ANUL XV-lea, No. 3—4 MARTIE şi APRILIE 1942

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

SUMARUL

Pag.

CRONICI MEDICALE

M. CANCIULESCU: **Şcoalele de medicină. — Fundaţiile de Protecţie Spitalicească** 149

AL. MANOLESCU: **„De ziua Eroilor". Închinare celor morţi „Pro-Patria".** 157

LUCRARI ORIGINALE

GH. ALEXANDRESCU: **Frequenţa cariilor dentare la copii de şcoală din circomscripţia Vama, jud. Câmpulung** 163

V. CERCHEZ: **Limphosarcomul conjunctival** 175

V. COSTEA şi NAP. FRANDIN: **Un nou tratament al şancărului moale** 181

E. GHEORGHIU: **Leziunile osteo-articulare de războiu ale genunchiului** 187

V. GOMOIU: **Pansarea laterală şi legătura vasculară ca tratament al anevrismului traumatic** 193

V. SĂBĂDEANU: **Cercetări asupra lichidului cefalo-rachidian în leziunile sifilitice ale nervilor oculo-motori** 199

(Urmare pag. 2 cop.)

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

Pag.

P. THEODORINI: **O secţie de pediatrie la un spital judeţean** 209

D. I. VASILIU: **O importantă descoperire în tratamentul ozenei** 213

CAZURI CLINICE

C. V. ANTONESCU: **Rolul echilibrului endocrino-vegetativ în metabolismul apei şi glucidelor. In legătură cu un caz de diabet insipid devenit ulterior glicosuric** 219

I. PAVEL şi P. SGĂNDĂR: **Un caz de prolaps ano-rectal vindecat prin injecţii sclerozante** 225

C. RADU şi D. MILOTA: **Consideraţiuni asupra edemului pulmonar subacut şi curabil al sugarului, în legătură cu şase cazuri** . 229

G. STOENESCU şi VICTOR NIŢULESCU: **Contribuţiuni la tratamentul boalei lui Nicolas-Favre, forma inghinală, cu sulfamide** . 235

MEDICO-SOCIALE

M. CÂNCIULESCU: **Constituirea Fundaţiilor de Protecţie Spitalicească la Craiova** 239

P. COSAC: **Medicul de Plasă** 245

ANALIZE

V. PAPILIAN şi C. C. VELLUDA: **Cercetări antropologice asupra Moţilor dintre Arieşe.** — (Memorii e Acad. Române, secţia ştiinţifică I, 15, seria III, Mem. 19, 1940). 249

Rec. de D-r VICTOR PREDA

† ADALBERT CZERNY 251

Necrolog de: D-r AXENTE IANCU

STATE DRAGANESCO et EUG. I. BANU: **Histopathologie des neuro-infections primitives humaines.** — Impr. Marvan, Buc., 1941 253

C. C. ILIESCU: **Aspectul clinic, mecanismul şi tratamentul fibrilaţiei auriculare.** — „Cultura", Bucureşti, 1941 253

C. BIBICESCU, C. CĂRPINIŞANU, Z. BARBU, A. ONCESCU: **Toracoplastia cu apicoliză extrafascială.** — „Cultura", Bucureşti, 1941 254

Prezentate de: M. CÂNCIULESCU

DIVERSE—INFORMAŢIUNI

„PREMIUL BEHRING" **al Univ. din Marburg** 255

EMIL V. BEHRING **„Salvatorul soldaţilor"** 255

* * *

Sumarul No. următoare 142

Lucrări medicale româneşti primite la redacţie 144

Tabla alfabetică a publicităţii caselor farmaceutice . . . 146

Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament 148

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CENZURAT

ANUL AL XV-lea

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

No. 3-4/1942

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. ILIESCU: **Consideraţiuni practice asupra profilaxiei oftalmiei blenoragice la noii născuţi.**

Prof. D-r V. PAPILIAN, D-r C. V. ANTONESCU şi D-r FL. MAZILU ANTONESCU: **Tratamentul cu pilocarpină adjuvant al pneumotoraxului.**

Prof. D-r V. PAPILIAN, D-r C. V. ANTONESCU şi D-r FL. MAZILU ANTONESCU: **Pilocarpina în tratamentul tuberculozei pulmonare.**

MIHAI LAZEANU: **Lupta Anti-Adenoidiană.**

V. GOMOIU: **Contribuţie la tratamentul degerăturilor.**

ALEXANDRU LAMBESCU: **Contribuţiune la tratamentul sângerând al fracturilor calcaneului, prin metoda Lenormant-Wilmoth.**

E. SUCIU: **De ce nu avem radiologi?**

AL. HOZOC: **Istoricul spitalului judeţean din R.-Vâlcea.**

Conf. D-r FL. SARAŢEANU şi D-r CONU GHEORGHE AUREL: **Gangrena cutanată cu bacili Milian** — cu 2 observaţiuni. —

Doc. AXENTE IANCU: **Hospitalismul copiilor de prima vârste.**

Doc. AXENTE IANCU: **† D. B. Marfan.** — Necrolog.

EMIL ST. GRAUR: **Calcifieri pleurale.**

Mostre gratuite la cerere: MEDIROM SAR *Str. Olari 23* BUCUREŞTI IV

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 permisă 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

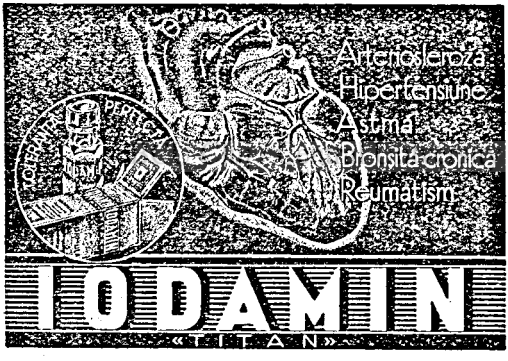
Analele Institutului „Victor Babeş" din Bucureşti. — Vol. IX şi X 1938 şi 1939, Seria II-a, Imprimeria Naţională, Bucureşti, 1942.

L. DANIELLO şi N. BUMBACESCU: **Cercetări privitoare la sănătatea fizică a studenţilor anului I dela Univ. din Cluj, întreprinse în anii şcolari 1936—37 şi 1937—38.** Cartea Românească, Sibiu, 1942.

L. DANIELLO, N. BUMBACESCU, D. TODORANU: **Igiena universitară la Cluj.** — Cartea Românească, Sibiu, 1942.

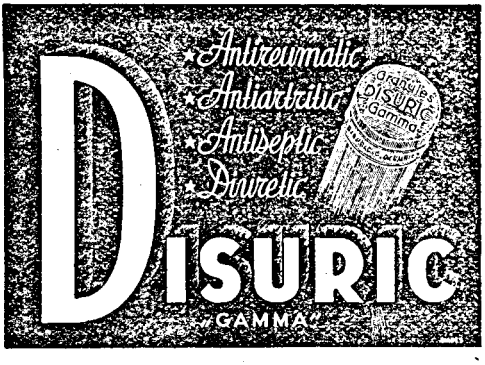
IOAN DRAGOIU: **Elemente de Istologie şi de Technică microscopică.** — Sibiu, 1942.

V. STAVILLA: **Tratamentul bolilor infecţioase şi contagioase prin metal-iodo-camphoric.** — Tipografia „Litera creştină", Bucureşti, 1941.



MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



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

SUPRIFEN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tonic cardiac şi circulator

Ambalaje originale:

Soluţie (1%) Cutii cu 5 fiole de câte 2 cmc.
Picături (10%). Flacon picător cu 10 cmc.

„Behringwerke" BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu 53.

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Eu însumi le-am încercat	156
CODEX: Lipolysin, Akne-Milkuderm	248
R. FOREK: Kombetin „Boehringer-Soehne"	191
— — : Artose	192
— — : Verodigen „Boehringer-Soehne"	197
— — : Decolin „Riedel"	242
— — : Bronchisan „Atmos"	243
— — : Aburi tămăduitori „Atmos"	244
— — : Leukotropin „Atmos"	247
GEDEON RICHTER: Ambesid, Synthoestrin	206
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	217
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina	227
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	228
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	143
KNOLL: Cardiazol-Dicodid	180
LOEW: Uricedina „Stroschein"	218
LUTEȚIA: Rubiazol	Cop. III
— — : Serenol	174
— — : Uralysol	212
— — : Hista „Beytout"	Cop. IV
— — : Calcigenol „Pinard"	237
— — : Terapia dermatozelor „Debat"	238
MEDIROM: Gargarisme, Antiseptol „Chauvin"	142
ROMIGEFA: Suprifen	145
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma" — Hypotonine	144, 224
— — : Calcifix, Anemoton	224
SANDOZ: Calcibronat	218
SPECIA: Thiazomide	147
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	198
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	186
— — : Quadronal „Asta"	161
— — : Iodamelis, Opo-Iodamelis	162
— — : Mandelat „Asta"	207
— — : Quadro-Nox „Asta"	208
— — : Sciloral „Asta"	155
WANDER: Erigon, Codelum „D-r Wander"	233
— — : Cordisan „Sapic", Sirocalcin „Sapic"	234
G. VERGLAS: Câteva Specialități Byla	232

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua etapă a terapeuticei sulfamidate

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI

Intrebuinţarea Thiazomidei reduce numărul sulfamido-intoleranţilor şi permite tratamente de scurtă durată cu posologii mai ridicate.

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.
Doza iniţială zilnică: 4 la 8 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · VIIIe

Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — Bucureşti (III)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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 300 —	Lei 350.—
5- 8 „	„ 400.—	„ 450.—
8-16 „	„ 500.—	„ 600.—

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 500 pentru Medici,
„ 1.000 „ Instituţiuni
„ 1.500 „ Străinătate

Abonamentul se trimete *anticipativ*, prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

ŞCOALE DE MEDICINĂ ŞI FONDAŢII DE PROTECŢIE SPITALICEASCĂ

Şcoale de medicină, nu noui facultăţi de medicină; şi fundaţiile de protecţie spitaliceasca, concepute de Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale din România — sunt necesare pentru organizarea apărării sănătăţii individuale şi colective a poporului românesc.

Şcoalele de Medicină

Ce sunt Şcoalele de Medicină, pentru a căror înfiinţare în ţara noastră militez de ani de zile prin scris şi grai?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt Instituţiuni de învăţământ medical superior, reduse la primii ani de studii medicale, în felul gimnaziilor secundare, prevăzute cu patru ani, ai căror absolvenţi au acces la liceu sau la alte şcoale de ordin secundar. In cazul lor, absolvenţii şcoalelor de medicină vor putea să-şi complecteze anii de studii într'una din cele trei facultăţi de medicină din ţară, sau — în caz că n'au posibilitate sau nu vor să meargă mai departe, — li se vor recunoaşte drepturile unei practice medicale reduse, fiind în primul rând folosiţi la ţară, ca medici rurali, sau în Instituţiunile medico-sanitare ale Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Aceste şcoli nu sunt o inovaţie. De un secol au luat fiinţă în ţările străine cu cultură medicală înaltă. Unele dintre ele, după ani şi ani, s'au transformat în facultăţi; altele, deşi au funcţionat zeci de ani, au rămas în aceiaşi stare, bucurându-se de reputaţie mondială, iar absolvenţii lor au mers mai departe sau au constituit corpul licenţiaţilor în medicină, cari mai bine ca agenţii noştri sanitari veghează asupra sănătăţii populaţiei respective.

Aceste şcoale sunt mai uşor de organizat; — Intreţinerea lor este mai puţin oneroasă pentru bugetul Statului; — Constituesc începutul de descentralizare, care pentru învăţământ ca şi pentru orice instituţie, este salutar într'un stat bine organizat; — Ţin elevii mai aproape de familie şi în regiunea lor, ceea ce prezintă atâtea avantagii mari, mai cu seamă în epocile svârcolirilor sociale, pe care cu sufletul la gură le-am străbătut şi noi; — Pun la contribuţie resursele econo-

micile locale; — Şi, mai cu seamă, pot folosi elitele locale, pe care centrele universitare nu le pot strânge întotdeauna pe toate. Departe de tentaţii şi supuşi unei discipline mai severe, studenţii acestor şcoale de învăţământ medical superior se vor pregăti mai temeinic. Mai adăogăm avantagiile ce le creiază, ca întreţinere şi ca material de studiu, marile spitale regionale pe care se vor sprijini aceste şcoale: material de studiu clinic, mai aproape de boalele populaţiei rurale şi deci ale masei mari a poporului românesc, mai aproape de practica de toate zilele; întreţinere, mai uşoară în oraşele de provincie.

Regionalismul medical, a cărui cea mai înaltă expresie constituesc aceste şcoale, trebue practicat şi din alte motive. Le-am expus cu altă ocazie; printre ele cele de ordin etnic, geografic, economic primează, precum în Oltenia. In Craiova, capitala Olteniei se respiră o atmosferă ştiinţifică medicală prielnică, atmosferă întreţinută prin „Cercul medico-farmaceutic" înfiinţat în anul 1902; prin Revista „Mişcarea Medicală Română" înfiinţată în 1928; prin „Societatea Medicală a Olteniei" înfiinţată în 1934, cu filiale în toate capitalele judeţelor din Oltenia; — există un corp medical numeros, selecţionat prin titluri academice; — se organizează sub conducerea noastră un spital care va putea rivaliza cu cele mai moderne spitale din centrele universitare; — există numeroase alte spitale, policlinici, dispensare, pentru toate specialităţile; — există şi clădiri proprii, uşor de amenajat, şi în modul cel mai adecvat scopului.

Mai adăogăm că aceste şcoale de medicină, ca să-şi atingă pe deplin scopul, nu trebue să reproducă ca un clişeu anii corespondenţi ai facultăţilor de medicină, ci ca o inovaţie în materie, care va putea servi ca exemplu şi în orice caz ca experienţă facultăţilor de medicină, vor introduce în program materii şi practice noi de spital, care să le apropie cu un moment mai devreme de scopul final.

Dar despre programul de studiu al şcoalelor de medicină vom trata cu altă ocazie.

Fondaţiile de Protecţie Spitalicească

Spitalele noastre n'au putut până în prezent da tot folosul de ordin social care se poate aştepta dela aceste Instituţiuni. Nu s'au integrat în colectivitate. Au adus o contribuţie slabă chiar în domeniul medicinei curative, mai cu seamă pentru marea populaţie care este cea săracă şi cea dela ţară.

Pentru aceste motive, Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale de sub Preşedinţia Doamnei Maria Mareşal Antonescu a întreprins organizarea şi punerea pe alte baze a activităţii spitaliceşti. Prin noua activitate a Spitalelor, Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale tinde:

1. Să contribue la înzestrarea şi întreţinerea spitalelor.
2. Să aducă îmbunătăţiri la hrana bolnavilor, înlesnind totodată aplicarea prescripţiilor dietetice.
3. Să procure medicamentele care nu intră în receptura farmaceutică curentă.
4. Să înlesnească internarea în spital a celor lipsiţi de mijloace.
5. Să se ocupe de satisfacerea cerinţelor impuse de cultul religios al bolnavilor din spitale.

6. Să ajute familia lipsită a suferindului internat, ca şi pe cei rămaşi urma celui mort în spital.

7. Să urmărească pe bolnavi după ieşirea din spital, ajutându-i să-şi recupereze forţele în timpul convalescenţei şi să-şi reia ocupaţiile profesionale obişnuite.

8 Să înlesnească existenţa personalului spitalicesc auxiliar, făcându-l să se lege de instituţia în slujba căreia se află.

9. Să creeze o atmosferă favorabilă în jurul instituţiilor spitaliceşti, risipind neîncrederea unor oameni.

10. Să întocmească un fişier central al tuturor spitalelor, pentru a putea ţine evidenţa ajutoarelor acordate.

Pentru a atinge acest scop, s'a conceput crearea **Fondaţiilor de protecţie spitalicească** a căror organizare şi funcţionare s'a fixat prin **„Lămuririle"** următoare:

„Pentru înfăptuirea dezideratelor de mai sus pe lângă toate spitalele din ţară vor lua fiinţă fundaţii alcătuite din personalităţi înclinate să activeze potrivit cu acest plan de lucru. Numărul membrilor unei fundaţii variază după mărimea spitalului şi felurimea nevoilor lui. Medicul primar director din spitalele cu mai multe secţiuni, sau medicul şef, din celelalte spitale, face parte de drept din *Comitetul Fundaţiei* spitalului său.

Preşedintele fundaţiei este reprezentantul Consiliului de patronaj pe lângă spitalul pe care îl ocroteşte. Titlul acesta se acordă de Consiliu şi se pierde prin absenţa dela obligaţiile ce decurg din această calitate; demnitatea este onorifică şi implică, pentru titular, îndatorirea de a lucra pe orice cale pentru propăşirea spitalului — şi mai ales aducând contribuţii materiale la întreţinerea şi înzestrarea lui.

In oraşele cu mai multe spitale Preşedinţii fundaţiilor, împreună cu Medici conducători, constitue un *Comitet local* cu scopul de a coordona activitatea şi a înlesni — prin ajutor reciproc — existenţa instituţiilor pe care le servesc.

In spitalele proprii, ca şi în cele patronate direct de Consiliu, Comitetele vor fi completate cu Doamne Membre ale Comitetului central.

Până la stabilirea destinaţiei lui definitive, Spitalul „Malmaison" va servi şi ca Centru de instrucţie pentru voluntarele destinate să lucreze în domeniul serviciului social de spital.

Până la trecerea armatei pe picior de pace, fundaţiile de protecţie de pe lângă spitalele temporare din zona interioară vor funcţiona după aceleaşi norme, ca şi cele ale spitalelor permanente, concentrându-şi atenţia în spre răniţii şi invalizii de războiu.

Delegaţii, pe oraşe, ai preşedinţilor de fundaţii, grupaţi pe regiuni, formează împreună cu inspectorul general sanitar respectiv şi cu medicul primar director al celui mai mare spital din centrul regiunii *Comitetul regional al fundaţiilor* de protecţie spitalicească. Comitetele regionale desemnează un delegat, care ia parte la şedinţele comitetelor reunite ale Consiliului de patronaj.

Veniturile fundaţiilor spitaliceşti rezultă din legate, chete, donaţii, subvenţia Consiliului de patronaj şi ofrande în natură sub formă de alimente, articole de îmbrăcăminte, medicamente, materiale de construcţie şi aparate medicale. Administrarea fondurilor se face separat de gestiunea obişnuită a spitalului, fiind supusă normelor de control ale organizaţiunii centrale a Consiliului de patronaj.

Comitetul fundaţiei spitaliceşti este ajutat de un *Comitet de doamne*, care îndeplinesc funcţiunile legate de nevoile serviciului social al spitalului şi contribue la bunul mers al gospodăriei. Instrucţia acestor doamne, numite *voluntare sociale*, se face după normele stabilite de Consiliul de patronaj.

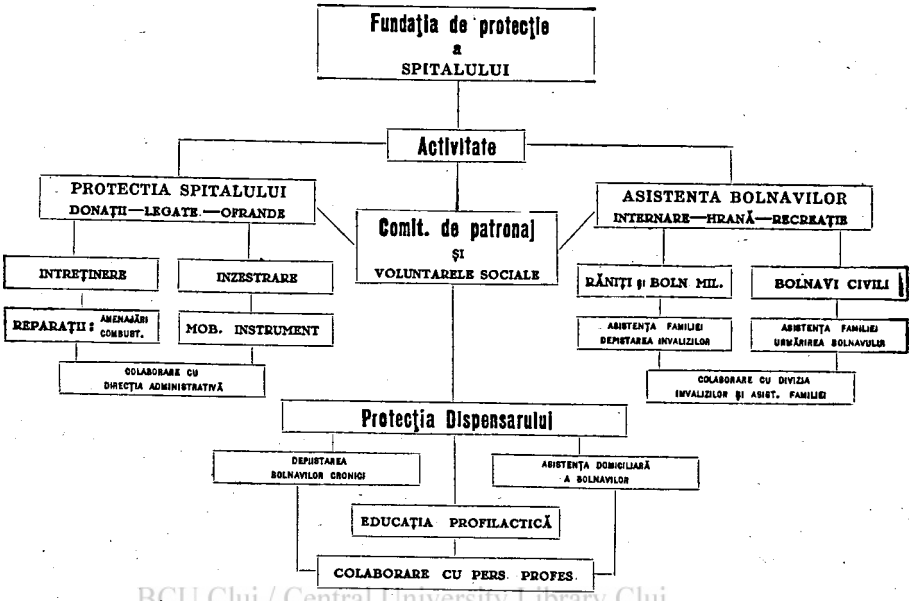
Prin grija voluntarelor sociale ar fi de dorit ca niciun bolnav nevoiaş să nu fie lipsit de asistenţă medicală spitalicească şi niciun bolnav să nu fie pierdut din vedere până nu îşi reia ocupaţiile profesionale dinainte de boală.

Se'nţelege dela sine că toată activitatea Fundaţiilor de protecţie spitalicească se va desfăşura potrivit cu indicaţiile date de conducătorii fireşti ai spitalelor, conduse după îndrumările oficiale permanente ale Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale".

Biblioteca Universitară „Regele Ferdinand I" din Cluj
ROMÂNIA

Legăturile între activitatea spitalicească şi Fondaţiile de protecţie spitalicească au fost schematizate prin alăturata diagramă:

ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII SPITALICEŞTI



BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceea ce ne priveşte, adept de totdeauna al legării Spitalului de colectivitatea pauperă şi suferindă, în calitatea noastră de conducător a două mari Instituţiuni de Asistenţă medico-socială, am tins în alegerea persoanelor care vor intra în compunerea Fondaţiilor de protecţie a acestor instituţiuni, să punem în capul lor pe reprezentantul suprem al bisericii, să strângem în jurul lui pe fruntaşii vieţii sociale locale, reprezentanţi ai familiilor vechi boiereşti; să ne restrângem la un comitet unic, unic ca familia omului suferind.

„Apelul" ce-am îndreptat către un număr restrâns de persoane, restrâns pentru motive de mai eficace coordonare a acţiunii de început, expune aceste tendinţe de concepţie personală:

„Sub imboldul Marei Românce, care este Doamna Maria Mareşal Antonescu, a luat naştere *Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale din România.*

Această iniţiativă aşează Spitalul în Centrul preocupărilor asistenţei sociale şi prevede înfiinţarea de *Fundaţii de protecţie spitalicească* ai căror membri reuniţi în comitete vor activa pe toate terenurile pentru propăşirea instituţiilor spitaliceşti şi pentru desăvârşirea operei sociale legate de bolnav, de copil şi familia lor.

Spitalul Filantropia din Craiova care în 1946, îşi va împlini centenarul dela înfiinţare, are un trecut frumos legat de activitatea unora dintre dispăruţi precum: General I. Vercescu şi D-r I. Augustin.

Pentru ridicarea sa în viitor la rangul de Clinici Universitare, trebue să-şi dea mână toate persoanele de bine din oraşul nostru, şi mai cu seamă toţi cei care prin poziţia lor socială, prin cultura lor, prin sentimentele lor umanitare şi româneşti de vechi familii locale româneşti s'au aşezat în fruntea concetăţenilor lor.

Centrul de Ocrotire pentru copiii din Oltenia, este a doua mare instituţie de folos social aflată în Craiova, care şi-a început activitatea în mod tăcut acum doi ani, care este chemată să cuprindă nu numai pe copii dependenţi social dar să vegheze în viitor asupra sănătăţii tuturor copiilor din această regiune. Şi această instituţie de bine obştesc îşi aşteaptă oamenii care să o ajute în marea operă patriotică ce întreprinde.

Ambele instituţiuni — care se leagă prin familia omului bolnav, care trebueşte ajutat să-şi capete sănătatea; prin familia copilului care trebue ferit de boală; în prezent şi prin familia mobilizatului de război — fac apel la persoanele de bine care cultivă ideile şi sentimentele de solidaritate omenească şi românească.

Printre acestea vă socotim şi pe D-vstră.

In calitate de Director al Spitalului Filantropia din Craiova, şi de Conducător-delegat al Centrului pentru Ocrotirea Copiilor din Oltenia, vă rog să binevoiţi a primi să faceţi parte din Comitetul de Fundaţie al ambelor instituţiuni, devotându-vă după înclinare sau posibilitate amândorora sau mai mult uneia dintre ele.

Vom avea cu toţii şi mândria cetăţenească de a fi contribuit în mod efectiv la ridicarea oraşului nostru atât de vitregit până în prezent de oameni şi împrejurări.

Iar, sub Preşedinţia luminată a Inalt Prea Sft. Mitropolit Nifon al Craiovei, Severinului şi Olteniei, vom satisface cu toţii obligaţia morală de a lucra în strânsă legătură cu Biserica, Instituţia de temelie a Neamului Românesc".

Docent D-r M. CÂNCIULESCU
Director al Spitalului Filantropia din Craiova
Conducător al Centr. de Ocrotire din Oltenia
Membru în Consiliul Sanitar Superior

Rezultatul se vede din expunerea **Procesului-verbal** de constituire a Fondaţiei ambelor Instituţiuni, din ziua de 12 Aprilie a. c., ce publicăm la pag. 239—40; şi mai cu seamă reese din „**Darea de seamă**" ce am făcut în ziua de 29 Aprilie a. c., cu ocazia Inaugurării Oficiului de Ocrotire al Municipiului Craiova, la care au participat Doamna Maria Mareşal Antonescu, Preşedinta Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale din România şi D-l Profesor D-r Petre Tomescu, Ministru Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale:

Digitized by Centrul Pentru Studii Sociale Cluj

„Fondaţiile de protecţie spitalicească reprezintă o latură distinctă a activităţii Consiliului de Patronaj al Operilor Sociale.

Vom expune ce s'a făcut la Craiova în această privinţă:

Următor dispoziţiunilor primite dela Centru, în calitate de conducător a două mari Instituţiuni de asistenţă medico-socială, Spitalul Filantropia şi Centrul pentru Ocrotirea Copiilor din Craiova, şi în urma înţelegerii depline ce Inalt Prea Sf. S. Mitropolitul Nifon al Olteniei ne-a arătat, am adresat un Apel către fruntaşii de elită al vieţii sociale şi culturale locale, şi către persoanele cu un trecut legat de activitatea lor şi a familiilor lor, strângându-i pe toţi sub semnul Bisericii.

Am urmărit deci scopul de a reînvia o dublă tradiţie creştină şi românească: tradiţia legării spitalului de biserică şi tradiţia legării familiilor de viţă veche românească de Instituţiunile de asistenţă medico-socială—în scurt, de a readuce pe Domnul Nostru Isus Hristos în spital şi persoanele de bine în jurul spitalului, ca în tot trecutul neamului românesc.

La chemarea noastră au răspuns până în prezent din 25 persoane cărora ne-am adresat, 20. Nu ne îndoim că vor adera şi celelalte.

In ziua dn 12 Aprilie a. c., a avut loc şedinţa de constituire a Comitetului supt Preşedinţia Inalt Prea Sf. S. Mitropolitului Nifon al Olteniei. Cu această ocazie Inalt Prea Sf. S. a ţinut o Cuvântare din care a reeşit adânca înţelegere cu care reprezentantul clerului Oltean a răspuns la chemarea noastră.

Mai rămâne a se constitui Comitetul de voluntare sociale, pentru a purcede la acţiunea din afara spitalului, în interval numeroase doamne din Comitet activând în interiorul spitalului pentru răniţi şi pentru bolnavii civili.

Precum şi de a coordona activitatea Instituţiunilor noastre cu activitatea

celorlalte Instituţiuni de asistenţă medico-socială locală, precum: Oficiul de Ocrotire, Spitalul Preda, Spitalul de Contagioşi, Spitalul de Tuberculoză, Dispensarul Societăţi de Profilaxie contra Tuberculozii cu Sanatoriul dela Leamna—cari sub conducerea Domnilor Doctori Florian Popovici, C. Stăncescu, E. Butescu, P. Chiper, D-nei Maria Pop cu domnii Doctori T. Nicolin şi I. Trifan, şi-au constituit la timp Comitetele Fondaţiilor lor de protecţie.

Iar de efectuat în viitor, pe îndelete, rămâne opera cea mai grea şi de lungă durată, aceia a legării spitalului de familia omului bolnav şi nevoiaş.

Om bolnav şi sărac, căruia în primul rând trebue să i se uşureze accesul spitalului, mai ales în serviciile de chirurgie,—aici caşi peste tot—şi va cădea în atribuţiunile Oficiilor de Ocrotire (la oraşe) ş. a medicilor de circumscripţii rurale (la ţară) ca prin adrese oficiale să trimită pe aceşti bolnavi sărmani la spitale".

Pentru reuşita acestei iniţiative şi deci pentru atingerea scopului urmărit prin crearea acestor fondaţii de protecţia spitaliceasca, va trebui învinsă în primul rând inerţia generală, va trebui desvoltat spiritul de solidaritate, va trebui întreprinsă educaţia maselor, va trebui autodisciplina tuturor.

