şi epidemiologie** cu numele de **pediculoză**, nume ce a fost introdus în patologie în anul 532 după Christos de medicul Alexandru Traliani, din Cetatea Tralia.

Omul, ca şi animalele de altfel caută să se debaraseze de paraziţii lor aceşti musafiri nepoftiţi, neplăcuţi şi supărători, prin fel de fel de manopere şi subterfugii.

Este locul să amintim de felul ingenios în care reuşeşte *vulpea*, unul dintre animalele cele mai parazitate, să se debaraseze de paraziţii ei. Când o răzbesc peste măsură şi nu mai dovedeşte cu scărpinatul, ia în bot un „scăete" sau un „câlţ" de pe câmp şi se îndreaptă cu el spre baltă. Ajunsă aci îşi înmoaie intâi coada în apă, apoi treptat, treptat, labele dindărăt şi şezutul, burta, labele dinainte trunchiul şi gâtul şi la urmă capul rămânând afară numai botul cu scaetele în el prin care respiră. Toţi paraziţii de pe corp, tot alungaţi de apă s'au refugiat pe bot. La urmă, moaie şi botul şi insectele de pe el trec pe scăete şi aşa scapă cu puţină osteneală vulpea de toţi aceşti musafiri nepoftiţi. Acest şiretlic al vulpei este bine cunoscut de vânătorii care umblă pe baltă, ei păzindu-se cu mare grije să nu se atingă de scăeţii care plutesc pe apă ca să nu se umple de paraziţi!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ciuda tuturor acestor tentative însă, păduchele rămâne a parazita mai departe gazdele lui, a se înmulţi şi creşte pe ele, nepăsător parcă la tot ce se face pentru stârpirea lui.

Cum se explică şi cui se datoreşte această mare putere de perzistenţă a păduchilor?

Pe de o parte datorită facultăţii lor de acomodare prin care reuşesc a se sustrage cauzelor vitrige ce li se pun în cale şi pe de alta dovedesc cauzele de distrugere prin marea lor putere de reproducere.

Păduchii nu sunt toleraţi la fel de bine pe toţi indivizii. Aşa, pe unii oameni păduchii pot trăi şi se înmulţesc în exces fiind perfect toleraţi, aceştia pot fi priviţi ca **purtători indiferenţi** şi ei se recrutează mai ales dintre defecţii mintali, copii mici, bătrâni, etc. Pe alţii, din contră, dotaţi cu o adevărată stare de intoleranţă naturală pentru păduchi, sunt literalmente refractari lor, aceste insecte neputând trăi şi nici a se înmulţi pe dânşii, chiar dacă trăesc în mediile intens împăduchiate şi în aceleaşi condiţiuni de vieaţă cu toţi indivizii colectivităţii parazitate. Aceştia nu trebuesc confundaţi cu indivizii curaţi, care cu toate că trăesc în mediile parazitate nu au păduchi pe ei, datorită faptului că se îngrijesc şi respectă igiena.

Nu toţi indivizii gazde de păduchi reacţionează la fel faţă de iritaţiile produse prin prezenţa insectei determinate prin felul lor de vieaţă, înţepături, etc. Aşa, unii indivizi nu tolerează pe ei nici măcar prezenţa unui singur păduche, îndată îl simt, îi supără, îl caută şi-l

omoară. Pe alţii din contră, păduchii sunt foarte bine toleraţi, chiar într'un număr excesiv de mare. Gradul toleranţei faţă de păduchi pare a fi chestiune de sensibilitate şi educaţie.

In afară de Eschimoşi pentru care păduchii sunt un aliment plăcut şi un mijloc căutat de distracţie, pentru restul lumii păduchii au devenit un fel de barieră ce separă clasele sociale. Exploratorul Polar *Nansen* povesteşte că una dintre plăcerile şi distracţiile Eschimoşilor în timpul marei nopţi polare este să-şi căute păduchii de pe dânşii la lumina focului, pentru ca insectele prinse să fie savurate ca un aliment delicios, cam aşa cum se mănâncă la noi sămânţa de răsărită. In China păduchele este extrem de răspândit, tot aşa şi la Indigenii roşii americani. La Negrii din Africa care umblau desbrăcaţi, păduchii le-au fost introduşi de Europeni odată cu hainele şi sentimentul pudoarei.

Păduchii exercită asupra gazdei lor — omul păduchios — o dublă acţiune patogenă: a) Pe de o parte determină un grup de manifestări ce rezultă din însăşi prezenţa şi felul lor de vieaţă, ca parazit propriu zis, o acţiune de spoliere, de intoxicare a organismului, de traumatizare, iritativă şi inflamatorie; şi b) Pe de alta servind ca agent de transport, **„agent vector"** fie numai **mecanic**, fie şi ca **gazdă intermediară** şi **vectorie** pentru anumite virusuri şi agenţi patogeni de boli infecto-contagioase (unele Spirochaetoze, unele Ricketsioze, etc.). Şi una şi alta din aceste două feluri de acţiuni, cu toate că foarte diferite, sunt tot atât de periculoase atât pentru purtătorul de păduchi — păduchiosul — cât şi pentru colectivitatea căreia aparţine.

a) **Accidentele provocate de păduche privit ca parazit propriu zis.**

1) **Acţiune spoliatrice.** Păduchele se hrăneşte exclusiv cu sânge de om pe care şi-l procură prin înţepătură direct din gazdă. Un păduche flămând înainte de a înţepa şi suge cântăreşte 0,002 gr., după, cântăreşte 0,004 gr. printr'o repriză alimentară păduchele dublându-şi volumul. Deci, un păduche sustrage economiei omeneşti la o repriză alimentară 0,002 gr. sânge, ceiace înseamnă că într'un an (socotit la 15 înţepături pe 24 de ore şi anul de 350 de zile), spoliază economia păduchiosului de cantitatea de 3,5 gr. de sânge pentru fiecare păduche.

Cum însă un păduchios e parazitat în medie dela câteva mii până la câteva sute de mii de păduchi înseamnă că cantitatea de sânge sustrasă economiei este departe de a fi neglijabilă. O mie de păduchi spoliază organismul omenesc de cantitatea de 3,500 kgr. sânge într'un an.

2) **Acţiunea traumatică.** Păduchii determină, prin înţepăturile ce le fac pielei pentru a-şi procura hrana — sângele — o serie de traumatisme asupra pielei ce pot fi evaluate între 5—20 de fiecare păduche pe zi, sau 300—500 de înţepături pentru întreaga vieaţă a unui păduche. Aceste înţepături pot constitui în anumite ocazii şi porţi de intrare pentru microbii de pe piele (vezi acţiunea infecţioasă).

Tot ca o acţiune traumatică a pediculozei, însă de ordin secundar, putem privi şi leziunile lăsate de scărpinat de către unghiile care caută să satisfacă senzaţia de prurit determinată de prezenţa şi iritaţiile păduchelui, la început ca nişte exculceraţii liniare, apoi după cicatrizare ca nişte urme mai albicioase înconjurate de o zonă mai pigmentată.

3) **Acţiunea toxică.** Nu toţi indivizii reacţionează la fel faţă de

toxinele lăsate de păduchi odată cu saliva în plaga înţepăturei. Pe unele gazde aceste reacţiuni sunt minime sau abia perceptibile, pentru altele însă aceste reacţii sunt din contră foarte intense, chiar când paraziţii sunt într'un număr minim.

Manifestările de ordin toxic ale pediculozei sunt: de ordin imediat în care găsim predominând accidentele locale şi de ordin tardiv în care predomină accidentele generale.

Manifestările toxice imediate, de ordin local, se trădează prin dureri şi mâncărimi la locul înţepăturei, o erupţie rozie polimorfă papuloasă sau veziculoasă asemănătoare întrucâtva erupţiei urticariene, leziuni ce pot fi însoţite de excoriaţii ca rezultat a scărpinatului (**prurigo pedicular**). Exudatul acestor leziuni determină cruste ce aglutinează în ele firele de păr, descamaţiile epidermice, praful şi murdăria de pe piele, etc., formând un fel de carapace deasupra pielei, carapace subt care mişună păduchii. Această formă a pediculozei, localizată mai ales pe cap se cunoaşte cu numele **Trichoma, plica polonica, headlouse** în englezeşte, **Kopflaus** în germană, **pidochie** în italieneşte, **piojo** în spanioleşte, etc. Purtătorul unei astfel de carapace exală un miros sui-generis respingător.

Leziunile de scărpinat favorizează infecţiunile microbiene fiind puncte de plecare pentru furonculi, stafile şi streptococii, favus, lupus, sifilis, etc. şi mai ales pe copii limfatici pentru impetigo, infecţiuni ce determină o stare subfebrilă urmată de cachexie mai ales pe bătrâni.

Toate aceste manifestări se întovărăşesc şi de tumefierea ganglionilor sateliţi regiunei, proces ce poate fi chiar complicat de supuraţie.

Leziunile pediculozei pe corp se observă mai ales la locurile unde cămaşa şi haina vin în mai intim contact cu pielea: pe ciafă, umeri, flancuri, fese şi pe partea externă a coapselor.

Leziunile pediculozei se însoţesc de mâncărime, a cărui grad şi intensitate variază după individ. Acest prurit determină intervenţia scărpinatului, după care rămân pe piele urme de zgârieturi ce lasă după vindecarea lor cicatrici caracteristice, este ceiace se chiamă în dermatologie **melanodermia** sau **boala vagabonzilor**. Semnele obiective ale melanodermiei ar fi datorite, după Dubreulh şi Beille substanţelor toxice secretate de păduchi şi introduse în organismul omenesc odată cu saliva. Această toxină ar provoca în mod indirect formarea pigmentului ce dă coloraţia tipică pielei. Această coloraţie caracteristică se întinde şi pe mucoase, observându-se mai ales pe faţa internă a obrajilor.

Manifestările toxice tardive sunt de ordin general şi se observă pe păduchioşii inveteraţi, fiind vorba de o stare subintoxicaţie, de o subinfecţie cronică ce se trădează printr'o stare de apatie, cefalalgie (senzaţia de „cap greu"), ameţeli, colorarea mucoaselor şi tegumentelor într'o tentă subpământie-vineţie observată mai ales în regiunele de pe corp unde pielea este mai subţire şi mai expusă înţepăturilor, stare ce urmează ca un răsunet asimilării repetate de către organism a toxinelor lăsate de păduchi în plaga înţepăturei odată cu saliva.

Păduchii de pe cap determină o **conjonctivită de tip flictenular** cunoscută sub numele de **Conjunctivita flictenulară pediculară** a lui

Font-Reuau şi G. Blanc. Recent, în 1920, s'a reuşit a se reproduce boala pe cale experimentală şi la maimuţă, prin introducerea subconjunctivală a unei emulsii de păduchi.

b) **Acţiunea vectorie sau păduchele ca agent vector de virusuri şi germeni infecto-contagioşi.** In această postură, păduchele poate servi pentru virusuri şi germenii infecto-contagioşi, fie ca simplu agent de diseminare fără ca virusul sau agenţii patogeni să sufere în ei vre-o modificare sau multiplicare, sau pot servi şi ca gazdă intermediară, în care virusul şi agenţii patogeni se şi înmulţesc desăvârşindu-şi în ei şi o parte din evoluţie.

1. **Păduchele ca agent vector mecanic** vehiculează odată cu perigrinările lui de pe un individ bolnav pe unul sănătos virusul sau germenele infecţios fără ca acesta să sufere vre-o modificare sau multiplicare în el. Ca agent vector-gazdă intermediară tot transmite şi inoculează virusuri sau germeni infecţioşi, însă pe când în prima modalitate de transmisiune — mecanică — virusul sau germenele infecţios era dus şi răspândit, transplantat din loc în loc fără a suferi vre-o modificare, în cea de a doua modalitate de transmisie, virusul sau germenele infecţios îşi desăvârşeşte în agentul vector — păduchele — o parte din timpii evoluţiei lui, păduchele folosind virusului pe lângă de agent de diseminaţie şi de gazdă intermediară.

Păduchele poate vecta sau transmite pe cale mecanică: **Cocobacilul lui Yersin** (pesta)[2]), **bacilul lui Eberth** (febra tifoidă)[3]), **Pneumococul, stafilococul şi streptococul**[4]), **Diplococus pemficontagiosus** (inpetigo tropical[5]), **Proteus X, 19**[6]), **Achorion schönlein** (favusul sau chelbea)[7]), **Bacilul lui Hansen şi ceilalţi microbi acido-rezistenţi**[8]), **Microsporul forfur** (pitiriasis verzicular şi roze a lui Gilbert)[9]), unele **Chlamidozoare** (grup în care Prowazeck — 1909 — pune virusul variolei, turbei, scarlatinei, moluscum contagiosum, pesta aviară, epitelioma contagiosum, febra aftoasă, etc.) cum e trachomul[10]) etc.

Modalitatea contaminărei pe cale mecanică. Păduchele, ca şi ceilalţi ectoparaziţi: musca, ploşniţa, puricele, etc., poate transmite de pe o gazdă pe alta diverşi agenţi patogeni, fără ca aceştia să sufere vre-o modificare sau multiplicare în insectă.

Vectarea virusurilor pe cale mecanică se poate face:

1. Prin intermediul labelor, antenelor şi perii corpului: păduchele

---

2) Swellengrebel & Otten (1914, Read, etc. reuşesc a infecta cu pestă şi animalele de laborator prin injectarea produsului de trituraţie a păduchilor infectaţi cu bacilul pestor.

3) Abe şi Makao (1907) găsesc într'o proporţie de 75% baccilul Eberth la păduchii recoltaţi de pe un tific, precum şi în excrementele lor.

4) Widmann arată că aceşti microbi sunt eliminaţi vii, cultivabili, prin dejecţiile păduchilor, după 48-60-80 ore.

5) demonstrat de Dewevre în 1892, Neveu-Lemair 1939.

6) martorul constant al infecţiei umane exantematece, se înmulţeşte şi el în exces în tubul digestiv al păduchelui omorându-l în câteva zile, ceiace demonstrează că acest microb nu e agentul patogen al exantematecului.

7) demonstrat de Lebert încă din 1845.

8) demonstrat de Mc. Coy. Clegg.

9) demonstrat de Aubert în 1879.

10) prin dejecţii (Neveu-Lemair).

umblând din loc în loc pentru a se alimenta se poate încărca cu diverşi agenţi patogeni, pe care-i diseminează şi împrăştie pe toate gazdele pe care ajunge, în timpul peregrinărilor lui Achorion schönleini, Eberth, Pneumococ, Streptococ, Stafilococ, Hansen, Microsporul furfur, etc.).

2. Prin trompă, în momentul înţepăturei stabilindu-se un intim contact între ea şi pielea gazdei. In acest timp, dacă pe suprafaţa pielei şi în păturile ei superficiale sunt prezenţi agenţii patogeni, aceştia pot fi antrenaţi pe trompă şi păstraţi în faldurile burdufului ei până la suptul următor când sunt lăsaţi în alt punct de pe aceiaşi gazdă sau pe noua gazdă pe care a trecut păduchele, contaminând-o în acest caz (Pitiriazis, Prurigo, Favus, Streptococ, Stafilococ, Diplococus pemficontagiosus, Yarsin, etc.).

3. Prin aspirarea agenţilor patogeni odată cu sângele supt în tubul digestiv şi expulzarea lor după 24—48 de ore sau mai mult, odată cu excretele fără ca ei să sufere vre-o modificare sau multiplicare. Pe această cale sunt vectaţi mai ales agenţii patogeni şi virusurile cu sediu în sânge sau ţesuturi. Cum în acest răstimp, cât se face digestia, insecta poate trece de pe o gazdă pe alta, de pe aceia de pe care s'a infectat pe alta virgină sau indemnă, depunând pe noua gazdă excretele ei infectate, o contaminează (Chlamidozoare: tracomul; bacilul lui Hansen; Proteus X, 19; Bacilul Eberth; Pneumococul; stafilococul; streptococul, etc.).

2. **Păduchele ca agent vector şi gazdă intermediară pentru agenţii patogeni şi diferite boli infecto-contagioase.** Spre deosebire de primul fel prin care păduchii transmit virusurile şi agenţii patogeni (mecanic), în această de a doua modalitate de diseminare intervine un fenomen nou şi anume, agentul patogen sau virusul, nu numai că este vectat din loc în loc, dar îşi desăvârşesc în păduche evoluţia şi se înmulţeşte, insecta servind pentru virus şi agentul patogen şi de gazdă intermediară obligatorie.

Pentru a se efectua acest „timp" din evoluţia virusurilor şi agenţilor patogeni în insectă este necesară o perioadă de timp — dela câteva ore la câteva zile — de unde rezultă acea perioadă negativă la păduchele infectat, timp în care păduchele, cu toate că este contaminat nu este încă infecţios.

Păduchele servă ca agent vector şi gazdă intermediară pentru următoarele virusuri şi agenţi patogeni: **Ricketsiose** (tifusul exantematec, febra de tranşee (Toepfer), Tifusul benign murin [11]) boală comună omului şi animalelor — guzganului), tifusul tropical urban sau Febra fluvială malaeză [12]), Tifusul de Australia, Febra de Mossman-Queensland, Febra purpurică a munţilor Stâncoşi [13]).

Tifusul exantematec. Modul de propagare a virusului exantematec a fost întrevăzut de Cardan, Thoinot, Netter şi demonstrat experimental şi epidemiologie de Ch. Nicolle, Comte & Conseil (1919), Ricketts,

11) Rickettsia mooseri Monteiro 1931.
12) Rickettsia orientalis schüfneri Amar-Monteirro 1931.
13) Produsă tot de o Rickettsie, după cum a demonstrat Weigl în 1930.

Wilder (1910), Goldeberger, Anderson (1912), I. Cantacuzino şi Slătineanu, D. Danielopolu, M. Ciucă, I. Bălteanu, I. Combiescu (1918/19).

Ca rezervorii de virus exantematic (Rieckettsia prowazeki da Rocha Lima 1916) în natură sunt omul şi animalele domestice din imediata lui vecinătate care menţin molima prin ectoparaziţii lor[14]).

La omul bolnav virusul este decelabil numai în perioada acută a boalei — circa 15 zile — şi în păduchele infectat virusul rămâne activ pentru tot restul vieţii insectei.

Epidemiologia ne arată că dacă într'o colectivitate îndemnă de exantematec parvine sau este introdus un păduchios sau bolnav de exantematec sau ajunge un păduche contaminat, acesta determină apariţia unei prime serii de bolnavi de exantematec după una până la trei săptămâni.

Dacă un individ deparazitat şi bolnav de exantematec parvine într'o populaţie impăduchetă însă demnă de exantematec păduchii cu indemni din colectivitate ce vor cantamina bolnavul, se contaminează devenind infecţioşi spre a opta zi, ceiace înseamnă că pentru isbucnirea epidemiei trebue să treacă în această situaţie 2-4 săptămâni. Dacă în aceleaşi condiţiuni epidemiologice, parvine un exantematec în primele zile de incubaţie ale boalei, epidemia isbucneşte după patru săptămâni (27 zile) sau maxim 60-100 de zile (incubaţie la purtător 7-23 zile, perioada de invazie sau infectantă pentru păduche 5-7 zile, incubaţia la păduchi pentru a deveni contaminant 8 zile, incubaţia la individul contaminat prin înţepătura acestui păduche 7-23 de zile, ceiace înseamnă, după E. Brumpt, că sunt necesare un minim de 27 zile sau un maxim de 61 zile.

Difuzarea şi răspândirea exantematecului prin păduche într'o colectivitate este sub dependenţa a doi factori epidemiologici principali: o anumită stare de echilibru biologic ce permite multiplicarea în exces a păduchilor şi posibilităţilor lor de răspândire între indivizii mediului, pendinte de furia de migrare a păduchilor, la care se adaugă şi concură o serie de factori secundari.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rickettsiile sunt eliminate de păduchi şi prin excreta, păstrându-şi virulenţa în aceste produse organice, în afara gazelor intermediare, între 70 ore (Sikora) până la unsprezece zile (Arkwright & Bacot). Viabilitatea şi rezistenţa Rickettsiilor este mult crescută dacă li se asociază Proteus X 19. In păduchii infectaţi, o expunere timp de jumătate de oră a insectelor într'un mediu de 55, o omoară, Rickettsiile (Toepfer 1916).

In vivo, virusul din omul bolnav îşi pierde treptat din virulenţă în câteva zile, fiind însă destul de rezistent în perioada de boală la toate mijloacele terapeutice cunoscute şi în uz până azi. Chimioterapia nu poate influenţa întru nimic vieaţa şi evoluţia lor.

In organismul păduchelui, insectă care joacă faţă de Rickettsia exantematicului rolul de gazdă intermediară, are loc o multiplicare şi transformare a virusului, fapt ce face ca produsele insectelor contaminate să devie virulente deabia după 12 ore dela prânzul sau înţepătura infectantă (Arckwright, Bacot) până la şeasezeci şi două ore (Sikora) dela contaminare.

---

14) Modalitate întrevăzută de M. Hooser (1928), Varela, Pilze (1934) şi demonstrat experimental şi epidemiologic de M. Ciucă, Combiescu, I. Bălteanu, Constantinescu, Angelescu, (1939/40).

Insecta contaminată îşi manifestă infecţiunea printr'o diaree cu eliminare de virus în dejecţiuni. Mortalitatea printre păduchii contaminaţi cu Ricketsii începe după a douăsprezecea zi dela prânzul infectant, pentru a atinge un maxim între 15—18 zile, în timp ce păduchii neinfectaţi, martorii, continuă a trăi 25—30 de zile.

Un singur păduche contaminat este suficient a determina omului un exantematec mortal prin înţepătura sau strivirea lui pe piele.

Păduchele se poate infecta cu virusul exantematec în orice etapă din vieaţa lui, înţepând un bolnav de exantematec între a cincea şi a şaptea zi de infecţie. Sugând sânge de pe un exantematec în a douăsprezecea zi, boala nu se mai infectează decât în proporţia de 5%. După revenirea la normal a temperaturei, sângele exantematecului nu mai este deobicei contaminat pentru păduche.

In păduchi, Rickettsiile se desvoltă şi înmulţesc în celulele tubului digestiv care sub presiunea paraziţilor din ele se umflu desfăcându-se de restul organului sau plesnesc pe loc punând în libertate virusul din ele. In excretele păduchilor Rickettsiile pot fi găsite sau libere spre a opta zi dela prânzul infectant (D-r I. Bălteanu) sau după 10—12 zile mai ales înglobate în celulele stomacale umflate şi descamate şi aruncate cu totul odată cu excretele în timpul diareei specifice (D-r G. Iamandi). In această stare se găsesc în excreta, mai ales spre ultimile zile ale boalei păduchelui când infecţia devine masivă pentru el.

După unii autori (Ch. Nicolle, I. Cantacuzino, M. Ciucă, I. Bălteanu, transmisia exantematecului s'ar face prin înţepătură, înţepătura unui singur păduche infectat fiind suficientă a determinat un exantematec mortal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru alţi autori (Mueller, Urizo, 1919), care se bazează pe considerentul că virusul exantematec lipseşte din glandele salivare, contaminarea s'ar face prin dejecţiile păduchilor, nu prin înţepătură.

Spre a opta zi dela prânzul infectant păduchele este apt a transmite exantematecul păstrându-şi această proprietate tot restul vieţii lui, transmiţând-o şi descendenţilor (Ed. Sergent, Bacat, da Rocha Lima).