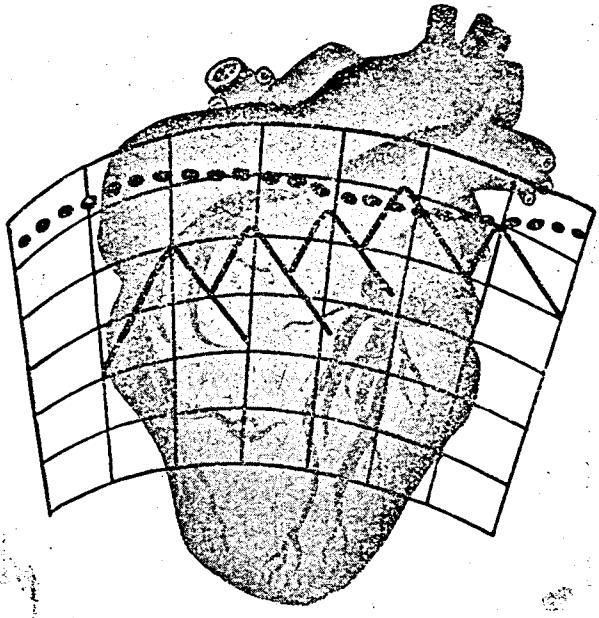
Pentru cari, timpul ce trăim şi greutăţile de tot felul ce străbatem, constituesc o piedecă, piedecă mai uşor de învins atunci când bunul exemplu vine de sus cu atâta putere de înţelegere şi cu atâta dovadă de abnegaţie.

* * *

Am alăturat Şcoalele de Medicină de Fondaţiile de Protecţie Spitaliceasca, nu numai pentru rolul important al fiecăruia din aceste instituţiuni; pentru aplicarea amândurora în urmărirea aceluiaşi scop de ordin medico-social; — dar pentru motive de vie actualitate, de oarece, cu ocazia Inaugurării de către Doamna Maria Mareşal Antonescu a Oficiului de Ocrotire din Craiova, încă o verigă la opera de Ocrotire Medico-Socială întreprinsă de D-sa, D-l Profesor D-r Petre Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale, a anunţat în numele Domnului Mareşal Antonescu crearea unei asemenea Şcoale de Invăţământ Medical Superior la Craiova.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Experiențe clinice
confirmă că Bulbul de Mare (Scilla maritimă) în formă de

Scilloral

posedă față de digitală avantajul unei mai mari elasticități și adaptabilitate:

EFECT PROMPT
în urma condițiunilor favorabile de rezorbție,
TOLERANȚĂ PERFECTĂ
DIUREZĂ BUNĂ
sunt caracteristicile produsului SCILLORAL

Lichid (15 picături = 0,5 g.) . . . . flacon à 15 ccm

Asta Aktiengesellschaft, Chemische Fabrik, Brackwede

Eșantioane și literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard" S. A. R. Str. Sft. Ionică, 8 București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eu însumi le-am încercat!

Pe preparatele „Merck" te poţi bizui, indiferent dacă în scop terapeutic sau în laborator.

E Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATA IN 1827

„DE ZIUA EROILOR"

Inchinare celor morţi „Pro-Patria"

de

D-r AL. MANOLESCU
Medic asim. Colonel în retragere

„Morţii nu mor, când coboară în mormânt; ci când intră în uitare.
Uitarea singură desparte pe vii de morţi".

D-nul General Răşcanu, fost ministru, cunoscând probabil vorba unor grăbiţi şi veseli moştenitori, cari invoacă vorba ne la locul ei: „Ce acopere pământul, se uită". Domnia-sa a legiferat, ca de „Înălţare", sărbătoare simbolică, să se comemoreze în toată ţara; localitate mare şi mică, — după programul stabilit, — jertfele celor căzuţi pentru întregirea hotarelor Ţării. De un şir de ani, această mare şi sfântă sărbătoare, a cam pierdut din fastul de odinioară.

Imi amintesc cu emoţie, de comemorarea ce a avut loc în 1918 în Burdujeni, unde am funcţionat ca medic şi s'a întâmplat, ca tocmai atunci să fiu mobilizat la Centrul de Depozitare din localitate. Ca ofiţer cel mai mare în grad, am avut sarcina, de a organiza sărbătoarea. A fost prezentă şi armata. Burdujeni, localitate istorică, timp de 143 de ani, a fost punct de frontieră, despărţit de Bucovina printr'un şanţuleţ şi râul Suceava, la o asvârlitură de băţ de Suceava. Frânturi de suliţi aurii, de pe turnurile bisericilor: Mirăuţi, Sf. Ion şi altele se răsfrângeau în ferestrele Mânăstirii Tudoreni din Burdujeni, mânăstire clădită de Movileşti. Piatra de hotar a fost mutată la Ghica-Vodă, astăzi Orăşeni. Aici s'au născut Arhierii Filaret şi Neofit Scriban, Arhiereul Bobulescu, al cărui nume îl poartă spitalul clădit de Scribanii, unchii cărturarului G. S. Arhimandrit Iuliu Scriban. Au înzestrat spitalul cu 2000 galbeni, depuşi la Kiew. Tot aici s'a născut scriitorul îndrăgostitul mărilor Jean Bart (I. Botez). In curtea bisericii din satul Burdujeni, este înmormântat arhiereul Filaret Scriban. Târgul Burdujeni a fost înfiinţat la 25 Iunie 1786 şi întărit cu hrisov de către Voevodul Alexandru Moruzi la 20 Iulie 1792. Datorită comemorărilor anuale ce au avut loc la toate cimitirele, ţara a fost împânzită de monumente în amintirea Eroilor. In cimitirul din Burdujeni

sunt înmormântate multe sute de bravi olteni a unei divizii de cavalerie, veniţi în refacere.

Tristă refacere! Tânărul coleg Tiberiu Popeia, i-a însoţit şi dânsul răpus de exantematic. La sfârşitul comemorării din cimitir, am şi luat iniţiativa formării comitetului, care a înfăptuit: Un monument în faţa primăriei, în amintirea soldaţilor săteni şi târgoveţi localnici. In cimitir s'a ridicat o cruce monumentală, în amintirea bravilor olteni, şi la cimitirul evreiesc, o amintire, pentru cei ce odihnesc acolo.

Acum de Inălţare avem un nou lot de jertfe, avem de comemorat cei căzuţi la Nistru, Odessa, Crimeia, etc. Printre ei se află şi colegi: Slavă lor şi tuturora.

Pierderea lor mă duce cu gândul la colegii noştri în trecut, printre cari se află Generalii: D-r Buţă, D-r Vereanu, D-r Vernescu. Mulţi colegi au fost ucişi de arme: D-r Crăciunescu C. Aurel, D-r Cohen Lupu, D-r Giuriadi, D-r Heraru, D-r Leibovici, D-r Marcel Carol şi alţii, D-r Burghelea, mort, prizonier.

Firul istoriei trebue să fie în continuare. Azi trebue să fie legat de ieri. Fără ieri n'a putut fi azi. Azi şi ieri făuresc pe mâine şi poimâine (următor normei din trecut). Morţi Pro-Patria din Iunie 1941 încoace, mă duce cu gândul la cei 343 identificaţi şi cei neidentificaţi morţi „Pro-Patria" în 1916—1920. S'au pierdut 251 medici băştinaşi, 5 francezi, un coleg italian, un englez, 85 evrei şi 6 colege: d-na D-r Avramescu Alexandrina, d-na D-r Celereanu Victoria, d-na medic Săghiuţă Alexandrina, d-ra medic Vicol Elena, d-ra studentă Apostol Beatrice şi d-ra studentă Polichron Lucia. Numele lor le-am fixat întru pomenire, într'un cadru, care se află în sala festivă a aşezămintelor „A. S. R. Principesa Elena". Pomenind de colegii morţi, gândul mă duce la fostul nostru iubit preşedinte, mult regretatul General D-r N. Vicol, care a întocmit cartea de aur în amintirea colegilor morţi, — Eroii sanitari-ofiţeri şi personal — „Apărătorii apărătorilor patriei".

„Medicii, apărând pe apărătorii patriei, au salvat ţara; graţie lor s'a putut reconstitui armata apărătoare".

„Astăzi nu li se mai poate contesta calitatea de combatant".

General D-r Vicol

Această apreciere legitimă a devenit realitate. A fost întărită de Inaltul Decret Regal No. 3390 din 2 Septembrie 1921, de către Fericitul întru pomenire Regele Ferdinand cel Loial — întregitorul de hotare, — cu prilejul instituirii medaliei „Victoria", unde se prevede că: „Ea se va conferi şi gradelor inferioare combatanţi, cari au luat parte efectivă în luptă la părţile active în războiul pentru întregirea Neamului şi tuturor medicilor armatei ori unde ar fi fost ei cu serviciul — şi partea sedentară dela 15 August 1916 — 18/31 Martie 1921".

Duioasa Regina Maria, în rândurile din Cartea de Aur, cu titlul „In Memoriam" aduce „laude jertfei lor necontenit din vremurile grele, de pericole fără seamăn, căci au fost momente unde totul lipsea: spitale, medicamente, pansamente, narcotice, lemne, săpun, alimente...".

Şi cu toate astea, medicii noştri au dus lupta fără şovăire, trecând peste toate greutăţile, învingând şi sărăcia mereu crescândă şi lipsurile cele mai elementare.

„Dar Eu, Regina lor, pe niciunul nu'l pot uita, şi când mi-aduc aminte de ei şi de tot ce-au văzut atuncea, — calde cuvinte de admiraţie şi de recunoştiinţă îmi vin pe buze..."

„...Corpul medicilor militari ai armatei noastre, a înscris în Istoria Ţării una din paginile cele mai glorioase ale crâncenului războiu, ce am purtat pentru întregirea neamului..."

„...Medicii au dat procent de 20% bolnavi de exantematic şi o mortalitate de peste 40%, raport care dacă ar fi fost atins de trupele de pe front, ar fi însemnat un adevărat dezastru..."

Mareşal Averescu

„Graţie medicilor, în prima linie — care au luptat pentru stingerea epidemiilor — s'a putut reconstitui armata şi obţine „Mărăşeştii" şi „Tisa". Ei au dreptul la recunoştiinţa ţării pentru miile de vieţi, ce au scăpat, prin măsurile luate în tot timpul marelui războiu al Neamului..."

Mareşal C. Presan

„...Tineretul de astăzi trebue să nu uite prin ce momente tragice a trecut generaţia noastră, pentru ca să poată ajunge la făurirea României întregite actuale. Trebue ca împreună cu noi să-şi închine gândirea spre amintirea morţilor noştri".

„...Nu trebue uitat că, pe când în toiul epidemiei, proporţia generală a morţilor, faţă de numărul îmbolnăvirilor a variat — după momente — între 15—25%, ea a fost de 45% în corpul medical!..."

Prof. D-r I. Cantacuzino

Slavă, Slavă... şi vecinică pomenire tuturor celor cunoscuţi şi celor neidentificaţi.

Să nu-l uităm. Să nu-i lăsăm să moară pentru a 2-a oară.

Şi dacă jertfele medicilor au fost aproape îndoite de mari decât ale celorlalţi ofiţeri, după cum ne spune regretatul Prof. D-r Cantacuzino şi Mareşalul Averescu: **„Ar fi fost un adevărat dezastru dacă mortalitatea celorlalţi ofiţeri, ar fi fost tot la fel de mare ca cea a medicilor"**. Ca atare, nu este jicnitor, ca să fiu indulgent, că s'au găsit unii ajunşi, cari să califice aceste jertfe ca risc profesional?!

Risc profesional a fost gestul bunului coleg şi om de suflet **D-r Haralambie Botescu**, care a renunţat la imunitatea parlamentară şi s'a dus să moară printre exantematici?

Risc profesional a fost gestul regretatului coleg D-r **N. Lapteş**, care a fost trimes pe front după cererea sa şi a lăsat în urmă-i în nevoie o casă de copii?!

Risc profesional a fost gestul regretatului coleg D-r **Aron M. Schwartz**, care se ducea unde era focarul de exantematic mai grav?!

Şi câţi alţii! Prima jertfă a exantematicului la Bacău, unde am funcţionat şi unde pe rând a bântuit holera şi recurenta, a fost: D-r Ispas Epureanu, urmat de vărul meu D-r Traian Hilariu, studentul Zlotescu, D-r Aron Schwartz şi alţii...

Şi mirarea ţi-e cu atât mai mare; că acei care taxează ca — risc profesional — hecatombele de morţi ale medicilor; mulţi dintr'înşii nu au mirosit praf de puşcă şi se jucau pe acea vreme cu arşici şi băteau mingea.

Mult regretatul, fostul nostru preşedinte **Gen. D-r N. Vicol**, a ţinut în cartea lui de aur închinată medicilor morţi pentru patrie, **să-i apere de indiferenţă**, a presimţit.

Iată şi Decizia Casaţiei Secţiei a III-a No. 52 din 16 Ian. 1931 (jurisprudenţa generală No. 28/31) ce a publicat-o Vicol:

> Curtea, admiţând un apel al D-nei văduve veterinar maior asimilat **Petrescu** contra unei nedrepte pensionări pe baza legii sanitare din 14 Martie 1915, privitoare la mobilizarea medicilor, farmaciştilor şi veterinarilor, şi a decretului lege No. 925 din 1917, spune: „De această dispoziţiune cată a beneficia deopotrivă personalul sanitar mobilizat în războiu; — **altfel s'ar face un act de inchitate faţă de o categorie atât de expusă în timp de războiu**".

Şi dacă, cu drept cuvânt jertfa medicilor morţi la **Nistru** a fost onorată cu calificativul **„Au binemeritat dela Patrie"** — nu mai puţin merită cinstire jertfele medicilor din 1916—1920.

Să nu-i uităm. Să nu-i lăsăm să moară prin uitare, cum spune Maeterlinck. Doară în vieaţă este sămânţa morţii! Moartea nu alege, ci culege; moartea egalează pe toţi. Din aceeaşi scândură de brad se face şi leagănul vremelnic şi racla de veci. La poarta unui cimitir vechi, undeva se află inscripţia: **„Hic mors gaudet curare vitae"**. Cultul morţilor este săpat adânc în sufletul ţăranului nostru. Mi-am petrecut tinereţea printre ei. Când le ieşea în cale un cortegiu funebru de orice neam, se descopere, fac cruce şi spun: „Dumnezeu să-l ierte". **Orăşenii sunt grăbiţi**; în schimb am văzut pe ofiţeri, descoperindu-se şi luând poziţie ca pentru rugăciune. La fel detaşamente de trupă iau poziţie pentru onor, când întâlnesc un cortegiu funebru. Cinstind morţii, ne cinstim pe noi înşine.

Să păstrăm tradiţia frumoasă a ţăranului!

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT

CHEMISCHE FABRIK

BRACKWEDE i. W.

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — Bucureşti

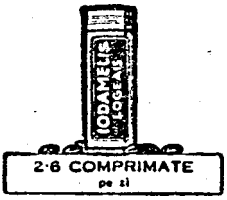
IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE

20-50 PICĂTURI
la cele două mese

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII
•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE
•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

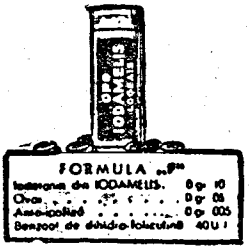
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

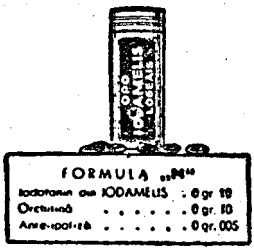
ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

la comprimate drageifiate





Eșantioane și literatură la cerere

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS — ISSY-LES-MOULINEAUX — PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

Clubul Digital Universitar

FREQUENTA CARIILOR DENTARE LA COPIII DE ŞCOALĂ DIN CIRCOMSCRIPTIA VAMA — JUD. CÂMPULUNG

de

D-r GHEORGHE ALEXANDRESCU
Medic Circ. Vama — Câmpulung.

Cele mai mari progrese în medicina preventivă se aşteaptă a fi rezolvate de stomatologie, căci înlăturarea infecţiei bucodentare ar putea să aibă o influenţă incalculabilă nu numai asupra sănătăţii individului dar şi asupra viitorului rasei.

Charles Mayo.

Cura poate fi luată până la un punct ca o icoană ce înfăţişează sănătatea individului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O dantură cariată, demască o suferinţă, un desechilibru al unor funcţiuni interne, o hereditate patologică. Astăzi, când civilizaţia popoarelor se adânceşte tot mai mult, când probleme nebănuite şi-au găsit în parte rezolvarea spre binele omului, când însăşi ştiinţa medicală a făcut paşi giganţi către progres, în ciuda tuturor acestora se petrec în intimitatea constituţiei corpului omenesc desordini, ce au de scop scăderea vitalităţii celulare, consecutiv scoaterea lor din funcţiune. Aceste turburări din constituţia corpului omenesc privesc şi aparatul dentar. Cu cât popoarele au evoluat mai mult spre civilizaţie, cu atât şi curba cariilor dentare a crescut mai mult. Aşa dar popoarele vechi cari trăia în mod primitiv, departe de cele mai elementare reguli de higienă, au cunoscut foarte puţin cariile dentare. Dovada o fac triburile sălbatice de astăzi, cari prin felul alimentaţiei ce-l au, fac să-şi păstreze integritatea structurală a dinţilor.

Eschimoşii şi indigenii din Noua Zelandă dau un procent de 2,46% de carii dentare, comparativ cu englezii cari dau 79%. Vechii Maori dădeau un procent de 0.76% carii dentare, pe când acelaşi popor de azi dă la copii 15% (Pickerill).

Studiindu-se cariile vechi, s'a găsit un procent de carii aproape neînsemnat faţă de cel de azi.

Cariile dentare se întâlnesc în mod frecvent la vârste fragede, între 6—12 ani; adică la finele dentiţiei de lapte.

Pentru că procentul cariilor dentare în şcoli este mare şi aceste

carii pregătesc, precum vom vedea, infecţii ce scad vitalitatea ţesuturilor, ar fi bine măcar în viitor să se dea o atenţie mai mare aparatului dentar la copii, catalogându-le între celelalte boli sociale.

Cauzele Cariei dentare

Cariile dentare au reţinut atenţia multor cercetători dela Hypocrates încoace, emitându-se diverse teorii ce tindeau să explice în bună parte cauzele ce le produc. Unii invocau alterarea sucurilor din gură, alţii în frunte cu Magitot şi Robertson dădeau o explicaţie mai veridică admisă până azi, a acţiunii acizilor rezultaţi din descompunerea resturilor alimentare din gură, asupra dinţilor. Müller, părintele teoriei chimico-parazitare, admite că unele bacterii ce trăiesc în stare saprofită în gură, transformă zahărul, din resturile alimentare în acizi cari atacă învelişurile dinţilor din afară, înăuntru, formând porţi deschise bacteriilor. D-r Benetato şi D-r C. Oprişu, în lucrarea lor publicată în „Clujul Medical" No. 2/1937, susţin paralelismul dintre Ph. sanguin şi cel salivar. Astfel glandele salivare reacţionează la variaţiunea reacţiei sanguine prin acidifierea salivei şi diminuarea concentraţiei bicarbonaţilor în caz de acidoză, prin schimbări de sens contrar în caz de alcaloză. Prin urmare aciditatea salivei depinde de cea sanguină. La om Ph. salivar variază între 5.95 şi 7.38, substanţele acide fiind reprezentate prin mucină, fosfaţi, monometalici, bioxid de cărbune şi acid lactic, iar cele alcaline prin fosfaţi bimetalici şi bicarbonaţi (Benetato şi Oprişu). R. Vlădescu găseşte în salivă acidul lactic între 3.982% şi 13.61%, iar Möllmann îi pune în sarcină acestui acid, cariile dentare prin disolvarea smalţului şi dentinei.

Löhman şi Müller admit că mucina care aderă pe suprafeţele dentare împiedică curăţirea automată.

Blacks stabileşte unele zone inaccesibile curăţirei automate sau mecanice a dinţilor, încât alimentele aderă pe aceste suprafeţe mici, unde uşor fermentează, crescând aciditatea locală care acţionează direct asupra structurii dinţilor.

Aceste zone puţin rezistente sau expuse sunt: şanţurile intercuspide, intermolare şi rebordul gingival. Etatea are influenţă în producerea cariilor, copiii între 6—12 ani dau procentul cel mai mare. Sexul femenin este mai uşor atins de carie, excluzând femeia în gestaţie care are turburări în metabolismul calciului.

Solul şi apa ar avea o influenţă asupra producerei cariei, prin lipsa calciului.

Temperatura alimentelor joacă un rol în producerea cariilor. Alimente introduse prea calde în gură şi imediat altele prea reci, fac ca smalţul să crape în plăci mici, ceea ce favorzieazǎ pătrunderea bacteriilor.

Hereditatea dentară a unor familii este bine cunoscută. Sunt familii ce se nasc cu o predispoziţie specială la carii, ceea ce face să vedem la aceştia, dantura alterată la vârste încă fragede. Lipsa vitaminei D. din alimentaţia copilului favorizează apariţia rachitismului cu acţiune directă asupra oaselor, inclusiv a dinţilor.

CC-0. Biblioteca Universitară "Iaşi" Digitized by Google

La aceştia, dinţii apar târziu, neregulaţi, sunt friabili, expuşi uşor la carii.

Sifilisul care acţionează asupra oaselor şi a dinţilor, prin procese inflamatorii de osteită şi periostită îi fac un caracter deosebit în ceea ce priveşte forma, structura şi modul de implantare. Glandele cu secreţie internă cu un rol bine cunoscut asupra echilibrului calciului din sânge, influenţează producerea cariei prin insuficienţa lor hormonală. Intre aceste glande cităm tiroida şi paratiroida (Kranz).

In sfârşit, apariţia periei de dinţi a făcut epocă şi toată lumea întrebuinţând-o, a crezut că-i singura vinovată de exagerarea curbei cariilor printre populaţia civilizată, încât i s'a declarat războiu. A fost o eroare care n'a durat mult şi peria de dinţi, mânuirea ei cât şi pastele antiseptice ce o însoţesc, se găseşte pe orice masă de toaletă.

Mecanismul cariilor dentare şi consecinţele

Am anunţat mai sus, că anumite zone sunt expuse la carie. Ceea ce interesează însă, este că operaţia în sine, trece prin 3 stadii, după ţesutul care este atacat de acizi şi anume: **Stadiul I.** Smalţul este atacat de acizi, acesta fiind îndepărtat, fără ca vre-o turburare subiectivă să aibă loc. **Stadiul II** sau mijlociu, constă din disolvarea dentinei de către acizi, fiind deja un proces înaintat, se caracterizează prin dureri suportabile la ingerare de alimente de temperatură diferite. Dentina se moaie, se ramoleşte, încât poarta fiind deschisă, diferite bacterii năvălesc din gură, producând un început de infecţie locală. **In stadiul III** sau stadiul de carie profundă, procesul de alterare a ajuns deja în pulpă, care sub influenţa bacteriilor şi alimentelor ce pătrund, se inflamează şi dă naştere la dureri cu miros fetid.

Dintele cariat la început este hipermiat, această hipermie se traduce prin dureri suportabile, în acest timp vasele ce trec prin foramen apicalis se obstruiază, cauzând ischemia, apoi gangrena pulpei, paralel cu stadiul cariei. Dintele cariat este rugos, neregulat, ascuţit, producând eroziuni ţesuturilor organelor cu cari vine în atingere, mai ales limba. Uneori caria are un mers supurativ, care face dintele mobil în alveolă. Supuraţia nu rămâne stabilă, ea se poate uşor propaga la organele vecine, în special în masivul osos, dând osteo-periostitele cu tumefacţia ţesuturilor moi şi dureri, având alura unui abces în formaţie. Aceste inflamaţii uneori îmbracă caracterul flegmonos cu tendinţă septicemică, febră ridicată şi stare alarmantă. Dar supuraţiile dentare în orice stadiu ar fi, au repercusiuni şi asupra organelor din depărtare. Würtz a găsit drept cauză a unor irite, infecţia dinţilor. Suprimând infecţia prin extracţia dinţilor cariaţi, a obţinut vindecarea.

Antonius şi Czepa au obţinut vindecări în reumatisme, tratând infecţia dentară.

Hunter a găsit că unele complicaţii în scarlatină s'ar fi datorit infecţiei dinţilor cariaţi. Unele gastrite, endocardite sunt datorite ingerării continue de germeni infecţioşi proveniţi din dinţi cariaţi.

Şi aşa aşi putea cita mii de exemple, unde medicii înlăturând sepsisul oral, au obţinut vindecarea multor boli.

In focarul septic dentar, autori ca Haberland, Aschoff, Gilmor,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

etc. au identificat pe lângă flora microbiană din gură, microbi piogeni, stafilococ, streptococul viridans, pneomobacil, colibacil, precum şi fuso-spirali, bacilul Koch (rar) şi ciuperca actinomicosică. Ne putem astfel da seama de pericolul permanent ce-l ţin copiii în gură şi ce acţiune dezastruoasă deslănţuie asupra organelor în plină desvoltare, infecţia aceasta.

Cercetări şi observaţii

Am examinat în cursul anului 1940, copii cu frequenţă regulată din cele 7 şcoli primare din circumscripţie, rezultatele fiind înscrise în 2 tabele. In total am cercetat 1431 copii; 897 băieţi şi 534 femei, dela etatea de 7—15 ani. Constatările duc la concluzia că, îmbolnăvirea dinţilor copiilor din şcolile primare, este o chestiune de aceeaşi importanţă din punct de vedere medico-social, ca şi celelalte boli, a cărei remediere cere aceeaşi atenţie din partea factorilor în drept. M'a interesat deopotrivă dentiţia de lapte şi dentiţia permanentă, rezultatele înscriindu-le în tabloul No. 1 şi 2 pe sex, etate şi poziţie.

In tabloul No. 1 mă ocup de constatările asupra dinţilor de lapte, pe acelaşi număr de copii, iar în tabloul No. 2, numai de dentiţia permanentă. Prima dentiţie începe la a 6-a—8-a lună şi se termină la 2 ani. Copilul are în total 20 de dinţi, iar a doua dentiţie începe la 6 ani şi se termină aproximativ la 12 ani, înlocuind dinţii de lapte pe măsură ce cad, în ordinea următoare:

In al 6-lea an apare 1-iul molar.

In al 7-lea an apare incisivii mediani.

In al 8-lea şi al 9-lea an apare incisivii laterali şi primii molari.

In al 10-lea an apare al 2-lea premolar.

In al 11-lea an apare caninii.

In al 12-lea an apare al 2-lea molar definitiv.

Dela al 15-lea—20-lea an apare al 3-lea molar definitiv (dinte de minte).

Inlocuirea aceasta se face treptat, dinţii permanenţi, apar alături de dinţii de lapte cari de cele mai multe ori fiind bolnavi, influenţează în rău sănătatea lor. Rubrica din tabela No. 1, corespunde etăţii de 7 ani, ea înscrie un număr de 160 copii de sex masculin şi 106 femenin, din cari 52 copii prezintă dinţi de lapte cariaţi, şi 59 fete, cu predominenţa incisivilor inferiori. La 8 ani am găsit numai 10 dinţi incisivi cariaţi, deoarece aproape toţi incisivii la această etate, au căzut.

Totuşi se întâlneşte în mod frequent caria caninilor şi acelui de al 2-lea molar. Am întâlnit la această etate caria dentară pentru bărbaţi în procent de 39%, iar pentru femei de 44%.

Fiecare copil avea câte un dinte cariat, în procentul de mai sus.

La vârsta de 9 ani găsesc carii la 49 băieţi în procent de 35% şi 30% la fete.

Incisiv de lapte la această etate, nu găsim, caninii şi molarii al 2-lea indică procentul de mai sus. Dela 10 ani la 12—13 ani, caria dentiţiei de lapte variază între 20%—7%, fiindcă această dentiţie este înlocuită progresiv cu vârsta. Alterarea dentiţiei de lapte trebue să ne preocupe, întrucât la această vârstă fragedă, când or-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ganismul copilului este în plină desvoltare, creează neajunsuri ce cu greu se pot înlătura.

Tabela No. 2 reprezintă constatările făcute asupra dentiţiei permanente cu rezultate de asemenea defavorabile.

Etatea propriu zisă când se constată caria dentiţiei permanente este la 12 ani.

La această vârstă se cariază premolarii 1 şi 2, dar mai cu seamă grupul 1 molar. Acest dinte creşte la 6—7 ani, este primul care apare din dentiţia permanentă şi primul care se cariază, fiind influenţat de vecinătatea dinţilor de lapte în curs de schimbare care sunt cariaţi. De aceea la 10 ani am găsit 45 dinţi cariaţi la 125 copii examinaţi, predominând caria molarului 1. Iată aşa dar că din copilărie, caria dentiţie definitivă se instalează şi din cauza unei proaste higiene bucodentare, din cauza unei inexistente educaţii a copilului în direcţia aceasta, se ajunge ca întreaga dantură cu timpul, să se îmbolnăvească.

Dela etatea de 14 ani întâlnim carii şi pe grupurile de dinţi molari al 2-lea. De obiceiu la ţară, cariile dentare nu se tratează.

Orice durere de dinţi, este anihilată prin extracţie, iar dacă unii nu se încumete la acest pas, recurg la diferite otrăvuri şi descântece, pentru a o calma. De aceea nu este suprinzător când la 25—30 ani, vedem femei şi chiar bărbaţi cu absenţa parţială a dinţilor. Analizând procentajul elevilor cu cari găsim; la etatea de 7 ani, copiii cu dinţi permanenţi cariaţi între 8% pentru bărbaţi şi 7% pentru femei. Acest procent urcă la 8 ani la 14% pentru ambele sexe, la 9 ani 29% pentru bărbaţi şi 34% pentru femei, la 10 ani 36% pentru bărbaţi şi 30% pentru femei, la 11 ani 31% pentru bărbaţi şi 32% pentru femei, variind dela 26% la 36% până la etate de 15 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Desigur că-i un procent de necrezut şi totuşi real.

Făcând o privire generală asupra frequenţii cariilor în raport cu poziţia, se constată că dinţii inferiori de ambele tipuri sunt mai expuşi cariei.

Sexul masculin dă un procent de carii inferiori celui femenin.

Rasa pare să aibă o înrâurire asupra frequenţei cariei dentare. Din totalul elevilor, am examinat 25 evrei şi 125 germani.

Evreii prezentau caria mai multor grupuri de dinţi.

Astfel din 25 elevi, 14 prezentau carii, 9 din cei 14, aveau plombe, deci un procent de 56%.

Din 125 germani, 56 prezentau carii dentare în procent de 44.8%. Românii dau un procent între evrei şi germani, adică:

La 1281 români, 671 bolnavi, un procent de 52%.

Din ancheta întreprinsă, am constatat o dantură mai îngrijită la elevii evrei şi germani care întrebuinţau periuţa de dinţi în proporţie de 70%. Românii în majoritate fii de ţăran, întrebuinţau peria de dinţi în procent de 2%.

Cea mai mare parte din copii nu-şi spală gura nici dimineaţa, iar altă parte îşi saplă gura cu sare de bucătărie pisată, cenuşă, praf de cărbune, pe care-l pune pe indexul dela mâna dreaptă, frecând faţa anterioră a danturii. Ceilalţi copii care întrebuinţează peria, îşi

spală gura odată pe zi, dimineața, cu diferite paste din comerț și tot numai fața anterioară a danturii.

Indiferent din ce neam sau clasă socială scoboară copilul, nu au nicio ideie despre igiena gurii, aceasta din cauza lipsei totale de educație în acest sens, din partea părinților.

In Belgia, educația copiilor către o higienă a gurii se face prin „Crucea Roșie" sau corpul infirmierilor, dându-se premii (paste, periuțe de dinți, etc.).

In America de Nord sunt Clinici dentare școlare gratuite.

In Germania sunt peste 200 Clinici dentare, unde sunt imediat tratate cariile dentare. La noi, acestei chestiuni încă nu i s'a dat atenția cuvenită, deoarece remedierea ei, necesită cheltuieli mari, pe cari Statul în actuala situație nu le poate întreprinde. Totuși în fața rezultatelor catastrofale, care se obțin uitându-ne în gura fiecărui elev de școală, dela țară ori oraș, nu trebue să stăm cu brațele încrucișate, mai ales când se cunosc repercusiunile acestei boli asupra întregului organism. Pentru aceea propun câteva măsuri pe cari le cred utile pentru ameliorarea acestei boli cu caracter social.

I) Măsuri de ordin personal

Specialiști dentiști sunt puțini și, cei ce sunt, stau îngrămădiți la orașe, unde au posibilități profesionale mai favorabile ca la țară și o vieață mai civilizată. Prin urmare nu se poate concepe o acțiune cu rezultate bune, fără un personal selecționat și specializat. Să așteptăm până facultățile noastre vor pregăti anual un număr restrâns de dentiști? asta ar face ca să avem numărul necesar abia peste 20 ani. Atunci care ar fi soluția mai potrivită deocamdată? Socot că sarcina, îi revine tot medicului de circumscripție. Medicul de cricumscripție la țară este: medic legist, oculist, laringolog, internist, chiar chirurg și, nu înțeleg de ce n'ar fi și dentist?

Dar cum dentistica cere o pregătire tehnică specială și cum medicul le posedă pe celelalte, cred că ușor s'ar instrui și în acest sens. Instrucția s'o capete la cele 3 centre universitare, prin chemare la câte un stagiu de 8—10 luni de zile pe an (ca și pentru cursurile de igienă) a unui număr restrâns de medici de circumscripție pentru fiecare județ sau inspectorat regional. In câțiva ani am avea o bună parte de medici de circumscripție specializați în dentistică, care ar ameliora această cerință atât de acută la țară, mai ales în regiunile de unde au fost evacuați evreii, care după cum știm deținem această specialitate.

Pe de altă parte la facultățile de medicină, actualii studenți să fie pregătiți și în această direcțiune și să nu fie trimiși la țară, până nu dovedesc că posedă cunoștințe dentistice temeinice, de care se vor servi din momentul descinderii lor în sat. Astfel fiind, medicul odată cu inspecția școlii, va cerceta și trata elevii găsiți cu dantura stricată, iar pentru populație va fi un bine, căci ar scuti-o de zeci de kilometri care-i face în căutarea unui dentist.

Digitized by Romanian Research Library Cluj

II) Măsuri de ordin material

a) Creiarea de centre dentistice de tipul celor din apus, ar obliga Statul la noi sarcini bugetare pe care nu le-ar putea suporta, așa că rămâne o măsură bună pentru viitor.

b) Inființarea unei moto ambulanțe dentistice la reședința județului, care să se transporte după un intinerar în diferite puncte, ambulanța, condusă de un medic specialist, un tehnician, etc., și înzestrată cu instrumente, aparate și alte materiale.

III) Măsuri de ordin educativ

Cea mai eficace armă contra cariilor dentare este educația copilului către o igienă buco-dentară.

Educația să înceapă în familie și să se desăvârșească în școală. Trebuiește de convins mama de importanța problemei, arătându-i pericolul în care se găsește copilul, sfătuind-o să iasă din pasivitate. Aici sora de ocrotire, moașele, asociațiile de gospodine, etc., pe lângă celelalte atribuțiuni, au cuvântul, de a intra în casele sătenilor și a-i depinde cu igiena corporală și mai cu seamă a gurii. Să se facă cursuri pregătitoare cu fetele ce vor deveni mame măcar odată pe săptămână la oră potrivită, dându-li-se sfaturi pentru a-și îngriji singure dantura, ca la rându-le să introducă în noua lor casă această deprindere. Aceste conferințe pot fi ținute chiar de medic acolo unde este și de altă persoană cu oarecare cunoștiințe în această materie, acolo unde medicul lipsește.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Copiii să fie deprinși ca după fiecare masă să-și spele gura cu apă simplă și cu degetul, ci cu peria de dinți și paste antiseptice. Să se dea premii constând din: periuțe de dinți, paste, etc., care la un loc costă câțiva lei, copiilor cari își vor îngriji dantura, constituind astfel un stimul și pentru ceilalți. Peria de dinți cât și mânuirea ei trebue să îndeplinească anumite condiții: Alegerea periei de dinți este o chestiune numai aparent, simplă. Peria nu trebue să fie mai lată ca distanța între gingii, părul să nu fie prea aspru din cauză că prin frecare poate produce erosiuni ale gingiilor, cu dureri ce determină pe copii să se debaraseze de ea. Se va freca fața anterioară, posterioară, bordurile și spațiile interdentare în mod alternativ, fără a apăsa. Frecarea cu peria se va face orizontal și vertical. Periuța să fie ținută circa 20—30 minute înainte de întrebuințare într'o soluție antiseptică, deoarece ea conține germeni patogeni.

Toate aceste măsuri le cred dacă nu, salvatoare, măcar vor aduce o ameliorare a procentului de carii dentare din școlile primare, carii care după cum s'a constatat au repercusiuni morbide asupra întregului organism în plină desvoltare.

Problema e grea, cere sacrificii de ordin personal și material, dar dacă se pune atâta interes din partea factorilor în drept pentru sănătatea publică, trebue implicit găsită și soluția pentru deslegarea acestei spinoase chestiuni.

TAB

dinţilor de lapte cariaţi, — pe vârste, sex şi

Numărul bărbaţilor examinaţi		Etate	Poziţie	Numărul dinţilor de lapte cariaţi la bărbaţi între 7-15 ani												
				Incisivii				Caninii		I Premolar	II Premolar	Molar I.		Molar II.		Procent de cari a dinţilor de lapte
				drepţi		stângi		drepţi	stângi							
Examinaţi	Bolnavi			pat.	med.	pat.	med.					dr.	st.	dr.	st.	
160	52	7 ani	Sup.	5	4	3	6	6	5	—	—	—	—	3	1	32%
			Inf.	9	3	1	14	8	9	—	—	1	—	9	6	
192	75	8	Sup.	1	—	—	2	11	10	—	—	—	—	3	2	39%
			Inf.	4	—	—	3	14	16	—	—	—	—	8	8	
140	49	9	Sup.	—	—	—	—	10	7	—	—	—	—	4	6	35%
			Inf.	—	—	—	—	10	9	—	—	—	—	9	8	
125	25	10	Sup.	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	1	20%
			Inf.	—	—	—	—	6	4	—	—	—	—	9	7	
100	18	11	Sup.	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4	4	18%
			Inf.	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	6	5	
90	9	12	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	10%
			Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	
42	3	13	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7%
			Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	
26	—	14	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0%
			Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
22	—	15	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0%
			Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Data aproximativă a căderi dinţilor de lapte.				Intre 6 — 8 ani				Intre 9—10 ani		Nu există în dentiţia de lapte		Intre 5—6 ani		Intre 11—12 ani		
Data creşterii dinţilor de lapte.				Dela 6 — 16 luni				Dela 20 — 29 luni		Nu există		Intre 16—17 luni		La 25 luni		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LOUL I

poziţie, la elevii şcoalelor din Circ. Vama.

Numărul dinţilor de lapte cariaţi la femei între 7-15 ani												Procent de carii a dinţilor de lapte	Numărul fetelor	
Incisivii				Canini		I. Premolar	II. Premolar	Molar I.		Molar II.				
drepţi		stângi												
pat.	med.	pat.	med.	dr.	stg.			dr.	stg.	drepţi	stângi		Examinaţi	Bolnavi
8	6	5	10	—	—	—	—	—	2	4	3	55%	106	59
14	8	8	13	1	2	—	—	1	1	5	6			
5	—	1	7	2	2	—	—	—	—	3	1	44%	127	56
9	4	2	8	4	3	—	—	—	—	6	6			
—	—	—	—	2	4	—	—	—	—	—	2	30%	82	25
2	—	—	—	8	5	—	—	—	—	5	3			
—	—	—	—	1	3	—	—	—	—	1	1	33%	66	22
—	—	—	—	6	6	—	—	—	—	4	5			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	32%	40	13
—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	2	2			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2%	38	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Intre 6 — 8 ani				Intre 9—10 ani		Nu există în dentiţia de lapte		Intre 5—6 ani		Intre 11 — 12 ani				
Dela 6 — 16 luni				Dela 20—29 luni		Nu există		Intre 16—17 luni		La 25 luni				

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TAB

reprezentând numărul de dinţi bolnavi din dentiţia permanentă, pe vârste,

Etatea pentru toate sexele	Poziţia dinţilor	N-rul dinţilor permanenţi cariaţi la bărbaţi dela vârsta de 7—15 ani: Incisivi drept pat.	Incisivi drept med.	Incisivi stâng med.	Incisivi stâng pat.	Canini drepţi	Canini stângi	Premol I drepţi	Premol I stângi	Premol II drepţi	Premol II stângi	Molar I drepţi	Molar I stângi	Molar II drepţi	Molar II stângi	Nr. elevilor examinaţi	Nr. elevilor găsiţi cu dinţi bolnavi	Nr. elevilor găsiţi cu dinţi sănătoşi	Numărul dinţilor per femei între: Incisivi drept pat.	Incisivi drept med.	Incisivi stâng pat.	Incisivi stâng med.	Canini drepţi	Canini stângi	Premol I drepţi	Premol I stângi
7 ani	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	160	13	95	—	—	—	—	—	—	—	—
	Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	—	—				—	—	—	—	—	—	—	—
8	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	—	—	192	28	89	—	—	—	—	—	—	—	—
	Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	8	—	—				—	—	—	—	—	—	—	—
9	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2	—	—	140	41	50	—	—	—	—	—	—	—	—
	Inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	16	—	—				—	—	—	—	—	—	—	—
10	Sup.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	7	—	—	125	45	55	1	—	—	—	—	—	—	—
	Inf.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	17	19	—	—				—	—	—	—	—	—	—	—
11	Sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—	100	31	51	—	1	1	—	—	—	—	—
	Inf.	—	1	2	—	—	—	1	—	—	—	11	9	—	—				—	1	1	—	—	—	—	—
12	Sup.	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	5	6	—	—	90	22	59	—	—	1	—	—	—	1	1
	Inf.	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	8	7	—	—				—	—	—	—	—	1	1	—
13	Sup.	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	3	2	—	—	42	14	23	—	—	—	—	—	—	—	—
	Inf.	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	6	5	—	—				—	—	—	—	—	—	2	3
14	Sup.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	26	8	18	—	1	—	—	—	—	—	1
	Inf.	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	3	3	1	—				—	—	—	—	—	—	1	—
15	Sup.	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	1	—	1	1	22	5	17	—	—	—	—	—	—	2	1
	Inf.	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	2	1	1	2				—	—	—	—	—	—	1	—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LOUL II

sex şi poziţie la elevii din şcoalele primare din Circ. Varna, în anul 1939-40

manenţi cariaţi la 7–15 ani						Nr. elevelor examinate	Nr. elevelor găsite cu		Nr. copiilor cu dinţi de lapte găsiţi bolnavi		Nr. copiilor cu dinţi permanenţi cariaţi		Nr. copiilor cu dinţi sănătoşi		Proc. elevilor cu dinţi de lapte cariaţi		Proc. elevilor cu dinţi permanenţi cariaţi		Procent de eleri bolnavi în total	
Premol II		Molar I		Molar II																
drepţi	stângi	drepţi	stângi	drepţi	stângi		dinţi bolnavi	dinţi sănăt.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
—	—	—	1	—	—	106	8	39	52	59	13	8	95	39	32%	55%	8%	7%	40%	63%
—	—	4	3	—	—															
—	—	2	3	—	—	127	19	52	75	56	28	19	85	52	39%	44%	14%	14%	53%	59%
—	—	7	9	—	—															
—	—	6	7	—	—	82	28	29	49	25	41	28	50	29	35%	30%	29%	34%	64%	64%
—	—	18	16	—	—															
—	—	8	6	—	—	66	20	24	25	22	45	20	55	24	20%	33%	36%	30%	56%	63%
—	—	11	9	—	—															
—	—	2	3	—	—	40	13	14	18	13	31	13	51	14	18%	32%	31%	32%	49%	65%
—	—	7	7	—	—															
—	—	1	2	—	—	38	11	26	9	1	22	11	59	26	10%	2%	26%	28%	36%	31%
—	—	5	5	—	—															
1	—	2	2	—	—	31	12	19	3	—	14	12	23	19	7%	0%	33%	38%	40%	38%
—	1	4	5	—	—															
2	2	—	1	1	1	25	9	16	—	—	8	9	18	16	0%	0%	30%	36%	30%	36%
1	1	4	3	2	1															
1	—	1	1	1	1	19	7	12	—	—	5	7	17	12	0%	0%	22%	36%	22%	36%
2	1	5	3	3	2															

SERENOL

ASOCIAȚIE ORGANO-FITOTERAPICĂ

CALMANT ȘI HIPNOTIC

Sedativ al Sistemului Neuro-Vegetativ

FORMULA: Fenil—Etil—Maloniluree,—Extracte de Crataegus, Passiflora, Anemonae, Boldo—Tinctura de Belladona — Peptone polivalente Hexametilen Tetramina

Indicațiuni: Turburări de hipertonie nervoasă prin desechilibru neuro-vegetativ—Insomnii—Sindrom solar—Psicho-nevroze—Stări de anxietate—Emotivitate—Neuro-astenii—Algii diverse—Turburări circulatorii nervoase—Palpitații—Dispepsii nervoase—Aerofagie—Dureri menstruale—Stări hepatice—Stări anafilactice.

DOZE:

1⁰ Calmant al sistemului nervos:
Câte o linguriță, înaintea meselor de prânz și seara.

2⁰ Hipnotic:
1—3 lingurițe, luate în timpul serii, cu o infuzie.

LABORATOARELE LOBICA-PARIS

Reprezentant pentru România:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S.A.R.
103, Str. Toamnei — BUCUREȘTI III — Telefon 2.21.38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LIMPHOSARCOMUL CONJUNCTIVAL

de

Docent D-r V. CERCHEZ

Tumorile conjunctivale au fost obiectul multor cercetări interesante şi totuşi rămân încă o chestiune de actualitate şi de cercetări.

Conjunctiva fiind un organ histopatologic foarte bogat inervat, este ca o reţea langerhanziană, din această cauză şi polimorfismul celular al acestui organ este foarte variat, putând da naştere la diferite varietăţi de tumori: epitelioide, sarcomatoide, limphoide, etc. Polimorfismul celular al acestor tumori ar proveni din o adevărată a patra foiţă, care ar fi de origină epitelială, sau de origină conjunctivă, sau în fine, de origină nervoasă după Masson.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dintre tumorile pleoapelor, tumorile de natură conjunctivală şi dintre acestea cele limphoide, sunt foarte rare, izolate, primitive şi dintre tumorile limphoide, limphosarcoamele (sarcoame fibro-blastice) sunt extrem de rare.

D-r H. Tille într'o lucrare bazată pe studiul a 80 de tumori a conjunctivei, făcută în laboratorul de histologie al spitalului Quinzevingts Paris, spune că n'a găsit niciun caz de limphosarcom.

Panas pe 108 cazuri de tumori ale conjunctivei, dintre cari 81 epitelioane şi 27 sarcoame, n'a fost niciunul un limphosarcom.

Lagrange în tratatul său, publică o întreagă planşă de diferite tumori ale conjunctivei, dar nu-i niciun caz de limphosarcom al conjunctivei.

Morax spune că, frecvenţa sarcoamelor a conjunctivei ar varia după anumite regiuni, de exemplu: In Ungaria, Liesko pe 22.206 persoane consultate, găseşte de asemenea 8 cazuri de sarcoame ale conjunctivei, dintre care unul limphosarcom; în Norvegia, Lyder Borten 45.000 de persoane consultate, a găsit 8 cazuri de sarcoame ale conjunctivei, dintre care două limphosarcoame; în Franţa, Morax în serviciul oftalmologic dela Lariboisière pe 145.000 de persoane consultate a găsit numai 4 cazuri de sarcoame ale conjunctivei, însă niciunul limphosarcom.

Sarcomul primitiv al conjunctivei, poate apărea la orice vârstă după unii autori, Schiller, predomină 45% la copiii înainte de 20 de ani şi la sexul masculin. După Lagrange, Schiller Kummel apare la

ambele pleoape deopotrivă. Cu toate că până astăzi cauza sarcoamelor este complect ignorată şi cu toate că considerațiunile etiologice ca vârstă, sex şi influența traumatismelor sunt cu totul secundare şi nu satisfac suficient diferitele păreri ale autorilor, totuşi, cicatricea unui traumatism sau a unei arsuri palpebrale joacă un rol predispozant, după cum se va vedea şi în cazul nostru.

Am avut ocazia să am în tratament un caz de limphosarcom al conjunctivei fundului de sac superior ochiul stâng, caz interesant atât prin raritatea extremă a cazului, prin forma şi aspectul tumorii cât şi prin rezultatul tratamentului ce i s'a instituit, care a fost satisfăcător, menținându-se benignitatea atât a stării locale cât şi a stării generale, timp de peste trei ani.

Observațiune: In primăvara anului 1937, în luna Februarie, se prezintă la consultație copilul Arcadie S. de 10 ani, din comuna Pahorna, jud. Soroca (Basarabia), cu o tumoare la ochiul stâng. Această tumoare pediculată, acoperea aproape complect globul ocular interpunându-se între pleoapa superioară şi glob, neavând nicio aderență cu globul ocular, alunecând pe suprafața corneei, lăsând neacoperită şi liberă numai partea internă a corneei şi pupilei pe unde mai vedea, după cum se vede din fig. No. 1. Pleoapa superioară nu este de loc inflamată, ci din contră este mult mai subțire şi-i întinsă atât în lungime cât şi în lățime, brăzdată de multe vase dilatate, iar şanțul orbito-palpebral superior aproape dispărut. Fanta palpebrală micşorată, iar pleoapa superioară pare să fie ptozată, neputându-se ridica prin orice mişcare ar face; este imobilă şi atunci când i se ridică cu degetele ca în fig. 2, se vede tumoarea plecând din fundul de sac conjunctival superior şi pe partea unde a fost acoperită de pleoapă este de coloare roză, mai plată şi prezintă un şanț limitând partea acoperită de pleoapă, de partea ce iese în afara marginei palpebrale care este mai bogată şi de coloare violacee. Globul ocular este deplasat foarte puțin în partea infero-internă a orbitei şi are toate mişcările mai reduse puțin în partea internă. Ganglionii preauriculari şi sub maxilari normali. Examenul somatic nu prezintă în nicio altă parte a organismului vre-o tumoare. Dureri nu a avut, nici nu are chiar atunci când mişcă globul ocular, decât cu o jenă în mişcările globului ocular.

Tatăl său care îl însoțeşte, spune că, aceasta a început să se facă cu vreo doi ani în urmă, după un traumatism făcut de coada unei furci în regiunea marginei orbitare superioare şi a sprâncenei, rămânând un nodul care din toamna anului 1936, a început să crească mai mult şi mai repede; la început s'a mai manifestat şi cu o ptoză uşoară a pleoapei superioare, iar nodulul se vedea că se măreşte în şanțul orbito-palpebral. Nu i-a folosit niciun medicament. Este de statură mică, slăbuț, cu tegumentele palide, foarte anemic.

Este operat cu anestezie locală şi i se face extirparea tumorii şi, fiindcă avea pediculul mai gros, locul pediculului după excizie, l-am causterizat prin electrocoagulare. După extirparea tumorii, se întoarce pleoapa pe întorcător şi se vede că locul conjunctival de unde a plecat tumora, corespunde celor $^2/_3$ externe a marginei superioare a tarsului pleoapei superioare, ce este aderentă de tumoare şi toate elementele componente ale pleoapei sunt hiperemiate şi infiltrate, mai ales în locul şi regiunea unde tumora a avut pediculul.

După extirparea tumorii şi electrocoagulare, pleoapa rămâne tumefiată câteva zile, iar după două săptămâni dela intervenție, pleacă acasă pentru a veni după un timp spre a fi revăzut şi a face şedințe de radioterapie.

La plecare, pleoapa era foarte puțin oedematiată, însă fanta palpebrală mult mărită, ceea ce îi permitea să vadă bine, iar globul ocular îşi reluase locul în axa orbitei. După o lună primesc o scrisoare în care îmi spune că, copilul se simte bine, că pleoapa se ridică destul de bine, de aceea va veni cu copilul mai târziu. De abia în luna Octombrie 1937, aduce copilul care avea puțin edem al pleoapei superioare, cu o uşoară ptoză a pleoapei şi cu fanta

PLANŞĂ

Fig. 1

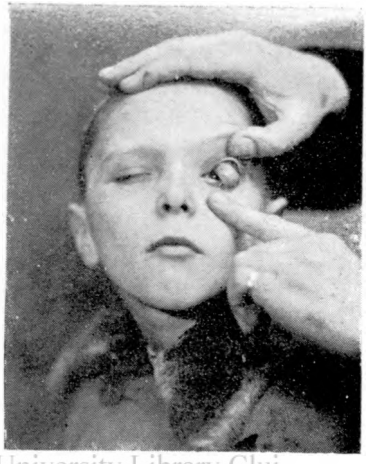


Fig. 2

BCU Cluj / Central University Library Cluj

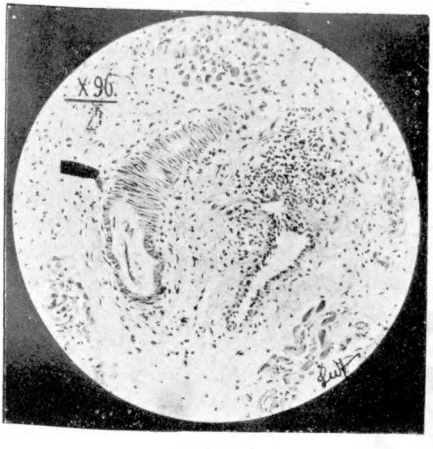


Fig. 3

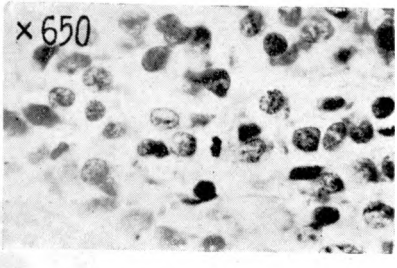


Fig. 4

LIMPHOSARCOMUL
CONJUNCTIVAL

de

Doc. D-r V. CERCHEZ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

palpebrală micşorată. Nicio reacţiune inflamatorie a conjunctivei bulbare; globul ocular normal în axa orbitei. Ganglionii preauriculari normali. Este trimis la laboratorul de radiologie a Prof. D-r Radu, care-i face şapte şedinţe de Roentgen-terapie; oedemul începe să cedeze şi concomitent şi fanta palpebrală se măreşte. Pleacă acasă şi vine după 20 de zile şi mai face alte şapte şedinţe de Roentgen-terapie. Oedemul pleoapei superioare a cedat aproape complect, pleoapa o ridică binişor, fanta palpebrală mărită.

Nu mai ştiu de acest copil până în luna Mai 1940, când vine cu un oedem mare al ambelor pleoape, chemozis pronunţat al conjunctivei bulbare, globul ocular imobil, exoftalmic, copilul foarte slăbit, apatic, tegumentele galbene şi cu ganglionii preauriculari şi subauxilari foarte desvoltaţi. Desigur tumoarea a recidivat şi a făcut metastaze retrobulbară şi ganglionară. Starea generală foarte disperată, o stare cachectică. Face şapte şedinţe de Roentgen-terapie, însă fără nicio ameliorare, nici în starea generală, nici în starea locală a ochiului. Pleacă acasă desamăgit, iar recidiva şi metastazele progresând desigur mult, sfârşitul copilului a fost aşa, cum a fost prevăzut dela început, după cunoaşterea examenului anatomo-patologic a tumorei.

Aspect macroscopic al tumorei: de culoare roză-violacee, ovală, puţin plată, de forma şi mărimea unei prune cu suprafaţa netedă, cu o concavitate puţin pronunţată pe partea care a stat mulată pe globul ocular, iar partea superioară convexă, prezintă un şanţ determinat de presiunea pleoapei superioare.

Examen microscopic: din secţiunile făcute piesei se observă: proliferaţie extrem de abundentă de mici celule rotunde, aranjate una lângă alta, într'o reţea foarte fină fibrilară; vasele sanguine nu au perete propriu, sunt ca nişte lacune mărginite şi infiltrate de celule sarcomatoase (fig. 3). Celulele neoplazice sunt mai mari ca limfocitele, unele cu nuclei mari monstruoşi cu protoplasmă puţină, altele cu nuclei rotunzi sau ovalari şi cu protoplasmă abundentă şi alte celule mari în mitoze cu numeroşi nuclei (fig. 4).

După examenul microscopic este o tumoare malignă a conjunctivei, un **limphosarcom al conjunctivei** sau după nomenclatura lui **Masson** un **sarcom limphoblastic.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din expunerea acestui caz, se vede că această tumoare a fost primitivă, fiindcă copilul n'a mai prezentat în nicio parte a organismului o asemenea tumoare.

Punctul de plecare al tumorii a fost planurile posterioare ale pleoapei retrotarsiane, în pătura musculară cu fibre netede şi în pătura mucoasă, foiţa palpebrală a conjunctivei. Sarcoamele cu punct de plecare din aceste planuri posterioare ale pleoapei sunt mai frecvente de trei ori ca sarcoamele cu punct de plecare din planurile anterior tarsului în ţesutul conjunctiv subcutan. Adenopatia sarcomatoasă este excepţională în limphosarcomul conjunctivei, care se generalizează prin etastază sanguină spre deosebire de limphosarcomul palpebral de tipul **Kundrat**, care este extrem de malign şi este în general recundar propagat metastatic dela un limphosarcom ganglionar cervical.

Asupra pronosticului tumorilor conjunctivei, părerile autorilor sunt împărţite şi cred că aceste păreri s'ar putea împărţi în două grupe mari.

Prima grupă în frunte cu autori, ca: **Keyser** (1895), **Panas Sgrosso** (1892), **Gange** (1913), **Valude, Coppez, von Berger** (1932), afirmă că aceste tumori în general sunt benigne.

A doua grupă afirmă că aceste tumori sunt maligne şi că pe lângă pierderea organului, ochiul, se întâmplă şi pierderea individului, fiindcă a observat foarte numeroase cazuri care au recidivat dând şi metastaze generalizate, determinând un sfârşit dramatic. **Lagrange** a insistat foarte mult asupra pronosticului tumorilor conjunctivei, care

este catastrofal. De Wecker şi Landolt (1880), arată cazuri de tumori ale conjunctivei cu metastază osoase şi cerebrale, Fuchs (1892), cazuri cu metastaze multiple viscerale. Schultze (1900) cu cachecsie sarcomatoasă, de Lappersonne, Siderer (1906), cazuri cu metastază parotidiană şi viscerală, Rey (1923), cu metastază orbitară; Schneider Kelner, Terrien, descriu cazuri de tumori ale conjunctivei cu recidive metastaze numeroase după mai mulţi ani dela intervenţie şi cari au determinat la urmă moartea. Pronosticul tumorilor conjunctivei depinde şi de posibilitatea aplicării unui tratament radio-terapic, pe lângă cel chirurgical.

Faţă de tumorile conjunctivei s'au aplicat diferite tratamente, dar toate cu puţine şanse de vindecare; tratamentul ce a dat mai bune rezultate a fost şi este ca, după **excizia tumorii să se aplice electrocoagulare care obstruiază vasele sanguine împiedecând metastazele sarcomatoase şi apoi să se aplice şedinţe de radioterapie,** care ar influenţa punctele de plecare a tumorii, producând o cicatrizare rapidă şi solidă şi ar înlătura recidivele şi metastazele.