O altă cale de contaminare, mai puţin frecventă însă, este infectarea omului prin mucoasa conjunctivală ce se arată a fi foarte sensibilă la acţiunea virusului exantematec. Contagiunea pe această cale s'ar face, după Ch. Nicolle, fie prin mânele murdare încărcate cu dejecţiunile păduchilor infectaţi sau prin particulele virulente puse în libertate de aceşti păduchi, pulverizate şi răspândite în aerul atmosferic şi ajunse odată cu praful la ochi.

Febra recurentă. Febra recurentă cosmopolită produsă de Spirocheta Lebert-1868, Obermeieri-1873, este transmisă dela omul bolnav la cel sănătos prin intermediul păduchilor. Ocazional, poate fi transmisă — când spaţiul de timp dintre un înţepat şi altul este extrem de scurt — şi de unele muşte înţepătoare (Stomoxis calcitrans) şi chiar de ploşniţe (Cimex lecturalius), de către acestea două din urmă însă numai în mod mecanic, dela supt la supt, verusul febrei recurente neputând evolua în aceste insecte.

---

15) Parazitologie practică medicală, volumul unu, facsicola 2: Spirochaetele 1941, D-r Gr. & Teo. Gr. Iamandi, editura Revistei Iaşului medical.

Păduchele se poate contamina cu această spirochaetă în ori şi ce epocă din vieaţa lui (de larvă în timpul năpârlirelor şi creşterei când începe a se hrăni cu sânge ce şi-l procură prin înţepătură, sau ca adult, etc.), transmiţând-o mai departe, dacă temperatura mediului ambiant este în jurul lui 20—25°.

Rolul păduchilor în transmisia acestei Spirochaetoze, de agenţi vectori şi ca gazdă intermediară a fost demonstrat pe rând de către F. R. Makie (in Indii) în 1907, Ed. Sergent şi Folei în 1908, G. Schmidth în 1909, Ch. Nicolle, Blaizot, Conseil & Lebailly în 1912.

Spirochaetele recurente ajunse în stomacul păduchilor devin imobile şi în câteva ore în citoplasma lor apar formaţiuni endogene granuloase şi vaculare, unele din ele înmugurând spre exterior. In câteva zile Spirochaetele îşi pierd cu totul forma, dispărând. Urmează o fază de multiplicare a lor sub o formă invizibilă nouă sau subt o formă granuloasă (Ed. Sergent-Lebailliy). In intestinul posterior al insectei nu ajunge nicio spirochaetă, ele suferind transformările de mai sus şi dispărând din circulaţie incă din prima zi. *Formele invizibile* (Ch. Nicolle, Blaizot, Lebailly) *sau granulele* (Ed. Sergent, Folley) rezultate din Spirochaeta mamă, forme analoage cu acelea descrise de aceiaşi în perioada apriectică ai febrei recurente de la om, se însinuează printre celulele epiteliale ale stomacului parvenind în cavitatea generală a insectei, de unde, spune Ed. Sergent şi Folly, prin sistemul lacunar circulator, după preslabila lor transformare şi creştere, din corpusculi ovalari devin fuziforme apoi filamente şi în urmă Spirochaete *metaciclice*, formă sub care trec în cavitatea generală a insectei.

Prin ruperea unui picioruş sau sfărâmarea cu totul a insectei în timpul scărpinatului sau prin traumatismul ce-l fac hainele în timpul mişcărilor, odată cu plasma scapă din păduche şi sute de Spirochaete metaciclice ce devin libere pe pielea noiei gazde contaminând-o. Sau, în momentul când păduchele înţeapă şi suge, când se umflă cu sângele supt, expuzează subt presiunea stomacului umflat preaplinul şi resturile nedigerate din porţiunea terminală a tubului digestiv (rect), eliminând odată cu acestea prin defecaţie şi lichid din glandele coxale, în care plutesc Spirochaete, contaminând-o.

Păduchii se infectează dela omul bolnav prin înţepătură în proporţia de 50%; odată infectaţi, păduchii îşi conservă infecţia şi virulenţa toată vieaţa, mai mult, ei pot transmite boala şi progeniturile lor, Spirochaetele trecând prin oviduct în ouă.

Păduchele nu transmite omului Spirochaeta recurentis prin înţepătură. Insecta contaminată şi cu mii de Spirochaete în ea, fiind sfărâmată accidental pe pielea noiei gazde, lasă prin plaga traumatismului, odată cu lichidul coelomic, pe pielea sau mucoasele noiei gaşte şi Spirochaetele metaciclice contaminând-o. Spirochaetele metaciclice prin mişcări proprii şi active traversează pielea sau mucoasele pătrunzând în economie şi determinând aci, prin înmulţirea lor, Spirochaetoza.

In concluzie, stârpind agentul vector (mecanic sau gazdă intermediară a acestor virusuri şi germeni infecto-contagioşi, înlăturăm una dintre cauzele — care este şi cea mai importantă — ce asigură menţinerea acestor infecţiuni în colectivităţi.

Ansamblul mijloacelor de distrugere a păduchilor se numeşte în parazitologie şi epidemiologie: Deparazitare, operaţiune ce s'a dovedit a fi foarte complicată şi fără efect practic când este pregătită şi executată de nepricepuţi.

Biblioteca Universitară Iaşi

Profilaxia bolilor transmise prin păduchi se rezumă la două măsuri capitale: **depistarea şi izolarea cazurilor şi deparazitarea.**

Prin aplicarea cu stricteţă a acestor două imperative într'o regiune contaminată, cel puţin teoretic o epidemie de boală cauzată şi vectată prin păduchi ar trebui fi atinsă. In practică însă unde acţiunea acestor două imperative este compromisă, pe de o parte prin interpunerea cazurilor de boală inaparentă, pe de alta prin prezenţa celorlalte rezervorii de virus şi altor vectori şi posibilităţi de transmisie ce alimentează mereu cu virus proaspăt epidemia, aplicarea acestor măsuri nu poate asigura integral dispariţia epidemiei.

Deparazitarea, mijlocul profilactic eroic întrebuinţat pentru stârpirea acestor insecte vectorii (acelaş termen se întrebuinţează când este vorba de distrus şi alţi paraziţi) sau mai bine zis **despăducherea**, urmăreşte stârpirea păduchilor — larve sau adulte — şi omorîrea embrionilor din lindini, aflaţi fie pe pielea acoperită cu păr a împăduchetilor, fie pe lenjurile de corp, efecte de îmbrăcăminte sau depe diversele alte obiecte ce au fost în intim contact cu ei şi pot conţine fie numai ocazional lindini sau păduchi.

Recurgem, pentru deparazitare, succesiv, la unul din mijloacele specificate pentru fiecare caz în parte, aşa:

a) **Pielea acoperită cu păr** se deparazitează prin tundere cu maşina **numărul zero**, îmbăere în leşie caldă şi petrolozare cu gaz lampant în care se solvă un corp gras. Persoanele ce nu pot fi tunse (femei, etc.), se spală în prealabil cu leşie caldă şi săpun de sodă, se clătesc cu oţet, (ce solvă cleiul ouălor), se piaptănă apoi cu un pieptene des după care se ung cu un amestec format din părţi egale de petrol şi ulei.

b) **Pielea corpului, neacoperită** cu păr, se deparazitează prin spălare cu leşie caldă şi săpun, după care pielea se unge cu un corp gras.

c) **Lenjurile de corp** se fierb în leşie sau se înmoaie în petrol, sau se calcă cu fierul de călcat fierbinte, sau se desinfectează în etuve cu aburi sub presiune sau prin aer fierbinte cu **Deparazitorul model Brevet Regal Român No. 25847/937 şi 29311/939.**

d) **Hainele, paltoanele, sumanele, căciulele, ţolurile, păturile,** etc. se înmoaie în petrol lampant câteva ore sau se deparazitează prin aer fierbinte (60° C 60') sau gaze toxice (cloropicrină 10 cmc. lichid la metru cub, oxid de cărbune produs cu generator special, **cianhidrinizare** cu aparate şi echipe speciale). **Sulfurizarea nu o recomandăm întrucât atât experimental cât şi practic am găsit-o fără nici-o putere pediculicidă.**

e) **Locuinţele se deparazitează prin gazare** (cloropicrină, acid cianhidric) sau măsurile obişnuite de curăţenie.

Preventiv, D-r I. Bălteanu recomandă ca un profilactic pentru medicii şi personalul sanitar auxiliar ce activează în mediile exantematece de a-şi pulveriza, mai ales pe la cusături şi locurile deschise, hainele şi lenjurile cu o soluţie de terebentină, camfor şi naftalină, precum şi să-şi instileze cu o pipetă în fundurile de sac conjunctivale ale ochilor, cel puţin de două ori pe zi, un antiseptic ocular (sulfat de zinc).

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1. OPOCALCIUM IRRADIÉ Cachete. Comprimate. Granule
2. OPOCALCIUM Cachete. Comprimate. Granule
3. OPOCALCIUM Arseniat-Cachete
4. OPOCALCIUM Gaiacolat-Cachete

Laboratoarele
OPOCALCIUM
A. RANSON
Dr. in farmacie
96 RUE ORFILA
PARIS XX-e

BCU Iași / Central University Library

Colicistita cronică.-Congestia ficatului și a căilor biliare-Icter și Cholemie-Litiasă biliară.

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
șef de laborator la spitalul SF. ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE

Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate

Posologie: 1—3 linguriițe de cafea dimineața pe nemâncate

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — București

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

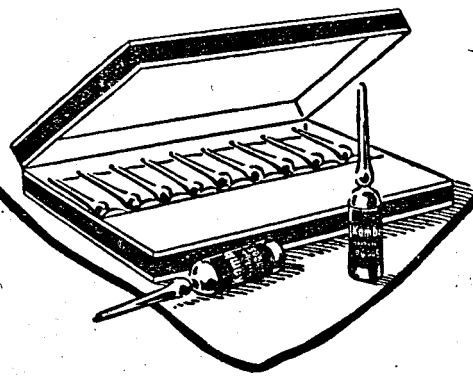
intravenos: KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)

fiole de 0,5 mg

intramuscular: Myokombin

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



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

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

DATE DEMOGRAFICE PE 1940 COMPARATIV CU CELE PE 1939

de

D-r ALEX. MANOLESCU
Medic ru al 1894—1928

Fenomenele cosmice nu ţin seamă de cele ce se petrec în lume şi urmează legile lor fireşti. La fel sunt legi social-economice-demografice, care îşi urmează şi dânsele jocul lor şi care trebuesc foarte aproape supraveghiate.

Nu este loc de spus: „Ţara piere de necaz şi eu vin cu statistici."

Nu, iată revista **Umschau in Wissenschaft und Technik** în care a apărut o statistică a căsătoriilor din Germania pe 1932—1940 inclusiv Se compară numărul născuţilor cu cel al căsătoriilor. Incărunţitul **Mareşal Pétain** când a luat frânele Franţei a spus: Ne trebuesc copii. Da, Franţa nu prea are copii. Ne trebuesc şi nouă, căci au început, să se rărească şi la noi. Mai mult însă la noi trebuie să îngrijim de cei pe care îi avem, ca să nu se prăpădească. La fel să îngrijim de părinţii lor, ca la rândul lor să-i poată creşte. Următor celor de mai sus dau datele ce urmează în care se cuprind şi cele privitoare la Basarabia şi Bucovina până în Iulie respectiv August. Când **crivăţul Uralilor** s'a abătut asupra ţării, am publicat într'un cotidian: „Furtuna rupe o creangă — două — dar nu usucă pomul". Când s'a ciuntit Ardealul după judecata legendară a Regelui Solomon, am amintit de vorba eternă a **Ecleziastului:** „Ce a fost va mai fi şi ce s'a făcut se va mai face". Iată că s'amplinit ceeace spune Cartea-Cărţilor şi nădăjduim că în curând va reveni şi Ardealul la Patrie. Judecata legendară va trece în domeniul cronicelor.

Sate şi Oraşe

1939 Spor: 193.476 = +166.784 Români +27.595 Alţi —1.003 Jidovi.

1940 Spor: 120.304 = +112.906 Români +10.399 Alţi —2.901 Jidovi.

Oraşele

1399: Născuţi 75.691 — 68.797 Morţi = +6.900.

1940: Născuţi 60.494 — 65.727 Morţi = —5.233.

Intre 1906—1915, sporul a fost de 6,4$^0/_{00}$. Intre 1921—1930,

a fost de 5,1‰. Intre 1931—1937, a fost de 2,9‰. In 1939, spor de 1,9‰, ca să ajungă în 1940 la —1,3‰!!

In 1921, oraşele au dat +22.358. In 1930, au dat 20.407, scăzând treptat la 18; 17; 10; 6.000, iar 1940 se încheie cu —5.233.

Municipiile, inclusiv Bucureşti

1939: +3.356 = +5.007 Români —553 Alţi —1.098 Evrei.
1940: +2.932 = + 421 Români —611 Alţi —1.742 Evrei.

Capitala

1939 Spor: +2.948 = +2.970 Ortodoxi —397 Mozaici +375 alte religii.

1940 Spor: — 18 = +5.250 Ortodoxi —598 Mozaici +55 alte religii.

Situaţia din Oltenia cu 99% etnici, se prezintă astfel dela 1932 până astăzi: **Craiova** cu 1031; **Tg.-Jiu** cu 331; **Turnu-Severin** cu 476; **Râmnicul-Vâlcea** cu 233 **morţi** peste **născuţi**. Evreii cu 0,2% din populaţie, ţin pasul băştinaşilor. In ultimii 6 ani au fost 70 de născuţi şi 207 morţi; deci un spor de 137 morţi. O regiune opusă acesteia — Iaşii — au dat un spor de —271 Moldoveni şi —293 Evrei morţi — peste — născuţi. In 1924, Moldovenii au avut +647, Evreii +471.

Moartea înfrăţeşte pe toţi. Ea culege nu alege. Dacă în viaţă rezidă germenele morţii, moartea însă nu este factor de progres.

Un punct, care este cheia şi lacătul problemei este **„mortalitatea pruncilor pricinuită de debilitatea congenitală"**, care dă proporţii de 70%, **din pruncii morţi în primele 6 luni.** Şi dacă numai pe cei 9042 născuţi-morţi, proporţia e şi mai crescută.

Din statisticile întocmite de mine pe ultimele 7 decenii, rezultă că **mortalitatea infantilă a scăzut cu mai puţin de doi la sută pe ultimii 70 de ani.** In 1940 era 19,1% faţă de 20,72% mortalitate găsită de mine pe 1870 la sate. Mortalitatea cea mai mare la toate vârstele o dau bolile aparatului respirator. In 1940 ca şi în trecut, **pneumoniile** au dat un procent de 65% din afecţiunile pleuro-pulmonare. Modalitatea aceasta atâta de mare merită atenţia forurilor superioare. Cauzele se cunosc.

Oraşele în Ianuarie 1941, se prezintă cu 890 **morţi**, peste **născuţi**. Februar cu — 472. Martie — 578. **Capitala** în primele 6 luni din 1941:

Exced.? —296 +191 Ortodoxi —23 Alte rituri —464 Mozaici.
Născuţi-morţi 296. Morţi nelocalnici 502.

Intrebare: Oare printre pricinile mortalităţii excesive — ca nicăeri — n'au vină şi cele ce urmează?

In anul bugetar 1940/41 bugetul a supt, depe urma sugerii alcoolice:

Lei 1.860.587.577 depe urma spirtului. Lei 95.554.423 depe urma ţuicii, ţescovinei, etc. Lei 425.554.616 depe urma berei.

Total Lei 381.696.616 — fără vin, — taxele fiind încasate la hectarul de vie.

La câteva zeci de miliarde se ridică cheltuielile pentru băuturi, în aceste grele zile de mari frământări şi griji? In 1925, regretatul Profesor D-r **Obregia** a estimat la 17 miliarde. Cât costa atunci şi cât costă acum un litru de spirt, ţuică, etc.? Unde mai pui valoarea celor 2.227.960 zile neproductive, a celor 6104 bolnavi din spitale şi ospicii. Dar a celor care ajung direct la Văcăreşti?!

La oraş am văzut cum din an în an, sporurile au scăzut treptat — şi aceasta la toate naţiile — ca să ajungă la deficit. Satele, care în 1906, au avut un spor de 18,2 la mia de locuitori, în 1940 au scăzut la 9,4 la mie. **Banatul rural** a încheiat în 1940 cu —2371 şi cel **urban** cu —897. Banatul constitue o enigmă demografică. In două conferinţe am desvoltat această problemă gravă la Societatea Regală Română de Istoria Medicinei.

Bănăţenii cei isteţi şi chiaburi continuă tradiţia! de acuma 60 şi mai bine de ani — sistemul un copil. Târgoveţii au dat —897 de morţi peste născuţi, în frunte cu **Lugoj**. La o populaţie de 21.701 locuitori au avut 346 de morţi în plus. **Timişoara** —204. Oraviţa —125, etc.

Banatul rural —2.371 în frunte este judeţul **Caraş** cu —1.085. Timişoara cu —886. Severin cu —400. La **Craiova**, cetatea Banilor cu 372 de morţi peste născuţi.

Râmnicul-Vâlcea 88. **Târgu-Jiu** 71. Curios, moartea n'a ţinut seama că aceste oraşe au fost reşedinţe de prim-miniştri. **Severinul** cu 160 de morţi peste **născuţi**. Evreii la rândul lor au avut 15 născuţi şi 50 de morţi.

Astăzi mai mult ca oricând, legiuitorii multe învăţăminte pot trage, dacă ar consulta „Buletinul demografic" sub destoinica conducere a D-lui D-r Sabin Manuilă.

Astăzi mai mult ca oricând în măsura grijii frontului care sângerează atât de cumplit; în aceiaşi măsură trebue, să ne fie grija pentru înlăuntrul graniţelor care trebue să înlocuiască pierderile frontului.

Anul 1941, a început în condiţii grele. Iată situaţia pe Ianuarie, Februarie şi Martie.

Sate şi oraşe

1941: +6374 = +7902 Români — 909 Evrei —619 Alţi.
1940: +35.904 = +33.351 Români — 1018 Evrei +3571 Alţi

Oraşele inclusiv capitala

1941: Născuţi 11.994 — 13.934 Morţi = —1940.

1940: Născuţi 19.516 — 21.645 Morţi = —2129.

Municipiile inclusiv Capitala

1941: — 1153 = —322 Români —483 Evrei —348 Alţi.
1940: — 1109 = +178 Români —615 Evrei —672 Alţi.

Cifrele acestea mute au totuşi glas... Confirmă cimilitura învăţată în clasa I-a primară acum 64 de ani, dela părintele **David Vicol**, unchiul multregretatului **General D-r N. Vicol**:

„Câmpul alb, oile negre
Cine le vede, nu le crede;
Cine le paşte le cunoaşte".

Eu le pasc de 48 de ani şi în frunte cu mult regretatul Mitropolit Pimen şi fruntaşii Prof. D-r V. Babeş, Obregia, Gerotă, au confirmat că am fost bun cioban.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PASSIFLORINE
RÉAUBOURG

Acţionează paralel asupra simpaticului şi parasimpaticului, realizând un echilibru armonios între tonusurile celor două sisteme nervine, prin:

CRATAEGUS
Sedativ al excitabilităţii simpatice.

PASSIFLORA
Sedativ al excitabilităţii simpatice şi vagale.

SALIX ALBA
Sedativ al excitabilităţii vagale.

Insomnie — Anxietate — Temeri — Eretism cardiac şi în special, Medicamentul femeii în toate epocile vieţei ei genitale.

Ca sedativ: 2—4 linguriţe pe zi.
Ca hipnotic: 1—3 linguriţe seara.

Bucureşti
Georges Verglas
Precupeţii Vechi 1.

G. Réaubourg & C-ie
115, rue de Paris.
Boulogne-sue-Seine.

Protecția gestației

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

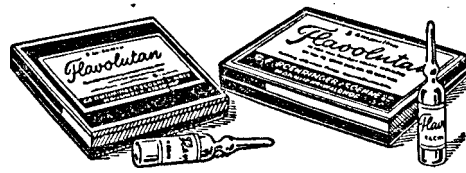
Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



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

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

HIGIENA RASEI LA NOI

de

D-r M. PARASCHIV
Ţibăneşti-Vaslui

Printre problemele capitale care se pun mai cu seamă azi, când naţiunea este preocuparea de căpetenie, este păstrarea şi promovarea patrimoniului biologic. In decursul vremurilor, chiar la popoarele vechi, după concepţiile lor, promovării naţiunei rasiale i s'a dat atenţiunea cuvenită prin diferite prescripţiuni religioase, sociale, etc. Şi este ştiut şi cunoscut că acele popoare care au înţeles să ducă această politică au dăinuit în decursul veacurilor, iar altele cu toate strălucirile din trecut, au pierit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpurile de azi, naţiunile cu concepţii sănătoase, superioare, au înţeles să introducă concomitent cu celelalte reforme şi concepţia de protejare a familiei sănătoase din punct de vedere eugenic şi rasial, pentru ca să ajungă la desvoltarea optimă a capitalului biologic naţional, şi în felul acesta la păstrarea calităţilor rasiale. Naţiunea Germană sub regimul celui de al treilea Reich a înţeles şi a şi aplicat principiile de biopolitică. E drept că şi la noi încă de acum 20 ani, s'a atras atenţia asupra acestor principii, principii ce au fost publicate în revistele de specialitate. S'a atras atenţiunea că faţă de organizarea sanitară şi de ocrotire din Germania, nu se poate introduce şi în alte ţări aceste concepţii decât acolo unde se poate vorbi de o structură socială şi politică identică cu a Germaniei. Desigur că fiecare naţiune îşi are structura sa şi e foarte greu de a se vorbi de structuri identice, principiile însă, a unei politici rasiale s'ar putea introduce cu mici modificări şi adaptate la starea de fapt. Niciodată nu a dat roadele cuvenite copierea anumitor principii sau legiuiri dela alte popoare, care apoi au trebuit să fie aplicate, căci au găsit rezistenţe mari şi de multe ori nici nu se poate vorbi de punerea în practică a lor, căci alta este structura naţiunei noastre, alta este mentalitatea şi concepţia de viaţă la poporul nostru. Se cunosc principiile ocrotirei mamei şi copilului înscrise în legiuirile noastre, dar cari în mod practic nu se pot aplica, bine-înţeles referindu-mă la viaţa din mediul rural, acolo unde trebuieşte îndreptată atenţiunea şi unde randamentul biologic e cel mai mare.

HEMOSTYL

Dr. Roussel

SER HEMOPOIETIC DE CAL, ABSOLUT PUR
2000 de cai sunt utilizaţi pentru prepararea **HEMOSTYL-ului.**

PURITATE
CALITATE
EFICACITATE

ACŢIUNE TONICA

Serul „mijloc de legătură" al organismului, conţine toate secreţiunile glandelor endocrine. Acţiunea fiziologică, tonică şi durabilă a HEMOSTYL-ului se datoreşte bogăţiei sale în: **HORMONI.**

ACŢIUNE HEMOPOIETICĂ

Frecvenţa anemiilor secundare este considerabilă. HEMOSTYL aduce elemente pentru reconstituirea globulară şi stimulente pentru organele producătoare de elemente figurate **HEMOPOIETINE.**

ACŢIUNE HEMOSTATICA

In pansamente local şi pe cale bucală, HEMOSTYL rămâne întotdeauna cel mai activ şi cel mai sigur dintre hemostatice, graţie **FIBRIN-FERMENT**-ului pe care îl conţine.

PREZENTARE

Fiole de 10 cc. în cutii de 6 fiole
Sirop . . . Flacon cu 300 grame.

POSOLOGIE

Fiole: 1 — 3 pe zi per os.
Sirop: 1 — 3 linguri de supă pe zi.

(De preferinţă pe nemâncate, sau la începutul meselor.)

Laboratoires DE L'HEMOSTYL — PARIS

Eşantioane şi literatură:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.
103, Str. Toamnei, Bucureşti III, Tel. 2.21.38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conducerea noastră înţelege într'o largă măsură că, referindu-se la ocrotirea familiei şi în special a celei ţărăneşti să aplice principiile de biopolitică pentru a se putea ajunge la valoarea cantitativă şi calitativă a naţiunei. Înţelege deasemenea să facă sacrificii materiale pentru ocrotirea ei şi a copilului, iar succesul în acest domeniu depinde şi de utilizarea tuturor mijloacelor, printr'o propagandă susţinută nu numai de personalul pregătit şi obligat să realizeze acest deziderat, dar şi de toată intelectualitatea dela sate. Dar dacă, pentru promovarea unei idei, statul e gata să facă orice sacrificiu şi cu largă bună-voinţă poate pune la dispoziţie personal şi material, nu este deajuns numai atât. O sămânţă cât de bună şi selecţionată ar fi, nu poate da roade dacă va fi aruncată pe piatră; o clădire cât de solidă am vrea să o construim, dacă va fi făcută pe o temelie de nisip, se va prăbuşi; iar o ideie sau un principiu cât de sănătos va fi, nu va prinde decât pe un teren prielnic, favorabil. E nevoie ca şi sămânţa să fie selecţionată, însă aruncată pe un pământ fertil, şi clădirea construită pe o temelie de beton, după cum e nevoie ca şi un principiu sănătos să fie grefat pe un teren favorabil, pregătit anterior, şi după cum sămânţa nu se poate arunca decât după ce am pregătit terenul, clădirea nu se poate face până nu am construit şi consolidat temelia, tot aşa nici ideia nu poate prinde dacă nu ne pregătim terenul.

Dacă la poporul German ideia promovării rasei Germane este înţeleasă în adevăratul sens, căci conducerea şi poporul sunt una şi poporul e în deajuns de pătruns de acest lucru, principiile de biologie şi eugenie nu întâmpină nici o rezistenţă, şi el e larg pătruns de acest adevăr şi deziderat, iar conducerea n'a făcut altceva decât să reglementeze prin legiuiri ideia de selecţionare a rasei, să încurajeze căsniciile, să le dea ajutorul cuvenit, să sterilizeze şi castreze pe deficienţi, etc.

La noi însă, judecată situaţia după starea de fapt, în special în vechiul regat, nu se pune aceiaşi problemă; amestec de rasa diferite aproape că nu există, şi avem destule tulpine sănătoase care trebuiesc selecţionate, iar dacă ne referim numai la o latură a problemei, aceea a păstrării patrimoniului biologic apoi, după cum am afirmat mai sus trebue să ne pregătim masa, terenul. Ideia de rasă luată în totalitate prin selecţionare şi păstrarea ei e greu, în situaţia de astăzi, de a o promova. Aici aşi zice că ar trebui să avem o structură identică cu a Germaniei pentru a îndeplini acest lucru. Abia în ultimul timp conducerea noastră a înţeles să se apropie de popor cu intenţiunea ca mai târziu să fie una cu ea. Până atunci însă, trebuie să pregătim massa ca toate reformele ce vor trebui să se facă, să-şi ajungă ţinta cuveniită. Promovarea şi păstrarea capitalului biologic, aşa cum se prezintă se mărgineşte deocamdată la asistenţa şi ocrotirea mamei şi copilului, pentru-ca în felul acesta să dăm o generaţie viguroasă şi aptă de a perpetua neamul.

In privinţa aceasta, avem şi legiuiri care impun şi anumite norme dar care mai cu seamă acolo unde fertilitatea este cea mai mare, adică în mediul rural, nu s'a putut aplica şi e şi greu de aplicat. Dacă în

Digitized by Google Original from Universitätsbibliothek Graz

mediul urban s'a făcut ceva, ca şi în straturile superioare ale societăţii noastre, în care se mai poate vorbi despre ocrotirea mamei şi copilului, prin scutirile de serviciu ale mamelor, prin concedii ce se acordă lor, apoi prin ocrotirea copilului după naştere, printr'o largă înţelegere a institutelor de asistenţă; nu tot aşa se pune problema şi în mediul rural şi tocmai aici unde avem numărul aşa de mare de naşteri, şi unde în mod practic nu se poate vorbi de ocrotirea mamei. Mai cu seamă în timpurile de azi, când mama este obligată să suplinească şi braţele bărbatului, vedem că până la naşterea copilului e obligată să facă muncile cele mai grele şi sunt cazuri care din cauza eforturilor prea mari, e obligată să nască pe câmp, sau de mai multe ori în drumul ce-l face dela câmp acasă, iar dacă ne referim la ocrotirea copilului, se pune aceiaşi problemă şi nu sunt rare cazurile când copiii sugari sunt lăsaţi acasă fără să li se dea alimentaţia la sân necesară, pentru ca seara când vine, mama să fie obligată să-l hrănească tot timpul nopţii şi în felul acesta, ea istovită de munca zilei şi suptă de copil în mod atât de neregulat, să vedem mai târziu doi deficienţi fizici. Şi atunci de ce să ne mirăm că avem în acelaş timp cu o mare natalitate, şi o mare mortalitate infantilă?

Dacă nu se poate vorbi de ocrotirea mamei din mediul rural, la care se mai adaugă o proastă alimentaţie atât cantitativ cât mai cu seamă calitativ, se poate întrevede uşor ce va ajunge mama prin multiplele ei sarcini şi de asemenea şi copilul. Aceste lucruri cunoscute de conducerea noastră, a sunat alarma şi s'a spus, ne mor copiii!, iar ca soluţie practică s'au înfiinţat în mare parte dispensare de puericultură şi în mediul rural, unde statul a înţeles să le dea şi ajutoare în natură. Dar rezolvarea problemei este cu totul alta; mama a fost obligată să accepte toate ideile greşite din mediul său, dela bătrânele şi femeile din sat, care poate nesfătuite şi nesprijinite de nimeni să continue încă în promiscuitate, cu mentalităţi cu totul eronate. Terenul trebuie desţălenit printr'o muncă asiduă, printr'o adevărată ofensivă educativă, prin schimbarea mentalităţii greşite, printr'o largă colaborare din partea celorlalte mame care văd în mod real lucrurile, printr'un exemplu viu dat de mamele intelectuale care să se pună în fruntea lor, să arăte şi sprijine acţiunea noastră, iar aceste mame să fie ferm convinse că nu fac altceva decât o operă capitală pentru redresarea neamului. Organele noastre de conducere cer acest lucru, însă trebuie să mărturisim sincer că suntem departe de adevăr şi de aceia cred că şi mamele din mediul sătesc nevăzând exemplu viu, nu înţeleg adevăratul sens al problemei şi cu toate ajutoarele ce le dăm, situaţia rămâne aceiaşi sau cu mici modificări. Dacă această operă se va întreprinde cu o largă contribuţie din partea tuturor, şi în special a mamelor intelectuale, căci femeia dela sate se apropie mult, tot de o femeie, la care s'ar mai adăuga cu timpul asistentele sociale ce se vor trimite la sate şi care vor fi în mijlocul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

lor, cu contribuţia dată de stat, desigur că se va face mult. Trebuie mai întâi să formăm alte convingeri mamelor, trebuie să le spulberăm anumite concepţii învechite „Că şi mama lor a născut şi crescut un număr de copii fără sprijinul nimănui", că „Dumnezeu dacă i-a dat un număr de copiii, tot el trebuie să se îndure să-i şi ia, că atunci ce s'ar face cu prea mulţi copii", şi aşa mai departe. Numai când alta va fi concepţia, numai când terenul va fi pregătit, atunci vor pricepe pentru ce statul înţelege să facă sacrificii pentru promovarea capitalului biologic, la care desigur se vor mai adăuga şi soluţiuni practice, pentru a suplini braţele femeii înainte şi după naştere, şi abia atunci vom putea să grefăm principiile de biologie şi eugenie, ajungând şi la regenerarea evoluţiei biologice a familiei româneşti.

De aceia problemele de biopolitică şi higienă a rasei noastre să cer studiate după starea de fapt, modificându-se rezolvarea lor în sensul celor arătate, modificând structura socială şi începând dela lucrurile elementare, simple, ca să ajungem la ce dorim să înfăptuim.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă
Insomnie nervoasă
Depresiuni
Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi
Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi
Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop: Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate: Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

Cloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină.

Comprimate: 1 — 2 la nevoe.

Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni Vaginite.

NEOL

Ozon şi oxigen în stare născândă

Gargarisme: 1 lingură de supă la un pahar cu apă.

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator,

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA“ S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 2.21.38

URALYSOL

TRATAMENTUL DIATEZEI REUMATICE DIZOLVANT ŞI ELIMINATOR PUTERNIC AL ACIDULUI URIC

Elementul fundamental al acestui preparat îl constituie **Acidul Timinic**, dizolvantul natural al Acidului Uric.

Citratul de Hexametilen-Tetramină şi **Hexametilen-Tetramina** asigură antisepsia căilor urinare şi biliare.

Dietilen Diamina funcţionează ca eliminator al Acidului Uric.

Carbonatul de Litină activează diureza.

Benzoatul de Sodiu este antiseptic al aparatului urogenital şi colagog în litiaza biliară.

INDICAŢIUNI:

URALYSOL este indicat în toate maladiile urice:

Artritism, Gută, Reumatisme, Gravelă, Hipertensiune, Arterio-Scleroză, Colici hepatice şi nefretice, anumite Dermatoze (Eczeme-Herpes), Cistite, Pielite, Nevralgii, Migrene, Urticarii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FORMA ŞI MODUL DE INTREBUINŢARE:

URALYSOL se prezintă sub formă de granule cu gust foarte plăcut şi se ia în dozele următoare:

ADULŢI: Dimineaţa şi seara câte una linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar cu apă.

COPII: Dimineaţa şi seara câte ½ linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar cu apă.

In afecţiunile cronice, se va face în medie o cură de 12 zile pe lună: primăvara şi toamna 20 zile pe lună.

Laboratoires LOBICA — PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III, Tel. 22138

ROLUL LABORATOARELOR DE IGIENA IN CADRUL ACTUALELOR NEVOI SANITARE ALE ŢARII

de

D-r S. SURUGIU
Medic şef al Laboratorului Tulcea

Laboratoarele de igienă servesc ca centre de activitate ştiinţifică în combaterea boalelor infecţioase şi în salubritatea publică. Medicii conducători, trebuie mai întâi de toate, să aibă o vastă cultură medicală în toate ramurile, pentru ca să poată deveni buni specialişti de laborator.

Este o regretabilă confuzie şi o gravă eroare, de a considera medicul de laborator, ca având o cultură medicală unilaterală. Adevărul este contrariu. El are o posibilitate în plus, de a dezlega problemele ce se ivesc în clinică, în igiena colectivă, salubritate, etc.

Laboratorul şi clinica nu se exclud, ci se complectează reciproc, deaceia, când este vorba şi de medicina curativă, laboratoarele de igienă, trebuiesc puse pe aceiaşi treaptă cu spitalele.

Ceiace surprinde, este faptul, că majoritatea medicilor, unii chiar având un renume de pricepuţi practicieni, nu ştiu, cum, când şi ce anume pot pretinde de la laborator, deaceia, îl desconsideră, şi se mulţumesc să practice medicina cu noţiunile clinice generale căpătate în facultăţi, în dauna sănătăţii publice.

Având un rol multiplu, rezultatul cercetărilor ştiinţifice, ce interprinde laboratorul de igienă, va fi cu atât mai de efect pentru sănătatea publică şi practica medicală, cu cât colaborarea va fi mai strânsă şi cordială între laborator şi celelalte servicii sanitare.

Unele măsuri de îndreptarea acestor neajunsuri, se impun.

1. Introducere. — Legea Sanitară şi regulamentul laboratoarelor de igienă, de mai multe ori modificate, stabilesc până în amănunte totul cu privire la laboratoarele de igienă, încât se pare că această instituţie sanitară este perfect pusă la punct şi că funcţionează ca un cronometru. Realitatea este alta. Ca unul ce de aproape zece ani conduc un astfel de laborator, am avut putinţa să fac unele constatări, ce cred că concretizate, ar fi de vr'un folos, atât pentru actuala noastră organizare sanitară, cât şi pentru sănătatea publică.

Acesta-i motivul articolului de faţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. **Ce este un laborator în general.** — Cuvântul, însuşi, indică muncă şi fiind vorba de medicină, laboratorul medical s'ar putea astfel defini: „Este o instituţie în care se desfăşoară o muncă intelectuală, de încercare şi observaţie dela cauză la efect şi viceversa, o muncă de perseverenţă, sistematică, discip'inată, dezinteresată, şi pe deasupra anonimă, în scopul de a deslega misterele şi fenomenele naturei, pe care aceasta, le ascunde la nesfârşit, curioasei şi prea puţin puţincioasei fiinţe umane, în legătură cu însuşi fenomenul „viaţă".

Nobleţea acestui fel de muncă, este universalitatea ei, scopul abstract de a lămuri fenomenele dintre materie şi spirit şi mai presus, că ea este anonimă, puţini fiind aceia cari cu, sau fără voia lor, reuşesc să iasă din anonimat. Această muncă nu se cere plătită, nu poate fi plătită; pe deasupra, lung este şirul acelora cari au plătit cu propria viaţă, curiozitatea de cercetător, primind mult prea târziu recompensa morală a muncii şi laurii izbânzei „post mortem".

3. **Cum apar laboratoarele de higienă.** — Spre deosebire de laboratoarele universitare, care au ca scop progresul ştiinţei şi secundar-didactic, acestea au un scop de utilitate publică şi practică imediată. In ele se execută lucrări ştiinţifice curente, puse mai dinainte la punct, de laboratoarele universitare.

Ele apar, dar, ca orice instituţie de stat de uz curent, ca: percepţia, judecătoria, şcoala, etc. In afara laboratoarelor de igienă, în angrenajul serviciului sanitar, mai există laboratoarele de spital, a căror activitate se confundă cu a spitalului respectiv; laboratoarele militare, care servesc intereselor armatei şi laboratoarele particulare, autorizate şi controlate de stat, cari sunt comercializate. In oricare din aceste laboratoare se poate munci după principiile de mai sus, dar după cum se va vedea, laboratoarele de care ne ocupăm, prin forţa lucrurilor, capătă un aspect comercial sau poate industrial, ca toate instituţiile sanitare de ştiinţă aplicată, la necesităţile curente, unde cu, sau fără plată, se caută a se vinde sau a se distribui sănătate, cu alte cuvinte de a contribui la fabricarea (termen impropriu) de oameni sănătoşi şi de a-i conserva sănătoşi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. **Scopul laboratoarelor de igienă în intenţia legiuitorilor şi locul ce-l ocupă în angrenajul sanitar al statului.**

In legea sanitară scrie: „Laboratoarele de igienă servesc ca centre de activitate în combaterea bolilor infecţioase şi în salubritatea publică" şi „Şeful laboratorului este referent technic în materie de profilaxia boalelor infecţioase al Inspectorului General Sanitar, al Medicului Primar de Judeţ şi cel al Municipiului".

Legea Sanitară mai spune multe, cum ar fi: „Laboratorul ajută şi intervine din propria iniţiativă în combaterea boalelor infecţioase, pe baza rapoartelor ce i-se vor trimite obligator asupra situaţiei epidemiologice". Câte rapoarte de acestea au primit laboratoarele de igienă? In concepţia actuală a medicilor de judeţ, de oraş şi dela ţară, laboratorul are rolul de a răspunde numai când este întrebat, „Pozitiv" sau „Negativ". Medicul laboratorului este încarcerat între pereţii laboratorului; deşi este igienistul plăşii centrale, technicianul prin excelenţă, nu este consultat pe teren, decât ca paravan în consiliile de igienă,

după care din egoism sau vanitate, să se poată ascunde ignoranța confraților și spre a nu li-se răpi din autoritatea încredințată lor suveran, trecând peste subtilitățile rușinoase, cari se cer a fi ascunse, din păcate, foarte dese ori.

Se neglijează mai ales acolo, unde nu ar trebui, că medicul laboratorului, înainte de toate este medic, și în al doilea rând technicianul specializat.

Dar, să ilustrez cele ce spun, cu câteva exemple: Intr'o comună oarecare, se ivește o epidemie de dizenterie sau în alta de febră tifoidă.

Epidemia se desfășoară prolific în voia ei, trecând drept gastroenterită, până când decesele se îndesesc. Atunci se iau măsurile dictate de împrejurări, între altele trimițându-se apa la analiză, într'o sticlă oarecare, la întâmplare, recoltată oricum, astupată cu un ciucălău de păpușoi, sigilată cu smoală și expediată colet poștal ca să ajungă după câteva zile. Rezultatul se înțelege dela sine.

Un alt medic, cu practică de mulți ani de zile, cere laboratorului să se caute în spută „prin cele mai moderne metode" bacilul „Coc", înțălegând bacilul Koch. Ignoranța este frapantă. — Alte cazuri: Aproape toată lumea chiar nemedicală, știe că pentru a te pronunța într'un caz bănuit de sifilis, este nevoie de analiza sângelui, de regulă reacția Bordet-Wassermann, atât de mult intrată în uz. Chiar neglijând faptul că sângele este trimis recoltat pe lamă sau alterat, un rezultat negativ trezește critici răutăcioase la adresa laboratorului, și aceasta pentru că medicii respectivi nu au cunoștință sau nu s'au interesat să cunoască, că șancrul dur, cert diagnosticat, va da la început o reacție serologică negativă, după cum o poate da și un sifilis latent sau un sifilis nervos.

La fel și cu reacția Widal în febra tifoidă, care va fi negativă în primele zile de boală și că pentru hemocultură sângele nu se trimite în ventuză la laborator sau în ceașca de cafea.

In privința controlului alimentelor, de multe ori se trimit prin poștă probe, ca: lapte dulce, pește proaspăt, etc., dar dacă medicul laboratorului sau chimistul, ar ieși pe teren, pentru recoltarea de probe, se dă naștere la murmure din partea medicilor sanitari, cari se văd atinși în atotputernicia lor. In această chestiune, Ministerul Sănătății, însuși, ne-a răspuns, că „deși suntem în drept a face controlul alimentelor, totuși ar fi recomandabil, să meargă atunci și medicul sanitar respectiv", cu alte cuvinte apare conflictul de atribuțiuni.

5. **Rolul laboratorului în medicina curativă.** — Medicul cu o solidă cultură medicală, știe să se folosească de laborator și nu se poate dispensa de serviciile sale, atât la punerea diagnosticului, cât și în timpul boalei, dând la timp o medicație dreaptă sau intervenind chirurgical la momentul oportun. Se înțelege că în joc este și pregătirea medicului de laborator.

6. **Organizarea, funcționarea, organe de control și îndrumare.** — Din punct de vedere administrativ, laboratoarele de igienă au 2 secțiuni: de bacteriologie și de chimie, putându-se la nevoie înființa și secție de anatomie patologică, antirabică, etc.

Administrator este Medicul Şef, care se ocupă de toată gospodăria laboratorului şi el este gestionarul responsabil, indiferent de cine mânuieşte materialul. Cu administraţia se pierde cel puţin 1/2 din timpul destinat preocupărilor de specialitate. Sunt inevitabile conflictele din cauza abuzivei sau nepăsătoarei mânuiri a materialelor încredinţate medicului, de către chimist şi celalt personal.

Atribuţiunile fiecărui şef de secţie, după lege şi aparent, sunt net delimitate, dar conflictele de atribuţiuni, de demnitate şi responsabilitate se nasc prin forţa împrejurărilor, fiind deci o lacună.

Practic vorbind, până în prezent, nu a existat un organ de control şi îndrumare. Inspectorul Sanitar General a făcut inspecţii mai mult cu caracter administrativ. Inspectorul technic fie că nu a existat, fie că dirija din Capitală neajunsurile de pe teren, cert este că pentru o bună utilare a unui laborator, era necesar, ca şeful laboratorului să aibe relaţii cu potentaţii zilei, mai ales din Bucureşti, dacă vroia ca zecele-i de rapoarte să aibe vr'un efect.

Din aceste considerente, un laborator s'a organizat şi a evoluat potrivit cu însuşirile medicului şef al acelui laborator.

7. **Propuneri pentru o mai bună organizare şi funcţionare.** — Domnul Ministru Profesor D-r Tomescu, este unul din puţinii Miniştri, care a acordat laboratoarelor de igienă, importanţa, pe care o meritau mai demult. Nu avem decât să ne bucurăm, de înţălegătoarele măsuri, ce se iau mereu pentru multiplicare şi de a se da laboratoarelor amploarea meritată. Ca o umilă părere, pentru a se putea ajunge mai curând la scopul în care au fost create aceste laboratorii, credem nemerit a se lua şi următoarele măsuri:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Laboratoarele de igienă, să fie complect separate, cu administraţie proprie fiecare, în laboratoare de bacteriologie şi în laboratoare de chimie. Credem că Medicii Şefi de Laboratoare, ar fi dacă nu toţi, dar în majoritate de aceiaşi părere.

b) Să se numească la fiecare laborator, un administrator, care să fie gestionar, dintre bacalaureaţi sau chiar cu licenţă universitară, retribuit omeneşte, pentru ca acesta, să se ocupe de treburile cancelariei, contabilitate, statistică, inventar, etc., lăsând astfel medicului, respectiv chimistului, timpul desinat exclusiv, lucrărilor de specialitate. Aceasta s'ar realiza cu uşurinţă, suprimându-se la nevoie un om de serviciu sau un laborant, şi pe de altă parte salariul, s'ar recupera prin sporirea încasărilor la taxele de analize.

c) Să se încurajeze, prin o salarizare bună şi avantaje în şcoală, candidaţii cari ar dori să se facă laboranţi, sporindu-se astfel numărul de elevi în aceste şcoli, potrivit nevoilor.

d) Cu ocazia reformei de descentralizare, să se lase laboratorului libertatea de a administra conform regulamentului, taxele de analize, fără a se mai trece numerarul prin diferitele Case, Administraţii, BNR., etc., complicându-se lucrările de biurou inutil.

e) Institutele de igienă, ca organe technice de control şi îndrumare, să delege câte un specialist, din cadrele institutului, cu titlul de Inspector technic, unul pentru laboratoarele de bacteriologie, şi altul pentru cele de chimie, care Inspectori să fie real obligaţi a

verifica periodic la faţa locului, a face observaţiuni şi a da îndrumări, ajutând şi intervenind, când va fi nevoie, fiind responsabili în faţa Institutului din care face parte şi a Ministerului Sănătăţii solidar cu şeful de laborator, când neglijenţa sau nepriceperea este constatată sau tolerată.

f) Inspectorii technici depe teren, nu din biurou, să consulte periodic pe şefii de laboratoare, despre constatările ce aceştia ar face, iar din aceste constatări să se ia notă şi să se caute a se pune în practică.

g) Să se întocmească de Institutele de Igienă un „Plan-inventar", cuprinzând tot ce este necesar unui laborator, pentru a putea funcţiona normal, care ar servi la orientare, când se înfiinţează un laborator nou şi s'ar putea verifica lipsurile la cele existente.

h) Să se tipărească, nişte „Norme de Orientare", care să cuprindă metodele standard de lucru şi procedeiele uniform de urmat; modul de păstrat materialele, de curăţat sticlăria şi aparatele, procedeiele de recoltarea diverselor produse de examinat, cu lămuriri cât mai scurte şi concise pentru practicieni, spre a putea cu uşurinţă fi consultate, multora lipsindu-le anumite noţiuni despre cele ce privesc laboratorul.