Croci a observat un caz de limphosarcom al conjunctivei care după excizia tumorii făcându-i-se şedinţă de radioterapie a observat o regresie importantă şi a înlăturat recidivele timp de doi ani.

A. Barrière et G. Malet, descriu un caz de limphosarcom conjunctival, care după extirpaţie i s'a aplicat radioterapia. S'a vindecat şi recidiva n'a apărut nici după un an. Cazul D-r Duchesne citat de Morax, cu totul interesant, care numai cu intervenţiuni locale şi parţiale a fost menţinută bună starea ochiului cât şi a persoanei timp de 13 ani, când apoi s'au produs metastaze care au adus moartea. Chiar dacă s'ar aplica acestor tumori şi Curie-terapie tot nu se poate căpăta o vindecare radicală şi permanentă. Juler a aplicat acest tratament Curie-terapie la un caz de sarcom al conjunctivei cu metastaze în ganglionul preauricular. A fost vindecat dar n'a mai fost urmărit decât doi ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dintre tumorile conjunctivei numai limphomul şi tumorile vasculare sunt radiosensibile, de aceea Roentgen-terapia sau Curie-terapia aplicate acestor tumori, aduc vindecarea radicală şi este singurul tratament indicat totdeauna fără să se facă extirparea chirurgicală.

Chevallereau, Bordier, Morax descriu asemenea tumori care s'au vindecat prin Curie-terapie, iar Degrais şi Belot obţinând rezultate bune cu acest tratament, spun că ar fi singurul procedeu de ales, dând vindecarea sigură.

Fibromul, sarcomul şi limpho-sarcomul conjunctival sunt mai puţin radiosensibile şi dacă li se aplică după extirpare Roentgen-terapia, sau Curie-terapia nu dau decât o vindecare între 2—4 ani. Hambresin, Loevenstein şi Gaesteiger descriu cazuri de tumori ale conjunctivei, cărora aplicându-se Curie-terapia s'au vindecat numai pentru un timp de 2—4 ani. Singurul Redslob descrie un caz de vindecare complectă la o persoană de 52 ani, fiind tratată cu Curie-terapie. Comberg şi Jendralschi sunt şi mai pesimişti şi nu dau o vindecare nici pentru doi ani.

In cazul meu, vindecarea s'a menţinut mai mult de trei ani, iar

după acest timp au reapărut recidivele şi metastazele şi copilul a murit în stare de cachecsie. Desigur, majoritatea autorilor procedează la fel, aplicând tratamentul radio-terapic, dar vindecarea complectă şi definitivă nu se capătă, fiindcă apar recidivele şi metastazele care aduc moartea pacientului. **De aceea acest tratament, până la altul nou nu aduce deocamdată vindecarea complectă, ci numai o amânare a reapariţiei recidivelor şi metastazelor pentru 1—4 ani, cari provoacă la urmă moarte pacientului.**

V. CERCHEZ: Lymphosarkom der Conjunctiva Zwischen die Geschwülste der Augenlider, sind der Conjunctiva und unter diese die Lymphoïden wie der Lymphosarkom sehr seltenen, isolierten und uranfänglichen.

Der Verfasser beschreibt ein Fall bei einem Kind von 10 Jahre alt mit einer solchen Geschwulst der Conjunctiva. Er machte ihm die Behandlung die die besten Ergebnisse gegeben hätte: nach der Beseitigung die Ausbrennung mit dem Elektrogerinnen und dass Sitzungen mit der Röentgenstrahlung: er wird geheilt, aber die Heilung war nur für 3 Jahren. Als die Rückfälle und die Metastasen wieder zum Vorschein gekommen sind starb das Kind im Kaschexiezustand.

Die Prognose dieser Geschwülste kann man nicht wissen als nach der Mikroskopischen-Prüfung, die Maligne ist.

Bis jetzt keine Behandlung sogar die Curietherapie, keine vollständige und endgültige Heilung gebracht hat, sondern nur eine Vertagung der Rückfälle-und-Metastasen. Wiederscheinung für 1 bis 4 Jahre.

V. CERCHEZ: Le Lymphosarcome conjunctival. Parmi les tumeurs de la paupière celles de nature conjonctivale et parmi celles-ci les limphoïdes, comme le lymphosarcome sont d'une extrême rareté, isolées, et primitives.

L'auteur nous montre un cas chez un enfant de 10 ans, avec une semblable tumeur conjonctivale. Il lui fait le traitement le plus adéquat qui aurait donné les meilleurs résultats: après l'extirpation, la cauterisation avec l'electro-coagulation, ensuite des séances de radiotherapie; s'est guéri, mais la guerison n'a pas été que pour 3 ans; lorsque les récidives et les métastases apparurent, l'enfant est mort à l'état de cachexie.

On ne peut pas savoir le pronostic de ces tumeurs qu'après l'examen microscopique qui est maligne.

Jusqu'aujourd'hui aucun traitement même la curie thérapie n'a pas apporté la guerison complète et définitive mais seulement un ajournement de la réaparition des récidives et des métastases pour i à 4 ans.

V. CERCHEZ: Il linfosarcomo congiantivale. Fra le tumore di pàlpebre quelle congiuntivale e fra queste le tumore linfoide com'è il linfosarcomo, sonno di una rarità estrèma, isolate e primitive.

L'autore descrive uno caso ad uno ragazzo diu 10 anni coa una simile tumore congiuntivale. L'autore fe il trattamento il piu adequato che avreble dato i ottimi risultati; dopo l'estirpazione la cauterizzazione con l'elettiò coagulazione e poi sedute di radioterapia; Egli e guarito ma questa guarigione stata solamente per 3 anni, quando le recidive e metàstasi apparirono il ragazzo e morto, nella stato di cachexie.

La pròghosi di queste tumore non si puo sapère che dopo l'esameno microscopico che è maligno. Fino adesso nessun tratamento proprio la curie-térapia, non ha apportato la guarigione comolèta e definitiva, per ò, solamente un ritardo della n'apparizione delle recidive e metàstasi per 1-4 anni.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj-Napoca

La tuse intensă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cardiazol-Dicodid-
picături

Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături;
copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături;
adulţi de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen pe Rin

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Dispensarul Antiveneric No. 2 din Iaşi

UN NOU TRATAMENT AL ŞANCĂRULUI MOALE

de

D-r VIRGIL COSTEA şi **D-r NAPOLEON FRANDIN**

Autorii tratând cu sulfamide 36 de cazuri de şancăr moale, dela Dispensarul Antiveneric No. 2 din Iaşi, ajung la concluzia că tratarea orală şi numai orală, a şancărului moale, este o metodă nouă de tratament.

In 10 cazuri s'a aplicat pe lângă tratamentul bucal şi un pansament cu praf de sulfamidă. Din cercetările făcute rezultă că sulfamidoterapia constitue tratamentul de elecţie al şancărului moale, întrucât timpul de vindecare este aproximativ 7 până la 10 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate că Lépinay a arătat încă din 1938, rezultatele excelente pe care le obţine cu sulfamidele în tratamentul şancărului moale, totuşi nici până astăzi sulfamidoterapia nu a intrat în practica curentă a acestei boli. Este curios cum prospectele diverselor preparate de sulfamide nu trec şi şancărul moale pe lângă celelalte boli influenţate de sulfamidoterapia. Dar dacă aplicarea locală a sulfamidelor — aşa cum a fost preconizată de Lépinay — se menţine încă în cadrul tratamentului clasic, **tratarea orală** şi numai orală a şancărului moale contribue, fără îndoială, o metodă nouă de tratament.

Din Noembrie 1940, noi am început să administrăm diverse sulfamide ne-azoice „per os" bolnavilor cu şancăre moi care se prezentau la consultaţiile dispensarului.

Se ştie că tratamentul clasic al şancărului moale cu caustice, băi fierbinţi, iodoform, etc., are nevoie de mai multe şedinţe pe zi. Bolnavul trebue să se păzească de eforturi fizice, pentru a fi la adăpost de complicaţia foarte serioasă, care-l imobilizează la pat, adenopatia inguinală inflamatorie cu tendinţă la supuraţie. Dar adenopatia poate să se producă cu toate măsurile de prevenire şi încă într'un procent destul de ridicat, uneori chiar după cicatrizarea leziunei. In unele cazuri, oficiul de eliminare al puroiului ganglionar prezintă un şancru inelar, care trebue tratat la fel cu cel iniţial. Şancărul fagedenic şi gangrenos necesită timp, tratament special şi spitalizare. In fine, şancările din regiunea frenului, pot să producă prin ruperea vaselor, în

timpul somnului, hemoragii mari, uneori mortale. Şancărele subfimotice, ale meatului, etc., fiind ascunse, sunt foarte greu de tratat. Intr'un şancăr mixt tratamentul local schimbă aspectul leziunei, ceea ce-i un inconvenient destul de important, întrucât ascunde o boală mai gravă decât aceea pe care o tratăm.

De multe ori, pentru a grăbi cicatrizarea şancărului sau resorbţia adenopatiei, suntem nevoiţi să recurgem la tratamentul biologic, adică vaccinoterapic (Vaccin antistreptobacilar Nicolau-Banciu, Dmelcos, etc.).

Acestea sunt motivele care ne-au făcut să încercăm un tratament nou în şancărul moale.

Insă din 1938, Lépinay [1]) şi mai târziu Girard, Ardorina, Jambert [2]), Grupper [3]), Durel [4]), Leroy Sézary [5]), Baccareda [6]), etc. arată rezultatele extrem de satisfăcătoare pe care le obţin în tratamentul acestei boli prin întrebuinţarea orală, locală sau parenterală a sulfamidelor.

Incercările noastre de a trata şancărul moale pe cale bucală, s'au făcut la 36 de bolnavi cu preparatele: Albucid, Eubasinum, Ambezid şi Gombardol, urmând posologia recomandată pentru blenoragie.

Tratamentul local, atât de important în şancărul moale, s'a limitat la una sau două băi fierbinţi pe zi.

Rezultatele favorabile a acestui tratament sulfamidat s'au observat chiar de a doua zi, prin scăderea durerei, a puroiului şi a congestiei.

Cicatrizarea s'a produs la câteva zile dela terminarea curei cu sulfamide.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 10 cazuri, (obs. 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 şi 36), pe lângă tratamentul „per os", am aplicat şi un tratament local cu praf de sulfamidă obţinut prin sfărâmarea tabletei.

---

1) **Lépinay:** Les sulfamides dans le traitement du chancre mou et ses complications. Guérison de la chancrelle par des applications locales de poudre de 1,162 F. Annales des Maladies Vénériennes No. 10, Octobre 1938.

2) **Girard, Ardorino** et **Jambert:** Un nouveau traitement du chancre mou. Annales des Maladies vénériennes No. 5, Mai 1939.

3) **G. Grupper:** Infection chancrelleuse et thérapéutique sulfamide à propos de 24 cas personels. Revue française de Dermatologie et de Vénéreologie No. 4, Avril 1939.

4) **P. Durel** et **J. Leroy:** Les sulfamides en vénéreologie. Bulletin Médical No. 25, Juin 1939.

5) **A. Sézary:** Le traitement local du chancre mou et des pyodermites cutanées par la poudre de sulfamide. La Presse Médicale No. 76, 11 Octobre 1939.

6) **A. Baccareda:** Contribution clinico-expérimentale à l'étude du mécanisme d'action des composés sulfoorganiques. L'influence du traitement sulfoorganique sur la prise et sur le développement des innoculations expérimentales de streptobaccil de Ducrey. Giornali Italiano di Dermatologia e Sifilologia vol. 80. fasc. 5, Octobre 1939.

A. Baccareda: Le traitement d'éléction actuel contre la stréptobacilose de Ducrey: Les sulfanilamidiques. II Dermosifiligrafo No. 10, Oct. 1939.

Observ. 1-a. — T. A., 19 ani, student. Şancăr sifilitic acum 7 ani, şancăr moale acum 2 ani. 10 Noembrie 1940: trei şancăre moi pe faţa mucoasă a prepuţului, datând de 4 zile. Albucid: 40 comprimate. Vindecat în 8 zile.

Observ. 2-a. — D. R., 22 ani, funcţionar. Maladia Nicolas-Favre acum un an. 27 Noembrie 1940: două şancăre moi pe gland şi în şanţul balano-prepuţial, apărute de 30 de zile. A făcut tratament local. Albucid. Vindecat în 10 zile.

Observ. 3-a. — P. O., 23 ani, student. Blenoragie acum cinci luni. 27 Noembrie 1940: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial care a apărut acum 5 zile. Cură cu Albucid. Vindecat în 9 zile.

Observ. 4-a. — D. I., 28 ani, funcţionar. Blenoragie acum un an. 26 Noembrie 1940: şancăr moale pe prepuţ, care a apărut acum o lună. A făcut tratament local. Albucid. Vindecat în 7 zile.

Observ. 5-a. — S. A., 19 ani, prostituată. Sifilis latent. 5 Decembrie 1940: şancăr moale pe labra mare stângă, apărut de o zi. Albucid. Vindecată în 7 zile.

Observ. 6-a. — S. I., 22 ani, student. 15 Decembrie 1940: parafimoză şi două şancăre moi pe prepuţ, de mărimea unei fasole, apărute de opt zile. A făcut tratament local. Albucid. Vindecat în 10 zile.

Observ. 7-a. — C. S., 23 ani, student. 16 Decembrie 1940: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial, datând de 12 zile. Incepe tratamentul cu Albucid şi se vindecă în 8 zile.

Observ. 8-a. — K. V., 20 ani, prostituată. Sifilis latent. 17 Decembrie 1940: două şancăre moi pe partea cutanată a labrei mari stângi, datând de 14 zile. Albucid. Vindecată în 9 zile.

Observ. 9-a. — S. A., 34 ani, ofiţer, 17 Decembrie 1940: şancăr moale pe faţa mucoasă a prepuţului, apărut de 28 zile. B. Wassermann şi Meinicke negative. Ultramicroscopie negativă. A făcut tratament local. Albucid. Vindecat în 8 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 10-a. — M. V., 37 ani, funcţionar. Şancăr moale acum 3 ani. 9 Ianuarie 1941: şancăr moale papulos, pe gland, datând de 14 zile. Albucid. Ameţeli şi senzaţie de amorţire a mânilor. Vindecat în 6 zile.

Observ. 11-a. — O. V., 23 ani, funcţionar. 23 Ianuarie 1941: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial, apărut de 8 zile. Albucid. Vindecat în 5 zile.

Observ. 12-a. — A. C., 20 ani, student, 2 Ianuarie 1941: şancăr moale foarte întins în suprafaţă, pe partea cutanată a prepuţului, datând de 3 zile. Albucid. Ameliorare. Pauză 9 zile. Apariţia unui nou şancăr moale, în rachetă, pe fren. Se vindecă ambele şancăre după a doua cură de Albucid.

Observ. 13-a. — R. O., 23 ani, student, 30 Ianuarie 1941: şancăr moale la baza penisului, apărut de 15 zile. A făcut tratament local. Vindecat în 7 zile dela începerea curei cu Albucid.

Observ. 14-a. — T. I., 25 ani, student. Maladia Nicolas-Favre acum un an. 4 Februarie 1941: şancăr moale al frenului, datând de 32 de zile. B. Wassermann şi Meinicke, negative. A făcut tratament local. Albucid. Cefalee în prima şi a doua zi. Vindecat în 10 zile.

Observ. 15-a. — M. C., 26 ani, muncitor, 2 Februarie 1940: două şancăre moi în şanţul balano-prepuţial şi pe fren, apărute de 3 zile. Albucid. Vindecat în 5 zile.

Observ. 16-a. — P. E., 30 ani, lucrător. Blenoragie acum doi ani. Sifilis latent. 6 Februarie 1941: şancăr moale pe prepuţ, apărut de două zile. Albucid. Vindecat în 6 zile.

Observ. 17-a. — P. G., 53 ani, funcţionar. Şancăr moale acum 4 ani. 11 Februarie 1941: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial, apărut de 14 zile, având dimensiunile de 2 cm. pe $1\frac{1}{2}$ cm. Albucid. Ameliorat. Tratament local (băi fierbinţi, tra. benzoe). Vindecat după 18 zile.

Observ. 18-a. — T. E., 19 ani, elev, 13 Februarie 1941: şancăr moale pe prepuţ, apărut acum 7 zile. Adenită stângă incipientă. Albucid. Abcedarea adenitei. Vindecat în 9 zile.

Observ. 19-a. — Z. C., 21 ani, funcţionar. 10 Februarie 1941: şancăr moale al meatului, apărut de 5 zile. Albucid. Inapetenţă, greaţă. Vindecat în 9 zile.

Observ. 20-a. — S. C., 21 ani, student, 17 Februarie 1941: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial apărut de 7 zile. Are şi blenoragie. Albucid. Vindecarea şancărului şi a blenoragiei în 7 zile.

Observ. 21-a. — R. D., 27 ani, funcţionar, 1 Martie 1941: şancăr moale pe partea mucoasă a prepuţului, prezentând şi o limfită a vergei. Albucid. Vindecat în 9 zile.

Observ. 22-a. — A. N., 20 ani, elev, 2 Martie 1941: şancăr moale pe prepuţ, apărut acum 14 zile. A făcut tratament cu băi fierbinţi şi atingeri cu fenol. Albucid. Vindecat în 10 zile.

Observ. 23-a. — C. V., 26 ani, student, 2 Decembrie 1941: şancăr moale pe faţa cutanată a prepuţului, de mărimea unei monede de 2 lei şi adenită crurală stângă. Albucid. Vindecare în 9 zile.

Observ. 24-a. — O. T., 34 ani, ziarist, 3 Martie 1941: şancăr moale în şanţul balano-prepuţial, datând de 21 zile. A făcut tratament local cu băi calde şi tra. benzoe. Albucid. Vindecat în 7 zile.

Observ. 25-a. — I. V., 20 ani, student, 12 Martie 1941: şancăr moale balano-prepuţial, datând de 5 zile. Albucid. Vindecat în 5 zile.

Observ. 26-a. — N. G., 29 ani, funcţionar, şancăr moale acum 6 ani. 28 Martie 1941: şancăr moale pe prepuţ, datând de 8 zile. Albucid şi pudraj local cu Albucid. Vindecat în 7 zile.

Observ. 27-a. — F. T., 20 ani, student, 1 Februarie 1941: şancăr moale în şanţul interfesier de 2 cm. diametru, foarte dureros, datând de 10 zile. Albucid. Ameliorare, aproape de vindecare. Vindecare în 15 zile.

Observ. 28-a. — M. P., 19 ani, student, 30 Martie 1941: şancăr moale prepuţial, apărut în 9 zile. Albucid şi pudraj local cu Albucid. Vindecat în 8 zile.

Cluj / General University Library Cluj

Observ. 29-a. — H. G., 28 ani, comerciant, 6 Aprilie 1941: şancăr moale balano-prepuţial apărut de 5 zile. Albucid şi pudraj cu Albucid. Cefalee şi stare de torpoare. Vindecat în 5 zile.

Observ. 30-a. — E. I., 23 ani, student, 7 Aprilie 1941: şancăr moale la fren apărut de 6 zile. Albucid şi tratament local cu Albucid. Vindecat în 8 zile.

Observ. 31-a. — B. C., 20 ani, student, 12 Ianuarie 1942: şancăr moale în şanţul balneo-prepuţial, datând de 28 zile. A făcut tratament cu acid fenic şi tra. benzoe. Ambesid 20 tablete şi tratament local cu pudră Ambesid. Vindecat în 8 zile.

Observ. 32-a. — P. N., 34 ani, funcţionar, 14 Ian. 1942: 14 şancăre moi peniene cu fimoză, datând de 10 zile. Eubasinum 30 tablete şi tratament local cu pudră de Eubasinum. Vindecat în 10 zile.

Observ. 33-a. — D. S., 24 ani, student. Nicio boală venerică. Şancăr moale pe faţa cutanată a prepuţului, la 3 zile după contact. 18 Ian. 1942: Ambesid 36 comprimate (6 pe zi timp de 6 zile). Tratament local: băi fierbinţi şi pudraj cu Ambesid. Vindecat în 8 zile.

Observ. 34-a. — G. N., 31 ani, muncitor. Sifilis latent. B. Wassermann şi Meinicke pozitive. 12 Ian. 1942: 4 şancăre moi, trei pe gland şi unul pe partea dorsală a penisului. Adenopatie inguinală inflamatorie incipientă. Face tratament local cu iodoform şi tra. benzoe, fără rezultat, până la 3 Febr. 1942, când i se dă Gombardol, 42 tablete (6 pe zi). Local, băi şi pudră de Gombardol. Vindecat în 7 zile.

Observ. 35-a. — G. D., 28 ani, lucrător, 2 Febr. 1942: şancăr moale pe gland, datând de 5 zile. Eubasinum 30 tablete şi tratament local cu băi şi pudră de Eubasinum. Vindecat în 8 zile.

Observ. 36-a. — A. C., 23 ani, casnică, 19 Febr. 1942: 3 şancăre moi (2 perianale şi unul la furşetă) apărute de 3 săptămâni. A făcut tratament cu spălături şi supozitoare pentru hemoroizi. Ambesid 30 comprimate (câte 6 în primele 3 zile, câte 4 în ultimele 3). Vindecări în 9 zile.

Concluzii:

1. Tratarea orală a şancărului moale este o metodă nouă de tratament.

2. Sulfamidoterapia vindecă şancărul moale într'un timp foarte scurt, în aproximativ 7—10 zile.

3. Intr'un caz din cele 26 (observaţia 12) tratate numai pe cale bucală am obţinut o simţitoare ameliorare după prima cură cu sulfamide şi vindecarea complectă după a doua.

4. Sulfamidoterapia este inofensivă, eficace, comodă, rapidă şi constituie tratamentul de elecţie al şancărului moale.

D-r V. COSTEA et D-r N. FRANDIN: Les auteurs en traitant au Dispensaire Antivénérien No. 2 de Jassy, 36 cas de chancre mou au moyen de la sulfamide, on put conclure que le traitement, „per os" et uniquement „per os" du chancre mou est une nouvelle méthode de traitement. Dans 10 de ces cas on a appliqué outre le traitement „per os", aussi un pansement local consistant en poudre de sulfamide. De ces recherches il resulte que la sulfamydothérapie représente le traitement d'éléction de chancre mou à la suite duquel on pourait obtenir la guérison entre 7 et 10 jours.

D-r V. COSTEA e D-r N. FRANDIN: Gli autori trattando con solfamide 36 casi di ulcera molle al Dispensario Antivenerico No. 2 di Iasi, sono arrivati à la conclusione che il trattamento per os e sollamente per la bocca di ulcera molle, e un nuovo método di trattar-lo. In 10 casi se applicato oltre il trattamento per la bocca anche una medicazione con cipria di solfamide. Da le ricerche fate, risulta che la solfamidoterapia forma un trattamento elettivo di ulcera molle, il tempo per guarigione stando aprossimativo di 7 á 10 giorni.

D-r V. COSTEA und D-r N. FRANDIN: Bei der Behandlung von 36 Fällen von weichen Schanker im Antivenerischen Dispensarium No. 2 von Iassy, kommen die Autoren zur Schlussfolgerung, dass die Behandlung, „per os" und nu „per os" des weichen Schankers eine neue Behandlungsmethode ist. In 10 Fällen wurden neben der Behandlung per os auch Sulfamide im Pulver form angedeudet. Aus den durchgeführten Versuchen erfolgt, dass die Sulfamidentherapie die Vorzugsbehandlung des weiches Schankers ist, da die Heilung sich in 7 bis 10 Tagen einstellt.

Digitized by Central University Library, Cluj

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

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

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
şef 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 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

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

LEZIUNILE OSTEO-ARTICULARE DE RAZBOIU ALE GENUNCHIULUI

de

D-r EMIL GHEORGHIU
Medic al Spitalului 321

Voi descrie sub formă de simple considerațiuni câteva „vérités premières", pe care voi căuta să le formulez, bazându-mă pe cele ce am constatat cu ocazia a două mari războaie, cel din 1916—1919 și războiul actual.

L. Ombrédanne și **N. Fiessinger** scriu într'o prefață a unei colecții de monografii, publicate sub direcția lor, că „printre noțiunile admise azi, toate nu au aparența de a prezenta același grad de quasi-certitudine, astfel că e posibil ca adevărurile de azi să fie considerate mâine ca erori". Tot acești autori arată că: „dacă unele concepții prezintă a priori un caracter discutabil, cum sunt teoriile patogenice de exemplu, există un număr oarecare de date clinice, de rezultate terapeutice și operatorii care trebuesc în prezent să fie considerate ca definitiv admise".

Vom raporta aceste principii la problema importantă a plăgilor articulare localizate la genunchiu. Importanța acestor plăgi provine din faptul că ele sunt frecvente și uneori foarte grave.

Frecvența ar fi după **Delorme** aproximativ 1/3 din plăgile articulare și 3 la sută din cifra totală a răniților. Gravitatea este datorită infecțiunilor grave care complică plăgile genunchiului.

In această articulație condițiile pentru ca infecțiile să devină grave, sunt realizate de sinovială, cea mai desvoltată din organism și cu numeroase funduri de sac, și de acel „carrefour" osos, unde se întâlnesc extremitățile oaselor femur, Tibia și peroneu cu rotula.

Totuși, desvoltarea infecțiunii după **Leriche**, prezintă ceva special. Lichidul secretat sau excretat de sinoviala traumatizată are o putere de apărare specială contra germenilor nocivi, fapt dovedit și pe cale experimentală de **Lecène**. De aceea perioada de incubație a infecțiunii este lungă, 18 până la 24 ore, uneori și chiar mai mult. Aceasta permite să se facă chirurgie profilactică.

D. I. **Gilorteanu**, în lucrarea publicată de Academia de Medicină din România (Probleme de medicină de război, Vol. I), la capitolul plăgei articulare insistă asupra unui fapt demonstrat că articulația se apără bine contra infecțiunii, atunci când e închisă și nu este drenată. Infecțiunea este aproape de regulă când utilizăm drenajul.

Când apare infecția, ea are o evoluție dintre cele mai grave.

Sinoviala devine un organ obsorbant, nu se mai poate apăra şi cum nu este seroasă [1]) cum se credea, nu produce aderenţe, nu se cloazonează ca peritoneul şi după un scurt interval apar semnele clinice ale unei intoxicaţii grave.

Numeroase lucrări, bazate pe experienţele războiului din 1914—1918, au apărut în toate ţările beligerante. Ele tratează şi plaga articulară sau leziunile genunchiului. Până la războiul trecut, susţine **Rochard**, nu exista nicio clasificare judicioasă nici chiar o descriere importantă a leziunilor provocate de pătrunderea proiectilelor de război în genunchiu.

Le Moine a arătat într'o lucrare făcută cu ocazia războiului trecut că sub numele de leziuni ale genunchiului se descrie o diversitate enormă de leziuni, cu atât mai mult, cu cât e vorba de leziuni create sub unghiuri de incidenţă atât de diferite. Complexitatea mare de fracturi ale leziunilor de război nu are nimic asemănător în chirurgia civilă. De aceea şi termenul de plagă articulară a genunchiului prin proiectile de război, nu se referă numai la regiunea delimitată de anatomişti.

Testut şi **Jacob** fixează următoarele limite genunchiului: o linie orizontală superioară care trece la trei degete deasupra bazei rotulei şi o linie inferioară care trece prin tuberozitatea tibiei. Intre aceste linii sau planuri orizontale sunt 12 până la 15 centimetri distanţă. Leziunile de război depăşesc aceste limite şi leziunile extra-articulare sau justa-articulare, având repercuţii asupra genunchiului, sunt considerate ca leziuni articulare.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Helfereich dela **Greifswald**, în tratatul său consacrat fracturilor şi luxaţiilor, descrie fracturi intra şi justa-articulare, fracturi supra-condiliene transversale, intra-condiliene, uni-condiliene, fracturi stelate ale rotulei. Aceste fracturi pot fi deschise, însă în niciun caz nu seamănă cu leziunile complexe osoase produse de o atât de mare varietate de proiectile şi care variază după fiecare naţiune beligerantă. Mai mult, fracturi justa-articulare şi chiar diofizare femorale, prin fisurile pe care le produc, transmit infecţia dela plagă la articulaţie. Războiul trecut ca şi războiul actual dovedesc că opinia lui **Delorme** se menţine şi anume că agentul contaminant se găseşte totdeauna în plaga produsă.

Tratamentul plăgilor de genunchiu s'a sistematizat foarte mult şi **Leriche** în **Traité de Thérapeutique** publicat cu **Lecène** la 1926, scrie: „este inutil să se redea evoluţia ideilor chirurgicale asupra plăgilor articulare. Nu voi expune decât modul cum trebue să se înţeleagă actualmente tratamentul plăgilor acestea, ţinându-se seama de toate achiziţiile dobândite dela războiul trecut".