Aceste „Norme", să fie difuzate, laboratoarelor, spitalelor şi celorlalte servicii sanitare.

i) Toate laboratoarele existente şi cele ce se vor mai înfiinţa, să aibe local propriu sau să li-se admită contractul pe lungă durată la imobilele ce închiriază, în scopul de a se putea face instalaţii fixe, ca: nişe, robinete de apă, aparate de precizie, mese de perete, etc. Localurile ar putea fi cele expropiate dela evrei şi amenajate.

j) Laboratoarele să aibe la îndemână o maşină, aşa cum se intenţionează a se face pentru medicii de circumscripţii, cu care să poată face deplasarea pe teren la recoltarea produselor de analizat, ce medicii dela ţară ar avea de trimis laboratorului. Aceste deplasări să se facă săptămânal sau mai des, după un intinerar din timp stabilit şi pe care medicii să-l cunoască. Cu aceste întâlniri, relaţiile şi colaborarea dintre medici ar fi mai cu efect pentru scopul în care servesc toate instituţiile. In lipsa acestor maşini, să se ia măsuri, de a se putea face uz de maşinele serviciilor sanitare de judeţ.

k) In fine, să se caute soluţia cea mai bună, pentru o perfect de armonioasă şi sinceră colaborare între laboratoare şi celelalte instituţii sanitare, căci numai aşa se poate da maximum de randament şi s'ar atinge scopul dorit.

Cu aceste măsuri, poate nu chiar toate, şi altele ce le-ar mai sugera şi alţi confraţi, de-ar fi ascultate, credem, că laboratoarele şi-ar atinge mai curând scopul pentru care au fost create.

BIBLIOGRAFIE

C. Hamangiu: Codul General al României, Edit. Alcalay, Buc. 1903; — **Al. Al. Pretorian:** Colecţiunea legilor, regulamentelor şi instrucţiunilor sanitare, Vol. I—III, 1921; — **M. I. Papadopolu:** Codul Legilor Penale Române adnotate, Tipogr. Române Unite, 1932; — **S. Alexandrescu & H. şi O. A. Sachelarie:** Codul Legislaţiei Sanitare, 1935; — **L. Babonneix:** Monde Medical, Nr. 748, 1929; — **D. Ionescu:** Acta Medica Romana, Nr. 3—4, 1938.

D-r S. SURUGIU: *Le rôle des laboratoires d'hygiene dans les actuels besoins sanitaires du pays.*

Les laboratoires d'hygiène servent de centres d'activité scientifique dans la lutte contre maladies infectieuses et dans la salubrité publique.

Les médecins dirigeants doivent posséder avant tout une culture médicale vaste dans toutes les branches pour dévenir des bons specialistes de laboratoire.

C'est une erreur grave, voire même une regretable confusion de considérer le médecin de laboratoire comme possédant une culture médicale unilatérale. Bien au contraire; il a la possibilité en plus de resoudre les problèmes qui se posent en clinique, dans l'hygiène collective, salubrité, etc.

Le laboratoire et la clinique ne s'excluent point. Ils se complètent même. C'est la raison pour laquelle le laboratoire doit être mis au même niveau en médecine curative que les hôpitaux.

La majorité des médecins ignorent, quand, en quelle mesure et précisement ce qu'ils peuvent prétendre d'un laboratoire.

C'est la raison pour laquelle ils s'en écartent et se limitent dans la pratique, au détriment de la santé publique, avec des seules notions cliniques élémentaires obtenues dans les facultés.

Par son rôle multiple, le laboratoire, dans les recherches scientifique qu'il entreprend, sera d'autant plus salutaire dans la pratique médicale et la santé publique, quand une collaboration etroite et cordiale serà preconisée entre celui-ci et les autres services sanitaires.

La dernier chapitre comprend une série de mesures qui serviraient à ce que les laboratoires d'hygiène atteignent le but pour lequel ils ont été créés.

D-r S. SURUGIU: *Die Rolle der Hygienelaboratorien in Rahmen der gegenwärtigen gesundheitlichen Bedürfnisse des Staates.*

Die Hygienelaboratorien dienen als Mittelpunkte wissenschaftlicher Arbeitskreise in der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten und in der öffentliche Gesundheit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die leitenden Aerzte dieser Laboratorien müssen in erster Linie eine umfangreiche Bildung jedes Gebietes besitzen, um gute Laboratoriumspezialisten zu werden.

Es ist ein grosser Fehler und eine bedauerliche Verwirrung, dass der Laboratoriumarzt als einer einseitige medizinische Bildung besitzt, betrachtet wird. Die Wirklichkeit ist eine ganz andere. Er hat eine grössere Möglichkeit um verschiedene Fragen der Klinik, der allgemeinen Gesundheit der Hygiene, u. s. w. lösen zu können.

Das Laboratorium und die Klinik schalten einander nicht aus, sonder sie vervollständigen sich. Darum muss das Laboratorium auch in der behandelnden Medizin auf dieselbe Stufe mit den Krankenhäusern gestellt werden.

Die meisten Aerzte wissen nicht wann und in welchem Masse sie sich an dem Laboratorium wenden sollen und was sie von ihm verlangen können und eben darum schätzen sie es gering und sie begnügen sich die Heilkunde mit den allgemeinen klinischen Kenntnissen, die sie auf der Hochschule erhielten, zum Schaden der Allgemeinheit auszuüben.

Die vielseitige Rolle und das Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchungen des Laboratoriums wird um so wirkungsvoller für die medizinische Behandlung und die öffentliche Gesundheit sein, je inniger die Zusammenarbeit zwischen Laboratorium und den anderen gesundheitlichen Stellen ist.

Im letztem Abschnitt werden mehrere Vorschläge gegeben die es ermöglichen werden, das Hygienelaboratorien das Ziel erreichen, für welches sie erreichtet wurden.

D-r S. SURUGIU: *Il rollo dei laboratori d'igiena nelle attuali richieste sanitarie del paese.*

I laboratori d'igiene servono da centri di attivita scientifica nella lotta contro le malattie infeziose. Servono fure la salubrità pubblica.

I medici conducenti, devono possedere una vasta coltura medicale sututti i rami acciochè essi possano diventare buoni specialisti di laboratorio. E un erroree grave anzi una confusione spiacevoli di considerare il medico di laboratorio come avente una coltura medica unilaterale. La verità però è contrari o. — Esso la possibilita in piu di risolvere i problemi che si pongono in clinica, in igiene collectiva, salubrità, etc.

Il laboratorio e la clinica non si escludono. Anzi şi complettano. Ciò spiega perchè il laboratorio deve esser messo sullo stessolivello congli ospedali nella medicina curativa.

La maggioranza dei medici, ignora quando, in che misura e precisamente ciò che essi possono pretendere d'un laboratorio. E la ragione per laquale essi non li usano, in detrimento della salute publica, limitandosi nella pratica con le solite nozioni elementario acquiste nella facoltà.

Con il suo moltiplice ruolo, il laboratorio, nelle ricerche scientefiche che intraprende, sarà tanto più salutario in pratica medicinale nonchè alla salute publica, quando una stretta e cordiale collaborazione sarà applicata fraivari servizi sanitari.

L'ultimo capitolo comprende una seria di misure richieste accioché i laboratori d'igiene giungano lo scopo per il quale essi furono creati.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HYPOTONINE

Tuburi à 10 şi 20 comprimate de 30 ctgr.

Combinaţie aminică a acidului succinic

Medicaţiunea HYPOTENSIVA ideală

Indicaţiuni { Hypertensiune
Turburări vasomotorii
Palpitaţiuni

POSOLOGIE: 2—3 comprim. pe zi, timp de 10 zile

Reprezentanţa pentru România: S. I. F. S. A. R.
Bucureşti IV Avram Iancu, 32

PROBLEMA ALIMENTATIEI

de

D-r ION N. TATOIU
Medicul Circ. I-a Brăiliţa, jud. Brăila

Problema alimentaţiei în general, deosebit de importantă la toate popoarele agricole, şi în special la poporul român, prezintă, după Prof. D-r Grigore Benetato, multiple şi variate aspecte fiziologice, geo-climatice, psihologice agricole şi economice. Rămâne încă de studiat, totuşi se pot fixa ca puncte cardinale — în mod schematic — următoarele:

— „1) Stabilirea unui regim alimentar adecuat, necesar organismului în diferite condiţii de existenţă: creştere, alăptare, graviditate, muncă fizică;

2) Determinarea regimului alimentar real al individului şi colectivităţii, precum şi stabilirea normelor, cari exprimă starea de nutriţie a persoanelor studiate;

3) Evidenţierea cauzelor cari stau la baza alimentaţiei nepotrivite şi înlăturarea lor prin măsuri economice (producţia agricolă, aprovizionarea cu alimente, conservarea şi prepararea alimentelor); prin asistenţa socială (cum se practică în parte sub actualul regim) şi educaţie.

Printr'un regim alimentar adecuat, se înţelege regimul care acoperă nevoile organismului în toate condiţiile de existenţă, asigurând: desvoltarea, menţinerea şi reproducerea individului.

Un asemenea regim, trebue să conţină suficiente cantităţi de principii energetice (zahăr, grăsimi); plastice, adică cele necesare pentru refacerea uzurilor organismului (proteine, minerale) şi catalitice sau esenţiale, cele ce stimulează şi reglează reacţiile vitale (minerale, vitamine).

In alimentaţia obişnuită a poporului nostru, distribuirea principiilor alimentare este inegală: în unele predomină substanţele energetice (cereale, grăsimi, cartofi); iar altele conţin cantităţi însemnate de principii protectoare plastice şi catalitice (lapte, legume verzi, fructe, ouă, carne).

La noi hrana este predominent vegetală şi cerealieră, lipsind obiceiul panificaţiei în alimentaţia zilnică.

Primul caracter este şi al ţărănimei statelor vecine, al doilea însă, este propriu poporului nostru, din cauza „genului de viaţă" moştenit dela strămoşii noştri: păstori de oi, cu agricultură secundară, de munte, care

HISTA

Histamina BEYTOUT

FORME | **INDICAŢIUNI**

1° HISTA-DIMILLI

Fiole de 1 cc. conţinând fiecare 0 gr. 0001 biclorhidrat de histamină, pentru injecţiuni subcutanate (sau intradermice).

2° HISTA-INJECTABILĂ

Fiole de 1 cc. conţinând fiecare 0 gr. 0005 biclorhidrat de histamină în soluţiune stabilă, inalterabilă, pentru injecţiuni intradermice.

3° HISTA-LINIMENT

Pentru uz extern, cu aceiaşi activitate ca şi HISTA-INJECTABILA.

Fiole de 5 cc. conţinând fiecare 0 gr. 01 biclorhidrat de histamină.

Ulcere gastrice şi duodenale,
Crize ulceroase, Gastrite,
Toate alergiile,
Astm, Urticarie, Catar de fân,
Intoleranţe alimentare, Migrene.

TOATE DURERILE

Reumatisme cronice,

Artralgii, Nevralgii,

Mialgii, Plexalgii,

Zona şi echelele sale dureroase,

Prurit anal şi vulvar,

Celulită.

Digitized by Central University Library Cluj

POSOLOGIA

HISTA-DIMILLI

Se face zilnic câte 1 fiolă, pe cale subcutanată sau intradermică (în gastrite şi ulcere).

Posologie progresivă: 1/5 până la 1 fiolă, în alergii.

HISTA-INJECTABILĂ

Se face zilnic câte o fiolă, repartizată în 20 injecţiuni intradermice, loco dolenti.

HISTA-LINIMENT

1 fiolă zilnic, în „zgârieturi" sau histapunctură", loco dolenti.

LABORATOARELE BEYTOUT – PARIS

Reprezentant general pentru România:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.
103, Str. Toamnei, Bucureşti III — Telefon 22138

îi făcea să fie mari consumatori de lapte, sub formă de lichid (cald) sau conservat (brânză), simplificând astfel technica alimentară în genere. Prin nevoia de a locui în munţi, li se impunea cultivarea de cereale cu vegetaţie scurtă nepanificabilă, mulţumindu-se doar cu fierturile lor (meiul-mămăliga). Apoi prin ignorarea culturii legumelor, urma evident restrânsa lor utilizare, dar era înlocuită parţial cu consumarea plantelor de culegere (burueni).

Toate acestea au creiat „obiceiuri alimentare" proprii poporului nostru şi netrebuind să se îndepărteze dela el, au acceptat şi permanentizat porumbul (cereală tot nepanificabilă introdusă în sec. XVIII-lea), scăpând astfel ţărănimea de foamete, dar a îndepărtat-o dela panificaţie. A pricinuit însă un alt rău şi mai mare, căci prin inerenta expansiune agricolă, s'au redus suprafeţele de păşunat, odată cu ele şi vitele, iar pe lângă mămăligă, românul nu mai avea alimentele bogate în proteine animale, cu care o consuma mai înainte; astfel încât cu secolul XIX-lea începe subnutriţia ţăranului nostru, redus simplamente numai la hrana vegetală şi maidică apărând odată cu acest regim, decimanta pelagră endemică.

„Regimul acesta pelagrogen, cu abuzul monoton şi excesiv de porumb şi cele 180 zile de post de peste an, reduc la 0 proporţia de proteine animale şi alimente protective ducând după Prof. D-r Iuliu Nitzulescu, la:

— „a) Dezechilibrul calitativ; b) Insuficienţa proteinelor biologic complecte; c) Insuficienţa mineralelor; d) Hipovitaminoze.

Cu alte cuvinte, alimentaţia poporului român este deficitară (după D-r D. C. Georgescu) din cauza:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— „a) Consumaţiei excesive de alimente vegetale; b) Consumaţiei reduse de alimente animale; c) Lipsei de pricepere la prepararea bucatelor; d) Inegalei distribuţii a felului şi cantităţii de alimente, „ţăranul consumând doar numai ce produce!"

De aici, frecvenţa maladiilor acute în special la copii (gastro-intestinale) şi cronice la adulţi (gastrite, hiper-clorhidrii, entero-colite, etc.).

Aşa se explică şi marea mortalitate infantilă prin alimentaţia deficitară a mamelor în timpul sarcinei şi alăptărei.

Factorii determinanţi ale acestor deficienţe, trebuesc căutaţi, după D-r M. Enescu, în:

— „1) **Factorii metereologici**, cu variaţii termice excesive în plus sau minus, înscriindu-se diferenţe de 70°C. dela cea mai friguroasă zi la cea mai călduroasă; cu brume prelungite până în Iunie şi toamne timpurii (Septembrie). Climat continental: geruri mari, seci iarna, şi secete îndelungate vara, ducând inerent la lipsa de umezeală necesară în agricultură.

— „2) **Factorii geologici.** Păioasele deşi reuşesc în toate părţile, recolta-i capricioasă din cauza factorilor metereologici. La fel a porumbului. Cartoful nu-i deajuns de răspândit. Fasolea este expusă aceloraşi vicisitudini ca şi porumbul. Avem variaţii mari ale recoltelor, dela an la an.

3) **Factorii economici.** Din cauza lipsei de credit, ţăranii nu au

mijloace suficiente, vite bune, inventar complect, capital de rezistenţă; mare parte dintre ei nu au pământ suficient (40% din familiile jud. Roman n'au decât 2 Ha.).

4) **Factorii psihologici.** Românul are un temperament domol, cu o fire mai puţin avizată la realitate: o filozofie care se împacă rău cu lupta pentru existenţă.

Apoi pregătirea alimentelor în gospodăria rurală, este dureros de limitată. Astfel după cercetările întreprinse de D-r Claudian:

Consumul cărnei este restrâns (62% îl constitue cea de porc);

Laptele-i mai mult utilizat în Ardeal, Bucovina şi Basarabia de sud;

Ouăle nu se consumă, fiind rezervate ca material de schimb;

Grăsimile animale, dela porc aproape exclusiv;

Peştele intră inegal în alimentaţie, mai frecvent sărat şi prost conservat;

Cerealele în schimb sunt copios consumate: porumbul în proporţie de 70,96%, apoi grâu, orz, secară.

Legumele, mai frecvent: fasolea, varza, ceapa, cartofii, usturoiul, castraveţii şi ardeii; rar: roşiile, vinetele, prazul, conopida, etc.;

Uleiurile vegetale numai în perioadele de post, sub formă de uleiu de sămânţă de dovleac, nucă, floarea soarelui şi cânepă.

Alimentele provenite din comerţ intră foarte redus, astfel:

Orezul 1—10 kgr. pe an de familie; Sarea 10—50 kgr. pe an de familie; Zahărul 1—7 kgr. pe an de familie; Maslinele 2—4 kgr. pe an de familie; Ceaiul, cafeau şi boiaua de ardei, variat; Sarea de lămâie şi oţetul în cantităţi considerabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gospodina româncă, prin lipsa unei educaţii alimentare culinare, prepară o masă puţin variată, fără gust şi nesăţioasă.

Pâinea nedospită (azimă) mai frecvent totuşi o găsim prin Ardeal, Bucovina şi Dobrogea,

Mămăliga, din făină de porumb şi orz, este cel mai frecvent „fel de mâncare".

Mălăiaş (turtă de mălaiu) prin Oltenia şi Banat.

Mâncările propriu zise se reduc, după anotimp: vara la zarzavaturi şi fructe crude cu oţet sau apă lungă, în care se „întinge" cu „boţul" de mămăligă; iarna — invariabil, — murăturile, fasolea, cartofii sau varza murată. Se mai adaugă din când în când:

„Fierturile" drese sau nu: ciorbe, borşuri, zupe;

Laptele şi oul: lapte acru, jintiţă, zer; scrob sau jumeri;

Chisăliţă (fiertură de fructe coapte);

„Mâncarea" scăzută sau „cu zeamă", când este cu carne, se numeşte „tocană", iar cu mult piper „papricaş".

Friptura se consumă cu mujdeiu de usturoiu sau zer;

Patiseria ţăranului la zile mari, constă din: tăiţei, colţunaşi, scoverzi, mucenici;

Conserve: slănina, pastrama, piftia; murăturile, fructele uscate, rar magiun.

Concluzii. Pentru stăvilirea acestei primejdioase stări de lucruri, D-r D. C. Georgescu, propune o viguroasă acţiune de ansamblu, prin:

— „1) Ameliorarea cantitativă şi calitativă a producţiei, exploatării familiale, care să fie orientată spre o mai mare diversitate de produse, nu exclusiv cerealieră;

2) Imbunătăţirea şi raţionalizarea regimului de muncă;

3) Ridicarea standardului economic al păturei ţărăneşti;

4) Organizarea unei mai bune şi mai rapide distribuţii a anumitor articole alimentare de strictă necesitate, făcându-le accesibile prin scăderea preţurilor de vânzare în detaliu; şi

5) Inceperea şi continuarea unei serioase, intense, perseverente şi îndelungate opere de educaţie şi higienă alimentară în mediul rural, unde acţiunea educativă elementară asupra femeii este actualmente complect nulă.

Prin aceste concluzii se statornicesc principiile de bază călăuzitoare din punct de vedere economico-educativ, rămâne să găsim soluţia practică şi mai uşor realizabilă din punct de vedere medical.

Pentru aceasta, am studiat la „Rizeria Română" din Brăila, posibilităţile transformării porumbului — cereală la îndemâna populaţiei noastre ţărăneşti — în dextroză; aliment integral asimilabil, conţinând dela 47%—70% zahăr. Acelaş lucru se poate aplica şi cartofului. Se cere însă o sămânţă selecţionată prin grija Camerelor de agricultură, cu procentul de umiditate să fie cât mai scoborît (ptr. porumb 16% varietatea „dintele calului" şi cartofii cei roz). Operaţia este simplă: printr'un procedeu mecanic (măcinat şi spălare) porumbul se transformă în amidon (la rece), iar acesta sub 1—2 atmosfere presiune şi la 135°C se transformă în dextrină, iar aceasta în dextroză (glucoză).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Glucoza brută, conţine şi substanţe albuminoide şi grăsimi, cari se debarasează prin hidroliza cu acizi anorganici (SO_4H_2 şi H_2C) şi neutralizarea apoi cu substanţe alcaline (cretă, praf de marmoră, var); urmează decolorarea cu cărbune activ-vegetal şi la urmă filtrarea sub presiune, devenind un lichid siropos complect incolor, conţinând 47% zahăr, acesta se poate solidifica ridicând procentul la 70% zahăr.

Odată cu dextroza (47%) se mai extrag 7% oleiuri; iar din coajă: borhotul şi glutenul 22% (bun îngrăşământ pentru vite). Nu se pierde decât 24% apă prin evaporare.

Am putut stabili şi preţul la 1 kgr.

Lei 16 circa 3 kgr. porumb adus de ţăran; Lei 2 lucrul; Lei 1,50 combustibilul; Lei 1,50 substanţe chimice necesare; Lei 5,50 taxe şi impozite.

Total integral 26.50 lei kgr. de glucoză. Dacă scădem 16 lei valoarea porumbului, pe care-l aduce ţăranul, pe acesta nu-l va costa mai mult de 10.50 lei kgr.; iar dacă Statul înţelege să le vină în sprijin micşorându-şi taxele şi impozitele, ar ajunge la 5—6 lei kgr. Această dextroză poate fi utilizată: la conservarea fructelor, marmelade, rahat, halva, compoturi, siropuri şi chiar goală cu pâine sau mămăligă.

In acelaş timp, necesită prohibiţia alcoolismului, iar fructele în loc să fie transformate în ţuică, să fie uscate, afumate (cuptoare speciale Muscel), pistil, marmelade, etc.

Iată mijlocul la îndemâna țărănimii, cu care se poate ameliora alimentația contribuind în acelaș timp și'n mare măsură la scoborîrea procentului mortalității noastre infantile.

BIBLIOGRAFIE

Prof. D-r Benetato-Cluj: „Considerațiuni generale asupra problemei alimentare". Revista de Igienă Socială No. 1-6 | 1940, pag. 264. — *Conf. D-r Iuliu Nitzulescu:* „Metabolismul alimentației populației rurale" Op. cit pag. 294. — *D-r D. C. Georgescu:* „Nivelul și compoziția alimentației populației noastre rurale pe provincii" Op. cit. pag. 304. — *D-r M. Enescu:* „Alimentația populației rurale din Moldova" Op. cit. pag. 340. — *D-r I. Claudian și D-r D. C. Georgescu:* „Pregătirea alimentelor în gospodăria rurală" Op. cit. pag. 414.

CHLORO-CALCION

LABORATOIRE MICHELS — 9, Rue Castex — PARIS — (IVe)

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.
80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR. CaCl²

Hemostatic
Recalcifiant
Dechlorurant
DIRECT
ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI No 1. BUCUREȘTI 1

TUBERCULOZA LA FUNCŢIONARI

de

D-r GH. VÂJA
Medic Primar

1. Plecând dela observaţia unui bolnav internat în Sanatoriul Lăculeţe, autorul face o serie de consideraţii privitoare la tuberculoşi în general şi funcţionarii tuberculoşi în special.

a). educarea bolnavilor din Sanatorii în vederea readaptărei lor la muncă.

b). vindecarea tuberculoşilor şi primirea lor în serviciile publice.

c). modul cum este privită problema de legiurile noastre.

d). necesitatea ca în dispensare de specialitate, sanatorii să nu fie numiţi decât medici ftiziologi, calificaţi prin concurs.

Trecerea prin Sanatoriul nostru în anul 1938 a bolnavului, a cărui observaţie vom reda-o imediat pe scurt, ne dă posibilitatea să discutăm câteva probleme interesante ce privesc atât pe bolnavii tuberculoşi în general ca şi pe funcţionarii bolnavi de tuberculoză pulmonară în special.

Iată observaţia clinică a acestui bolnav.

Bolnavul C. Octavian în vârstă de 38 ani, a suferit în anul 1928 de o pleurezie serofibrinoasă stângă.

In antecedentele familiare găsim o soră şi un unchi bolnavi de tuberculoză pulmonară.

In anul 1929 i s'a diagnosticat o tuberculoză ulceroasă stângă cu bacloscopia sputei pozitivă.

I s'a creiat un pneumotorax terapeutic care a devenit eficace după 8 luni. Acest pneumotorax a fost continuat până în 1934, când medicul considerându-l suficient, l-a întrerupt.

De atunci până în prezent (1938) bolnavul a continuat a fi internat în sanatorii intervale de timp mai mult sau mai puţin îndelungate.

La examenul clinic bolnavul este de constituţie medie, starea generală bună, afebril, apetitul bun, nu tuşeşte, nici nu expectorează. Ascultător murmurul vezicular uşor diminuat pe 1/4 superioară stângă, fără nici un zgomot supraadăugat.

Radioscopia ne arată câteva tracturi fine dense pe jumătatea superioară a hemitoracelui stâng fără nici un nodul.

Analiza sputei recoltată în urma administrărei unei infuzii expectorante arată absenţa bacililor atât la examenul direct cât şi la omogenizare.

Hybridin

„Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor. (Gripă, Pneumonie, Bronchectasie, etc.)

Fluidifică secreţiile. — Uşurează expectoraţia.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCURESTI IV

După cum vedem este vorba de un fost funcţionar bolnav, a cărui tuberculoză a debutat cu 8 ani în urmă şi care a fost tratat printr'un pneumotorax artificial devenit eficace la 8 luni după instituirea lui. Acest pneumotorax a fost întreţinut timp de 5 ani, interval considerat suficient de medicul ftiziolog curant. In urma tratamentului, leziunile sale s'au cicatrizat încât astăzi se prezintă sub aspectul radiologic de fine tracturi situate mai ales în 1/3 superioară a pulmonului stâng fără a se traduce prin nici un semn clinic. Starea generală bună ca şi starea locală s'au menţinut astfel dela data încetărei pneumotoraxului. Chiar în cursul continuărei pneumotoraxului starea generală a bolnavului a fost bună.

Cum acest interval este suficient de lung se poate admite că leziunile lui sunt complet cicatrizate. Se ştie că majoritatea autorilor consideră drept vindecate leziunile cari, de cel puţin 1—2 ani, n'au mai dat nici un semn de activitate.

Astfel Jaquerod, Aubry, Gernez, Gaussel cer numai un interval de un an fără bacili în spută nici alte semne de activitate, pe când L. Bernard şi Leuret consideră necesară o perioadă de observaţie, de 3 ani. Credem însă că adevărul este de partea celor cari, ca E. Rist, nu fixează acelaş interval pentru toate formele ci îl fac să varieze după importanţa leziunilor şi a tratamentului aplicat. Acest autor cere trecerea un interval mai lung pentru a admite vindecarea în cazurile cu leziuni întinse şi mers mai rapid decât pentru formele cu alură torpidă şi puţin întinse dela început. Deasemenea acest interval se scurtează dacă vindecarea s'a făcut prin dispariţia radiologică a leziunilor.

In cazul bolnavului nostru, vindecarea s'a obţinut prin ştergerea totală a umbrelor radiologice patologice iar semne de activitate n'a mai avut de la 10 luni după data începerei pneumotoraxului.

Bolnavul poate fi deci considerat vindecat din punct de vedere clinic. Faptul acesta n'a găsit însă aprobarea medicului dela dispensarul care-l supraveghea aşa încât el a continuat să fie internat într'un sanatoriu sau altul. Ceva mai mult însă, i s'a atras atenţia că orice fel de muncă ar avea ca rezultat transformarea infimelor sale cicatrice pulmonare într'o ftizie galopantă. Este deci natural ca un individ, pus în faţa unei asemenea alternative, să aleagă rămânerea în sanatoriu, în loc de a căuta să-şi refacă o nouă situaţie, deoarece în serviciul C. F. R. unde funcţionase anterior fusese refuzat a mai fi primit.

Iţi poate oricine închipui greaua sarcină pe care am avut-o să-l conving de inexactitatea celor susţinute de medicul dispensarului şi a-l determina să încerce a munci. Pentru a izbuti mai uşor, l-am convins să lucreze la început câte o oră apoi mai multe pe zi în cancelaria Sanatoriului.

Spre norocul lui la prima încercare făcută de a-şi căpăta un post, vizita medicală i-a fost practicată de un medic primar ftiziolog care a împărtăşit acelaş punct de vedere, admiţându-l în mod provizoriu. Cred

că este inutil să adaug că medicul dispensarului nu era un medic ftiziolog, deşi dispensarul era de specialitate.

Problemele pe care le pune observaţia acestui bolnav sunt multiple.

Prima şi cea mai importantă este aceia a educării bolnavilor în vederea readaptărei lor la muncă. Bolnavii nu trebuie să-şi piardă încrederea în forţele lor ci din contră trebuiesc convinşi că odată vindecaţi vor trebui să-şi reia ocupaţiile, fie cele anterioare dacă nu sunt prea obositoare cu ore de noapte sau practicate în condiţii nehigienice, fie să şi le schimbe. Dacă nu se face aceasta, bolnavii rămân cu convingerea că boala lor opreşte pentru totdeauna dela orice muncă fizică sau intelectuală fie ea oricât de uşoară. Ceva mai mult capătă convingerea că familia sau societatea este obligată să-i întreţină la nesfârşit, ei trăind ca paraziţi pe socoteala celorlalţi.

Această problemă nu se pune numai la noi ci şi în sanatoriile streine, căci într'un recent articol A. Fabre arată că din 2000 tuberculoşi asiguraţi sociali din regiunea pariziană numai 15% dintre bărbaţi şi 18% dintre femei şi-au reluat lucrul restul de 67% continund a nu munci. Statisticile arată că cifrele cresc cu cât ele se stabilesc printre indivizi dintr'o clasă socială mai ridicată.

Dacă din contră în loc să găsească pe cineva care să-i facă educaţia în această direcţie, bolnavul va întâlni ca în cazul nostru, un medic care să-i întărească părerile că nu trebuie să mai muncească de loc ci trebuie să fie continuu internat în sanatorii, îl va transforma sigur în parazit.

Prin faptul că bolnavul nostru a fost funcţionar public ajungem la o a doua problemă pusă de observaţia noastră anume primirea în serviciile publice a tuberculoşilor vindecaţi ca şi reprimirea foştilor funcţionari bolnavi de tuberculoză pulmonară.

Această problemă a fost desbătută mai mult în revistele franceze deoarece legea franceză privitoare la funcţionari cere ca, pentru admiterea într'o funcţie publică, candidatul să fie recunoscut „indemn de orice afecţie tuberculoasă".

Aceasta a dat naştere la multe discuţii şi nedreptăţi deoarece au fost respinşi candidaţi cari prezintau numai simpli noduli calcificaţi. S'a mers chiar mai departe, unii medici întrebându-se dacă nu trebuesc respinşi toţi alergicii, nefăcând astfel nici o deosebire tuberculoză infecţie şi tuberculoza maladie şi primind în schimb tocmai indivizii cei mai apţi a se tuberculiza.

In această privinţă, legea noastră sanitară şi în special regulamentul publicat în 1937 sunt foarte clare atunci când prevăd că pentru primirea în serviciu este necesar „să se constate că nu are leziuni de tuberculoză activă" (art 2); iar atunci când îndreptarea este suficientă ca bolnavul să-şi redobândească capacitatea de muncă, nemai prezintând nici o primejdie de molipsire, el va fi reprimit în serviciu (art. 10).

Este foarte natural ca foştii bolnavi să fie primiţi sau reprimiţi în servicii atunci când s'au vindecat, deoarece respingerea lor ar constitui

un non sens, deoarece statul pe de o parte, prin întreţinerea sanatoriilor, admite vindecarea tuberculozei iar pe de altă parte ar recunoaşte incurabilitatea acestei boale, atunci când n'ar reprimi în serviciile sale pe cei declaraţi vindecaţi în aceste sanatorii. In general tendinţa comisiilor, instituite pentru clasarea acestor bolnavi, este de a nu mai reprimi în serviciu un fost tuberculos indiferent de modul cum el s'a vindecat.

Aici intervine recunoaşterea unei vindecări clinice de o simplă oprire evolutivă a leziunilor. După cum am mai spus este nevoie să se constate că un timp mai mult sau mai puţin îndelungat leziunile nu au mai avut nici o activitate şi în primul rând că examenul bacteriologic, practicat lunar în tot acest timp, să fi rămas constant negativ. Acest examen va trebui practicat prin metodele cele mai sensibile: omogenizare, cultură, inoculare la cobai, tubaj gastric, etc. Va trebui deasemenea să se facă şi un control al nereactivărei la muncă şi aceasta ar trebui să se facă chiar în cursul internărei în sanatorii.

Menţinerea unui pneumotorax de siguranţă, în acest timp nu trebuie să împiedice primirea bolnavului în serviciu dacă vindecarea clinică a leziunilor persistă de un timp destul de lung. Continuarea lui asigură şi un control regulat şi suficient de repetat al funcţionarului.

Este chiar absolută nevoie ca acest pneumotorax să fie întreţinut atunci când bolnavul îşi schimbă felul de viaţă, trecând dela o viaţă regulată şi sedentară din sanatoriu la serviciu. Aceasta este cu atât mai necesar atunci când bolnavului nu i s'a putut face readaptarea în vederea noului serviciu ce-l va avea de îndeplinit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este o mare greşală ceeace se face de unele comisiuni examinatoare cari cer ca bolnavii să renunţe la pneumotorax înainte de a fi reprimiţi la serviciu. Este asemănător cu faptul de a se cere unei femei purtătoare de pneumotorax, considerată vindecată, să renunţe la insuflaţi, pentru a se vedea dacă poate sau nu suporta o sarcină, când ştiut este că acest pueumotorax trebuie menţinut în asemenea cazuri ca o supapă de siguranţă.

Funcţionarii vindecaţi reprimiţi în serviciu ar trebui să fie obligaţi unui control periodic suficient de apropiat, timp de un an, în cazul când în sanatoriu nu s'a putut face readaptarea lor la muncă.

Acest control ar trebui impus chiar celor sănătoşi cari prin profesia lor sunt în contact permanent cu copiii, după cum am arătat-o în alt articol, pentru personalul didactic şi cel de serviciu în şcoli şi orfelinate.

Poix crede că nu este bine ca tuberculoşii vindecaţi să fie mereu recontrolaţi la un interval fix, deoarece se ajunge la convingerea că tuberculoza este o boală nevindecabilă. Credem totuşi că acest control este necesar pe timpul de încercare ce urmează imediat după concediu.

Alt merit pe care-l are regulamentul român, faţă de parte din legile similare străine sau chiar româneşti în ceia ce priveşte pe militarii tuberculoşi, este acela de a conţine articole cari obligă pe funcţionari să se trateze fie internaţi în sanatorii fie în caz de lipsă de locuri sub con-

trolul unui dispensar de specialitate. Cei cari nu se supun acestor obligaţii pot pierde conform art. 6 beneficiile acordate prin această lege. La fel se întâmplă cu cei recalcitranţi la regulele sanatoriale.

Aceasta nu se întâmplă cu bolnavi militari care nu sunt prin nimic obligaţi a se trata, nici obligaţi a se supune altui control decât cel prevăzut din 6 în 6 luni şi care are rolul numai de a controla dacă pot fi reprimiţi la serviciu.

Primul mod de a privi problema este cel just deoarece nu poate fi acuzată instituţia de a fi provocat ivirea tuberculozei. Deci cheltuiala ce se face cu concediul lung plătit are dublu efect de a recâştiga pentru serviciu un element format şi de a veni în acelaş timp în ajutorul unui slujbaş faţă de care instituţia nu are decât obligaţia morală. Acestuia însă trebuie să i se ceară cel puţin să se îngrijească drept răsplată pentru sumele cheltuite de instituţie pe timpul concediului lung plătit.

Toate aceste consideraţii ne duc la o altă problemă ce o pune observaţia noastră şi anume:

Să nu se încredinţeze posturile de medic ftiziolog la dispensare sau sanatorii decât medicilor specialişti confirmaţi prin concurs, deoarece în majoritatea cazurilor numai aceştia îşi pot da perfect seama de toate problemele pe care le pune tuberculoza în viaţa de toate zilele. La aceste considerente se mai adaugă şi faptul că în ceia ce priveşte tratamentul majoritatea medicilor, cari nu se ocupă de tuberculoză în mod special, nu sunt la curent cu practicile colapsoterapice iar cei cari suferă sunt tot bolnavii, deoarece în stadiul actual singurul tratament activ ne rămâne colapsoterapia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prenant comme point d'appui l'observation clinique d'un ancien malade interné dans le sanatorium de Lăculeţe, l'auteur fait une série de considérations concernant les tuberculeux en général et les fonctionnaires tuberculeux en special:

a). l'éducation des malades dans les sanatoriums en vue de leur réadaption au travail.

b). la guérison des tuberculeux et leur admission aux services publics,

c). la façon de laquelle est considéré ce problème par notre legislation,

d). la nécessité de nommer dans les dispensaires de spécialité et les sanatoriums seulement des mèdecins phtisiologues qualifiés par concours.

Ausgehend von der Bemerkung eines in Sanatorium Lăculeţe internierten Kranken, macht der Verfasser eine Reihe Bemerkungen über die Schwindsüchtigen (Tuberkulösen) in alggemeine und die Schwindsüchtigen Beamten insbesondere:

a). die Erziehung der Kranken in Sanatorium zwecks ihrer wiederbefähigung für die Arbeit;

b). die Heilung der Tuberculösen und ihre Aufnahme in den öffentlichen Amten;

c). wie dieses Problem in unserem Gesetzgebung betrachtet ist;

d). die Bedingung dass in den Dispensarien dieser Spezialität, Sanatorien, ausschlieslich Artze welche den Lungenkrankheiten spezialisiert und durch Konkurs qualifiziert sind, zunennen.

Scilloral

medicament cardiac oral, bine tolerat, cu efect în genul Strofantinei şi cu o dozare uşor cărmuibilă, adaptabilă oricărei necesităţi în glicozid pentru cord.

Scilloral-lichid 15 ccm.
Scilloral-supozitorii 10 bucăţi

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — BUCUREŞTI I, STR. SF. IONICĂ, 8

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesorul ION DRĂGOIU †

Inalt Preasfinţite Părinte,
Mult încercată Doamnă,
Intristată adunare,

Mi-a revenit prea dureroasa însărcinare, să aduc în numele personalului didactic ajutător dela Institutul de Istologie şi Embriologie, precum şi în numele Societăţii Asistenţilor Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Omagiu memoriei aceluia, care a fost profesorul universitar Ioan Drăgoiu, directorul acestui institut şi iubitul nostru Maestru.

Discurs funebrar ţinut la 25 Mai 1941 de către D-r Crişan Cornel, şef de lucrări la Institutul de Istologie şi Embriologie, la catafalcul profesorului universitar Ion Drăgoiu, fost director al acestui Institut.

O moarte năprasnică şi necruţătoare ni l'a luat tocmai atunci când aveam mai mare nevoie de dânsul; ni l'a răpit tocmai atunci, când institutul nostru, după tragica evacuare dela Cluj, aflat în plină organizare şi refacere, avea mai multă nevoie de prezenţa şi îndrumările maestrului priceput şi rutinat.

Născut la 19 Decemvrie 1878, în comuna Caransebeş, judeţul Severin, este dus de timpuriu, ca mic copil, în Vechiul Regat, la Severin, unde îşi face studiile liceale la „Liceul Traian", luându-şi bacalaureatul în anul 1896. In 1903, obţine Diploma de medic veterinar la Şcoala Superioară de Medicină Veterinară din Bucureşti, unde în anul 1905, este numit şef de lucrări. Intre anii 1919 şi 1923, se specializează în Istologie la Paris, la „Collège de France". Reîntors în ţară, a fost înălţat în acelaşi an la gradul de conferenţiar provizoriu la Facultatea de Medicină Veterinară din Bucureşti ca, pe 1 Decembrie 1924, să i se ofere Catedra de Istologie şi Embriologie dela Facultatea de Medicină din Cluj, dându-i-se astfel prilejul, după cum adesea mi-a spus-o, să-şi arate recunoştinţa, alături de o întreagă pleiadă de prea distinşi dascăli veniţi de dincolo, faţă de Ardealul mult încercat, patria sa de origine.

Din acel an, având deosebita cinste şi plăcere să fiu, în calitatea mea de şef de lucrări, timp de aproape 17 ani, unul dintre intimii săi colaboratori, mă simt obligat, în aceste momente de tristă reculegere, să evoc în câteva cuvinte nefăurite, imaginea spirituală a prea iubitului nostru maestru.

Om de o vastă cultură ştiinţifică, dotat cu o memorie aproape excepţională, ştia în oricare ramură a vastei noastre specialităţi, să-ţi dea o deslușire, să-ţi indice o carte, o revistă, în care să afli ceeace te interesa, să-ţi sugereze o idee pentru o nouă lucrare, ale cărei rezultate, datorită perspicacităţi sale ştiinţifice, mai adeseori le prevedea cu exactitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dotat cu o mare putere de muncă şi cu un spirit de pătrundere impresionant ştia, cu o uşurinţă rară, într'un limbai elegant şi cu o logică foarte strânsă, să deslege, să expună şi să descrie cele mai complicate probleme din domeniul Istologiei şi al Embriologiei. Datorită acestor calităţi, cartea sa „Elemente de Istologie şi de Tehnică Microscopică", de mult epuizată şi premiată de Academia Română cu marele premiu „Oroveanu", a ajuns un adevărat Vade-mecum nu numai al studenţilor în medicină dela cele trei Facultăţi din ţară, dar ea a fost solicitată de numeroşi studenţi din Italia şi Bulgaria, făcându-i-se chiar propunerea de a fi tradusă în englezeşte.

Cunoscut ca un om de o corectitudine excepţională, de o elegantă ţinută morală şi dotat cu un simţ de dreptate desăvârşit, numeroşi studenţi, chiar minoritari, funcţionari şi oameni de serviciu neîndreptăţiţi, i se plângeau cerându-i sprijinul.

Cercetător pasionat şi neobosit, înzestrat cu un spirit de autocritică, chiar exagerat şi iubitor de adevăr ştiinţific, făcea şi refăcea de nenumărate ori o lucrare, un text, până să se decidă să le dea la tipar. De aceea cele 45 de lucrări ştiinţifice, apărute în reviste de specialitate din ţară şi din străinătate, cât şi cartea sa „Elemente de

Istologie şi de Tehnică Microscopică", a cărei a II-a ediţie, corectată, refăcută şi pusă sub tipar, n'a mai avut fericirea să o vadă, — sunt tot atâtea exemple de erudiţie ştiinţifică, de stil clasic şi de armonie.

In laborator era tăcut, aproape sombru. — Nu râdea şi nu glumea decât foarte rar, şi atunci buna dispoziţie şi-o manifesta într'un mod foarte măsurat şi discret, printr'un surâs particular al său, ce se imprima sfios în unghiul drept al buzelor.

Nu era sever, ci drept, — calitate care-ţi inspira, deopotrivă, respect şi încredere.

Era cu tact şi de o delicateţă dezarmantă: cunosc cazuri când persoane, cari intrau la dânsul cu gândul vădit de ceartă, se despărţiau ca cei mai buni prieteni.

Pentru studenţii merituoşi şi disciplinaţi nutrea o iubire cu adevărat părintească.

Nu era bun în înţelesul vulgar al cuvântului; nu făcea bine, fiindcă nu putea face altfel, ci era de o bunătate calculată, impusă, raţională şi făcea bine numai atunci şi acolo, când şi unde trebuia, ridicând astfel această calitate, bunătatea, la rangul de virtute.

Nu era vanitos, ba din contră, una din cele mai intime dorinţe ale sale era, după cum de mai multe ori mi-a mărturisit-o, de a trece discret şi neobservat prin această vieaţă, dorinţă, care datorită înaltelor sale calităţi şi situaţiei sale sociale, nu i s'a putut împlini.

In îndeplinirea datoriei era de o conştiinciozitate şi de o exactitate excesivă: era primul care intra în laborator şi ultimul care pleca, obligându-ne astfel, într'un mod atât de elegant, şi pe noi, colaboratorii de toate zilele, să-i urmăm exemplul. Chiar şi moartea, atât de neaşteptată, se datoreşte aceluiaşi zel neprihănit de a-şi îndeplini datoria, căci, deşi suferind în ultimul timp şi cu toate insistenţele noastre de a-l determina să renunţe de a pleca la Bucureşti, amintindu-i suferinţele la care s'a expus cu ocaziunea penultimului său drum, când a trebuit să-şi întrerupă călătoria la Braşov, pentru o noapte, a ţinut totuşi să-şi facă datoria până la capăt, spunându-mi că ar fi o adevărată dezertare, să lipsească tocmai acum, când se pun probleme atât de importante în legătură cu modificarea Legii Invăţământului Superior. Astfel putem spune, că profesorul Ioan Drăgoiu, mult regretatul nostru maestru, a murit la datorie, ca un adevărat erou, în plin exerciţiu al funcţiunii, dându-ne şi astfel pildă de abnegaţie şi de sacrificiu pentru binele colectiv. Moartea maestrului n'a fost un simplu accident, datorit poate unei momentane epuizări fizice, provocată de o călătorie prea obositoare, ci ea se datoreşte unei întregi înlănţuiri de sacrificii aduse pe altarul Patriei şi al ştiinţei româneşti.

Incă din primăvara anului trecut îşi propuse-se să-şi ceară pensionarea pentru toamna aceluiaşi an, dorind să-şi petreacă ultimii ani ai vieţii liniştit, gospodărind la casa sa, pe care abia reuşise să şi-o înjghebeze, după o activitate neîntreruptă de 35 de ani. Tragicele evenimente din Septembrie trecut, l-au determinat însă să renunţe la odihna binemeritată, preferând să împărtăşească, cu noi toţi, trista soartă a refugiaţilor.

M. M. R.

Evacuarea, refugiul, singurătatea îndelungată, reorganizarea Institutului, cursurile cu studenţii şi în plus, în ultima vreme, greaua sarcină a Rectoratului, au fost tot atâtea cauze, care au grăbit moartea prea timpurie şi neaşteptată a mult iubitului nostru maestru.

Prin moartea lui, Facultatea noastră şi Ştiinţa românească pierde un om de valoare ştiinţifică neîntrecută, iar noi, elevii şi colaboratorii săi, un sfătuitor priceput şi un îndrumător generos.

El e mort şi cu el a dispărut o întreagă gamă de armonii. Şi dacă este adevărat, că oamenii lasă în locurile plăcute, pe unde trec, câte o părticică din sufletul lor nepieritor, atunci ne mângâiem, fiind siguri, că maestrul nostru iubit a lăsat o bună parte din sufletul său generos şi nobil în laboratorul atât de drag lui.