La indicaţiile operatoare, bine precizate în tratatele pe care le avem la dispoziţie şi unde ne documentăm, se mai adaugă şi preţioasele achiziţii datorite radiografiei. „Radiografia a contribuit foarte mult la disociarea şi celerarea pe cât mai luminos posibil a leziunilor prin proiectile" (**Le Moine**). Graţie acestui mijloc de diagnostic şi de control, chirurgia de război a devenit mult mai precisă, mai electivă şi mai

*) Tomeaux şi Hermann au arătat că Sinoviala este o membrană fibroasă cu caracter condroid.

conservatoare, susţin cu drept cuvânt chirurgii militari. Cu ajutorul radiografiei se salvează multe membre inferioare, care altădată se amputau. Hôtel des Invalides din Paris era altădată plin numai de amputaţii de picioare, în bună parte din cauza plăgilor de genunchiu. Pentru comoditatea descrierei vom împărţi în 3 plăgile osteo-articulare ale genunchiului: 1) Plăgi cu leziuni dela început extra-articulare şi care se menţin tot timpul în această stare. 2) Plăgi cu leziuni la început extra-articulare, care devin cu timpul intra-articulare (leziuni mixte). 3) Plăgi cu leziuni intra-articulare.

1) In caz de plăgi cu leziuni dela început extra-articulare şi care nu se modifică, avem diverse fracturi.

Linia care corespunde cartilajului de conjugare trece deasupra condililor femurului. După cum şanţul de fractură trece dedesubt sau deasupra acestei linii, vom avea fracturi **epifizare** ori **diafizare**. Printre fracturile epifizare avem detaşări de condili **(fracturi parcelare-unicondiliene)**. Dacă aceste fracturi se află deasupra sinovalei, ea poate să rămână intactă. Eclatarea unui condil poate să fie singura leziune. Fractura este extra-articulară, fără ca să se altereze nici cartilajele articulare, nici sinoviala. Dacă porţiunea juxta-epifizară a femurului se fracturează prin acţiunea mecanică a proiectilului, se produce o fractură dinţată care expune nu la o piartroză, ci la o **osteomielită**.

In partea spongioasă a condililor se localizează uneori proiectili, de şrapnel de exemplu. La fostul război am găsit în condilul intern al piciorului stâng încrustat, capul unui şurub de bronz, care ca o rotiţă în mişcare a putut să-şi sape un traiect în os. Localizarea radiografică în asemenea cazuri este foarte dificilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ce priveşte tibia se întâlnesc fracturi izolate ale unui singur condil sau al platoului tibial. De asemenea se întâlnesc fracturi eschiloase ale peroneului; ele însoţesc fracturile de tibia.

2) Leziunile la început extra-articulare devin şi intra-articulare, graţie fisurilor care pleacă dela focarul de fractură.

Proiectilul care face să se sfărâme condilul, poate să se localizeze şi în părţile moi, antrenând porţiuni din îmbrăcăminte şi constituind focare de infecţiune. Sinoviala se poate infecta şi necesita o intervenţie. Pentru a trata piartroza care devine evidentă prin semnele clinice pe care le prezintă bolnavul, se va practica o **artrotomie**. Este o operaţie uşoară la genunchiu, după cum susţine **Pauchet**, care o compară cu o intervenţie de mică chirurgie. Artrotomia este urmată de mobilizare precoce articulară, după metoda lui **Willems**, de vaccinaţie locală şi generală, etc.

In războiul actual întrebuinţarea de sulfamide aduce servicii foarte mari în caz de osteomielită, de plăgi de membre şi mai cu seamă în fracturi deschise. Acţiunea sulfamidelor este preventivă şi curativă. Rezultatele favorabile obţinute în caz de tetanos, gangrenă gazoasă şi în diferite infecţii cu anaerobi au impus sulfamidoterapia. La posturile de prim ajutor, sulfamidele nu trebue să lipsească. Ele împiedică complicaţiile infecţioase ca să se producă, introducându-se în plagă 5 la 15 gr. de produs activ, ceea ce permite sutura primitivă. Intrebuinţările pe care le-am văzut cu ocazia campaniei actuale, mă fac să cred că sulfamidele n'au spus ultimul lor cuvânt.

3) Plăgile cu leziuni intra-articulare formează grupul cel mai important. In unele cazuri, rare de altmintrelea, numai sinoviala poate fi lezată. Simon a reunit 25 de cazuri de leziuni ale sinovialei. Pentru producerea acestor plăgi e nevoie ca coapsa să facă cu gamba un unghiu de aproximativ 170 de grade, ceea ce se întâlnește la cavalerist, când sunt călări sau la infanterist, în momentul când se pregătește să facă un efort pentru a porni în marș. Proiectilul produce două feluri de plăgi articulare: **plaga în seton** și **plaga oarbă**, cu un singur orificiu. Leziunile cari se produc, ca secțiunea ligamentelor, plagă osoasă sângerează și provoacă o **hemartroză** sau o **hidro-hemartroză**. Hemartroza sau se resoarbe dela sine sau e nevoie de puncție pentru ca să dispară. Hemartroza produsă de un proiectil septic se infectează. Piartroza care rezultă se vindecă în urma unei artrotomii largi. Artrotomia este pentru articulații ceea ce este debridarea pentru leziunile părților moi. Corpul strein articular este însoțit de dureri mari, uneori intolerabile. Extracția precoce se impune. Mulți chirurgi se mențin în expectativă, lăsând pentru mai târziu extracția proiectilului. Se știe că răniții când văd radiografia, cei mai mulți dintre ei cer să fie debarasați cât mai repede posibil de corpul strein. Pentru unii devine o adevărată obsesiune. In toamna trecută, un rănit evacuat de pe front la București, care avea un proiectil în vecinătatea articulației umărului a cerut cu atâta insistență să fie operat, încât a fost internat într'un sanatoriu din Capitală. După 5 zile dela intervenție a sucombat din cauza unei artrite septice supraacute, formă mortală. Același lucru s'ar fi putut întâmpla dacă glontele s'ar fi aflat în vecinătatea sau în articulația genunchiului, unde șansele de complicații grave sunt și mai mari.

In afară de sinoviale, scheletul este lezat. Putem cita fracturi fragmentare de rotulă care se vindecă prin **cerclagiu**, ca fracturile de rotulă din timp de pace.

In caz de fracturi multi-fragmentare se practica **rotulectomia**.

Fractura de rotulă uni-osoasă este excepțională. Ea se explică prin pătrunderea proiectilului care lovește părțile laterale ale genunchiului. Fracturile articulare cele mai frecvente sunt multi-osoase. Ele se tratează prin rezecția articulară și, în caz când este imposibilă, deoarece prin rezecție se obține un membru prea scurt, se va recurge la amputația precoce.

Se întâlnesc fracturi multi-osoase ale rotulei și femurului, ale rotulei și tibiei. Aceste fracturi prezintă sfărâmarea rotulei și sub multiplele fragmente se află fragmentele numeroase ale femurului și tibiei. **Eschilectomia** este imposibilă în asemenea cazuri.

Cunoscându-se cât mai bine chestiunea plăgilor de genunchiu din timp de campanie, chirurgii vor trebui să facă sforțări fie în vederea unei chirurgii conservatoare posibile, fie în vederea salvării asistenții răniților, compromisă de cele mai multe ori de artrita supurată.

Gravitatea acestor plăgi a făcut pe **Toussaint**, chirurg militar, să scrie în **Journal des Practiciens** din 30 Ianuarie 1915: „chirurgii dindărătul frontului știu că artrita supurată a genunchiului este o complicație extrem de gravă, mai cu seamă când pe lângă plaga genunchiului avem și alte plăgi".

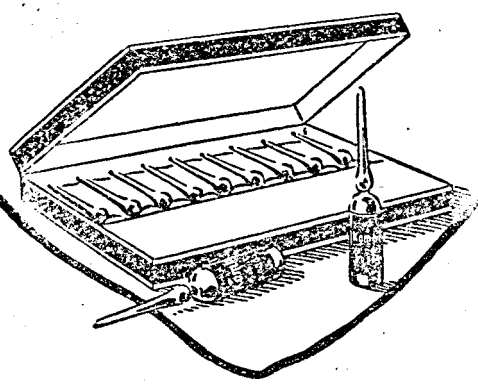
Apreciat de 30 de ani.
In cardiopatiile acute şi cronice

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.

Biblioteca Universitară Iaşi / Iaşi University Library Cluj

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PANSAREA LATERALĂ ŞI LIGATURA VASCULARĂ CA TRATAMENT AL ANEVRISMULUI TRAUMATIC

de

V. GOMOIU

Dintre elementele sau argumentele ce se pot invoca în comparaţia chirurgiei de război cu aceia din timp de pace, desigur că nu s'a omis faptul că prima oferă avantajul de a se practica pe un material aproape omogen, şi — am putea spune — de cea mai bună calitate, fiindcă în marea majoritate a cazurilor, are de-a-face cu indivizi tineri, dintre 21 şi 41 ani, în plenitudinea funcţiunilor vitale.

In schimb, chirurgia de război are — asupra celei de pace — o serie de dezavantagii, legate de condiţiile speciale în care se practică şi de diversitatea leziunilor, care fac imposibilă o standardizare; — ea impune chirurgului atâtea improvizări în ce priveşte materialul, şi atâtea modificări ale tehnicei operatorii clasice — de pace — încât chirurgia de război ar putea tot aşa de bine să fie numită chirurgie creatoare sau inventivă.

Ca exemplu, — dintre atâtea altele la care aşi putea să mă refer, — amintesc cazul unui rănit din războiul trecut, care prezenta o ruptură marginală a trunchiului venos brachio-cefalic, produsă prin schije de obuz. Am descoperit leziunea, intervenind în focarul emoragic, dar neavând cu ce să fac sutura vasculară, am aplicat o serie de pense hemostatice, una lângă alta, marginal, de-a-lungul deschizăturei vasului, lăsându-le atunci pe loc şi apoi ridicându-le treptat, prin rărire, între a 7-a şi a 9-a zi. Cu toată strâmtarea calibrului vascular, circulaţia a continuat să se efectueze, iar vasul s'a reparat complect, ca şi după cusătură.

Incurajat de acest fapt, am atăcat apoi chiar anevrismele traumatice, iar rezultatele le-am comunicat — conform ordinelor militare de atunci — Serviciului Sanitar dela Marele Cartier General, cu raportul No. 3257 din 1 Decembrie 1917, al Spitalului Mobil No. 13.

Am arătat atunci că anevrismele traumatice se deosebesc total de cele obişnuite. In aceste cazuri este preferabil a face hemostaza manuală directă, sau prin tracţiune asupra unui fir de catgut trecut pe sub vasul interesat. Apoi, se incizează tumoră pentru a descoperi focarul hemoragic, adică leziunea vasculară, şi o tratăm după putinţă prin

sutură, sau pensare laterală, căci, în jurul deschiderii vasculare, peretele este totdeauna lipsit de chiaguri şi orificiul apare foarte clar, în mijlocul unui câmp neted.

Ca să atrag mai bine atenţiunea asupra acestei tehnici, ale cărei rezultate fericite mă entuziasmaseră, am revenit asupra chestiunei şi, în revista „Spitalul" No... din... 1919, pag. 203, am publicat (împreună cu V. Ciocâlteu) un articol intitulat: „Tehnica intervenţiilor în anevrismele traumatice", insistând asupra unui caz de anevrism anterio-venos al axilarei, pe care l-am tratat prin pensarea laterală a vaselor.

In războiul actual însă, împrejurarea m'a pus în faţa unui alt caz de anevrism al axilarei, care mi-a dovedit că operaţia ale cărei rezultate mă făcuseră să o cred suverană, nu este aplicabilă în toate cazurile.

In adevăr, la 18 Septembrie 1941, mi-a fost adus în Spitalul Z. I. No. 309, sergentul C. G., în etate de 26 ani, care fusese rănit, prin glonte, în ziua de 5 Septembrie 1941.

In timp ce se găsea cu grupa de mitraliere, a fost fulgerat, dându-i impresia că i-a căzut mâna, iar pentru a-şi da seama de ea, a pipăit-o cu stânga. A rămas pe loc până dimineaţa, când a fost adus şi pansat la postul de prim ajutor, apoi a fost transportat la Ambulanţa Divizionară, iar de acolo trimis la Spitalul No. 7 (de campanie). A stat în acel spital 4 zile, în care interval s'au făcut pansamente zilnic, dar — după cum spune rănitul — „a început să se gangreneze mâna" şi a fost evacuat la spitalul german din Nicolaev. Nici acolo n'a rămas însă decât 5 zile, căci medicii, — care au recunoscut a fi vorba de anevrism, — au propus amputaţia braţului, dar rănitul a refuzat, răspunzându-le că preferă moartea.

In urma acestui refuz, i s'a imobilizat întreg membrul superior într'un aparat, şi rănitul a fost evacuat către Bucureşti.

In momentul intrării sub îngrijirea mea, — la 18 Septembrie 1941, adică la 13 zile dela rănire, — numitul acuză dureri atroce în umărul drept, care făceau să-i transpire fruntea de sudori reci, şi care aproape îl sleiseră în timpul parcursului.

Am ridicat imediat aparatul şi am constatat că avea o plagă străpunsă (prin glonte) a umărului drept, cu orificiul de intrare pe peretele axilar anterior şi cel de ieşire pe peretele posterior; întreg umărul drept, cu axila şi braţul corespondent erau tumefiate şi de culoare violacee. Numitul avea impotenţa funcţională completă a membrului superior, dar acuza dureri în tot umărul şi braţul, fără să le poată localiza; pulsul radial nu se simţea de loc, iar temperatura în axilă opusă arăta 37°.

Pentru a putea să controlez tot lotul răniţilor aduşi în acea seară, — şi, fiindcă nu exista nicio indicaţie de urgenţă operatorie, — s'a administrat un calmant contra durerilor şi s'a învelit tot umărul într'un priesnitz bogat. A doua zi când am examinat rănitul, am constatat — pe lângă cele arătate mai sus, — oarecare mişcări de expansiune în axilă, care era violacee şi sub mare tensiune.

Ne mai rămânându-mi niciun dubiu asupra diagnosticului de anevrism, — căci rănitul însuşi a mărturisit senzaţia de a avea „o

inimă în subţioară", — l-am prevenit asupra pericolului de a-şi pierde braţul, şi atunci am aflat dela dânsul povestea de mai sus. Radiografia n'a decelat nicio leziune osoasă.

In faţa refuzului categoric de a primi amputaţia propusă de colegii germani, iar pe de altă parte de teama imposibilităţii unei suturi sau pensări laterale a vaselor, — fiindcă nu aveam niciun indiciu asupra întinderii leziunei vasculare, — am temporizat operaţia până ce între timp rănitul însuşi să se convingă de necesitatea ei.

In zilele următoare, aceleaşi dureri atroce, istovitoare, cu temperatură care a început să oscileze între 37—38°, dar aceiaşi protestare din partea rănitului, ori de câte ori 'i se amintea de eventualitatea amputaţiei.

In aşteptarea schimbării părerei celui în cauză, s'a continuat aplicarea zilnică a priesnitzului, s'au făcut injecţii cu calciu, şi s'a administrat câte un calmant contra durerilor, care-i făceau somnul imposibil. Intre timp însă, umărul drept, măsurat peste axilă, ajunsese la 57 cm. (faţă de 37 cât era cel stâng), iar edemul s'a întins peste claviculă până latero-cervical; — circonferinţa braţului drept ajunsese la 37 cm., pe când congenerul avea numai 22, iar edemul a cuprins antebraţul şi mâna; — pielea axilei a devenit tot mai întinsă, mai subţire şi mai lucie.

Văzând deci că anevrismul ameninţă să se deschidă spontan, — ceea ce ar fi adus o moarte dramatică, — şi neputând să trec peste voinţa atât de hotărîtă a celui în cauză, — iar pe de altă parte pentru a-i salva vieaţa, care-i era atât de ameninţată, am hotărît să fac hemostaza subclaviculare şi să se decidă apoi la ceea ce era de făcut.

In consecinţă, la 4 Octombrie, anesteziind bolnavul prin inhalaţie de cloroform, şi dându-mi seama de dificultatea — mai bine zis imposibilitatea — de a descoperi subclaviculara la locul de elecţie (între scaleni) — din cauza edemului supraclavicular, — am procedat la descoperirea ei pe calea subclaviculară. Operaţia a fost şi aci foarte grea nu numai din cauza infiltraţiei ţesuturilor, dar mai ales fiindcă sacul hemoragic se rezima chiar pe clavicula, — şi abia am putut să creez un tunel prin care să strecor firul de catgut pe sub arteră.

In această situaţie, de teama că tracţiunea pe subclaviculară să nu-i detaşeze capul care se înfunda în pungă, — ceea ce ar fi adus liberarea arterei din anza firului şi moartea operatului prin hemoragie, — iar pe de altă parte, apreciind ca inutil riscată o încercare chiar de pensare laterală a vasului, — am definitivat ligatura subclaviculare, rămânând ca urmarea — pe care o bănuiam a fi gangrena membrului — să convingă pe rănit la acceptarea operaţiei radicale (amputaţia).

Imediat după ligatură, membrul întreg a pălit, — totuşi l-am învelit în comprese umede, calde, şi am acoperit totul în muşama.

A doua zi, — spre mulţumirea ambilor interesaţi, — am constatat că membrul s'a păstrat cald, dar tegumentele aveau o culoare greu de definit — aşi putea zice „pământie" — şi cu oarecare pete — marmoraţie — pe alocuri mai violacee, iar în alte părţi mai deschise. Du-

Digitized by Centrul Universitar Iaşi / Digitized by Google

rerile au mai încetat şi bolnavul a putut să doarmă liniştit câteva ore.

In zilele următoare, — în care s'a continuat aplicarea priesnitzelor calde, — tegumentele au început să-şi revină către culoarea normală şi edemul s'a retras treptat, iar la 14 Octombrie operatul a început să simtă mâna. De atunci s'a suprimat priesnitzul şi s'a continuat pansamentul plăgii subclaviculare, care a trebuit să fie lăsată deschisă. Temperatura n'a mai depăşit 37°, iar durerile au scăzut treptat până ce au dispărut complect.

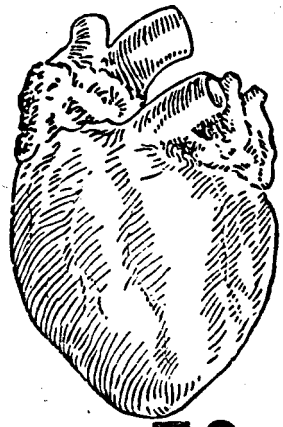
Spre marea lui bucurie, începând din ziua de 19—20 Octombrie, operatul a putut să execute chiar oarecare mişcări. Din nefericire, însă, acestea au rămas limitate numai la ultimele trei degete, aşa că, actualmente acest operat, — care nu s'a vindecat de anevrism, — păstrează încă impotenţa funcţională a membrului superior, căci, nu are nicio mişcare în articulaţia umărului, nici a cotului sau a pumnului; — pe deasupra are oarecari turburări trofice ale pielei şi unghiilor, cum şi turburări de sensibilitate, căci, — după cum confirmă şi d-l Paulian, care a examinat bolnavul între timp, — este vorba de o leziune a plexului brachial drept în axilă.

Cu toate acestea, operatul este cel mai fericit că şi-a păstrat mâna, — şi, tocmai această fericire, face să răsune mereu întrebarea dacă este preferabilă amputarea şi aplicarea unei proteze oarecum utilizabilă, sau conservarea unui membru, oricum ar fi el. Cum însă această problemă — atât de veche şi totuşi atât de nouă — nu poate să aştepte deslegare dela cercul nostru, nici nu intru în discuţia ei.

Succesul cazului amintit, — conservarea membrului şi vindecarea anevrismului, după ligatura subclaviculare, — ne pune firesc o întrebare, care se încadrează perfect în preocupările noastre, şi anume: Cum — sau, pe unde, — s'a asigurat nutriţia membrului? Totuşi, n'o discut nici pe aceasta, — fiindcă va fi oricui foarte greu să precizeze dacă numitul este beneficiarul vreunei anomalii vasculare profundă, nesemnalată încă, sau dacă temporizarea la care am recurs a favorizat desvoltarea unor colaterale superficiale, capabile să îndestuleze irigaţia membrului; — fapt este că anatomia n'a înregistrat până acum niciuna din aceste 2 eventualităţi.

De aceia, folosind istoria clinică a acestui caz doar ca un act doveditor, ţin numai să atrag atenţiunea că, în afară de amputaţie, — chiar acolo unde nu se poate face clasica sutură vasculară şi nici pensarea laterală preconizată de mine, — încă mai rămâne ceva de făcut, cu speranţe de succes: ligatura vasculară.

BCU Cluj / Central University Library 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

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 — GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

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

Streptococcie-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

CERCETARI ASUPRA LICHIDULUI CEFALO-RACHIDIAN IN LEZIUNILE SIFILITICE ALE NERVILOR OCULO-MOTORI

de

D-r V. SĂBĂDEANU

Ravaut susţine, că toate manifestaţiile clinice ale sifilisului nervos, oricât de minime ar fi, se însoţesc aproape totdeauna de reacţiuni ale lichidului cefalo-rachidian.

Terrien şi Cousin indică să se examineze reacţia Bordet-Wassermann în sânge şi în l. c. r. în toate cazurile de turburări de motilitate şi sensibilitate oculară, pentru a se putea stabili etiologia lor.

Fordyce observă, că cercetarea reacţiei Wassermann în l. c. r. aruncă o lumină nouă asupra paraliziilor oculo-motorii, care preced şi anunţă adeseori un sifilis nervos grav.

Igersheimer declară, că puncţia lombară are o valoare deosebită în paraliziile musculaturei oculare, în deosebi când examenul sângelui dă rezultate negative.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste păreri justifică în deajuns cercetările ce s'au făcut asupra stării lichidului cefalo-rachidian în leziunile sifilitice din sfera oculară, în general, şi în leziunile sifilitice ale nervilor oculo-motori, în special. Notez însă, că numărul publicaţiilor ce se referă la starea lichidului cefalo-rachidian în leziunile sifilitice izolate ale nervilor oculo-motori, fără alte manifestări patologice din partea sistemului nervos central sau periferic, este foarte restrâns.

Cercetările mele, a căror rezultat îl dau mai jos, împreună cu altele publicate anterior, au la bază această justificare.

Dacă rezultatele majorităţii cercetătorilor concordă asupra faptului, că l. c. r. prezintă modificări în cele mai multe cazuri de leziuni sifilitice oculo-motorii, ele diferă mult în ceea ce priveşte măsura acestor modificări şi mijloacele de examinare prin care pot fi puse în evidenţă. Aceasta se explică prin faptul, că cei mai mulţi autori s'au servit de un număr restrâns de mijloace de investigaţie, punând în evidenţă modificări unilaterale ale lichidului.

Terrien şi Cousin găsesc o limfocitoză de grade variabile în turburările de motilitate oculară. După părerea lor, această limfocitoză dispare prin tratament în paraliziile sifilitice, dar persistă în cele tabetice. Ravaut crede, că reacţia citologică şi cea albuminică sunt mai sensibile pentru sifilisul nervos, decât reacţia Wassermann. El constată, că reacţia Wassermann nu dă totdeauna rezultate paralele cu examenul citologic, însă pare în raport cu conţinutul în albumină. Riser susţine că reacţia albuminică şi cea citologică merg de obicei împreună, dar

sunt şi cazuri de disociaţie între ele. **Pollet** a observat numeroase astfel de cazuri. **Cestan** şi **Riser** ajung la convingerea, că nu există paralelism între reacţia citologică şi intensitatea leziunilor nevraxului. **Dubois-Poulsen** susţine că limfocitoza este deosebit de frecventă în paraliziile musculatorii oculare extrinseci.

In ceea ce priveşte numărul limfocitelor care se pot găsi într'un l. c. r. normal, **Igersheimer** este de părerea, că el variază între 1 şi 5. **Leredde** consideră însă chiar un limfocit pe mmc. ca stare patologică.

Hiperalbuminoza se asociază de obiceiu cu celelalte modificări ale lichidului cefalo-rachidian. **Riser**, **Sicard** cred însă, că în unele cazuri hiperalbuminoza izolată este primul semn de invazie meningeală. **Bloch** susţine, că hiperalbuminoza izolată nu este o raritate. **Riser** notează însă cazuri când hiperalbuminoza lipseşte, deşi celelalte modificări ale lichidului sunt intense. Acelaşi autor consideră, că se pot observa leziuni ale nervilor cranieni sau ale fibrelor pupilo-motorii, fără alte semne clinice, în meningite istologice active şi tardive, la 4—10 ani după infecţia luetică. Hiperalbuminoza însoţeşte constant aceste meningite, dar şi celelalte reacţii se pot activa temporar. **Rabeau** admite, că se pot vedea hiperalbuminoze abondente fără r. Wassermann pozitivă, invers însă excepţional.

In ceea ce priveşte valoarea r. Wassermann în leziunile sifilitice ale ochiului şi anexelor sale, **Terrien** şi **Cousin** stabilesc următoarele 4 posibilităţi cu privire la lichidul cefalo-rachidian: 1) R. Wassermann este negativă în sânge şi în l. c. r. = sifilisul poate fi scos din cauză; 2) r. Wassermann este pozitivă în sânge şi negativă în l. c. r. = atingerea ochiului şi în special a anexelor sale nervoase pare nesigură; 3) r. Wassermann este negativă în sânge, dar pozitivă în l. c. r. = sifilisul poate fi îndepărtat din cauză numai după eşecul tratamentului specific; 4) r. Wassermann este pozitivă în sânge şi în l. c. r. = sifilisul este sigur, cu atacarea substanţei nervoase. **Levaditi**, **Ravaut** şi **Yamanouchi** au întâlnit r. Wassermann pozitivă în sânge şi negativă în l. c. r. într'un caz de meningită luetică, vindecată prin tratament mercurial. **Salomon** şi **Klauder** au observat, pe lângă alte manifestări ale sifilisului nervos, mai multe cazuri de paralizii ale nervilor cranieni, în care r. Wassermann în l. c. r. era negativă. El susţine chiar, bazaţi pe numeroase observaţii personale, că absenţa oricărei alteraţii patologice a lichidului cefalo-rachidian nu exclude caracterul activ şi progresiv al neurosifilisului.

Rezultatul cercetărilor mele se cuprinde în tabloul rezumativ No. 1. In aceste cercetări m'am servit, ca şi în cele publicate anterior, de un mare număr de mijloace de investigaţie, căutând să pun în evidenţă sub mai multe raporturi modificările lichidului cefalo-rachidian. In acelaş timp am cercetat şi reacţiile serologice ale sângelui, pentru a stabili, prin comparaţie, valoarea clinică a examenului lichidului cefalo-rachidian.

In general în această serie de cercetări, referitoare la paraliziile oculo-motorii, am găsit lichidul modificat într'un procent mult mai mare, decât în cercetările mele referitoare la leziunile sifilitice ale nervului optic sau la cheratita parenchimatoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Analiza datelor cuprinse în acest tablou ne arată, că după anamneză şi examenele clinice, un număr de 18 bolnavi puteau fi presupuşi ca luetici (No. 1—18). Dintre aceştia examenul serologic al sângelui numai pe 7 (38,8%) i-a confirmat ca atare, pe când l. c. r. apare net modificat la 15 (83,3%) dintre ei. La 2 bolnavi (11,1%) starea patologică a lichidului este slab schiţată, iar la 1 (5,5%) el poate fi considerat nealterat.

O simplă comparaţie între cifre ne arată importanţa examenului lichidului cefalo-rachidian în cazurile de faţă. Dar valoarea clinică a acestui examen iasă şi mai bine în evidenţă, dacă analizăm cazurile în care reacţiile serologice ale sângelui nu au lămurit etiologia afecţiunii. Intr'adevăr dintre cei 11 bolnavi presupuşi sifilitici, cu reacţiunile în sânge negative, la 8 (72,7%) examenul lichidului dă rezultate net pozitive, la 2 (18,1%) modificările lichidului sunt slab schiţate şi numai la 1 (9%) lichidul apare nemodificat. Iată dar un considerabil procent de cazuri în care examenul lichidului cefalo-rachidian clarifică natura leziunii.

Mai puţin ne lămureşte rezultatul obţinut în cazurile No. 5 şi 18, unde modificările lichidului nu se traduc decât prin tensiunea mărită şi prin r. Pandy slab pozitivă. Niciuna dintre aceste modificări nu este specifică pentru lues. Notez totuşi, că **Rost** a găsit, în anumite forme de sifilis, hipertensiunea izolată a lichidului cefalo-rachidian, fără alte modificări ale lui. Ca un aspect clinic interesant subliniez într'unul din aceste cazuri coincidenţa turburărilor oculo-motorii cu edemul papilar datorit hipertensiunii cefalo-rachidiene. **Morax** notează de asemenea această coincidenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul No. 2, deşi după anamneză bolnava este luetică, atât examenul sângelui, cât şi al lichidului cefalo-rachidian a dat rezultate negative. Dacă după **Nonne** în acest caz luesul trebue exclus, după **Salomon** şi **Klauder** el poate fi totuşi încriminat cu producerea turburărilor oculo-motorii.

O discuţie mai poate avea loc şi asupra altor 3 cazuri: în cazul No. 17 reacţiile de fixarea complementului au rămas negative, deşi toate celelalte reacţii au fost pozitive. Cele două reacţii coloidale, cu benzoe şi cu mastix, prin precipitarea lor în zona specifică pentru sifilis, ne indică însă sigur agentul provocator. Acelaşi indiciu ni-l da reacţia cu mastix coloidal în cazul No. 7. Iar în cazul No. 4 reacţia cu soluţie coloidală de benzoe, prin precipitarea sa în zona mijlocie, ne relevă o meningită, a cărei origine luetică pare foarte probabilă după anamneză. Aceste trei cazuri confirmă constatările făcute de **Obreja** şi **Tomescu, Urechia** şi **Ciocan** asupra valoarei celor două reacţii coloidale.