Şi acum, iubite Maestre, în acest duios amurg de primăvară întârziată şi de tristeţă infinită, elevii şi colaboratorii de toate zilele mărturisesc prin graiul meu, că, decât durerea despărţirii numai dorinţa lor sinceră şi vie de a-Ţi cinsti memoria este mai mare.

Dumnezeu să te odihnească în pace!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPASMOSÉDINE

Acţiunea sedativă simultană asupra sistemului nervos intra şi extra-cardiac. Acţiune antispasmodică şi vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial şi îndeosebi asupra sistemului coronar

Phenylethilmalonyluree	0,015
Bromhidr. chinin	0,05
Extr. Crataeg. stab.	0,05

Doza mijlocie: 1—2 drageuri prânz şi seara înaintea meselor.

Laboratoires Deglaude, 15 bd. Pasteur, Paris
Codex S. A. R., Cal. Serban-Vodă 41 Bucureşti

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT
CHEMISCHE FABRIK
BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Sf. Ionică, 8 — București

Laboratoarele „ICFAL“ S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14

BUCUREŞTI V — Telefon 5.66.32

Bronchosan — Sirop şi dragele — Sedativ al tusei.
Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii 3 linguriţe pe zi.

Ipecodrin — Sirop pectoral pentru copii cu bază de ipeca şi ephedrină.
2-4 linguriţe pe zi

Hypercalcium — Soluţie Ca gluconat 10%
Extract de parathiroidă fiole a 10 cc.
1 pe zi intravenos sau intramuscular

Agoton granule şi soluţie — Afecţiuni hepatobiliare
soluţie: 20-30 picături de 2 ori pe zi
granule: 2-3 linguriţe pe zi

Gastrobial — Pansament gastro-intestinal
3-6 linguriţe pe zi

Calciretin — 80 picături = 1 gr. Clorură de calciu stabilizată
40-150 picături pe zi

Antireumal — atoian sodic salicilat de sodiu
fiole a 10 cc.
1 pe zi intravenos

Phedroiod elixir — Astmă, spazme bronchiale
1 linguriţă la nevoe

Ovule-Icfal — Dioxychinisin,
Pyrazolondimethylaminophenyldimethylicum, Chinosol, Thigenol,
Malva,
Excipient glicerinat

Urosol granule — Disolvant uric
3 linguriţe pe zi

Sedonervina elixir şi fiole — Sedativ nervos
1—2 linguriţe pe zi

Pneumotropin — 2 cc Fiole.
Chinină bazică pură,
Champhor, Oleuri eterice, volatile
1—2 fiole zilnic intramusculare.

P. S.

Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA“ aduc la cunoştiinţa D-lor clienţi că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL“ din Bucureşti V Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EXPOZEUL D-LUI PROF. P. TOMESCU, MINISTRUL SĂNĂTĂŢII ŞI OCROTIRILOR SOCIALE, CU PRIVIRE LA REORGANIZAREA SANITARA

In mai multe şedinţe de conferinţă faţă de reprezentanţii presei din Capitală, D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a făcut o expunere amplă a multiplelor feţe pe cari va întreprinde reorganizarea noastră sanitară pentru apărarea sănătăţii publice.

Incepem cu „Chemarea" adresată tinerilor studenţi, pentru a se înscrie la Facultăţile de Medicină:

INSCRIEŢI-VĂ LA
FACULTĂŢILE DE MEDICINĂ!

Apelul D-lui Ministru al Sănătăţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 1 Noembrie se deschid Facultăţile de Medicină din cele trei centre universitare şi toate şcoalele pentru pregătirea personalului sanitar.

Atât ca Profesor cât şi ca Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, ţin să arăt în preajma deschiderei anului şcolar cât de frumoase sunt aceste profesiuni şi câtă nevoe are ţara de un personal medical şi sanitar numeros şi bine pregătit.

Desigur că, în alegerea unei profesiuni, fiecare tânăr trebue să ţină seama, în primul rând, de temperamentul şi înclinaţiile sale.

El trebue însă să se gândească în al doilea rând, la prospectele pe cari profesiunea ce îşi alege, i le poate deschide în viaţă.

Concomitent cu aceasta, trebue să ţină seamă de nevoile ţării în anumite domenii de activitate, unde la un moment dat, este necesar să meargă mai numeroase şi mai active — energiile creatoare ale generaţiei tinere.

Numărul de medici noui necesari pentru păstrarea cadrelor actuale.

Bazându-ne pe date statistice riguroase şi pe cunoaşterea pe teren a întregei organizaţii sanitare a ţării, am ajuns la concluzia că este urgent necesar să preparăm în Facultăţile noastre un mare număr de medici.

Iată câteva din aceste date:

In România mutilată aveam la 15 Martie 1941: 5671 medici români, la care se adaugă: 490 medici germani, 71 unguri, etc., în total 6332 medici arieni.

Printre aceştia se găseau în serviciul Statului 3377, iar în cadrele active ale armatei 761 medici, deci ocupau funcţiuni publice, în total 4138.

Am făcut o statistică pentru a vedea câţi medici noui ne trebuesc anual pentru a menţine aceste cadre pe cari le recunoaştem dela început cu totul insuficiente.

Am constatat că aproximativ 6,5 la sută din medicii oficiali părăsesc

anual funcţiunile prin pensionare, demisie sau deces. Pentru a-i înlocui ne trebuesc deci aproximativ 270 de medici noui în fiecare an.

Nevoia de medici noui pentru mediul rural.

Acest număr ar fi suficient într'o ţară foarte veche ajunsă după o îndelungată evoluţie la forme de organizaţie de Stat bine cristalizată.

La noi situaţia este cu totul alta, întrucât abia acum, căutăm formele în care viaţa de Stat să se încadreze temeinic.

Cel puţin în domeniul sanitar aceasta este situaţia.

Astfel în mediul rural avem 1520 medici, ceeace revine un medic pentru 7057 locuitori.

Această situaţie se cere schimbată radical, avându-se ca prim scop să se înmulţească medicii din mediul rural până la o proporţie de unul pentru 3500 locuitori.

Ne trebuesc deci încă 1500 medici. Dacă am urmări realizarea acestui plan în cinci ani ne trebuesc 300 de medici pe an. Dacă el s'ar putea înfăptui mai repede ar fi cu atât mai bine.

Câţi medici ne trebuesc pentru Basarabia şi Bucovina.

O a treia problemă care se pune, este a medicilor pentru nouile provincii.

Pentru a face faţă obligaţiilor noastre sanitare în aceste provincii, am trimis acolo un grup de medici foarte buni din diferite regiuni ale ţării, având însă grija de a-i lua din mediul urban, unde erau destul de numeroşi.

Pentru a încadra în condiţii relativ bune, serviciile sanitare ale Basarabiei şi Bucovinei şi pentru a ajunge să avem acolo un medic la 7000 locuitori, în mediul rural, ne trebuesc încă 540 de medici. Repartizând pe 5 ani această realizare, ne trebuesc anual cel puţin 110 medici.

In rezumat, organizaţia noastră sanitară a Statului are nevoe de cel puţin 680 medici anual:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) 270 pentru menţinerea cadrelor actuale;

b) 300 pentru înmulţirea treptată a medicilor din ţară;

c) 110 pentru organizarea sanitară a Basarabiei şi Bucovinei.

Pentru ca facultăţile noastre să ne dea aceşti medici, trebue să primească în anul I cel puţin 1000 de studenţi, întrucât din cercetările făcute s'a dovedit că 30 la sută din ei renunţă la studiul medicinei în timpul şcolarităţii.

Problema cadrelor medicale nu a preocupat pe predecesorii mei dela Ministerul Sănătăţii.

Din această cauză ea se pune foarte acut astăzi.

Satul în noua lui organizaţie are nevoe de medici mulţi, tineri şi bine pregătiţi pentru o acţiune sanitară puternică şi unitară.

De aceia sfătuesc pe tinerii energici, capabili şi entuziaşti, să se înscrie în Facultăţile de Medicină.

Din ordinul d-lui Mareşal Antonescu, Statul va face mari sacrificii anul acesta şi anii viitori, pentru dotarea Facultăţilor de Medicină în vederea măririi capacităţii lor de învăţământ.

Aceleaşi sacrificii se vor face pentru bursele ce se vor acorda tuturor studenţilor eminenţi şi săraci.

Organizaţia sanitară a ţării are nevoe, pe lângă medici, şi de mult personal sanitar, în primul rând de surori de ocrotire şi surori-infirmiere.

De aceea Ministerul Sănătăţii a întocmit anul acesta 30 de şcoli noui, în care toate elevele vor fi bursiere.

Aşa cum sfătuim băeţii buni cari au terminat liceul, să se înscrie în Facultăţile de Medicină, îndemnăm pe fete să vină cu încredere în şcolile de surori, unde îşi vor forma o carieră frumoasă şi foarte utilă ţării.

* * *

FORMAREA CADRELOR MEDICALE NECESARE ORGANIZĂRII SANITARE

Problema numărului, a formaţiei technice şi a specializării medicilor.

Pentru ca sănătatea publică să fie mai bine apărată şi acţiunea de ocrotire socială să poată fi extinsă şi consolidată, avem nevoe de un număr din ce în ce mai mare de medici bine pregătiţi din punct de vedere tehnic şi spiritual, cari vor fi ajutaţi în opera lor de un personal sanitar priceput şi devotat.

De aceia ne preocupă atât de mult formarea cadrelor medicale.

In adevăr, de numărul, de calitatea şi de devotamentul medicilor depinde progresul sanitar al unei ţări.

Corpul medical românesc a fost întotdeauna la înălţimea rolului important ce are în viaţa socială a colectivităţii.

Acţiunea sanitară şi de ocrotire socială a putut şi nu poate fi dusă cu intensitatea pe care o dorim, din cauza numărului relativ mic de medici de care dispunem, din cauza lipsei de specialişti în unele domenii, şi mai ales din cauza repartiţiei defectuoase a lor, — în ţară.

Problema numărului a început să fie rezolvată prin înscrierea în facultăţile de medicină a unui mare număr de studenţi.

Ei vor contribui la lupta sanitară nu numai după terminarea studiilor, dar chiar în timpul lor. In adevăr, în cursul stagiului de vară, studenţii medicinişti vor lucra în mediul rural şi în toate spitalele statului. De altfel experienţa actualului război, în care studenţii în medicină au desfăşurat o activitate remarcabilă în serviciul armatei, şi în spitalele pentru răniţi, a arătat cât de util pot fi medicinştii, dacă sunt bine conduşi de şefii lor erarhici.

Pentru ca studenţii în medicină să fie cât mai bine pregătiţi încă din timpul studiilor, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale procedează la reorganizarea stagiilor de externat şi internat. Iar pentru a favoriza formarea specialiştilor de care avem nevoe, se revizueşte concursul şi numărul locurilor de medici secundari în toate spitalele din ţară.

Pentru ca această lucrare să fie făcută în mod temeinic, am apelat la o comisie formată din d-nii Profesori: I. Iacobovici, N. Gh. Lupu, Iuliu Haţieganu, Al. Cosăcescu, Dan Theodorescu, P. Niculescu şi D-r Marius Georgescu.

Prin întemeierea şi regulamentarea secundariatului în laboratoarele Statului, a lucrat o comisiune formaăt din d-nii Profesori Moldovanu, Ionescu-Mihăeşti, Mihai Ciucă, Ciocâlteu şi Crăciun.

Mulţumindu-le pentru munca pe care au depus-o, voi relata concluziunile la care ne-am oprit, în ceeace priveşte formaţiunea viitorilor medici şi specialişti.

Concursul de externat.

Studenţii în medicină, absolvenţi a doi ani de cursuri, vor da concursul de externat şi vor funcţiona efectiv în spitalele din centrul universitar cărora aparţin.

Se ţine un concurs unic pentru toate spitalele, la facultatea de medicină din localitate, sub auspiciile Ministerului Sănătăţii.

Concursul va consta din două probe orale: una de anatomie trasă la sorţi dintr'un grup de 50 de chestiuni fixate prin regulament şi alta de mică chirurgie dintr'un grup de 25 de chestiuni.

Durata stagiului este de doi ani, externii mutându-se dintr'un serviciu în altul din 6 în 6 luni.

Salariul externilor va fi de 4600 lei lunar.

Concursul de internat.

Externii, după doi ani de stagiu, se pot prezenta la concursul de internat, care se ţine unitar sub auspiciile Ministerului Sănătăţii, la fiecare facultate de medicină.

Concursul va avea trei probe: prima probă scrisă de anatomie, şi două probe orale de patologie externă şi internă. Chestiunile pentru aceste trei examene vor fi prevăzute într'o programă analitică, ce va cuprinde câte 50 de subiecte pentru fiecare probă.

Stagiul de internat va dura trei ani, internii transferându-se din 6 în 6 luni dintr'un serviciu în altul.

Salariul internilor va fi de 6000 lei lunar şi întreţinerea complectă.

Concursul de secundariat.

Ţinându-se seama de nevoia de specialişti pe care o are organizaţia sanitară a Statului, s'a decis ca acest concurs să se dea de tinerii medici imediat după ce obţin diploma de doctori.

Concursul se va ţine separat pentru fiecare speciaitate, astfel ca medicii să se poată desvolta în raport cu preferinţele lor.

Concursul va consta din trei probe. Prima va fi o expunere asupra activităţii medicale desfăşurate în timpul studiilor şi asupra concursurilor anterioare ce a trecut.

Prin această probă se urmăreşte, în primul rând, promovarea externilor şi a internilor de spitale cari au o pregătire profesională şi ştiinţifică mai serioasă.

Pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale va fi o a doua probă probă de tehnică operatorie şi o a treia de clinică.

Pentru medicina internă şi specialităţile medicale vor fi două probe clinice: una de medicină generală şi a doua de specialitatea pentru care se concurează.

Stadiul medicilor secundari va fi de trei ani, după cari ei vor avea dreptul să se prezinte la concursul de medici primari.

Indată ce se vor promulga nouile regulamente, se vor publica toate concursurile.

Actualii medici secundari, numiţi cu titlu provizoriu sunt obligaţi să se prezinte la primul concurs; altfel vor fi consideraţi demisionaţi. Vor fi exceptaţi numai acei cari sunt mobilizaţi la armata de operaţiuni.

Prin reorganizarea concursurilor urmărim să consolidăm această metodă obiectivă de selecţionare, care stimulează munca şi asigură instituţiilor medicale posibilitatea de a avea un personal muncitor şi bine pregătit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

FORMAREA MEDICILOR SPECIALIŞTI

Intr'o altă conferinţă de presă ţinută la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cu reprezentanţii ziarelor din Capitală, D-l Ministru Prof. D-r Tomescu, a expus **Problema formării personalului medical** de care organizaţia de Stat are nevoe.

In adevăr, pentru ca Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale să-şi poată îndeplini misiunea sa de a lupta în contra boalelor şi de a contribui la progresul social, are nevoe de un personal numeros şi bine pregătit.

Universităţile pun la dispoziţia ţării în fiecare an, un număr de medici care obţin diploma de doctori.

Examinând numeric şi calitativ situaţia, constatăm că tinerii medici sunt prea puţini în raport cu nevoile populaţiei şi cu desvoltarea ce dorim să dăm organizaţiei sanitare a statului.

In afară de aceasta, ne lipsesc specialişti numeroşi de cari avem nevoe în dfierite ramuri ale medicinii.

Deaceea Ministerul Sănătăţii va cere facultăţilor de medicină să înscrie un număr cât mai mare de studenţi, astfel ca în câţiva ani să avem numărul de medici indispensabil unei bune organizaţiuni sanitare.

In afară de aceasta, învăţământul va trebui să aibă în facultăţile noastre un caracter practic, astfel ca medicii tineri să capete pregătirea necesară pentru exercitarea medicinei generale, mai ales în mediul rural.

Această ideo nu exclude preocupările de ordin ştiinţific înalt, cari vor fi cultivate de personalul didactic al universităţii, în colaborare cu elita intelectuală restrânsă a studenţimii mediciniste.

Prin urmare, vom cere universităţii din care mă onorez să fac parte, medici mulţi şi buni. De altfel sunt absolut convins că facultăţile noastre de medicină sunt în măsură să ni-i dea. Va fi necesar să se facă unele completări în ceeace priveşte înzestrarea şi mărirea laboratoarelor, va trebui să se creeze, poate, unele clinici şi institute noui.

Sunt convins însă că statul va face toate sacrificiile pentru ca tinerii cari se dedică medicinei, să poată avea o pregătire cât mai serioasă.

Formarea medicilor specialişti.

Unul din ziariştii cari au participat la reuniunea de presă, a atras atenţia D-lui Ministru al Sănătăţii asupra faptului că unii tineri eminenţi pot fi împiedicaţi dela studiul medicinei, din cauza lipsei mijloacelor materiale.

D-l Prof. D-r Tomescu a subliniat importanţa acestei observaţii şi a arătat că Ministerul Sănătăţii va găsi posibilitatea să ajute pe toţi tinerii excepţionali dotaţi pentru a urma facultăţile de medicină.

De aceea, d-l Ministru al Sănătăţii invită pe toţi tinerii cari au atracţiunea pentru profesiunea medicală, să se înscrie la concursul de admitere.

Cei lipsiţi de mijloace şi cari au dovedit în cursul liceului şi la concursul de admitere însuşiri excepţionale, vor fi bursierii Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, angajându-se ca la sfârşitul studiilor să intre în cadrele medicilor statului.

Formarea medicilor specialişti.

O a doua nevoe a organizării sanitare româneşti este de a avea specialişti numeroşi în diferite ramuri ale ştiinţei medicale.

Ministerul Sănătăţii va interveni energic şi direct în această direcţiune, întru cât facultăţile, în actualele împrejurări nu pot organiza un învăţământ de specializare complect.

Formula la care ne-am oprit şi care va fi pusă în discuţia consiliului superior al sănătăţii în sesiunea de Septembrie este următoarea:

Ministerul Sănătăţii va unifica toate concursurile de medici secundari dela spitalele statului, ale eforiilor, epitropiilor şi asigurărilor sociale, mărind numărul localurilor în raport cu planul de desvoltare al serviciilor de specialitate cari trebuesc întemeiate în fiecare judeţ al ţării.

Pe această cale a secundariatului s'au format specialiştii pe care îi avem şi cari ne fac cinste.

Deaceea vom păstra sistemul, amplificându-l. Din toamnă, pe lângă actualii medici secundari, Ministerul Sănătăţii va crea locuri noui în toate clinicile şi serviciile importante. Bine înţeles, aceste locuri se vor ocupa prin concurs.

Deoarece avem nevoe de medici specializaţi în cercetările de laborator, vom crea locuri de medici secundari şi pe lângă marile laboratoare ale statului.

Specialiştii cari ne trebuesc.

In afară de chirurgi şi de medici pentru boalele interne ne trebuesc mulţi specialişti în puericultură, obstetrică, boli venerice şi tuberculoză.

Aceste ramuri ale medicinei au un mare interes social prin întinderea boalelor ce combat, au nevoe de o imediată desvoltare.

Din cele 48 de judeţe ale ţării mutilate, au servicii de obstetrică numai 18, servicii de puericultură 13, sanatorii pentru îngrijirea tuberculozei 18, servicii pentru izolarea şi tratarea boalelor venerice 12.

Dacă socotim că în fiecare judeţ trebue să avem câte un serviciu de spital pentru îngrijirea acestor boale, ne dăm seama de marele efort pe care trebue să-l facă organizaţia de Stat, — în această direcţie.

Chiar dacă am dispune de mijloace materiale necesare pentru a creia aceste servicii de specialitate, trebue să mărturisim că nu am avea specialişti cari să le conducă.

De aceea vom lua toate măsurile să formăm mai întâi oameni capabili de care se simte nevoe şi pe măsură ce ei îşi vor putea lua sarcina

conducerii, se vor creea serviciile de specialitate a căror lipsă se resimte foarte mult.

Igiena şi medicina preventivă.

O specialitate care trebue mult desvoltată, întrucât se simte mare nevoe de oameni bine pregătiţi, este igena şi medicina preventivă.

Cursurile de specializare organizate până acum de facultăţi, vor trebui reluate pe o scară mai întinsă şi cu un program mai adequat condiţiilor de viaţă şi împrejurărilo sociale din ţara noastră.

In afară de aceasta, activitatea pe teren trebue să ocupe o întindere mult mai mare în lucrările anului de specializare decât s'a făcut până acum, cel puţin la o parte din aceste cursuri.

Igiena şi medicina preventivă ocupă, de altfel, un loc important în programul obişnuit al învăţământului medical.

Totuşi tinerii medici nu reuşesc să capete un interes deosebit pentru aceste probleme şi nici să aibă o atracţie particulară pentru medicina rurală.

De aceea socotim necesar ca să se urmărească în facultăţi atât pergătirea spirituală cât şi cea cea technică pentru practica medicală, în mediul rural.

Ameliorarea situaţiei materiale a medicilor cari activează în mediul rural.

Pentru a promova această specialitate este nevoe să asigurăm medicilor cari activează în satele noastre, condiţii materiale de viaţă compatibile cu îndelungata lor pregătire intelectuală şi cu situaţia lor socială.

Sperăm că aceste condiţiuni se vor înfăptui cât de curând. Iar pentru regiunile sărace, unde medicii nu pot realiza venituri profesionale, se va plăti prima de reşedinţă de 5000 lei lunar, care va aduce o sensibilă ameliorare de salarizare.

Pentru a ajuta pe medicii cari activează în mediul rural, să se fixeze acolo, creindu-şi gospodării frumoase, am luat dispoziţia să li se pue la dispoziţie sumele de cari au nevoe pentru construcţia de locuinţe proprii. Casa de Credit a Ministerului Sănătăţii este gata să satisfacă toate cererile în acest fel, acordând sumele necesare cu o dobândă de 2%, plătibile în 10 şi 15 ani prin reţineri din salarii.

In viitoarea conferinţă de presă, d-l Ministru al Sănătăţii va expune chestiunea formării personalului sanitar şi în special a surorilor de ocrotire şi de spital

* * *

CONSOLIDAREA ŞI AMPLIFICAREA ACŢIUNEI MEDICALE LA SATE. NOUL PLAN DE LUCRU IN OCROTIREA SOCIALĂ.

Războiul condus de D-l Mareşal Antonescu, în fruntea armatelor sale biruitoare, va aduce nu numai reîntregirea ţării, dar şi o nouă concepţie de viaţă a statului şi de organizaţie socială.

De aceea proectele ce vă voi schiţa, nu vor putea fi considerate nici prea îndrăsneţe, nici prea optimiste.

In adevăr, organizaţia noastră sanitară nu a ajuns la desvoltarea pe care interesele ţării o cer şi progresele actuale ale ştiinţei — o impun.

Pentru a reuşi să realizăm în acest domeniu, — un progres însemnat este necesar un foarte mare efort creator, îndreptat în trei direcţii:

1) **Acţiunea medicală în mediul rural trebue consolidată şi generalizată.**

Situaţia actuală este caracterizată de faptul că avem în medie un medic

la 7057 locuitori, — în mediul rural, pe când avem un medic la 373 locuitori în mediul urban.

Această proporţie atinge însă extreme foarte distanţate. Astfel în judeţul Timiş avem un medic la 2599 locuitori, pe când în judeţul Vlaşca avem un medic la 12.101 locuitori — în mediul rural.