Este demn de remarcat, că n'am avut niciun caz în care să fi obţinut rezultate pozitive în sânge şi negative în lichidul cefalo-rachidian. Iar în cazurile, în care am obţinut reacţiuni pozitive atât în sânge cât şi în l. c. r., reacţiile lichidului au fost mai intense sau cel puţin de aceeaşi intensitate ca ale sângelui.

Cele trei cazuri nesifilitice s'au comportat astfel: Unul a avut l. c. r. normal, altul a prezentat o hipertensiune izolată, iar al treilea

Nr. curent	Bolnavul	Sexul	Etatea	ANTECEDENTE şi MANIFESTĂRI PATOLOGICE	DIAGNOSTIC şi FORMĂ CLINICĂ	Sânge R. Wassermann	Sânge R. Sachs-Georgi	Sânge R. Müller	Tensiunea
1	A. V.	B.	32	Neagă infecţie luetică	Ptoză palpebrală O.D.	—	—	—	48
2	B. M.	F.	29	Are un copil eredoluetic a avut şancru dur.	Anisocorie, pareza acomodaţiei şi a sfineterpupilar stg.	—	—	—	38
3	Z. E.	F.	38	Cu 5 ani în urmă şancru dur	Ptoză palpebrală O.S.	††††	††††	††††	42
4	M. P.	B.	42	Soţia avorturi spontane multiple şi 2 naşteri de feţi morţi	Diplopie; pareza oculomotor. ext. dr.	—	—	—	37
5	R. E.	F.	43	De 1/2 an cefalee moderată; soţul ei şancru dur înainte de căsătorie.	Oftalmoplegie ext. A O. Nevrita optică edemat.	—	—	—	53
6	Gy. A.	B.	30	Şancru dur la 24 ani, tratat puţin şi neregulat.	Paralizia totală a oculo-motor. comun stg.	††††	††††	††††	42
7	T. C.	B.	48	Neagă infecţie luetică; nici-o altă leziune organică	Paralizia bilaterală a oculo-motor. comun.	—	—	—	40
8	P. A.	B.	38	Cu 13 ani în urmă şancru sifilitic.	Paralizia totală a oculo-motor. comun stg.	††††	††††	††††	40
9	K. A.	B.	31	Cu 20 ani în urmă lues, tratat. 6 serii inj de atunci în fiecare an 1 serie inj.	Pareza acomodaţiei şi sfincter pupilar dr.	—	—	—	46
10	M.Gh.	B.	48	Cu 6 ani în urmă şancru. Medicul curant i-a făcut inj. timp de 5 săpt.	Paralizia oculo-motor. extr. dr.	— †	— †	— ††	50
11	P. G.	B.	44	Un copil al său a suferit de cheratită parenchimat.	Paralizia oculo-motor. extr. dr.	††	†	††	43
12	S. A.	F.	32	3 avorturi spontane şi 2 naşteri de feţi morţi.	Pareza oculo-motor. comun drept.	—	—	—	56
13	P. A.	F.	39	Nimic specific pt. lues.	Diplopie; pareza aductori stg.	—	—	—	52
14	K. A.	B.	54	Cu 30 ani în urmă şancru luetic. Cefalee.	Paralizia totală a oculo-motor. comun. stg.	†† †††	† †††	† †††	55 40
15	S. L.	B.	60	Cu 15 ani în urmă şancru dur. Tratat regulat 2 ani.	Paralizia oculo-motor ext. stg.	—			40
16	D. Ş.	B.	40	Şancru luetic cu 6 ani în urmă. Tratat timp de 1 an cu inj.	Pareza oculo-motor. comun dr.	†	††	†	49
17	B. Ş.	B.	35	Neagă infecţie luetică. Nici o altă boală organică.	Paralizia ext. oculomotor. comun. dr.	—	—	—	43
18	U. V.	B.	36	Soţia un avort spontan.	Diplopie; parexia adduct. dr. nevrită optică retrobulbară.	— —	— —	— —	53 50
19	B. O.	F	46	Nimic specific pt. lues. Hipertens arter. gener.	Ptoză palpebrală O. D	—	—	—	47
20	O. G.	B.	55	Nimic suspect pt. lues. Hipertens. arter. gener.	Paralizia oculo-motor. ext. stg	—	—	—	42
21	S. R	F.	66	Nimic suspect pt. lues. Hipertens. arter. gen., diabet	Paralizia recidivantă oculo-motor. com. stg.	—	—	—	45

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. 1

Lichid cefalo-rachidian									
Limfocite pe 1 mmc.	Albumina în ctgr. la 0/00	R. Nonne-Apelt	R. Pandy	R. Wassermann	R. Sachs-Georgi	R. Müller	R. coloidală cu benzol	R. coloidală cu mastix	OBSERVAŢIUNI
peste 200	136	††	††††	— ††††	—	—	1/2 1100222220 . 0	002200	1 c. r. turbure după 1/2 oră se depun flacoane; după 8 ore s'a clarificat
1,5	urme	—	†	—	—	—	00000010 0	000000	
1,5	40	†††	††††	††††	††††	††††	0122 1/2 22210 . . 0	133100	
19,2	50	††	††	—	—	—	00000222210 . . 0	0 0	l. c. r. rantoeromatic; rămâne xantoerom şi după centrifug; nu se depune nimic
1,3	22	—	††	—	—	—	0 0	0 0	
22,1	56	†††	†††	††††	††††	††††	000022222210 . 0	033310	
4,5	35	†	†	—	—	—	0 0	033000	
42,8	40	††	†††	††††	††††	††††	1212222210 . . . 0	321000	
11	40	††	†††	†††	††	††	1121122220 . . . 0	233510	examen neurologic; tabes incipient
32	56	†††	†††	††††	††††	††††	11222122220 . . 0	333200	Reacţiile în sânge positive după provocare
24	60	†††	††	††††	††††	††††	002222220 0	232100	
16	48	†	††	††	††	††	00000220 0	0 0	
25	60	†	†	—	—	—	00000120 0	0 0	după 2 săpt. de trat. s'a repetat puncţia lomb.
28	60	††	†††	††	††	††	0002220 0	0 0	
12,6	48	††	††	†††			121122220 0	223100	După provocare s'a reexaminat sângele.
8	40	††	††	††			1112221210 . . . 0	132200	
44	70	††	††	††††	††††	††††	12122122210 . . 0	233200	
11	70	††	†††	—	—	—	1122222220 . . . 0	033330	
0,6	22	—	—	—	—	—	0 0	0 0	Repet examene. sângelui şi a l. c. r. după provocare
0,4	22	—	†	—	—	—	0 0	0 0	
1,6	22	—	—	—	—	—	0 0	0 0	
1,5	22	—	—	—	—	—	0 0	0 0	
2	46	—	—	—	—	—	0 0	0 0	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a prezentat hipertensiune însoţită de hiperalbuminoză. Toate celelalte reacţii au dat rezultate negative.

In general, în cazurile în care lichidul era modificat, această modificare era profundă, ea fiind pusă în evidenţă prin toate sau prin majoritatea mijloacelor de investigaţiune. Numai în câteva cazuri am găsit o disociaţie mai evidentă între diferitele reacţii. Grupul reacţiilor de fixarea complementului şi de floculaţie, ca şi acelor de precipitare a soluţiilor coloidale, rămân, ca frecvenţă, cu ceva în urma hiperalbuminozei, a limfocitozei şi a reacţiilor de precipitarea globulinelor. In deosebi reacţia Pandy s'a arătat foarte sensibilă, ea fiind net pozitivă sau schiţată în toate cazurile presupuse luetice. Se confirmă prin aceasta părerea lui Fiamberti, care susţine, că este cea mai sensibilă dintre toate reacţiile lichidului cefalo-rachidian.

Tabloul No. 2 ne permite o privire de ansamblu şi o comparaţie a valoarei fiecărei reacţii, după frecvenţa ei exprimată prin procentul cazurilor pozitive.

Tabloul Nr. 2

Nr. curent	MIJLOCUL de EXAMINARE	frecvenţa în % (calcul. la cazuri. luetice)				OBSERVAŢIUNI
		intens pozitivă	pozitivă	slab pozitivă	în total	
1	Tensiunea	5,5	22,2	16,6	44,4	După Barré şi Schraff normală 40—44
2	Limfocitoza	16,6	22,2	33,3	72,2	După Igersheimer normală de 1—5 pe mmc.
3	Albuminoza	27,7	27,7	27,7	83,3	După Sicard şi Cantalumbe normală 22 ctg. la ‰
4	R. Nonne-Apelt	22,2	50	11,1	83,3	
5	„ Pandy	44,4	33,3	22,2	100	
6	„ Wassermann	50	16,6	—	66,6	
7	„ Sachs-Georgi	37,5	18,7	—	56,2	
8	„ Müller	37,5	18,7	—	56,2	
9	„ benzoe coloid.	—	66,6	—	66,6	
10	„ mastix „	—	66,6	—	66,6	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este de remarcat procentul mare a hiperalbuminozei, a limfocitozei şi a reacţiilor Pandy şi Nonne-Apelt pozitive. Dar n'am observat totuşi un paralelism absolut între aceste reacţii.

Vom reţine de asemenea, că reacţiile Wassermann, Sachs-Georgi, Müller în două cazuri au devenit pozitive numai după provocare (No. 1 şi 13). In aceste cazuri majoritatea celorlalte reacţii era pozitivă deja înainte de provocare. Cele trei reacţii de mai sus s'au arătat de sensibilitate egală şi în marea parte a cazurilor cu lichid patologic au fost intens pozitive. Diferenţa de procent din tabloul No. 2 rezultă din

faptul, că reacţiile Sachs-Georgi şi Müller nu s'au executat în toate cazurile, în care s'a executat reacţia Wassermann.

Reacţiile de precipitare a soluţiilor coloidale urmează destul de aproape celelalte reacţii în pozitivitatea lor şi procentual s'au dovedit de aceeaşi frecvenţă că reacţia Wassermann, deşi nu există un paralelism precis între ele. Reacţia cu benzoe şi cea cu mastix, cu excepţia celor două cazuri, arată în mod evident, aceeaşi sensibilitate şi un paralelism pronunţat.

Ceea ce mai este demn de reţinut este faptul, că într'un caz (No. 3) limfocitoza era normală, deşi toate celelalte reacţii erau intens pozitive. In alt caz ea apare, alături de hiperalbuminoză, ca cea mai evidentă modificare a lichidului cefalo-rachidian. In restul cazurilor ea este mai mult sau mai puţin corespunzătoare celorlalte modificări ale lichidului.

Hipertensiunea, deşi ne dă cel mai mic procent de stare patologică, în două cazuri (No. 5 şi 18) este singurul indiciu pozitiv de modificare a lichidului, alături de reacţia Pandy abia evidentă. In câteva cazuri de modificări profunde ale lichidului am găsit însă tensiune normală.

In ceea ce priveşte turburările funcţionale de după puncţia lombară, datorită faptului, că fiecare bolnav era aşezat în decubit abdominal timp de 24 ore, ele n'au apărut decât într'un singur caz, sub formă de uşoară cefalee.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cele de mai sus rezultă:

1) In turburările de motilitate oculară de natură luetică, examenul lichidului cefalo-rachidian dă rezultate pozitive în marea majoritate a cazurilor, până când reacţiile serologice ale sângelui rămân negative în cele mai multe cazuri.

2) In general, modificările lichidului sunt profunde şi multilaterale, ceea ce denotă un sifilis foarte activ.

3) Contrar altor constatări personale, referitoare la alte afecţiuni oculare, în această formă de sifilis, reacţiile de precipitare a soluţiilor coloidale s'au arătat mai sensibile şi caracteristice pentru lues.

4) Un tablou complect al modificărilor lichidului cefalo-rachidian îl putem obţine prin cercetarea următoarelor reacţii: a) măsurarea tensiunii, b) numărarea limfocitelor, c) determinarea cantităţii de albumină, d) reacţia Pandy, e) reacţia Wassermann, f) una dintre reacţiile de precipitare a soluţiilor coloidale (benzoe sau mastix).

BIBLIOGRAFIE:

Bloch: L'hiperalbuminose monosymptomatique dans le liquide cephalorachid. des syphil. (Paris Méd. 1923). — **Cestan** et **Riser:** Contrib. a l'étude des dissociations des réactions du l. c. r. au cours de la syphilis du nevraxe. (Academie de Méd. 7 II 1922). — **Dubois-Poulsen:** Traite d'ophtalm. (Masson 1939). — **Fiamberti:** (L. c. r. în diagn. neuropsihiatric — după Cluj. Med. 1928). — **Fordyce:** (Acad. de Med. din New-York — discuţie asupra valoarei reacţiei Wassermann — după Arch. of Opht. 1922). — **Igersheimer:** Syphilis und Auge. — **Leredde:** Taux norm. de la lymphocitose céph-rach. (Soc.

Franç. de Dermat. et Syphil. 1922). — **Rabeau:** Contrib. a l'étude des albumumineq du l. c. r. en partic. des syphil. (Thèse Paris 1921). — **Obreja** şi **Tomescu:** Reacţiunea cu benzoe coloid. în sifilisul nervos şi sifilisul secundar. (Spitalul, 1921). — **Obreja** şi **Tomescu:** Reacţiunea cu benzoe coloid. în sifilisul hereditar şi boalele mintale nespecifice. (Spitalul, 1921). — **Riser:** Le liquide céphalo-rachidien. (Masson 1929). — **Salomon** et **Klauder:** Neurosyphilis au l. c. r. normal. (Presse Méd. 1922). — **Terrien** et **Cousin:** Affections de l'oeil en médecine générale. — **Urechia** şi **Ciocau:** Controlul reacţiei Dujarric de la Rivière et Gallerand pe 536 cazuri. (Soc. Rom. de Biologie 1926).

PREPARATE NOUI

AMBESID

Tablete şi fiole

Preparat sulfamidat

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, pneumococi, stafilococi, meningococi şi colibacili

SYNTHOESTRIN

Tablete şi fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil-oxi-alfa-beta-dietil stilben,

acţiune identică cu a hormonului foliculer.

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat

Bucureşti, V, str. Logofătul Tăut, 99

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subţire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecţiuni ale Căilor urinare

*

Absolut netoxic Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

*

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT
Chemische Fabrik
Brackwede

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Somniferul

cu efect sigur

BCU Cluj / Central University Library Cluj

chiar şi în doze mici ($^1/_2$ tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare înviorătoare cu

QUADRO-NOX

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

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.

STRADA SF. IONICĂ, 8

BUCUREŞTI

O SECTIE DE PEDIATRIE LA UN SPITAL JUDETEAN

de

D-r P. THEODORINI
Medic primar pediatru

Prezenţa unui pediatru la secretariatul general al Ministerului Sănătăţii a făcut, ca pe lângă spitalele câtorva judeţe, să se înfiinţeze şi câte o secţie de boli de copii. Ca urmare la aceasta, în bugetul anului 1937, spitalul R.-Vâlcea capătă un loc de medic primar pediatru şi un loc de soră, în timp ce la spital se construia clădirea necesară. La 15 Iulie 1937, odată cu numirea subsemnatului, ia fiinţă secţia de pediatrie.

Noul serviciu n'a putut funcţiona normal decât dela 23 Mai 1938, când terminându-se clădirea, a fost utilată cu ceea ce era strict necesar; dela 21 Oct. 1937 însă, a funcţionat seviciul de consultaţii.

Secţia de pediatrie este foarte mică; se compune din cinci camere, bucătărie, baie, closet, servite de un culoar care conduce la o terasă, ce mărgineşte spre Est patru din cele cinci camere.

Clădirea răspunde doar cu numele destinaţiei ce i s'a dat. Realizarea ei, aşa cum a isbutit, se datoreşte tuturor acelora cari modernizând spitalul, au vrut să aibă şi o secţie de copii. Nu tind a aduce acuzaţii Serv. Architecturii Ministerului, dar trebue să constat că acest serviciu n'a contribuit cu nimic la reuşită nici măcar a clădirei, ca şi cum n'ar fi existat pe acea vreme geniul sanitar. Este o simplă clădire, căreia creindu-i o cameră de baie, guri de ventilaţie, a fost făcută locuibilă după ce i s'a scos igrasia. Dar orice îmbunătăţiri i s'ar mai face, nu va ajunge niciodată să îndeplinească cerinţele unei secţii de pediatrie, aşa că atunci când împrejurările vor permite, va fi nevoie de o altă construcţie.

Începutul a fost greu, anevoios, pentru noua secţie a spitalului din R.-Vâlcea. Nimeni nu aducea copiii la spital, afară de cazul când erau internaţi pentru boli contagioase. In oraş şi mai ales în judeţ, la ţară, nu le da în gând că pot fi doctori anume pentru copii. Lipsia o mentalitate în acest sens. Chiar medicii şi mai ales cei oficiali, pentru a nu-şi micşora numărul consultaţiilor, evită pe cât pot îndrumarea copiilor spre serv. de consultaţii al secţiei de pediatrie. Un domn

medic comunal, astăzi pensionar, mi-a refuzat cu amabilitate oferta de a-l ușura de asistența medicală ce o da filialei locale a Soc. Principele Mircea. Insăși această societate, n'a găsit oportun să recurgă la singurul medic de copii, atunci când a pierdut concursul medicului comunal pensionat. Regret că nu pot mulțumi nimănui pentru vreun concurs dat. Circulările date medicilor oficiali au fost fără niciun efect, și aceasta m'a făcut să constat că fără suflet, concursul oficial este iluzoriu.

Secția de pediatrie dela R.-Vâlcea s'a făcut cunoscută prin ea însăși. Propaganda i-a făcut-o copiii și părinții copiilor, pe cari nevoia i-a făcut să o cunoască. Câțiva domni învățători și preoți din satele foarte îndepărtate, au fost de mult ajutor copiilor bolnavi, îndrumându-i și ajutându-i să vină la spital.

In acest fel, zi de zi, cu răbdare, cu foarte multă răbdare, la început trecând uneori câteva zile fără să văd vre-un copil la consultații, am ajuns încetul cu încetul în patru ani, la următoarele rezultate.

Serviciul de consultații

Consultațiile se dau la un loc cu cele de adulți, deci defectuos, neavând nici măcar o sală de așteptare separată pentru copii. Majoritatea copiilor ce s'au prezentat au fost dela țară. Aproape jumătate din numărul consultațiilor s'au dat gratuit.

In anul 1937 (dela 21 Oct. la 31 Dec.), s'au prezentat 23 copii; în 1938, s'au prezentat 596 copii; în 1939, s'au prezentat 696 copii; în 1940, s'au prezentat 854 copii; în 1941, s'au prezentat 800 copii.

Cifra nesporită a ultimului an se explică prin împrejurările cari sunt încă actuale (războiu, răniți în spital, greutăți de transport, etc.).

Cazurile prezentate la consultații sunt cele obișnuite. In ultimii doi ani, s'au înregistrat o creștere a cazurilor de malarie și pelagră.

Serviciul cu paturi

Secția de pediatrie cu paturi funcționează dela 23 Mai 1938 cu 20 paturi, număr care a fost sporit la 25 din cauza necesității, cu toate că se depășia cu mult capacitatea pavilionului.

In primele luni, serviciul a funcționat numai cu o femeie de serviciu. La 6 Sept. 1938, personalul s'a complectat cu o soră, iar în 1941 cu a doua femeie de serviciu.

Activitatea în primii patru ani

In 1938 (dela 23 Mai la 31 Dec.), tratați 154 copii cu 100 vindecați, 47 ameliorați, 7 morți. In 1939 tratați 365 copii cu 244 vindecați, 116 ameliorați, 5 morți. In 1940 tratați 574 copii cu 413 vindecați, 149 ameliorați, 12 morți. In 1941 tratați 539 copii cu 403 vindecați, 125 ameliorați, 13 morți.

Numărul mare al amelioraților se explică prin aceea că la internare am înțeles să primeze interesul bolnavului, iar nu al statisticei. Acest număr este mărit de cazurile de boli chirurgicale primite pentru precizare de diagnostic și trecute apoi secției chirurgicale (tbc. osteo-art. incipient, artrite, apendicite subacute și cronice, flegmoane nematurate,

pleurezii purulente, etc.); de cazurile de boli epidemice venite în perioada de incubaţie şi evacuate apoi secţiei de contagioşi; de cazurile de boli cronice (tbc. ganglionar, afecţiuni cardiace, anaphilactice, syphilitice terţio-quaternare, dystrophii, etc.). Deşi dystrophicii aveau să-mi mărească numărul ameliorăţilor în statistică, i-am preferat la internare. Un dystrophic plecat ameliorat din serviciu, a comptat pentru mine mai mult ca un pneumonic ieşit vindecat, deoarece în timpul spitalizării, care de cele mai multe ori depăşeşte o lună, pe lângă ridicarea dystrophicului se face şi o şcoală a mamei lui, care a învăţat cel puţin cum să-l hrănească.

Numărul morţilor nu este mare, faţă de starea în care au fost aduşi la spital. Morţii au fost prin: atrepsie, br. pneumonie, leucemie, osteo-myielită supraacută, pemphigus generalizat, pleurezie purulentă, pneumonie toxicoză.

Afecţiunile tratate înfăţişează tipul serviciilor de pediatrie, cu predominenţa dyspepsiilor în timpul verii şi a afecţiunilor aparatului respirator în timpul anotimpurilor reci.

Două afecţiuni însă, par să aibă un climat la R.-Vâlcea şi împrejurimi: afecţiunile anaphilactice şi boala rhumatismală.

Urticaria, prurigo, bronchitele astmatice, sunt foarte frequente în regiune. Copiii veniţi în regiune pe timpul verii din localităţi unde nu suferiau de urticarie, au evidenţiat şi mai mult acest fenomen. Observaţiile în acest sens au fost înmulţite de cazurile de urticarie ale copiilor evacuaţi în regiune din teritoriile răpite şi din regiunile expuse bombardamentului. Urticaria lor, rebelă la tratament aici, s'a vindecat spontan, odată cu înapoierea acasă, fapt ce am căutat să aflăm dela părinţii lor.

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Boala rhumatismală este un trist apanagiu al regiunei. Pe măsură ce a crescut numărul copiilor internaţi, a crescut şi cazurile de rhumatism. In anul 1938 s'a înregistrat un caz; în anii următori numărul a crescut manifestându-se sub forme din cele mai bizare. Asupra formelor de rhumatism cardiac întâlnite, voi reveni într'o altă expunere.

In ultimii doi ani ai activităţii, s'a observat o creştere îngrijorătoare a cazurilor de malarie, pelagră şi tuberculoză. In primul an nu s'a tratat niciun caz de malarie; în anii următori cazurile au crescut la 12, apoi la 19, iar în 1941 la 35. Pelagra a ajuns dela 4 la 16 cazuri, iar tuberculoza dela 13 la 40.

Aceste cifre privesc cazurile spitalizate. Aceiaşi creştere a fost înregistrată şi la serv. de consultaţii.

Din cele mai sus arătate, pe cari am căutat a le expune în cât mai puţine rânduri, se poate vedea că în primii patru ani de activitate, secţia de pediatrie a spitalului din R.-Vâlcea, a atins cifra maximă de internări, faţă de capacitatea pavilionului.

Rezultatele la cari am ajuns, ne îndreptăţesc să credem că Ministerul Sănătăţii va aprecia nevoia mărirei acestei secţii.

Nu este locul în acest articol de a stărui asupra necesităţii unei secţii de pediatrie cel puţin pe lângă fiecare spital judeţean, dar sperăm că planul conceput de pediatrul căruia i se datoreşte creiarea acestei secţii, va fi în întregime realizat.

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.

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

Academia de Ştiinţe

O IMPORTANTA DESCOPERIRE IN TRATAMENTUL OZENEI

de

Docent D-r D. I. VASILIU

Medic Primar Spitalul Brâncovenesc

Faţă de sutele de încercări fără succes în tratamentul ozenei, această metodă ce am onoare să vă prezint are ceva particular atât prin eficacitatea tratamentului cât şi prin felul paradoxal al acestui tratament.

Ozena sau mirosul urît al nasului, este o boală caracterizată printr'o atrofie remarcabilă a cornetelor nazale şi a mucoasei şi prin depozite de cruste mari ce ia forma nasului şi sunt foarte urît mirositoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din fericire în ultimul timp formele chiar tipice de ozenă, au mirosul ceva mai diminuat din cauza spălăturilor ce-şi fac bolnavii, cărora li s'au atras atenţia despre acest miros urît al nasului, căci spre nenorocul lor, bolnavii de ozenă nu au de loc miros şi nu pot avea cunoştiinţă de cacosmia din nasul lor decât atunci când se găseşte un binevoitor din jurul lui să-i atragă atenţia. Se povesteşte că cu mulţi ani înainte de războiul celălalt, un foarte bogat aristocrat american suferea de ozenă şi nu-şi dădea seama de ce lumea fugea de el şi de ce la faimoasele lui recepţii nu venea decât foarte puţină lume din numeroşii invitaţi şi mai ales nu înţelegea de ce la fastuoasele şi extrem de bogatele lui dineuri sau serbări, invitaţii şi în special invitatele fugeau din jurul lui; ba unii renunţau la toate aceste bunătăţi atunci când amfitrionul extrem de amabil se apropia de ei sau mai ales când începea o conversaţie cu ei. S'au găsit în cele din urmă un binevoitor prieten care să-i explice cauza distanţei la care era ţinut.

Când a auzit despre această nenorocire a început să colinde pe la medicii din America şi din Europa, căutând să se ocupe în mod special şi el personal şi pentru a stimula pe cercetători, a promis chiar un premiu de un milion de dolari aceluia care descopere cauza şi tratamentul ozenei.

Datorită acestei promisiuni s'au născut aproape un milion de păreri fără să se fi ajuns la un rezultat definitiv.

Au trecut mulţi ani de atunci şi s'au uitat mai toate aceste teorii, după cum s'a uitat şi premiul, care nici n'a fost înregistrat oficial, aşa că nu tentativa acestui premiu m'a făcut să pun acest titlu, ci numai o simplă întâmplare — aşa cum multe din cercetările importante sunt datorite întâmplărilor.

Acum câţiva ani ni se prezintă la Consultaţiile mele dela Spitalul Brâncovenesc, o bolnavă de 19 ani cu o ozenă tipică, mult avansată, care începuse să-i prindă şi faringele, şi a căror cruste cădeau în laringe producându-i chinte de tuse foarte supărătoare. Era nevoită biata fată să-şi facă zilnic câte una sau chiar două spălături pentru a împiedeca formarea acestor cruste şi a înlătura în parte mirosul dezagreabil ce exalta. Cum bolnava avea în acelaş timp şi o papilomatoză a laringelui, cu enormi papilomi pe ambele coarde vocale, avea adeseori crize de sufocaţie.

In timpul unui astfel de acces de sufocaţie şi ca pregătire pentru operaţia ce urma să i-o fac pe laringe, i-am făcut o traheotomie de urgenţă.

In prima zi dela introducerea canulei, aceasta s'a astupat de câteva ori de crustele ce căutau să fie eliminate din trahee prin ea, şi am fost nevoit să i-o curăţ de câteva ori.

Mă gândeam chiar cu groază că dacă va continua această eliminare de creste pe canulă, nici nu va fi posibil s'o ţină până la operaţie. **S'a petrecut însă un lucru extraordinar de curios. De a doua zi dela introducerea canulei, adică imediat după ce s'a întrerupt respiraţia nazală, căci bolnava respira acum numai pe canulă, din acea zi crustele din nas au dispărut complectamente şi odată cu ele şi mirosul şi nu au mai survenit tot timpul cât a durat canula, şi de unde înainte bolnava făcea adesea două spălături pe zi, acum după traheotomie timp de aproape două luni de zile nu a mai făcut nici un pic de cruste în nas sau pe faringe şi mucoasa nazală şi-a recăpătat o culoare aproape de normală, fără ca bolnava în tot acest interval de timp să fi mai făcut vreo spălătură sau să mai fi pus vre-un medicament în nas, aşa cum făcea înainte de traheotomie.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

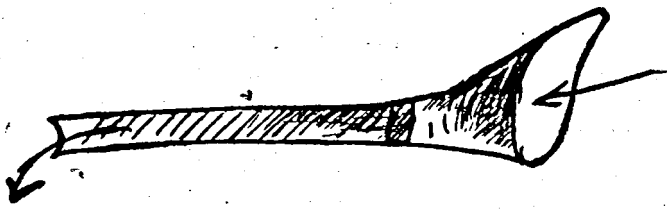
Această importantă observaţie a făcut subiectul unei comunicări la Congresul Internaţional de O. R. L. dela Bruxelles.

Am definit atunci că din cauza atrofiei cornetelor şi mucoasei şi din cauza unei cavităţi mari în nas s'ar produce o respiraţie nazală specială, pe care aşi îndrăsni s'o compar cu un vârtej de aer, asemănător vârtejului de apă care se învârte în loc şi pe care am denumit-o respiraţie anarhică. Ori suprimând această respiraţie anarhică, producerea crustelor şi a ozenei în genere diminuează sau se suprimă. Incurajat de această observaţie am început să fac fel de fel de cercetări pentru a suprima această respiraţie, căci nu este comod şi chiar neadmisibil să faci o trahectomie unei doamne care sufere de ozenă, şi care făcându-şi spălături şi îmbăcsindu-se cu parfumuri poate să mascheze mai uşor această boală decât cu o canulă în trahee.

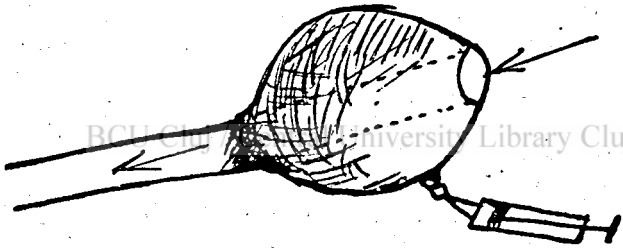
Am încercat atunci să tamponez pe rând câte o nare cu tampoane simple sau îmbibate cu diferite medicamente, corpuri oleioase sau chiar cu apă simplă şi am constatat că narea care a fost complect astupată, indiferent de medicamentul întrebuinţat nu făcea cruste pe când narea martoră făcea crustele ca de obiceiu. Am încercat apoi la marea martoră şi am constatat acelaşi lucru, dispariţia crustelor ozenoase pe tot timpul astupărei narei corespunzătoare.

Pentru a mă convinge că nu medicamentele cu care era îmbibat tamponul sau iritaţia produsă de acest tampon ar împiedeca formarea crustelor de ozenă, am încercat a astupa nasul la orificiul inferior al

nărilor cu ghips. In felul acesta mucoasa nazală nu mai era în contact cu niciun corp străin şi suprimarea respiraţiei nazale era complect făcută. Când după 24 sau 48 de ore când ridicam acest capac de ghips, nu găseam în narea astupată nicio crustă de ozenă. 1) Inconvenientul acestui buşon de ghips era însă prea mare şi anume: era inestetic. 2) Se lipea ghipsul de firişoarele de păr din nas şi era greu de scos şi dureros pentru bolnav, producând şi o iritaţie la aripile nasului. 3) Şi întrerupea complect respiraţia nazală. Dacă această respiraţie nazală complect întreruptă era bună pentru experienţele mele, nu era însă bună pe bolnavi şi nu putea fi prelungită la infinit.

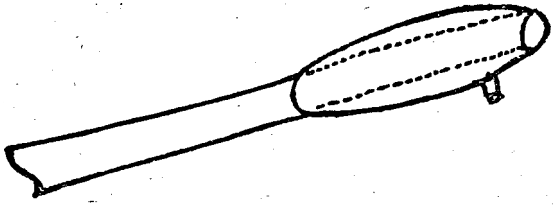


Tub de cauciuc — ebonit



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aparat de cauciuc — umflat şi aplicat în nas



Acelaş aparat desumflat

M'am gândit atunci să fac un dispozitiv mai ingenios, astfel ca să pot opri respiraţia anarhică din nas, totuşi să pot asigura trecerea aerului în trahee şi atunci am imaginat aparatul acesta făcut dintr'un balon de cauciuc, străbătut de un alt tub de cauciuc care să pătrundă până în faringe. Balonul de cauciuc este prevăzut cu un dispozitiv de ventil de automobil, care să permită umflarea sau desumflarea lui

după nevoia de a scoate sau a introduce aparatul în nas. Cum însă acest dispozitiv de ventil în miniatură nu l-am putut executa în niciun atelier din țară, pentru a face ca aparatul să fie util și estetic, am putut să-l pun pentru un moment în practică, rămânând ca după războiu să încerc în străinătate confecționarea lui.

O întâmplare fericită mă face să fiu odată în serviciul D-lui D-r Gomoiu, și să văz cum utilizează D-sa un dispozitiv pentru depărtarea aripelor nasului, printr'un inel de ebonit numit „Nazaforul" imaginat de D-sa. Am cerut permisiunea D-lui D-r Gomoiu ca să fac o modificare a aparatului D-sale și să-l adaptez pentru ozenă. Având această autorizație am modificat nazaforul D-r Gomoiu, care avea forma unui semicerc într'un dispozitiv cu o prelungire în care se poate adapta un tub subțire de cauciuc care să meargă până în faringe, iar dispozitivul care are exact forma nasului, prezinta la mijloc un orificiu, prin care aierul pătrunde în continuare prin tub până în faringe și apoi în mod obișnuit în plămâni. Acest aparat, atât primul nazaforul D-r Gomoiu cât și aparatul de ozenă au fost făcute de D-l dentist Hosenmayer din str. Eroului cu o precizie măiastră, după modelul luat în prealabil și făcut din cauciuc dentar solidificat, pentru care îi aduc admirația și mulțumirile mele.

Experiențele sunt deocamdată de mai bine de 7—8 luni și rezultatele sunt extraordinar de bune, pot spune chiar uimitoare. Am adoptat aparatul după ce l-am uns cu vaselină deocamdată într'o singură nare, lăsând o nare liberă.

După 24 ore când am scos aparatul, narea nu mai prezenta nicio crustă, narea martoră prezenta crustele ca de obiceiu.

Am introdus aparatul în narea liberă așa plină de cruste cum era și spre marea mea mirare aceasta a doua zi nu mai prezenta cruste, în schimb narea martoră pe care cu o zi înainte fusese cu aparat, prezenta ea cruste aproape ca de obicei.

Am introdus atunci aparatele cu tuburile resective în ambele nări și după 24 ore și la alții după 48 de ore nu mai prezenta niciun fel de cruste. Am avut astfel dovada concludentă prin probă și contra probă, că împiedecând această respirație anarhică nazală, am isbutit să înlătur crustele ozenoase și deci și cauza primordială a mirosului.

Una din bolnave mi-a mărturisit cu lacrămi în ochi, că după câteva zile de aplicare a acestui aparat contra ozenei, a scăpat de cel mai mare calvar de a arunca zilnic 5—6 batiste pe care le murdădea în așa fel, în cât fiind internă într'un pension, nu putea să le dea la spălat și le arunca și, acum prin aplicarea aparatului a scăpat de acest calvar.

Acesta era criteriul de vindecare a boalei ei, căci ea neavând miros, nu cunoștea cacosmia din nasul ei decât vizual prin batistele aruncate. Aparatul fiind așezat în vestibulul nazal, aproape nici nu se observă și este foarte ușor manipulat de bolnav singur, putând să-l scoată pentru al spăla și curăți.

O altă explicație ce s'ar mai putea da acestui fel de tratament, ar fi următoarea: Prin suprimarea respirației nazale, mucoasa nasului se pune într'un repaus complect, și ca orice organ bolnav pus în repaus

conform principiului fundamental al terapeuticei, urmează să se vindece numai că repausul mucoasei. In cazurile de ozenă nu produce vindecarea decât numai atât cât e suprimată respirația, sau puțin timp după cum s'a întâmplat cu bolnava cu canulă, care după mai multe luni dela scoaterea canulei, căci când a început din nou respirația nazală, crustele au reînceput din nou, sub o formă mai atenuată e drept, dar au reînceput totuși. Deci un timp limitat de o lună sau două sau mai multe, nu ne dă certitudinea unei vindecări complecte, de aceea atribui aparatului contra ozenei sau dispozitivului meu de tratament o importanță excepțională, întrucât poate produce această suprimare a respirației timp îndelungat, și în orice caz aparatul este foarte ușor, suportabil și ușor de aplicat, întrucât produce în orice caz un inconvenient mai mic decât grozăvia boalei, cu atât mai mult cu cât unii bolnavi îl aplică cu intermitență, iar alții îl aplică uneori numai ziua și, totuși sunt încântați de rezultate.

Pentru a avea un număr cât mai mare de cazuri și pentru a face cercetări cât mai ample, rog pe Domnii colegi care au cazuri de ozenă să aibă amabilitatea a mi le trimete spre a continua cercetările, rugându-i în același timp a face critica obiectivă asupra cazurilor observate de D-lor și să nu-mi ia în nume de rău nici titlul comunicărei și nici anunțurile pe care poate le voi face la radio sau prin ziare, pentru a avea cât mai multe cazuri, spre cercetarea acestei teribile boale care m'a pasionat și mă pasionează în deosebi nu în interesul clientelei, căci vă mărturisesc cinstit că nu este de loc plăcut să examinezi și să tratezi un ozenos, cu atât mai mult că majoritatea sunt din clasa de jos și a nenorociților.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

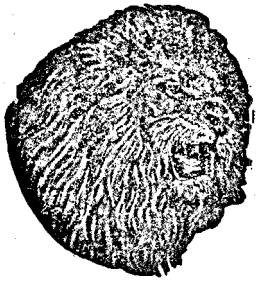
SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreciat de D-nii Medici Neurologi și Internești

în cazurile:



Marca preparatului

Surmenaj intelectual, fizic și moral. — Anemie. — Convalescență. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficiență sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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

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

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriţie cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecţiunile vezicei urinare, boli ale ficatului şi ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanţă
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

Cazuri clinice

ROLUL ECHILIBRULUI ENDOCRINO-VEGETATIV IN METABOLISMUL APEI ŞI GLUCIDELOR. (In legătură cu un caz de diabet insipid devenit ulterior glicosuric)

de

D-r C. V. ANTONESCU

Asistent la Inst. Farmacologie Cluj — Sibiu

Reglarea diurezei cunoaşte ca prim fapt existenţa principiului oliguric din hipofiza posterioară.

Al doilea fapt este hormonul neurocrinian al hipofizei anterioare.

Al treilea fapt este funcţiunea excitatoare a nucleului hipotalmic, exercitat asupra producerii principiului oliguric hipofizar.

In fine, al patrulea fapt este fenomenul inhibitor al hormonului neurocrinian asupra nucleului hipotalamic.

Biblioteca Universitară University Library Cluj

De aici se poate deduce cu uşurinţă că diabetul insipid se poate produce prin trei mecanisme diferite:

1. întreruperea fiziologică a fascicolului hipotalamo-pituitar şi deci lipsind stimulul nervos, se produce un deficit în producerea principiului oliguric posthipofizar şi a parş intermedia hipofizară, determinând poliuria;

2. poliuria hipofizară, în care cu toată integritatea fibrelor hipotalamo-pituitare, leziunile glandulare conduc la un deficit în producerea principiului oliguric şi deci o poliurie;

3. poliurie hipofizo-hipotalamică, în care nucleii sunt inhibaţi prin acţiunea hormonilor neurocrinieni ai hipofizei anterioare.

Pe de altă parte, în ceeace priveşte diabetul zaharat, Georges Syllaba — (în raportul său asupra diabetului zaharat hipofizar, prezentat la „Zilele medicale internaţionale dela Paris" din 1937) — spune că Rathery distinge 3 tipuri de diabet hipofizar:

1. diabet nervos de origine tuberiană;

2. diabet hipofizar adevărat, adică un diabet de origine glandulară şi;

3. diabet mixt, prin leziune hipofizară şi tuberiană.

Mandru distinge:

1. un diabet hipofizar cu o rezistenţă absolută la insulină şi fără reacţiune la puncţia lombară;

2. un diabet nervos, sensibil la insulină, ameliorat prin puncţia lombară, rezistent la extractele hipofizare.

In fine este bine cunoscut diabetul pancreatic, care este datorit unei insuficienţe a hormonului insular; dar experimental acest diabet — prin pancreatectomie, a fost ameliorat sau uneori redus prin hipofizectomie totală. Acest fapt este datorit lipsei **hormonului diabetogen a lui Houssay**; căci diabetul post-pancreatectomiei, în realitate este un diabet hipofizar. In aceste condiţiuni, insulina nu apare ca un hormon care acţionează asupra funcţiunei glicogenolitice a ficatului, ci ca un hormon glucolitic, acţionând asupra glucozei din curentul circulator.

Acestui hormon diabetogen a lui Houssay, se ataşează un al doilea hormon, tot iperglicemiant, izolat şi studiat de Hoffmann şi Anselmino, cari au arătat că este un hormon ultrafiltrabil şi aparte de acţiunea glicemiantă a hormonului corticotrop.

In fine, mai există o stare iperglicemică, care poate trece într'un stadiu de adevărat diabet, în ipertiroidie (Basedow), tumori suprarenale şi în tumori ipofizare, unde diabetul este determinat printr'o acţiune mixtă hipofizară şi nervoasă (prin iritarea centrilor tuberieni ipotalamici).

După injecţiunile cu extract de ipofiză posterioară, se observă o iperglicemie instantanee şi trecătoare numit **„Fenomenul lui Lucke"** şi care este datorit unui hormon **„contra-insulinic"**.

Acţiunea iperglicemiantă a lobului anterior nu este influenţată de tireoidectomie, dar mult ameliorată de surenalectomie, fapt care ne face să vedem un rol intervenţionist suprarenal în mecanismul acestei iperglicemii.

Pe lângă hormonul iperglicemiant al cortico-suprarenalei, există o acţiune iperglicemiantă medulo-suprarenală datorit adrenalinei, care acţionează prin intermediul fibrelor simpatice şi prin mobilizarea glicogenului din ficat.

Hipofiza posterioară îşi are partea ei de acţiune, deoarece determină şi ea o mobilizare a glicogenului din ficat şi diminuă limita asimilaţiunii glucozei; această mobilizare glicogenică la rândul ei va determina o accentuare a hormonului glicogenolitic antehipofizar care va determina iperglicemia.

Sunt autori cari au observat nenumărate cazuri de iperglicemii, cu sau fără glicosurie la femeile din menopauză.

In legătură cu acest din urmă fapt, mă voi opri asupra unui caz personal, dându-i descrierea, apoi trecând la discutarea lui voi încerca să dau o explicaţiune care pare cea mai valabilă, asupra mecanismului şi împrejurărilor în care au apărut fenomene cari prin asociaţiunea lor ies din cadrul obişnuit.

Femeia **T. L.**, în etate de 43 ani. Bolnavă de aproximativ 3 luni, manifestându-se cu senzaţie de căldură internă, gura uscată, inapetenţă, constipaţie şi mai ales polidipsie cu sete imperioasă — până la 4—5 kgr. apă pe zi — şi poliurie de 3—4 kgr. în 24 ore. In antecedentele heredo-colaterale şi personale nimic important; menopauză de 3 ani. Bolnava simte uneori ameţeli şi o voalare în faţa privirii.

Examen general: stare generală bună, startul cutanat nu prezintă nimic deosebit, startul celulo-adipos slab reprezentat; pulmonar clinic nimic deosebit; cord: sgomotul al doilea la aortă mai accentuat. **Rx.**: scleroză hilară accentuată; cord situat normal cu ventricolul stâng uşor reacţionat. T. A. = Mx. 14 — Mn. 10½, uşoară convergenţă. Tub digestiv: inapetenţă, gura

uscată, constipaţie, polidipsie; Rx.: stomac alungit ipotonic, peristaltism leneş, mucoasa normală. Aparat uro-genital: poliurie, menopauză, leucoree. Urina: clară, diluată, dens. = 1006, zahăr negativ. Diagnostic: **diabet insipid.**

Tratament: încep tratamentul administrând zilnic 1 fiolă **Glanduitrin** şi 1 fiolă ser neurotonic. După primele injecţiuni urina scade la $2^1/_2$ litri pe zi, setea diminuă (mai ia pe cale bucală din următorul medicament formulat: Tra opiu 5 gr., Tra valeriana, Tra de chinină a 10 gr.—3×10 pic. pe zi). După a 10-a injecţie cu **Glanduitrin,** examinând urina, observ că este mai concentrată, mai colorată şi şirupoasă, densitatea 1039; bănuind intervenţia unei schimbări în compoziţia urinei, procedez la o nouă analiză — reacţia Fehling pozitivă, — dozarea zahărului = 34 la mie; dozarea glicemiei = 280 mgr. (Clinica Medicală I Cluj). Deci apare glicemia şi glicosuria, — o trecere dela diabet insipid la un diabet zaharat. Continui cu **Glanduitrin** până la 19 injecţii, după care glicosuria = 41 la mie (31 Dec. 1939). Până la 8 Ian. 1940, se supune unui regim ipozaharat, apoi 3 zile regim complect şi fără medicaţie, glicosuria = 32 la mie. In 15 Ian. încep tratamentul cu **insulină** pe lângă un regim ipozaharat; primeşte 10, 25, 45 U. în zilele succesive, în 18 Ian., glicosuria = 31 la mie; din 19—26 Ian. nu face insulină, glicosuria = 45 la mie. In faţa acestui tablou de rezistenţă relativă faţă de insulină, bănuesc că ar fi un motiv hipofizar, care ar interveni în determinarea nu numai a rezistenţei faţă de insulină, ci şi ca o cauză a trecerei dela diabetul insipid la un diabet zaharat; procedez la radiografierea regiunei şelei turceşti: baza craniului în opoziţia profil — ne arată o lărgire uşoară în sens anteroposterior a şelei turceşti (12 mm.), o adâncire a ei (6 mm.), cu subţierea lamei osoase bazale; apofizele clinoide posterioare şterse, aproape dispărute, tot peretele posterior a şelei turceşti apare mai şters, având aspectul unei imagini datorită decalcefierii; diagnostic: **iperplasie hipofizară.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De menţionat că bolnava n'a prezentat nici o senzaţiune datorită ipoglicemiei în urma injecţiei cu insulină. Reiau injecţiile cu insluină 10—30 U. zilnic, concomitent aplic radioterapie pe hipofiză, administrând prin 4 câmpuri (tot la 2 zile) câte 5H cu filtru de 3 Al.+$^1/_2$ Cu. Urina recoltată în seara de 4—5 Feb., glicosuria = 21 la mie (în 5 Feb. ultima şedinţă de radioterapie), urmează 4 zile pauză, — în 9 Feb. glicosuria = 12,5 la mie (din 4—9 Feb. nu primeşte insulină). Primeşte din nou insulină din 9—14 Feb. câte 10—40 U. pe zi, apoi nu mai vine la tratament până în 22 Aprilie, timp în care urma să ţină numai regim ipozaharat, ceea ce însă bolnava n'a îndeplinit. In 22 Aprilie glicosuria 25 la mie, cantitatea de urină zilnică se menţine la 2—$2^1/_2$ litri. Urma ca bolnava să-şi procure **Zinc-Protamin-Insulin,** continuându-şi tratamentul singură la domiciliu, dar pare, că n'a continuat tratamentul, nici n'a mai venit la control [1]).

Analizând prezentul caz, trebue să observăm următoarele fapte: glicosuria apare numai după injecţiunile cu **Glanduitrin** (pituitrină), o rezistenţă relativă la insulină, o scădere accentuată a glicosuriei după röntgenterapia pe hipofiză, o reaccentuare a glicosuriei, care totuşi rămâne

1) Motive cu totul în afara voinţei noastre, au împiedecat să urmărim bolnava.

cu 20 mgr $^0/_{00}$ mai scăzută faţă de titrul iniţial, deşi nu urmează regim şi nici injecţiuni cu insulină, aspectul radiologic al unei hipofize iperplasice.

Ţinând seama de faptul că bolnava noastră era în menopauză de 3 ani, deci o stare de anovarie, înlănţuirea fenomenelor cari au condus la diabetul insipid apoi la glicosurie cu glicemie aşa de accentuată, o vedem într'un mecanism datorit corelaţiunei endocrine şi interelaţiuni endocrino-vegetative.

Schematic: anovaria poate provoca o stare de tiroidism şi suprerenalism şi o iperfuncţiune antehipofizară, mai ales a celulelor cromofile (acidofile); pe de altă parte tiroidismul ipersensibil la excitaţiunile produse prin suprarenalism şi faţă de acţiunea pituitrinei; iperfuncţiunea antehipofizară se asociază adeseori cu o iperplasie glandulară, care poate lua chiar un caracter tumoral; iperplasia tumorală anteipofizară, provocând o compresiune asupra postipofizei, determină ipofuncţiune care la rândul ei va declanşa poliuria, sau prin compresiunea regiunei ipotalamice, suprimă prin secţiune fiziologică transmiterea stimulului neuro-glandular, de unde ipofuncţiune postipofizară şi poliurie; adăugând la această stare pituitrină, ea va excita simpaticul, provocând mobilizarea glicogenului din ficat şi diminuă limita asimilaţiunei glucozei, — pe un teren pregătit — va stimula apariţia hormonului glicogenolitic antehipofizar, determinând glicemia, căreia apoi îi va urma glicosuria, (care apare numai când titrul glicemiei trece de 170 mgr $^0/_{00}$).

Toate aceste condiţiuni le regăsim la cazul nostru, injecţiunea de pituitrină (Glanduitrin), jucând rolul stimulului declanşator a cercului vicios. Caracterul ipofizar al glicemiei şi glicosuriei consecutive îl bănuim din rezistenţa relativă la insulină, pe care îl prezenta cazul nostru şi scăderea apreciabilă a glicosuriei după röntgenterapia pe ipofiză, care se menţine la un titru scăzut cu toată suspendarea tratamentului insulinic şi lipsa regimului ipozaharat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Haţieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală, Vol. I. — **P. Carnot P., E. Weil, E. Gley, P. Harvier, L. Binet, A. Baudouin, L. Hallion, F. Rathery, A. Pézard, H. Vignes, R. Gayet, E. Sergent:** Les progrès récents en thérapie endocrinienne. — **Guy Laroche:** Opothérapie endocrinienne; Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique (Rapports présantés aux Journées Médicales de Paris Internationales, 1937). — **R. Rivoire:** Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.

D-r C. V. ANTONESCU: *Le rôle de l'équilibre endocrino-végétatif dans le métabolisme de l'eau et des glucides. (En partant d'un cas de diabete insipide devenu plus tard glycosurique).*

L'auteur après une série de considérations sur le mécanisme pathogénique du diabète insipide et sucré, dans la lumière des plus récentes recherches, décrit un cas de diabète insipide, chez une femme dans l'état de ménopause, qui ultérieurement devient glycosurique. Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans dans l'état de ménopause depuis 3 ans, le dernier temps souffrant d'un diabète insipide. On la soumet à un traitement avec Glanduitrin (postlobin Richter) et sérum neurotonique, par le quel on a réussi de reduire la polyurie de 4—5 litres à 2—2$^1/_2$ litres par jour. Mais après ce traitement la glycosurie (31—45$^0/_0$) apparait à côté d'une glicémie de 280 mgr. $^0/_{00}$. La radiographie de la selle turcique a montré l'image d'une hyperplasie tumorale de l'hypophise antérieure. Au cours d'un traitement avec l'insuline et régime sans sucre la glycosurie se mon-

tre avec une résistance rélative, mais qui céde à la röntgenthérapie sur l'hypophise, en baissant la glycosurie jusqu'à un titre de 12,5 ‰. Plus tard le taux du sucre dans l'urine remonte jusqu'à un titre de 25 ‰, et reste ici quoique la malade n'a pas continué les injections avec insuline et ne respecte pas le régime indiqué.

L'auteur explique l'enchaînement des faits par le mécanisme suivant: l'anovarie physiologique (ménopause) provoque un état d'hyperthiroidisme-surrénalisme qui à son tour sensibilise le systhème sympatique pour la pituitrine, mais en même temps détérmine une hyperfonction antehypophisaire qui peut provoquer une hyperplasie tumorale de nature réactionelle; cette hyperplasie tumorale de nature réactionelle; cette hyperplasie par compression sur la posthypophise et sur la région soustalamique provoque une polyurie par hypofonctionement pituitaire et par la soupression de la stimule neuroglandulaire. Si maintenant on additionne la pituitrine (par injection dans le cas de l'auteur) il produit une telle excitation du sympathique qu'il provoque une mobilisation du glycogène hépatique et baisse le seuil de l'assimilation du glycose; ce fait stimule l'apparrition en abondance de l'hormone glycogenolitique antéhypophisaire en détérminant la glycémie et la glycosurie.

D-r C. ANTONESCU: *Die Rolle des endokrinovegetativen Gleichgewichtes im Wasser-und Zuckerhaushalt (In Zusammenhang mit einem Fall von Übergang aus Diabetes insipidus in glikosurischen Diabetes).*

Nach einleitenden Betrachtungen über den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse den pathogenischen Mechanismus des glykosurischen und insipiden Diabetes betreffend, beschreibt Verfasser einen insipiden D. bei einer Frau in den Wechsel jahren, der zuletzt in einen glykosurischen uberging.

Es handelt sich um einen 43 Jahre alte Frau, seit 3 Jahren in Menopause, welche wegen Diabetes insipidus einer Behandlung mit Glanduitrin (Pituitrin) und tonisierenden Injektionen unterworfen wurde. Die Polyurie konnte von 4—5 kg. auf 2—2 1/2 kg. täglich herabgesetzt werden. Infolge dieser Behandlung tritt Glykosurie (31—45 ‰ und Glykämie 280 ‰) auf. Durch Röntgenuntersuchung wird eine tumorale Hyperplasie der vorderen Hypophyse festgestellt. Auf *Insulin* und zuckerarme Diät zeigt die Glykosurie eine relative Resistenz, welche auf Bestrahlung der Hypophyse weicht. Die Glykosurie sinkt auf 12,5 ‰, dann steigt sie langsam auf 25 ‰, obzwar die Kranke die Insulinbehandlung nicht mehr fortgesetzt und auch die Diät nicht mehr eingehalten hat.

Der Zusammenhang der Tatsachen wird vom Verfasser durch folgenden Mechanißmus erklärt: Die physiologisch Anovarie (Menopausse) ruft einen Zustand von Hyperthyroidismus und gesteigerter Nebennierensekretion hervor, welcher das sympathische System dem Pituitrin gegenüber sensibilisiert, gleichzeitig aber eine Hyperfunktion der vorderen Hypophyse hervorruft, welche eine geschwulstige Hyperplasie derselben zur Folge hat. Die Hyperplasie der vorderen Hypophyse drückt auf den hinteren Anteil der Drüse, erzeugt Polyurie durch Hypofunktion desselben und verhindert den neuroglandulären Reiz durch Kompression des Hypothalamusgebietes. Tritt nun in diesen Zustand Pituitrin hinzu, so wird der Sympathikus erregt und als Folgeerscheinung das Leberglykogen mobilisiert sowie die Zuckerassimilationsgrenze eingeengt. Das Ergebniss ist, auf empfindlichem Terrain das reichliche Auftreten des glykogenolytischen Hormons des Hypophysenvorderlappens angeregt wird und Glykämie mit Glykosurie auftritt.

HYPOTONINE

Tuburi à 10 şi 20 comprimate de 30 ctgr.

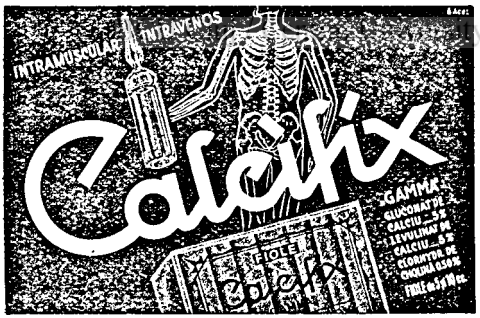
Combinaţie aminică a acidului succinic

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



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.

Serviciul Clinico-Medical — Spitalul Colţea: D-r I. Pavel

UN CAZ DE PROLAPS ANO-RECTAL VINDECAT PRIN INJECŢII SCLEROZANTE

de

D-r I. PAVEL şi **D-r P. SGÂNDAR**

Prolapsul ano-rectal este o afecţiune rară ce se întâlneşte mai ales la copii şi bătrâni sub formă de prolaps **parţial**, când mucoasa rectală alunecă pe musculoasă din cauza laxităţei păturei celuloase sau, prolaps **total**, când rectul prolabează cu toate tunicile sale.

Din cauza laxităţei păturei celulare submucoase, în timpul defecaţiei, mucoasa capătă obişnuinţa să devie procidentă şi să se permanentizeze. Aceasta survine mai ales din cauza diareei, sau a eforturilor de defecaţie la hemoroizi, sau din cauza constipaţiei care mărind eforturile în timpul defecaţiei împinge mucoasa odată cu fecalele consistente sau, în fine, din cauza eforturilor de micţiune penibile ale prostaticilor.

Se explică producerea prolapsului rectal prin relaxarea sfincterului anal. La femei intervine şi slăbirea peretului perineal prin sarcinile repetate. După alţii, accentuarea fundului de sac peritoneal al lui Douglas duce la formarea unui sac herniar, ce împinge peretele anterior al rectului, făcându-l să se învagineze, după care urmează pereţii laterali şi apoi cel posterior.

La copil, în cazurile uşoare, tratamentul prolapsului constă în reducerea prolapsului după fiecare scaun şi în asigurarea bunei funcţionări a aparatului digestiv. In alte cazuri se cauterizează mucoasa rectală prin linii de foc longitudinale, sau se face încercuirea anusului printr'un fir de argint sub piele (operaţia lui Thiersch).

La adult, procedeele ano- şi recto-plastice constau în strâmtarea orificiului anal şi a ampulei rectale prin inciziunea mucoasei urmată de sutură, sau prin procedeul lui Thiersch. Procedeele de suspensie artificială a rectului se bazează pe recto- şi colo-pexie prin procedee variate şi numeroase.

Un procedeu mai nou, sclerogeno-terapia cu injecţii de alcool glicerină, lapte de vacă, de capră, a dat rezultate interesante. Kaplan la copii, aplică cu succes tehnica propusă de Bensaude pentru tratamentul sclerozant al hemoroizilor. La noi aceste metode par mai puţin cunoscute şi judecând după o anchetă orală nu au fost încă aplicate. E drept că aceste metode au fost mai ales indicate în prolapsul copiilor care, se ştie, este mai benign.