Disproporţia dela un judeţ la altul şi între sate şi oraşe, este atât de mare, încât ea nu mai poate dăinui, fără să periclităm grav interesele sanitare ale ţării.

Pentru a realiza un progres însemnat asupra stării actuale, va trebui să avem în fiecare comună o casă de sănătate şi de ocrotire socială.

Aşa cum există în toate comunele o biserică şi o şcoală, este absolut necesar să ridicăm şi o instituţie închinată sănătăţii şi ocrotirei sociale. Inal ţarea spiritului şi cultivarea minţei se va putea face mai bine în mijlocul unei populaţii sănătoase şi mulţumite.

Desigur, că în secolul trecut când au început să se întemeieze şcoale în toate comunele, ideea a apărut tot atât de irealizabilă ca aceia pe care o susţinem astăzi. Ea însă şi-a făcut drum şi este o plăcere să vedem în cele mai sărace sate, ridicându-se impunătoare şi frumoase localurile şcoalelor primare.

Prin urmărirea perseverentă a acestei idei, ea se va putea înfăptui în scurtă vreme, astfel ca să avem în fiecare comună un cadru potrivit pentru desvoltarea acţiunei sanitare şi o persoană de specialitate care să asigure legătura strânsă cu întregul aparat sanitar al regiunei.

Preocupările casei de sănătate comunale şi săteşti, vor fi nu numai tratarea boalelor dar şi prevenirea lor.

Această acţiune preventivă va trebui să fie din ce în ce mai puternică, întrucât sunt convins că ne va duce la rezultate excelente.

Sperăm că Ministerul Sănătăţii în colaborare — cu Consiliul de patronaj al operelor sociale — să poată realiza nu numai clădirile caselor de sănătate, dar şi spiritul nou care să le însufleţească.

Dacă medicii sunt aşa de puţini la ţară şi dacă numărul lor nu va putea creşte în mod rapid, există totuşi posibilitatea ca ei să activeze pe o rază mai mare dacă vor avea mijloace de transport.

Din cauza împrejurărilor speciale dela noi, — motorizarea medicilor este absolută necesară.

In prezent, studiem un sistem de finanţare, care să permită Statului ca imediat după războiu să acorde medicilor de circumscripţie, posibilitatea de a primi un automobil care să fie proprietate personală. El va fi achitat în timp de 3—4 ani, din diurnele de transport ale medicilor. Un amănunt esenţial va fi obligativitatea pentru medici de a-şi conduce singuri automobilul şi pentru studenţii din ultimul an ai facultăţilor de a deprinde acest sport, atât de util.

Organizaţia sanitară rurală va cuprinde în fiecare judeţ, pe lângă instituţiile sale fixe unul sau mai multe dispensarii mobile.

Ele au fost create anul acesta, după indicaţiile D-lui Mareşal Antonescu şi lucrează acum intens în Basarabia.

Dispensariile mobile sunt astfel organizate, încât să se poată deplasa uşor în camionete automobile, ducând cu ele personalul medical şi auxiliar, odată cu materialul sanitar şi medicamente.

Dispensarul mobil are nu numai misiunea de a trata bolnavii ci de a întreprinde o acţiune de propagandă sanitară, descoperind totodată boalele epidemice şi sociale, pe care le va combate.

Un al doilea tip de dispensare îl formează cele polivalente, conduse de specialişti şi dotate cu aparate moderne necesare unor cercetări mai ample ale boalelor sociale şi individuale.

Aceste dispensare pe lângă medici pentru diferite specialităţi vor avea o secţiune de radiologie, laborator de analize biologice, un serviciu de stomatologie cu tot utilajul necesar şi o puternică secţiune de propagandă sanitară.

Dispensarul mobil va stabili o legătură rapidă şi permanentă între comunele cele mai îndepărtate dintr'un judeţ şi spitalele din oraşul de re-

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

şedinţă, care vor putea servi, în modul acesta, în egală măsură, pe orăşeni şi pe ţărani.

2) **Instituţiile de asistenţă medicală trebuesc mărite şi completate.**

In oraşele de reşedinţă avem spitale, uneori frumoase şi bine instalate, alte ori rămase într'o stare rudimentară.

Nivelul celor slabe trebue ridicat la situaţia celor bune în timpul cel mai scurt.

Un întreg program de construcţii va trebui realizat.

In epoca de progres ştiinţific şi de strictă specializare în care trăim, vor trebui create la aceste spitale secţiuni pentru diferite specialităţi, cum sunt: puericultura, boalele venerice, tuberculoza, obstetrica şi aşa mai departe.

Medicii specialişti cari conduc un serviciu de spital nu trebue să se limiteze numai la obligaţiunile lor clinice. Ei vor privi problemele sub aspectul lor social şi vor deveni animatorii acţiunei sanitare într'un judeţ întreg, în domeniul specialităţii lor.

Greutatea cea mai mare în aplicarea acestui program nu o formează nici lipsa fondurilor, nici dificultăţile de a construi în prezent ci — lipsa medicilor specialişti şi a personalului auxiliar de care avem nevoe.

De aceea ne preocupă foarte mult problema formării personalului medical şi auxiliar, necesar desvoltării serviciului sanitar românesc pentru o lungă perioadă de timp.

Această chestiune o voi expune în viitoarea noastră conferinţă de presă.

3) **Noul plan de lucru în ocrotirea socială.**

Până în prezent, ocrotirea a avut în cadrele ministerului sănătăţii un caracter individual făcând o operă restrânsă şi fără să poată ajunge la rezultate importante de plan social.

Pe de altă parte o serie de societăţi, foarte bine intenţionate, au realizat mai multe instituţii de ocrotire care au o frumoasă organizare.

A venit însă momentul pentru a trece dela iniţiativa particulară şi locală, — la o mare acţiune de Stat făcută puternic şi unitar pe tot întinsul ţării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Consiliul de patronaj al operelor sociale, de sub preşidenţia D-nei Maria Mareşal Antonescu.

Această instituţie este menită să aibă un rol hotărîtor în opera de consolidare socială care va trebui înfăptuită cât mai repede.

Ca metodă de lucru va trebui să trecem dela ocrotirea individuală la cea colectivă, dela cazurile particulare — la problemele de rezonanţă socială.

Astfel ocrotirea familiei, a copiilor, a vieţei sociale a satelor şi a mahalelor noastre, va intra în prima linie a preocupărilor Consiliului de patronaj şi al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor.

O altă problemă care ne va preocupa va fi ocrotirea copiilor şi tinerilor excepţional dotaţi. Ei trebue descoperiţi şi crescuţi în raport cu marile lor posibilităţi de revoluţie.

In modul acesta, vom ajuta ca elita conducătoare a zilei de mâine să cuprindă toate elementele de valoare, care fără o grijă atentă vor fi deviate de adversităţile vieţei, dela adevărata lor misiune.

* * *

NOUA SALARIZARE A CORPULUI MEDICAL

Salariile medicilor au rămas întotdeauna sub nivelul aşteptărilor corpului medical, asigurându-le venituri mult mai modeste decât acelea la care situaţia lor socială şi îndelungata lor pregătire universitară, — le dădea dreptul să aspire.

Acest fapt se datoreşte împrejurării că medicii au libertatea să-şi

exercite profesiunea lor şi prin urmare au în principiu, posibilitatea unor venituri în afară de salariul ce primesc dela Stat.

Din nefericire, aceste posibilităţi rămân deseori virtuale şi medicul este nevoit să se restrângă numai la salariul său.

In orice caz, imaginea cuvenită pe care publicul o are despre medic, atât din punct de vedere material, cât şi din cel spiritual, — nu corespunde realităţii.

Din punct de vedere material, medicul din oraş este pentru cei mai bătrâni, o persoană gravă şi bine situată, care descinde dintr'un cupeu elegant la bolnavul care-l aşteaptă îngrijorat, respectuos şi plin de aparenţă.

Pentru cei mai tineri, medicul este un bărbat elegant care-şi poartă ştiinţa din casă în casă, alergând pe străzile oraşului în fuga unui automobil luxos.

In mod logic, acest medic norocos se poate mulţumi cu un salariu modest la spitalul statului, chiar dacă desfăşoară acolo, o muncă plină de competenţă.

Realitatea este însă foarte îndepărtată de această imagine, care devine din ce în ce mai rară.

In adevăr, marea majoritate a medicilor sunt oameni cari muncesc din greu, cu pasiune şi cu devotament pentru îngrijirea bolnavilor săraci sau cu resurse modeste. La aceştia se adaogă numărul din ce în ce mai mare, şi medicilor, cari asigură sănătatea noastră a tuturor, prin lupta lor intensă şi necunoscută marelui public, — în contra boalelor epidemice. Iar medicina preventivă, care este în plină desvoltare şi al cărui rol în asigurarea sănătăţii publice este incontestabil, trebue să atragă o mare parte din cei mai buni medici tineri.

Trecându-se deci dela medicina individuală la cea colectivă, practica profesională a luat un aspect nou. Iar medicul aflat într'o funcţiune publică are dreptul la o salarizare, în raport cu pregătirea lui şi cu serviciile reale pe care le aduce.

Cluj / Central University Library Cluj

Pentru ca aceasta să se poată face, opinia publică trebue să cunoască situaţia reală a acestei profesiuni cu un rol atât de important în viaţa unui popor.

Prin marile progrese cari s'au făcut în viaţa socială, medicul angajat de stat şi pus în serviciul colectivităţii, aduse ştiinţa şi munca sa în ajutorul tuturor suferinţelor omeneşti.

El nu mai este un profesionist eclectic şi bine remunerat, ci un slujitor devotat dar slab retribuit al tuturor.

Guvernul şi în special d-l General Stoenescu, Ministrul Finanţelor, a înţeles situaţia actuală a profesiunei medicale şi a acordat sporuri de salarii mai însemnate decât în trecut.

De aceia cred că medicii, împreună cu mine, — le vor fi recunoscători.

Gradaţiile medicilor.

O veche revendicare a medicilor, pentru care ei au luptat în trecut, este plata integrală a gradaţiilor prevăzute în lege.

Sunt bucuros că o cerere pe care, în calitate de preşedinte al Asociaţiei generale a medicilor, am susţinut-o altă dată, — s'a rezolvat în cea mai mare parte în momentul când am conducerea departamentului sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

Intr'adevăr, pentru că ierarhia medicală este restrânsă în posibilităţi de avansare, întocmai ca şi ierarhia didactică, s'au acordat medicilor ca şi profesorilor, gradaţiile cari aduc un spor de salariu din cinci în cinci ani.

Deşi legea sanitară fixa gradaţiile la cota de 25%, ele abia au ajuns în 21 de ani, dela războiul trecut, la cota de 14%.

Ceva mai mult, au fost mulţi ani în cari gradaţiile nu s'au mai acordat, pretextându-se dificultăţile financiare, într'o vreme de linişte şi de bogăţie.

Acum, în plin război, în mijlocul unor greutăţi imense, guvernul a sporit gradaţiile medicilor cu 20%.

Primele de reşedinţă pentru medicii din mediul rural.

Sper că nu mi se va lua în nume de rău dacă stăruinţa cea mai mare o punem pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă ale medicilor, cari lucrează în mediul rural.

Ei duc acolo, nu numai o viaţă mai dură, dar şi o luptă mai grea pentru practica lor de fiecare zi.

Deoarece nu s'a putut urca salariul lor decât la 12.100 lei, am propus şi Ministerul de Finanţe a admis să se acorde tuturor medicilor de circumscripţii rurale şi de spitale mixte, — o primă de reşedinţă de 2000 lei lunar.

Pe lângă aceasta, în circumscripţiile situate în regiuni sărace, în care medicii nu pot avea venituri profesionale, ei vor avea o a doua primă de reşedinţă de 4000 lei lunar.

La salariul acestora se adaogă deci un spor de 6000 lei lunar.

In prezent studiem o sporire a diurnei, pe care medicii de circumscripţie o primesc pentru cheltuelile de transport ce le fac în deplasările la cari serviciul lor îi obligă.

Recunoaştem că diurna actuală de 3000 lei lunar este cu totul insuficientă. Ea va fi sporită la cel puţin 4000 lei.

In modul acesta, medicii tineri cari se vor duce în circumscripţiile sanitare mai sărace ale ţării, vor începe cariera lor cu un venit lunar de 22.000 lei.

Desigur că nu e mult. Dar asigură strictul necesar unui tânăr entuziast.

Dacă mai adăogăm perspectivele frumoase ale acestei funcţiuni, care duce în evoluţia ei până la gradul de Inspector general sanitar, credem că vom convinge pe mulţi din nouii absolvenţi ai facultăţilor de medicină, să îmbrăţişeze această carieră.

Salariile medicilor de spital.

Medicii secundari au rămas încă la salariul modest de 9300 lei lunar.

Vom căuta să ameliorăm această situaţie, acordându-le acelora cari vor dori, locuinţa şi masa în spitalele în cari lucrează. De altfel prezenţa lor permanentă în spitale va fi foarte utilă bolnavilor ce vor fi îngrijiţi în aceste instituţii.

Medicii primari de specialitate încep cu salariul de 16.000 lei, întrucât prin stagiile anterioare, au la obţinerea acestei funcţiuni cel puţin o gradaţie.

După 20 de ani de serviciu au salariul de 24.100 lei.

In general, medicii primari de specialitate găsesc în practica profesională posibilitatea de a-şi ameliora situaţia lor materială. Sunt totuşi regiuni sărace, unde cei mai buni medici nu pot avea nici un fel de venit, în afară de salariu.

De aceia voi propune să li se acorde şi lor, — o primă de reşedinţă.

Medicii de laborator.

Pentru această categorie de medici, cari ne lipsesc foarte mult, s'au prevăzut salarii mai mari, pentru a le asigura posibilităţi de viaţă cari să-i fixeze.

Un medic şef de laborator începe cu 19.200 lei, întrucât la obţinerea titlului are cel puţin o gradaţie şi ajunge după 25 de ani de serviciu la salariul de 32.000 lei lunar.

Externii şi internii.

O grijă specială am avut de externii şi internii spitalelor, cari sunt recrutaţi din elita studenţilor în medicină.

Ei aduc mari servicii spitalelor noastre, iar prin activitatea ce desvoltă în spitale, fac cea mai bună şcoală.

Pentru a asigura aceştor tineri studenţi o viaţă convenabilă, salariul externilor a fost fixat la 4800 lei lunar şi al internilor la 6000 lei lunar, aceştia având şi întreţinerea complectă la spital.

Pentru ca să poată înţelege mărirea sporului acordat, voi aminti că

pe vremea când îmi făceam studiile, salariul externului era de 40 lei; al internului de 80 lei lunar, iar în anul 1940, externul avea 1000 lei lunar şi internul 1500 lei

Incheind d-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a arătat că noua salarizare a medicilor reprezintă un progres important faţă de trecut.

Socializarea medicinei, care este în mers tocmai din cauza ameliorării continue a condiţiilor de viaţă ale poporului, va determina o mai mare salarizare a medicilor, cari vor avea venituri din ce în ce mai mici din exercitarea liberă a profesiunei lor.

* * *

IMPORTANŢA, UTILITATEA ŞI SALARIZAREA PERSONALULUI SANITAR

Organizaţia sanitară a statului şi acţiunea de asistenţă şi de ocrotire are nevoe, pe lângă medici, de un personal sanitar numeros şi foarte bine pregătit.

Lipsa acestui personal împiedică desvoltarea naturală pe care trebue să o ia spitalele, instituţiile sanitare şi întreaga operă de ocrotire socială.

Problema pregătirii cadrelor necesare unei bune organizaţii a statului a fost neglijată în multe domenii. Nu este deci de mirare că ea a fost neglijată şi în ceeace priveşte pregătirea personalului medical şi sanitar.

Pentru medicii de cari avem atâta nevoie, s'a recurs la metoda simplă de a micşora numărul studenţilor la posibilităţile restrânse ale facultăţilor, în locul soluţiei normale de a se mări clinicile şi laboratoarele pentru a avea elevi cât mai mulţi, satisfăcându-se astfel nevoile ţării.

Problema pregătirii personalului sanitar calificat nu a preocupat prea mult Ministerul Sănătăţii în trecut. Din această cauză astăzi, când acţiunea trebue să fie de ocrotire socială, trebue să fie mai vie şi generalizată pe ţară, ne izbim de lipsa acestui personal.

De aceia prima măsură ce am luat, a fost de a înfiinţa 25 de şcoale noui de surori de ocrotire, surori infirmiere, laboranţi, moaşe şi agenţi sanitari.

A doua măsură care trebue să vină este de a asigura acestor funcţionari, condiţiuni mai bune de viaţă.

In adevăr, dacă adăugăm la perspectiva unei profesiuni frumoase posibilităţi suficiente de trei, asigurăm o bună selecţionare a unui personal care trebue să aibă însuşiri sufleteşti alese, inteligenţă şi putere de muncă.

Noua salarizare a personalului sanitar este nu numai o corectare a unor nedreptăţi din trecut, dar şi o altă încadrare a lor în ierarhia funcţionarilor publici, bazată pe o mai justă înţelegere a rolului lor în viaţa socială.

Surorile de ocrotire.

Surorile de ocrotire au un rol hotărîtor în lupta pe care trebue să o ducem pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă ale populaţiei sărace dela ţară şi din oraşe.

Ele urmează studii foarte serioase, timp de trei ani, în şcolile de surori, unde sunt înscrise după ce au absolvit liceul. Acolo se formează tehnic pentru profesiunea lor şi spiritul pentru un adevărat misionarism.

Acestor surori, cari aveau până acum un salariu de 5000 lei, li s'a acordat, la începutul activităţii lor, o retribuţie de 7200 lei lunar, ceeace reprezintă un spor mai mare de 40%.

In afară de acesta, s'a creat un nou grad în ierarhia sanitară: sora de ocrotire şefă (7800 lei lunar). Revizoarele de ocrotire au trecut de 6500 lei la 8000, iar directoarele de institut dela 10.000 la 11.000.

Dacă adăugăm că surorile au dreptul la gradaţii cari s'au sporit prin noua lege la 20% şi cari se acordă din 5 în 5 ani, ne dăm seama că situaţia materială ca şi cea morală a surorilor este acum mult mai bună decât în trecut.

Surorile infirmiere.

Surorile infirmiere, cari fac o şcoală specială de doi ani, în care sunt admise după patru clase liceale, — sunt cele mai preţioase ajutoare ale medicilor în spitale.

Activitatea lor pricepută asigură buna îngrijire a bolnavilor şi funcţionarea normală a spitalelor.

Salariile lor sunt fixate, prin noua lege, la 6000 lei lunar, din care li se reţine 2200 lei pentru întreţinerea ce li se oferă în instituţiile sanitare. Dar faptul că surorile locuesc în spitale, constitue mai mult o obligaţie de serviciu decât un avantagiu ce li se face, întrucât prezenţa permanentă a surorilor este foarte necesară bunei îngrijiri a bolnavilor. De aceia sper să putem ameliora, în curând, salarizarea surorilor, scutindu-le de plata întreţinerii lor.

Laboranţii.

Medicii şi chimiştii cari lucrează în laboratoare au nevoe de ajutoare pricepute cari sunt deseori adevăraţi tehnicieni.

Până acum laboranţii aveau o salarizare care mergea dela 4000 la 6000 lei lunar, acum li s'au sporit salariile între 4800 şi 7200 lei. Dacă adăugăm că au dreptul la gradaţiile de 20%, vedem că aceşti auxiliari ai medicilor se bucură de o bună salarizare.

De aceia sperăm că mulţi tineri şi tinere cari au patru clase de liceu, se vor înscrie anul acesta, în şcoalele de laboranţi ale Ministerului Sănătăţii, fie în secţiunea de analize, fie în cea de radiologie.

Moaşele şi agenţii sanitari.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a-i stimula în munca lor şi pentru a le asigura condiţii bune de viaţă, s'a acordat aceştei categorii de personal sanitar, sporuri însemnate, întrucât situaţia lor era într'adevăr precară.

Astfel s'a trecut dela salariul de 3000 lei lunar pentru moaşe şi de 5000 lei pentru agenţii sanitari, la retribuţia de 6000 lei lunar pentru aceşte două categorii. la care se adaugă bine înţeles, gradaţiile. Astfel un agent sanitar sau o moaşe ajung la un salariu de 10.800 lei după 20 ani de serviciu, în loc de 6050 lei (moaşe) şi 7600 lei (agentul sanitar) cât aveau până acum.

Prin sporurile acordate, s'a făcut un act de dreptate pentru un personal modest dar muncitor şi devotat. In acelaşi timp s'au ridicat câteva profesiuni în ierarhia funcţionarilor publici.

Sper că solicitudinea statului pentru această categorie de profesionişti va fi nu numai o răsplată, dar şi un stimulent pentru o activitate din ce în ce mai rodnică.

Atât satisfacţia morală cât şi suportul material ce s'a asigurat personalului sanitar, sperăm că vor determina pe mulţi tineri şi tinere să abordeze aceste profesiuni, înscriindu-se în şcoalele Ministerului Sănătăţii. In modul acesta vom putea forma cadrele de personal necesare desvoltării organizaţiei noastre sanitare.

* * *

ORGANIZAREA INVĂŢĂMANTULUI SANITAR ŞI DE OCROTIRE

In „Monitorul Oficial" a apărut următorul decret-lege:

CAPITOLUL I

Dispoziţiuni generale

Art. 1. — Pregătirea şi formarea surorilor de ocrotire se va face în institute de surori de ocrotire.

Art. 2. — Pregătirea şi formarea personalului sanitar auxiliar se va face în:

a) Şcoli de surori infirmiere;
b) Şcoli de moaşe;
c) Şcoli de agenţi sanitari;
d) Şcoli de laboranţi şi laborante.

CAPITOLUL II

Institutele de surori de ocrotire

Art. 3. — Institutele de surori de ocrotire formează personalul tehnic, chemat să execute măsurile sanitare şi sociale, cu rol predominent preventiv şi educativ, în domeniul ocrotirei şi asistenţei sociale.

Fiecare institut va fi condus, din punct de vedere tehnic şi administrativ, de câte o directoare, medic sau soră de ocrotire, având o activitate recunoscută de cel puţin 3 ani în învăţământul surorilor de ocrotire.

Directoarea va fi ajutată pentru învăţământul practic de instructoare şi asistente, alese dintre surorile de ocrotire cele mai distinse şi cu aptitudini pentru învăţământ.

Art. 4. — In aceste institute se vor primi eleve absolvente de liceu sau de şcoală normală.

In limita locurilor disponibile, comisiunile instituite pentru selecţionarea şi primirea elevelor, vor putea acorda dispense de studii elementelor care posedă aptitudini excepţionale pentru exercitarea acestei profesiuni, având însă cel puţin 6 clase secundare la bază.

Durata cursurilor va fi de 3 ani, inclusiv stagiul practic pe teren.

Art. 5. — După absolvirea cursurilor, institutele vor elibera certificate de absolvire.

Diplomele se vor da de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în urma unui examen de diplomă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAPITOLUL III

Şcolile de surori infirmiere

Art. 6. — Şcolile de surori infirmiere pregătesc personalul sanitar auxiliar pentru îngrijirea bolnavilor în genere.

Ele se vor organiza pe categorii şi anume: medicină generală, puericultură, psihiatrie, stomatologie, etc.

Şcolile de surori infirmiere vor fi conduse de către o directoare diplomată a institutelor de surori de ocrotire şi cu experienţă în învăţământul practic al surorilor.

Art. 7. — Şcolile de surori infirmiere vor primi eleve având cel puţin 4 clase secundare şi vor elibera absolventelor certificate de absolvire.

Diploma se va elibera de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în urma unui examen special.

CAPITOLUL IV

Şcolile de moaşe

Art. 8. — Şcolile de moaşe pregătesc personalul auxiliar necesar pentru asistenţa facerilor şi îngrijirea lehuzelor. Aceste şcoli vor putea funcţiona atât pe lângă clinicile universitare de obstetrică cât şi pe lângă serviciile de maternitate dela spitale cu o capacitate de cel puţin 25 paturi.

Art. 9. — In şcolile de moaşe se vor primi absolvente de 4 clase secundare.

Pentru candidatele din mediul rural, comisiunile de primire şi selecţionare vor putea acorda dispense de studii celor cu aptitudini pentru această profesiune, având însă cel puţin cursul supraprimar.

Art. 10. — Şcolile vor fi conduse de directorii de clinici sau de medicii primari ai serviciilor de maternitate pe lângă care ele funcţionează.

După absolvirea cursurilor, elevele vor da un examen în faţa unei comisiuni de clasificare.

In baza examenului depus, se va elibera de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, brevetul de moaşe, urmând a se publica în Monitorul Oficial dreptul de liberă practică a moşitului.

CAPITOLUL V

Şcolile de agenţi sanitari

Art. 11. — Şcolile de agenţi sanitari pregătesc şi formează personalul auxiliar chemat să execute măsurile de prevenire şi combatere a boalelor epidemice, precum şi măsurile de poliţie sanitară, de igienă şi salubritate publică.

In aceste şcoli se vor primi elevi cu cel puţin 4 clase secundare cu studii de bază.

Şcolile de agenţi sanitari vor funcţiona, potrivit nevoilor, în centrele care au posibilităţi de instrucţie şi practică corespunzătoare.

Ele vor fi organizate şi conduse prin inspectorii generali sanitari din regiunile respective.

După terminarea cursurilor, elevii vor da un examen de absolvire, în baza căruia se va elibera de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, brevetul de agent sanitar.

CAPITOLUL VI

Şcolile de laboranţi şi laborante

Art. 12. — Şcolile de laboranţi şi laborante pregătesc şi formează personalul auxiliar pentru laboratoarele de analize biologice şi pentru laboratoarele de radiologie şi electrotherapie.

Şcolile de laboranţi şi laborante pentru analize biologice vor funcţiona pe lângă institutul de seruri şi vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" din Bucureşti şi institutele de igienă şi sănătate din Iaşi şi Cluj-Sibiu.

Celelalte vor funcţiona pe lângă învăţământul radiologic dela cele 3 facultăţi de medicină din ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 13. — Recrutarea elevilor şi elevelor se va face dintre absolvenţii de 4 clase secundare. Comisiunile de primire şi selecţionare vor putea acorda dispense de studii candidaţilor şi candidatelor cu aptitudini pentru această profesiune, având însă cel puţin cursul supraprimar.

Conducerea şcolii aparţine directorilor institutelor respective.

După terminarea cursurilor se va da un examen de absolvire, în baza căruia se va elibera de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, brevetul de laborator sau laborantă.

CAPITOLUL VII

Biroul central al învăţământului sanitar şi de ocrotire

Art. 14. — Pe lângă oficiul de studii şi documentare din Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirlor Sociale va funcţiona un birou al învăţământului sanitar şi de ocrotire.

Biroul va fi condus de un medic sau de o soră de ocrotire, având titlul şi gradul unei inspectoare de ocrotire.

Biroul se ocupă cu centralizarea tuturor chestiunilor privitoare la învăţământul sanitar şi de ocrotire şi dă îndrumările necesare pentru buna lui funcţionare şi pentru recrutarea elevilor şi elevelor din şcolile prevăzute în prezentul decret-lege.

CAPITOLUL VII

Dispoziţiuni finale şi transitorii.

Art. 15. — Numai personalul care posedă diplome sau brevete eliberate de institutele şi şcolile de Stat, sau diplome şi brevete străine ori particulare, echivalate la una din aceste şcoli, după procedura ce se va arăta prin regulamente, va avea dreptul să practice profesiunile respective şi să ocupe funcţiuni corespunzătoare la instituţiunile publice de Stat sau particulare.

Drepturile celor cari practică azi sau ocupă funcţiuni în profesiunile prevăzute de prezentul decret-lege, se respectă.

Art. 16. — Şcolile particulare existente sau cele ce se vor mai înfiinţa în viitor, nu vor putea funcţiona decât în condiţiunile prevăzute în decretul-lege de faţă şi cu aprobarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Art. 17. — Pentru fiecare categorie de şcoli se va întocmi un regulament de funcţionare, în conformitate cu principiile şi dispoziţiunile arătate mai sus.

Regulamentele se vor întocmi şi promulga în termen de cel mult două luni dela data publicării prezentului decret-lege în „Monitorul Oficial".

Prin regulamente se vor fixa în mod detailat materiile de învăţământ şi celelalte condiţiuni de funcţionare.

Art. 18. — La toate şcolile de învăţământ sanitar auxiliar, studiile vor dura 2 ani, inclusiv stagiul practic pe teren.

Cursurile şi lucrările practice vor începe la 1 Septembrie şi se vor termina la 15 Iunie.

Examenele se vor ţine între 16 şi 30 Iunie.

In luna Iulie se va face stagiul practic pe teren. Luna August este rezervată vacanţei. La sărbătorile Crăciunului şi Paştelui, şcolile vor lua vacanţă pentru o săptămână.

Art. 19. — Corpul didactic al institutelor de surori de ocortire şi şcolile de învăţământ sanitar şi de ocrotire, va fi format din medici, surori de ocrotire şi alt personal necesar.

El va avea dreptul la o diurnă în raport cu serviciile prestate, ce se va plăti cu respectarea dispoziţiunilor legale.

Numirea întregului personal se face de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cu respectarea dispoziţiunilor legale.

Personalul şi elevii şcolilor existente vor fi utilizaţi şi adaptaţi la nouile condiţiuni de organizare prevăzute în prezentul decret-lege.

Art. 20. — Orice dispoziţiuni din legi, decrete-legi şi regulamente, contrarii celor de faţă sunt şi rămân abrogate.

* * *

PREVENIREA ŞI COMBATEREA EPIDEMIILOR

Săptămâna curăţeniei. — Proectul de regulament pentru funcţionarea laboratoriilor.

In cursul lunei Octombrie, la Ministerul Sănătăţii, sub preşedinţia d-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a avut loc şedinţa Comisiunii centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase.

S'au discutat următoarele chestiuni:

Prevenirea şi combaterea epidemiilor.

D-l Secretar general D-r I. Stoichiţia, a prezentat statistica bolilor contagioase pe ultimele decade din care reese, comparativ cu perioadele din anii precedenţi, că situaţia nu este mai gravă. Persistă însă pericolul tifosului exantematic şi mai stărue unele focare izolate de febră tifoidă.

Pentru prevenirea şi combaterea epidemiilor s'au realizat, între timp o serie de măsuri.

In afară de măsurile luate s'a stabilit:

Continuarea vaccinării antiexantematice; vaccinarea antitifoparatifică a întregii populaţii din focarele cu febră tifoidă; să se asigure aşa cum s'a hotărît de Minister, construirea unui număr cât mai mare de fântâni igienice în mediul rural, şi pentru care Ministerul Sănătăţii contribue cu câte 100.000 lei de fiecare judeţ, pentru procurarea materialului de construcţie, ca foarte

utilă şi necesară iniţiativă luată de Minister de a se executa pe întreg cuprinsul ţării, începând din luna Noembrie, în interval de o săptămână pe fiecare lună la date ce se vor stabili la timp, măsuri de curăţenie corporală şi a gospodăriei. In această **„săptămână a curăţeniei"** care se execută sub controlul organelor administrative, casele vor fi văruite, lucrurile din casă aerisite şi curăţite, satul asanat, iar locuitorii vor fi îmbăiaţi şi la nevoe deparazitaţi, etc. Prima săptămână a curăţeniei se organizează dela 2 Noemb.—8 Noemb. a. c.; să se generalizeze tabela de evidenţa demografică (naşteri, decese, mortalitate infantilă) propusă de Minister, tabelă care trebue să se găsească la fiecare primărie.

Comisiunea a adoptat cu mici modificări proectul regulamentului pentru funcţionarea laboratoriilor întocmit de Minister şi prin care se asigură laboratoriilor posibilităţi largi de a fi utilizate în domeniul epidemiologic şi al salubrităţii.

S'a discutat în fine proectul de regulament relativ la recrutarea medicilor secundari de laborator, stabilindu-se probele concursului de recrutare, precum şi durata stagiilor în diferitele specialităţi de laborator, în scopul de a se asigura elemente cât mai bine pregătite în acest domeniu al medicinei.

* * *

O NOUĂ VIAŢĂ MEDICALA DE STRÂNSĂ COLABORARE A TUTUROR SERVICIILOR SANITARE

D-l Ministru al Sănătăţii a arătat că sistemul individualist în care funcţionează încă o bună parte din aşezămintele noastre sanitare, trebue imediat schimbat pentru a spori printr'o acţiune solidară, randamentul instituţiilor noastre de asistenţă şi de medicină preventivă.

In prezent, diferitele instituţii publice, cu preocupări medicale, funcţionează în mod izolat, după concepţii proprii şi cu metode deosebite de lucru.

Iar serviciile sanitare ale Statului constituesc unităţi separate, fără o legătură organică şi reală între ele, deşi sunt guvernate de aceleaşi legi.

Este de aceea necesară o colaborare strânsă între medicii oficiali de toate categoriile şi o conlucrare armonioasă între diferitele aşezăminte de asistenţă medicală, publice şi particulare.

Colaborarea medicilor.

Formaţiunile noastre medicale, cari trăesc autonom şi izolat trebuesc integrate într'o viaţă mult mai complicată de relaţiuni strânse între toate unităţile organismului nostru sanitar.

Plecând dela medici de circumscripţii rurale şi până la marile spitale de specialitate din oraşele de reşedinţă, trebuesc stabilite legături de colaborare între servicii şi de prietenie între oameni.

In fiecare judeţ, medicii primari de spital, vor studia şi vor lucra intens pe teren, la ţară şi la oraş, în domeniul specialităţii lor, fiind într'o strânsă colaborare cu medicii de circumscripţie.

In reuniuni lunare în oraşul de reşedinţă, se vor discuta probleme din punct de vedere ştiinţific, analizându-se concepţiile doctrinare, în lumina realităţilor locale.

Pentru a înlocui individualismul excesiv de astăzi, printr'o acţiune medicală colectivă, este necesar să avem în fiecare judeţ un număr de adepţi ai noilor idei. Aceasta este cu atât mai necesar, cu cât sistemele noui nu se pot pune în mişcare prin ordine scrise, ci prin convingere creatoare.

De aceia vom reuni, în serii, în Capitală, pe medicii primari de judeţ, pe doi dintre cei mai buni medici de circumscripţii rurale şi pe unul sau doi dintre cei mai buni medici primari de spital,

In aceste reuniuni vom delibera asupra vieţei medicale noui ce dorim să dăm serviciilor publice şi vom fixa cele mai bune metode de lucru.

Cu prilejul acestor consfătuiri, se vor ţine conferinţe de specialişti asupra problemelor actuale ale sănătăţii publice româneşti şi asupra descoperirilor recente făcute în ştiinţă.

Fiecare medic reîntors în judeţul său, va căuta să creeze ambianţa spirituală necesară unei colaborări efective şi cordiale între toate serviciile sanitare locale.

Colaborarea instituţiilor de asistenţă medicală.

Generozitatea înaintaşilor şi spiritul vremurilor noui, de prevedere socială, — au dotat ţara cu numeroase instituţii de asistenţă medicală.

Ele s'au desvoltat după iniţiative foarte lăudabile şi cu rezultate destul de frumoase.

Pentru ca tot ceeace s'a creat să aibă un randament maxim, va trebui să se stabilească între toate aşezămintele medicale o colaborare strânsă.

Această colaborare s'a realizat în cursul actualului război, când toate instituţiile sanitare publice şi particulare au îngrijit răniţii, cu cel mai desăvârşit devotament.

Va trebui să căutăm şi să găsim forma sub care această colaborare să fie realizată. Fiindcă trebue să dăm posibilitatea ca bolnavii să fie primiţi în orice spital, indiferent de autoritatea sau fondaţia care i-a întemeiat. Acest sistem este astăzi admis în spitalele Statului. El trebue generalizat. Am cea mai mare speranţă să putem realiza, cât de curând acest deziderat.

Pentru viitor colaborarea trebue să meargă şi mai departe: marile spitale necesare unei regiuni vor fi construite din fondurile puse la dispoziţie de instituţiile cari se ocupă de asistenţa medicală: asigurări sociale, căi ferate, diferite servicii publice pentru lucrătorii şi funcţionarii lor şi de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

In modul acesta vom avea spitale mari, a căror dotare cu laboratoare şi servicii comune este mai puţin costisitoare şi a căror întreţinere este mai economică.

Pentru ca acest proect să reuşească, întocmai ca şi medicii, instituţiile trebuesc să fie mai puţin individualiste.

Sperăm că ele vor avea în vedere interesul general şi vor accepta să colaboreze la opera de redresare sanitară a ţării, într'un plan general de lucru.

* * *

SITUAŢIA SANITARĂ A BASARABIEI. ATITUDINEA MEDICILOR EVREI DIN ACEASTĂ PROVINCIE. PROBLEMA SPECIALIZĂRII MEDICILOR.

In ziua de 24 Sept. a. c., s'a ţinut şedinţa consiliului superior al sănătăţii, la care d-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii a făcut o expunere asupra situaţiei sanitare a Basarabiei, pe care a vizitat-o de curând. D-sa a spus următoarele:

Toate instituţiile şi serviciile sanitare ale statului se află în activitate graţie organizaţiei pregătită înaintea de începerea războiului, de Ministerul Sănătăţii şi aplicată pe teren de d-l Prof. D-r I. Bălteanu, care a desfăşurat acolo o activitate admirabilă.

Spitalele publice cari au scăpat de furia distructivă a bolşevicilor, au fost reparate, dotate din nou şi încadrate cu un personal medical ales.

Cele 45 dispensarii mobile organizate pentru ţara veche, au fost trecute în Basarabia şi graţie automobilelor de cari dispun, îşi exercită acţiunea binefăcătoare asupra unui teritoriu destul de întins.

Epidemiile, deşi până acum sunt stationare, constitue încă un serios pericol şi acţiunea sanitară trebue să fie vigilentă şi continuă.

Cu prilejul vizitei făcute în Basarabia, am putut culege o serie de informaţii asupra organizaţiei medicale comuniste.

Astfel, un agent sanitar ocupa funcţiunea de inspector general, iar medicii evrei stăpâneau situaţia prin număr şi prin importanţa locurilor ce ocupau.

Medicii evrei din vechiul regat, cari au părăsit ţara la pierderea Basarabiei, se găseau în fruntea propagandiştilor comunişti.

Unii medici evrei, foşti elevi ai Facultăţilor noastre şi foşti funcţionari publici, mărturiseau că au înşelat 20 de ani Statul român, ei lucrând tot timpul pentru idealurile lor comuniste.

Mulţi dintre ei, au încercat să incendieze spitalele, înainte de a le părăsi. Personalul subaltern a reuşit să stingă focul în cele mai multe părţi.

Unii medici evrei au eliberat bolnavii contagioşi din spitale, răspândindu-i pe la locuinţele lor, în scopul evident de a extinde epidemiile.

Aceste fapte, cari întrec orice imaginaţie, sunt cu atât mai regretabile cu cât autorii lor s'au bucurat nu numai de toleranţă, dar şi de o excesivă bunăvoinţă din partea autorităţilor medicale româneşti de altă dată.

Problema specializării medicilor

Intrându-se în dezbaterile fixate prin ordinea de zi, d-l Prof. D-r P. Tomescu arată că prin legea sanitară din 1930, s'a dat facultăţilor de medicină sarcina de a organiza învăţământul de specializare.

Această însărcinare nu a putut fi însă îndeplinită decât pentru specialitatea stomatologiei şi în parte, pentru igienă.

Faţă de lipsa de specialişti pe care o constatăm acum, când vrem să complectăm cadrele necesare organizaţiei sanitare a Statului, se impune o deciziune rapidă şi o acţiune sigură.

In acest scop ne propunem să recurgem la metoda experimentată cu succes în trecut, a specializării prin stagiul de secundariat, unificând concursurile sub egida Ministerului Sănătăţii. Ţinând seamă de nevoile asistentei medicale a populaţiei şi de planul de desvoltare al organizaţiei sanitare a Statului, vom înfiinţa numeroase locuri de medici secundari, plătite de Ministerul Sănătăţii în toate clinicile şi laboratoriile publice.

Burse pentru studenţii medicinişti eminenţi

De oarece organizaţia Statului are nevoe de medici mulţi şi buni, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotriilor Sociale este dator să aducă partea sa de contribuţie la formarea lor.

De aceea nu ne vom mulţumi să solicităm facultăţilor de medicină să înscrie cât mai mulţi studenţi în anul I, ci vom ajuta ca elevii eminenţi ai liceelor să poată urma medicina, chiar dacă nu au mijloacele materiale să o facă. Ei vor fi bursierii Ministerului Sănătăţii în anul I şi II.

In anul III vor fi obligaţi să dea concursul de externat, care urmează să fie reorganizat şi unificat în cele trei centre universitare.

Salariile externilor trebuesc sporite astfel ca să dea studenţilor buni, suficiente mijloace de trai.

Stagiul de internat va constitui ca şi în trecut, şcoala unei elite medicale, pe care o dorim mai numeroasă şi mai bine retribuită.

D-l Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului, care ţine să se facă toate eforturile pentru promovarea tineretului şi pentru ameliorarea organizaţiei sanitare a Statului, a binevoit a aproba aceste proecte pe care i le-am expus acum câteva zile.

Revine Ministerului ca în colaborare cu Consiliul superior al Sănătăţii, să găsească cele mai potrivite metode pentru ca ele să fie realizate în cele mai bune condiţiuni.

Problema specializării în igiena şi medicina preventivă

D-l D-r I. Stoichiţia, secretar general al Ministerului Sănătăţii, expune problema specializării în igienă şi medicină preventivă, arătând că pentru această ramură de specialitate atât de necesară organizării serviciului sanitar ar trebui să se aplice următoarele norme:

a) Specializarea să se facă la cursurile de igienă şi medicină preventivă în cadrul celor trei institute de igienă;

b) Aceste cursuri să dureze un an, în care timp să se facă cursuri teoretice cuprinzând trei sferturi din durata totală a cursurilor, iar pentru să se facă lucrări practice;

c) La sfârşitul cursurilor şi a stagiului practic, medicii să fie obligaţi să treacă examenul de diplomă şi fără de care să nu se acorde titlul de medic igienist;

d) Medicii cari au urmat anterior cursurile de igienă şi medicină preventivă să fie obligaţi a-şi trece acest examen de diplomă, după care vor fi făcut în prealabil un curs de reîmprospătare.

D-nii Prof. D-r Petre Niculescu, Prof. D-r D. Manolescu, D-r St. Irimescu, Prof. D-r V. Ciocâlteu şi Prof. D-r Ionescu-Mihăeşti, se declară de acord cu iniţiativa luată de d-l Ministru.

Au mai făcut diferite propuneri d-nii Prof. D-r Iacobovici, Prof. D-r Titu Gane şi Prof. D-r Iuliu Moldovan.

Concluziile d-lui Ministru Tomescu.

D-l Ministru Prof. D-r P. Tomescu, încheind desbaterile arată că din discuţiile consiliului sanitar superior rezultă următoarele concluziuni:

1. Pentru specializarea de igienă, medicii vor face un curs de specializare de un an pe lângă institutele de igienă şi sănătate publică din ţară, fiind obligaţi a trece la terminarea cursului un examen de diplomă.

2. Actualii absolvenţi ai cursurilor de specializare în igienă sunt obligaţi deasemenea a da examenul de diplomă pentru specializare în igienă.

3. Medicii cari vor fi numiţi pe viitor în circumscripţiile rurale vor trebui să urmeze un curs de iniţiere în problemele sanitare rurale şi de igienă. Aceste cursuri vor fi organizate de Institutele de igienă şi sănătate publică în colaborare cu inspectoratele generale sanitare.

4. Concursurile de medici secundari se vor da pe specialităţi. Specializarea se va face în cadrul stagiului de secundariat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se vor numi comisiuni care vor stabili normele de detaliu a aplicării hotărîrilor consiliului sanitar superior.

INHIBIȚIA LACTAȚIEI PRIN OESTROMENIN MERCK

de

D-r C. WOLF

Medizinische Klinik 1940, Nr. 51, pag. 1417.

Autorul întrebuințează pentru prevenirea și tratarea mastitei în 21 cazari **Oestromenin Merck.** Dintre acestea, 12 cazuri au fost staze de lapte și mastite incipiente post partum, 6 cazuri la nașteri de copii morți și avorturi și 3 cazuri de mastite purulente în perioada de acalmie după incizie. Deja după primele injecții de 9 mgr. s'au ivit în cele mai multe cazuri o înmuiere a mamelei cu o diminuare corespunzătoare a durerilor. In cazul că se cere numai o restrângere a producției laptelui, este suficientă o singură injecție, în celelalte cazuri, injecția trebue repetată de 2 ori, mai rar de 3 ori. Prin aceasta s'a reușit să se îndepărteze chiar ultimele simptome obiective ale unei ptoze de lapte sau mastite. După cazuri de morți prenatale și avorturi, lactația s'a putut suprima prompt prin Oestromenin. In mastitele purulente avansate cu febră, care au venit la tratament bune de incizat, n'a fost deajuns pe lângă intervenția chirurgicală numai administrarea Oestromenin-ului, ci au necesitat și un tratament local cu comprese și pungi de ghiață. Și în celelalte cazuri terapia a fost complectată prin legarea ridicată a sânului și restrângerea consumării de lichide. Acțiuni secundare ca greața și dureri de cap, au fost observate numai într'un singur caz, cu toată întrebuințarea dozelor masive de către autor.

In consecință, autorul recomandă Ostromenin-ului ca un mijloc sigur și valoros pentru inhibarea lactației, mai ales în practica obișnuită, prin aceasta medicul poate salva multe mame considerate pierdute.

Colecția Universității de Medicină și Farmacie Cluj

EXPERIENȚE CU DIOXIDIETILSTILBEN (OESTROMENIN „MERCK")

de

D-r ALFONS VISCHNER

Die Medizinische Welt 1940, No. 43, pag. 1093.

Autorul referă despre bunele rezultate obținute de el cu **Oestromenin „Merck"** la 14 cazuri de amenoree secundară (tratamentul a eșuat numai la 2 cazuri la cari regularitatea tratamentului a lăsat mult de dorit), 13 cazuri de oligomenoree și hipoplazie uterină (și aci numai 2 cazuri cu rezultate insuficiente) 5 cazuri de dismenoree, 23 cazuri de turburări de menopauză și valuri de călduri postoperative, cât și 8 cazuri de prurit vulvar, colpite și acnee a feței. Autorul și-a impus ca bază a măsurilor terapeutice, să înceapă cât mai mici și numai la un rezultat insuficient să crească doza. Acest lucru se poate realiza cel mai bine cu Oestromenin-picături. Rezultatele cu această formă trebue să fie considerate ca bune, și aceasta în primul rând în ceeace privește toleranța sa.