In cursul războiului am fost puşi în faţa unui asemenea caz şi în lipsă de altă posibilitate de a-i veni în ajutor, deşi nu cunoşteam lucrările de mai sus, ne-am gândit să-i aplicăm metoda injecţiilor sclerozante, pe care unul din noi o practică cu multă satisfacţie în tratamentul hemoroizilor de 15 ani. Am fost conduşi la această idee de observaţia micilor prolapse de mucoasă nu prea inveterate, care se retrag în cursul tratamentului sclerozant al hemoroizilor. Socotim că observaţia de mai jos va interesa pe practician şi înainte de a recurge la vreo metodă sângerând va supune pacientul — chiar adult! — la acest tratament benign, care poate să-i rezerve surpriza favorabilă de mai jos.

Soldatul R. Alex. de 34 de ani, de profesiune cismar din Bucureşti este adus de pe front în serviciul nostru la 23 Septembrie 1941 prezentând: prelaps ano-rectal, dureri la defecaţie şi dureri în cadrul colic în special în fosa iliacă stângă.

Antecedente personale la 22 ani blenoragie. Şancru sifilitic acum 3 ani. Icter post-salvarsanic acum doi ani. Uzează moderat de tutun şi alcool.

Istoric. Bolnavul a fost îngropat de obuz în ziua de 11 Sept. A fost internat prin mai multe spitale de campanie, apoi la Tiraspol şi Tighina de unde este adus în serviciul nostru. Bolnavul susţine că timp de 3 zile după ce a fost îngropat de obuz a avut diaree sanguinolentă. Aceasta a durat timp de o săptămână. In acest timp a observat că în timpul defecaţiei rectul ieşea afară pe o lungime de 5-6 cm. încât după aceia era nevoe să-l introducă printr'o uşoară presiune cu mâna. Actualmente bolnavul are două scaune pe zi, iar la defecaţie rectul îi iese afară ca un cilindru lung de 6-7 cm. Prolapsul este reductibil la presiunea uşoară după fiecare scaun. La examenul rectoscopic mucoasa pare bursuflată, hiperemiată, translucidă şi se repliază uşor pe planurile subiacente.

Deoarece acest bolnav fusese trecut în serviciul nostru dintr'un serviciu de chirurgie, spitalul fiind aglomerat de răniţi, am hotărît să încercăm un tratament medical cu injecţii sclerozante. Pentru aceasta am întrebuinţat soluţia de 5% de chlorhidrat dublu de chinină şi uree preparată de farmacia spitalului, soluţie pe care o întrebuinţăm curent în practică, în tratamentul sclerozant al hemoroizilor. Cu ajutorul unei siringi de 5 cc. la care se adaptează o ralonge şi un ac de 1 cm. lungime se introduce prin anuscop în stratul submucos injectându-se astfel la diferite nivele ale circonferinţei cilindrului rectal câte 3-4 cc. soluţie la circa 4 cc. deasupra orificiului anal. Injecţia se repetă la 3-4 zile.

In total am făcut 6 injecţii bolnavului nostru. După primele 3 injecţii rectul nu mai eşea afară după defecaţie. Bolnavul a fost urmărit numai o lună cât a rămas în spital pentru a-şi termina cura anti-sifilitică începută între timp. Pentru a-l pune la adăpost de recidive, noi l-am educat în direcţia higienei intestinale supraveghind regimul şi evitându-i atât diareea cât şi constipaţia, pentru care la nevoie i se dădea seara câte o lingură de oleu de parafină.

Interpretarea rezultatului obţinut e dificilă şi nu poate fi atribuită numai efectului sclerozant. Este mai de grabă probabil că soluţia întreţine un reflex iritativ susceptibil să mărească tonusul muşchilor ano-recto-perineali, şi să ducă la o reeducare funcţională. S'ar ajunge astfel la o analogie cu rezultatul scontat prin masajul lui Thure-Brandt, care consistă în exerciţii active zilnice ale sfincterului şi ale ridicătorului anusului pentru întărirea planşeului pelvian.

Prin comparaţie cu procedeele clasice metoda injecţiilor sclerozante e extrem de simplă şi prezintă avantagii evidente putând fi făcută ambulatoriu. Rămâne doar ca experienţa viitoare să ne confirme bunele efecte constatate în cazul nostru şi să ne precizeze până la ce grad de vechime şi desvoltare a prolapsului sau de deficienţă a planşeului ano-rectal, poate fi utilă această metodă.

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

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

Antircumal — atoţan 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

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 fier

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

Spitalul de copii „Principele Mircea" Arad
Director: D-r Cornel Radu

CONSIDERATIUNI ASUPRA EDEMULUI PULMONAR SUBACUT ŞI CURABIL AL SUGARULUI, IN LEGATURA CU ŞASE CAZURI

de

D-r CORNEL RADU şi **D-r DUMITRU MILOTA**
medic primar medic secundar

Sindromul edemului pulmonar subacut şi curabil al sugarului, sau maladia lui Debré (L'année pediatrique, 1934), deşi recunoscut azi ca având o autonomie clinică indiscutabilă, nu-l găsim descris aproape de loc, sau abia în câteva cuvinte chiar şi în cele mai noui şi mai complecte tratate de specialitate. Motiv care, asociat cu faptul de a fi avut norocul să tratăm în spitalul nostru şase cazuri în decurs de trei ani, justifică deplin lucrarea de faţă. Deşi, literatura medicală este încă extrem de săracă, în ceea ce privesc lucrările apărute despre acest sindrom electiv sau specific al sugarului din primele 3 luni, se recunoaşte, totuşi, destul de uşor odată ce a observat cineva cu atenţie, măcar un singur caz. Câţi dintre reputaţii pediatrii n'au disperat, când cu tot tratamentul raţional şi bine condus, n'au putut avea plăcerea vindecării micului pacient, în timpul scontat (bronşită difuză??), începând apoi, a înclina către o tusă convulsivă sau chiar o tuberculoză pulmonară, făcând deci un prognostic grav şi pe care timpul a avut fericirea să-l desmintă. Nota caracteristică a acestui sindrom, ca şi a oricărei alte boli, de altfel, o constitue fără îndoială tabloul clinic:

a) Starea generală se menţine în tot decursul bolii excelentă.

b) Pofta de mâncare, bună, stagnează sau creşte în greutate.

c) Febra nu prea ridicată 37^0—38^0.

d) Tusea quintrasă dar fără repriză.

e) Local, o ploaie de raluri fine şi uscate, de obicei generalizate şi cari se menţin tot timpul bolii.

f) Dispnee uşoară, intermitentă şi în majoritatea cazurilor fără cianoză, deşi în unele cazuri tusea poate fi însoţită de accese de sufocaţie.

g) Reacţia Pirquet este totdeauna negativă.

h) Ex. radioscopic precum şi radiografic, negativ.

Anatomia patologică precum şi etiologia acestui sindrom sunt rău cunoscute şi deci neelucidate până acum.

Natura infecţioasă, constituie ipoteza cea mai plauzibilă, incriminat fiind pneumococul, dat fiindcă de cele mai multe ori în sputa micului bolnav s'a găsit acest microb. Nu este exclusă nici infecţia gripală faţă de care, poate, bronşiile şi alveolele anumitor sugaci să reacţioneze în mod special(?). Evoluţia bolii este de lungă durată; de obicei 6—8 săptămâni în care timp, de notat, găsim la examenul pulmonar şi general, aproape constant acelaşi tablou clinic neschimbat. Fac excepţie cazurile la cari a survenit vreo complicaţie: otită, congestie pulmonară, pneumonie, bronco-pneumonie sau tulburări digestive. Prognosticul întotdeauna bun.

Diagnosticul diferenţiar, trebue făcut cu: **bronşita simplă difuză**, dar la care găsim raluri umede (ronflante şi sibilante), iar evoluţia este incomparabil mai scurtă.

De **tusea convulsivă** se deosebeşte prin faptul că tusea, deşi quintoasă, nu are repriza caracteristică.

In **tuberculoza pulmonară**, în cazurile unde simptomele clinice sunt asemănătoare, starea generală devine din ce în ce tot mai rea, slăbeşte în greutate, iar reacţia Pirquet este totdeauna pozitivă.

In **afecţiunile congestive** ale plămânilor, starea generală este rea, dispneea accentuată, geme în continuu, n'au poftă de mâncare, febra mult mai ridicată (39⁰—41⁰) local suflu tubar, ceea ce nu găsim niciodată în maladia descrisă de Debré.

Tratamentul: a) **Igieno-dietetic** şi b) **Medicamentos**. Copilul v'a fi menţinut într'o cameră bine luminată, bine aierisită, căldura constantă (18⁰—20⁰) şi cu atmosferă umedă. Regimul va fi cel obişnuit vârstei bolnavului şi nu deci un regim special.

Desinfectante nasale (oleu gomenolat 2%), expectorante (infuzie de ipeca, decoeh alteca), revulsive (cataplasme sau baie cu făină de muştar).

Injecţii cu ser sau sânge dela mamă, alternând cu injecţii de calciu şi vitamină C, în unele cazuri chiar ser antipneumococic. Se vor administra, deasemeni, diferite preparate de sulfamide (Dagenau, Prontosil, Rubiozol, Sulforonin, etc.).

Intreg arsenalul terapeutic nu are însă nicio putere de a scurta evoluţia bolii, decât a preveni o eventuală complicaţie. Ţinem să subliniem faptul că aproape toate cazurile la vindecare rămân cu un grad oarecare de distrofie şi anemie, iar tegumentele au coloraţie palidă, tipică pneumocociilor.

Cazurile clinice:

I. X. B. două săptămâni, *prematură*, primul născut, alăptare naturală (mamă şi doică). Greutatea la naştere *1850 gr.* La 4 zile după naştere, icter al noui născuţilor.

La intrarea în spital (12. IV. 1939) starea generală îngrijorătoare. Tegumentele uşor gălbui. Ţesutul muscular şi celula—grăsos redus (*2500 gr.*) Turgorul slab. Febra 38,5. La examenul pulmonar se constată raluri fine, uscate şi generalizate la plămânul stâng. Pulsul bun. Dispnea uşoară.

Tratamentul a constat din: desinfectante nasale, expectorante, băi cu muştar, injecţii cu sânge dela mamă, calciu, transpulmin, cebion şi rubiozol 3 × 1/4 tabletă. La 13. V. 1939, părăseşte spitalul cu starea generală extrem de bună cu

o sporire a greutăţii corporale de 850 gr. Deşi local, încă se, aud foarte multe raluri fine şi uscate. In tot timpul, febra a oscilat în jurul a 38° iar tusea şi-a menţinut caracterul quintos.

Examenul bacteriologic al sputei: absenţă florei microbiene Reacţia Pirquet, negativă.

II. M. S. cinci săptămâni, născut la termen, primul născut, alăptare naturală. Distrofie (3050 gr.).

La 4 Oct. 1939 este adus pentru internare în spitalul nostru, fiind trimis de un medic cu diagnosticul de broncopneumonic. Starea generală destul de bună şi afebric. Tegumentele palide. Turgorul redus. Ţesutul muscular şi celulo-grăsos, slab reprezentat (3050 gr. la 5 săptămâni). La examenul pulmonar se constată o ploaie de raluri fine şi uscate răspândite pe intreg toracele. In rest nimic deosebit. Radiografia plămânilor nu arată ceva deosebit.

Tratamentul instituit, a fost identic primului caz. Examenul bacteriologic al sputei: frecvenţi bacili Gram pozitiv, foarte numeroşi cari şi diploerei Gram pozitiv cu morfologia preumrereului. Absenţa bacilului Koch. La 21 Noem. 1939 părăseşte spitalul cu starea generală foarte bună, cu o sporire a greutăţii corporale de 700 gr. Tegumentele palide ca şi în preumrerei. Local încă, roluri fine şi uscate. R. Perquet, negativă.

III. I. V. trei luni, născut la termen, alientare naturală. Boala actuală a debutat înainte cu trei săptămâni de-a intra în spital. Debut insidios, cu tuse quintoasă şi febră nu prea mare. Sesizaţi părinţii de tusea care seamănă prea mult cu tusea convulsivă, aduc copilul spre internare, la 18 Noem. 1940. Starea generală bună. Febra 39,2 tegumentele palide, ţesutul muscular şi celulo-grăsos redus (3100 gr.) Turgorul slab. La examenul pulmonar se constată pe întreg toracele roluri fine şi uscate. Uşoară dispnee. Reacţia Pirquet, negativă. Tratamentul ol. gomenolat 2% fie în nas, imfuzie de ipeca, cataplasme cu muştar, hemoterapie şi calciu. La 29 Noem. 1940 părăseşte spitalul cu starea generală foarte bună şi cu un plus de greutate de 300 gr. dar încă foarte multe roluri cu acelaş caracter.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ex. sputei nu s'a putut face. Radiografia plămânilor, nu arată nimic deosebit.

IV. A. L. două luni, născut la termen, alimentare naturală.

Internat în spital la 12 Dec. 1940 pentrucă tuşeşte mult şi puternic. Accesele de tusă sunt adesea însoţite de accese de sufocaţie. Starea generală bună, febra 37,8. Tegumentele palide, ţesutul muscular şi celulo-grăsos destul de mic păstrat (4250 gr.) Turgorul redus. Pulmonar: extrem de multe raluri fine, uscate răspândite, difuz pe întreg toracele. Reacţia Pirquet, negativă. Tratamentul identic cazurilor precedente. Starea generală s'a menţinut tot timpul tratamentului, foarte bună. A crescut în greutate 600 gr. La 9 Febr. 1941 părăseşte spitalul cu un grad de anemie destul de apreciabil.

V. D. T. două luni şi jumătate, născut la termen, primul născut, alimentaţie naturală. La 11 Ian. 1941 este internat în spitalul nostru, pentrucă de 2 săptămâni deşi în tratamentul unui medic specialist, tuşeşte tot mai puternic şi mai mult. Starea generală foarte bună. Febra 37°. Tegumentele rozii. Ţesutul muscular şi celulo-grăsos destul de bine păstrat (4200 gr.) Turgorul bun, Pulmonar, se constată o ploaie de raluri fine şi uscate pe întreg toracele. Tusea cu caracter quintos, dar fără repriză.

Tratamentul acelaş. In decursul tratamentului face amigdalită pseudomembranoasă care fiind suspectă de difterie, i se administrează ser anti difteric 2500 u, şi face un şoc serie destul de puternic din care-şi revine cu foarte mare greutate. La 6 Febr. 1941 părăseşte spitalul vindecat, dar cu un spor în greutate de abia de 500 gr. Reacţia Pirquet, negativă. Ex. sputei nu s'a putut face.

VI. M. A. trei săptămâni, *prematur*, al doilea născut. Greutatea de naştere 2400 gr. Alimentat mixt (lapte de mamă + babeurre). La o săptămână, penifigus bulos. Este adus în spital la 21 Ian. pentrucă de 3-4 zile tuşeşte mult, puternic şi adesea tusea este însoţită de accese de sufocaţie. Starea destul de rea. Tegumentele palide. Ţesutul muscular şi celulo-grăsos redus 2000 gr. la 3 săptămâni). Turgorul slab. La examenul pulmonar se constată la auscultaţie foarte multe raluri fine şi uscate pe întreg toracele. In rest nimic deosebit. Tratamentul, identic cazurilor precedente. La 15 Febr. se face R. Pirquet în urma căreia, deşi negativă,

face o dispepsie destul de puternică (scaune, apoase şi vărsături) scade în greutate 200 gr. Se suprimă babeurre-ul menţinându-se laptele de mamă. Îşi revine cu destul de multă greutate şi părăseşte spitalul la 28/II vindecat.

CONCLUZIUNI

1) Edemnul subacut şi curabil al sugarului are astăzi o autonomie clinică indiscutabilă.

2) Acest sindrom specific sugarului din primele 3 luni, se întâlneşte cu predilecţie la sugarii prematuri, debili congenitali şi distrofici.

3) Sindromul descris de Debré, ar putea fi datorit pneumocreului.

4) Tabloul clinic atât de caracteristic al acestui sindrom şi deosebit de celelalte entităţi clinice cauzate de pneumococ, s'ar putea explica fie prin faptul că pneumococul care ar cauza sindromul lui Debré, ar avea o virulenţă mai atenuată, fie că un factor constituţional sau fizio-patologic ar face ca bronşiile şi alveolele anumitor sugare să reacţioneze în mod special, producând un eludat broncoalveolar.

CÂTEVA SPECIALITĂŢI BYLA

GEORGES VERGLAS

Tel.: 2.01.43 Str. Precupeţii Vechi No. 1 Bucureşti III

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HORMOVARINE „B Y L A" Soluţie-fiole	Toate indicaţiunile Foliculinei. Picături 1000 U. I. pe cc. Fiole 50.000 U. I. pe fiolă.
IRRASTERINE „B Y L A" (VITAMINA D.) Soluţie	Rachitism Pre-tuberculoză Convalescenţă Turburări de osificaţie 5—20 picături pe zi
NEUROTROPHOL „B Y L A" Sirop	Astenii nervoase Infecţii Convalescenţe 2—3 linguri pe zi
PHYTOGENINE IRADIATA „B Y L A" Granule	Carenţe minerale Anemii Convalescenţe Deficienţe endocriniene 1—6 lingurite pe zi
SPLENARMONE „B Y L A" (VITAMINAT) Sirop	Tuberculoză Anemii Convalescenţa Astenie 1—3 linguri pe zi

ETABLISSEMENTS BYLA. — 26, Avenue de l'Observatoire, Paris XIV-e

Expectorant

Antiseptic pulmonar

Recalcifiant

ERIGON Dr. WANDER

SIROP

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiţi

Bronşite cronice şi subacute

Tuberculoză

Calmant al tusei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CODELUM D-r Wander

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM forte

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

In toate cazurile de tuse iritativă spasmodică şi quintoasă, în special în tusea tuberculoşilor

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

Bucureşti IV, Str. Cazărmei, 89.

Analeptic Cardiotonic

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine

SIROCALCIN „Sapic"

SIROCALCIN cu EFEDRINA

Sirop pe bază de: Sulfogaiacolat de Potasiu
Lactofosfat de Calciu

Expectorant

Desinfectant pulmonar

Reconstituant

Gust agreabil

Mostre şi literatură trimite la cerere

Departamentul ştiinţific „SAPIC"

Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

CONTRIBUTIUNI LA TRATAMENTUL BOALEI NICOLAS — FAVRE FORMA INGHINALA, CU SULFAMIDE

de

D-r GEORGE STOENESCU şi D-r VICTOR NIŢULESCU
Medic Spitalul R. Vâlcea Medic Spita'ul R. Vâlcea

Iniţiaţi asupra tratamentului bolii lui Nicolas-Favre, prin injecţii cu sulfamide, de către un articol al D-lui D-r Dan Moucha, în „România Medicală" No. 1/1942, şi profitând de faptul că la acea dată aveam în spitalul nostru două cazuri de limfogranulomatoză, am aplicat acest tratament.

Iată observaţia primului caz.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul L. A., de ani 30, muncitor, căsătorit, vine în spital pentru două tumefacţii ganglionare, dureroase, în regiunile inghinale, stare de astenie generală, febră 38°, slăbiciune pronunţată.

A. H. C. Fără importanţă.

A. P. In copilărie nimic patologic. Acum un an o pneumonie dublă tratată în spitalul Colţea. Acum 4 ani un şancru moale şi o blenoragie complicată cu o fimoză; căsătorit, nu are copii.

Istoric. Bolnavul ne declară că în ziua de 5 Ianuarie 1942, a avut frisoane, febră, observând în acelaşi timp tumefierea dureroasă a ganglionilor inghinali de partea dreaptă. A doua zi a început şi tumefierea celor de partea stângă. Bolnavul avea în acelaş timp inapetenţă, frisoane şi febră, slăbiciune din ce în ce mai accentuată, timp de două săptămâni, ganglionii mărindu-se şi devenind mai dureroşi, până în ziua de 20 Ianuarie 1942, când se internează în spital.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie medie, cu tegumentele şi mucoasele palide, febril, astenie, cu ţesutul celulo-grăsos dispărut în bună parte, prezintă în regiunea inghinală dreaptă o tumoră de mărimea unei nuci verzi, cu contur neregulat, lobat şi infiltrat, puţin mobilă pe planurile profunde. Tumoara aderentă la piele cu eritemul foarte accentuat al acesteia la nivelul tumorei, cu uşoară fluctuenţă, în punctul cel mai ridicat. In reg. inghinală stângă există o tumoră de mărimea unui ou de porumbiel, alungită transversal, uşor nodulară, mobilă, neaderentă la tegumente care au o coloraţie normală la nivelul ei.

Prima tumoretă e foarte dureroasă, iar cea din stânga foarte puţin dureroasă.

Din partea celorlalte organe şi aparate, splina percutabilă pe trei laturi de deget; în rest nimic patologic.

Analizele de laborator au dat următoarele rezultate: R. Wassermann negativ; Ureea sanghină 0,22 la mie; Ex. urinei: urme abia perceptibile de albumină, frecvente leucocite; Leucocitoza 15.900: Leucograma: leucocite polinuc. neutrof. neseg. = 4%; leucocite polinucl. neutrof. seg. = 58%; leu-

cocite polinucl. neutrof. eosinof. = 2%; Monocite = 6%; Limfocite = 30%.

Puncţia tumorei din dreapta. Se scoate lichid purulent, uşor sanghinolent, în care se constată numeroase leucocite polinucleare, în parte alterate. Flora microbiană absentă.

R. Frei pozitivă.

In ziua de 27 Ianuarie 1942, i se fac bolnavului 5 injecţii a câte 1 cmc. dintr'o soluţie de Neouliron 10%, în tumoreta din dreapta, una în abces chiar, iar celelalte 4 peritumoral; în timpul injecţiilor bolnavul acuză dureri. In timpul nopţii bolnavul are dureri la nivelul tumoretei.

30. I. 1942. — Tumoreta ganglionară dreaptă a mai diminuat, ganglionii sunt mai individualizaţi, eritemul diminuat. In aceeaşi zi se fac 3 injecţii a 1½ cmc. în tumora din stânga.

1. II. 1942. — Tumoretele sunt mai puţin dureroase, mai şterse, eritemul în partea dreaptă mai mult dispărut; mişcările membrului inferior drept se fac cu uşurinţă.

3. II. 1942. — Se mai fac încă 3 injecţii a câte 1 cmc. în tumoreta din dreapta, extrăgându-se şi puroi.

6. II. 1942. — Tumorile mult diminuate, fluctuenţa e dispărută, ganglionii sunt şi mai individualizaţi.

9. II. 1942. — Bolnavul face o stare gripală.

21. II. 1942. — Tumorile ganglionare dispărute; prezintă uşoare aderenţe la tegumente în partea ganglionilor din partea dreaptă.

23. II. 1942. — Se mai face o injecţie de 2 cmc. soluţie Neouliron 10% în ganglionii inghinali din dreapta.

26. II. 1942. — Bolnavul părăseşte spitalul vindecat.

Am întrebuinţat o soluţie Neouliron 10 la mie, neomogenă, sterilizată la Bain-Marie, timp de 20 minute. După luarea măsurilor de asepsie şi antisepsie, am făcut injecţiile cu un ac gros din cauza neomogenităţii soluţiei, şi credem că tocmai această neomogenitate ar fi un avantaj, după cum constată şi D-r Moucha în articolul său, — prin particolele de sulfamide, care rămânând mai mult timp în ţesuturi, activează timp îndelungat asupra agentului patogen. Elementul „durere" pe care-l are bolnavul în momentul injecţiei este suportabil şi în faţa rezultatelor atât de evidente, nu putem trage decât concluzii favorabile acestui fel de tratament.

In ceea ce priveşte al doilea caz, la o femeie, la care limfogranulomatoza se prezenta sub forma unei rectite şi cu o infiltraţie vulvară şi perivulvară, şi la care diagnoza de boală a lui Nicolas-Favre fusese şi anterior pusă, i-am făcut numai 4 injecţii a câte 1½ cmc. în regiunea labiilor mari.

Dureri destul de mari în timpul injecţiilor.

A doua zi nu mai cauza niciun fel de durere; după şapte zile infiltraţia labilor mari dispăruse în bună parte, dar din cauză că bolnava a părăsit spitalul, tratamentul nu a putut fi continuat şi nici observaţia noastră complectată.

Inclinăm a crede totuşi, că rezultatele ar fi tot atât de bune şi în aceste forme, şi ne propunem, atunci când ocazia se va ivi, să demonstrăm şi acest lucru.

Debilitate — Cașexie — Creșteri întârziate — Convalescențe cu semne de insuficiență sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2—3 linguriţe de cafea pe zi.

Rachitism—Toate formele de tuberculoză—Limfatism—Carii dentare Creștere dificilă—Sarcină—Alăptare—Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu coloidali + Vitamină D.

Lichid. Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.

Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Neurastenii—Nevroze—Maladii consomptive—Tuberculoză etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.

Copii: 3 linguriţe pe zi.

LABORATOIRES DOCTEUR PINARD — PARIS

Literatură şi eşantioane:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TERAPIA DERMATOZELOR

DIVERSELE ETIOLOGII ALE DERMATOZELOR NE-AU DETERMINAT SĂ CREĂM O SERIE DE POMEZI, FIECARE AVÂND INDICAŢIUNI BINE DETERMINATE

SEDOTYOL Pomadă calmantă	Se aplică într'un strat gros, friţionându-se uşor.	**DERMATOZE** **PRURIGINOASE** LEZIUNI CUTANATE DUREROASE PRURITURI
INOSEPTA Pomadă antipiogenă	Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricţiona.	**DERMATOZE** **SUPURATE** FURUNCULOZE-FAVUS IMPETIGO-ABCESE
INOTYOL Pomadă antiflogistică şi cicatrizantă	Se aplică pomada într'un strat gros, acoperindu-se cu un pansament.	**DERMATOZE** **NEINFECTATE** ULCERAŢIUNI - ARSURI IRITAŢIUNI CUTANATE
SILIPLASTINE Pomadă absorbantă	Se aplică într'un strat subţire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se şterge uşor numai cu apă.	**DERMATITE** **UMEDE SAU IRITABILE** ECZEME UMEDE-INTERTRIGO-DERMATITE ACUTE
CUTIGENOL Pomadă cicatrizantă	Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.	**LEZIUNI** **CUTANATE** ARSURI-ULCERAŢIUNI ATONE DERMATOZE CRONICE PLĂGI - TURBURĂRI TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Constituirea Comitetului Fundaţiei de Protecţie a Spit. Filantropia şi a Centrului de Ocrotire pentru copii din Craiova

PROCES-VERBAL

12 Aprilie 1942

Şedinţa se deschide la ora 12,30 sub Preşedinţia *Inalt Prea Sf. S. Mitropolit Nifon al Olteniei* în prezenţa Doamnelor: Marieta Col. I. Dăbuleanu, Eugenia Girardi, Amalia E. Marian, Elena Şt. Popescu, Germaine C. Sescioreanu, Aneta Gh. Vârvoreanu, Iulia Vincentz şi a Domnilor C. Poenaru, I. B. Georgescu, E. Marian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Docent D-r *M. Cânciulescu*, Directorul Spitalului Filantropia şi Conducătorul delegat al Centrului pentru Ocrotirea copiilor din Craiova, roagă pe Inalt Sf. S. să-i acorde cuvântul pentru a explica rostul acestei convocări.

D-sa începe prin a exprima adânci mulţumiri Inalt Prea Sf. S. pentru că a binevoit să asume Preşedinţia Comitetului Fondaţiei de Protecţie a acestor instituţiuni de caritate creştină şi de folos obştesc românesc, subliniind astfel însemnătatea morală a scopului urmărit şi restabilind Biserica la locul de frunte cuvenit.

Mulţumeşte cu recunoştinţă persoanelor prezente care n'au pregetat a răspunde la apelul adresat şi care împreună cu cele care au aderat dar n'au putut lua parte la constituire, s'au situat în fruntea concetăţenilor lor prin tradiţia de familii vechi româneşti locale, prin cultura lor înaltă, prin sentimentele lor de solidaritate omenească şi românească.

Exemplul lor va servi ca bun exemplu şi ca îndemn de muncă pentru toţi.

Spune că prin însărcinarea ce a primit în calitate de Conducător al acestor două Instituţiuni de a constitui Comitetul Fondaţiei lor de Protecţie, a urmărit scopul de a se adresa fruntaşilor de elită ai vieţei sociale şi culturale locale, persoanelor cu un trecut legat de activitatea lor şi de a familiilor lor; precum şi de a strânge pe toţi sub semnul Bisericei.

Am urmărit deci scopul de a reînvia o dublă tradiţie creştină şi românească: tradiţia legărei spitalului de Biserică şi tradiţia legărei familiilor de viţă veche românească de instituţiunile de asistenţă medico-socială — în scurt, de a readuce pe D-l nostru Isus Christos în spital şi persoanele de bine în jurul spitalului, ca în tot trecutul neamului românesc.

Mai departe D-sa dă cetire adreselor oficiale primite; lămuririlor stabilite cu privire la organizarea activităţei spitaliceşti a Consiliului de Patronaj al Operilor Sociale; apelului adresat de D-sa persoanelor dintre cele mai indicate să facă parte din Comitetul de Fondaţie Spitalicească — adrese, lămuriri şi apel ce depune în original la dosar.

In continuare explică de ce propune înfiinţarea unui Comitet unic, nu numai pentru că D-sa este Conducătorul ambelor acestor instituţiuni, dar şi pentru-că este obligat să facă legătura, îndrumând şi coordonând activitatea tuturor instituţiunilor de asistenţă socială în calitatea sa de Membru al Consiliului Sanitar Superior reprezentând regiunea Olteniei, precum şi pentru că ambele instituţiuni se leagă prin membrii familiei celor bolnavi şi familiei copiilor care sunt comune, şi pentru că membrii Comitetului pot activa în ambele instituţiuni potrivit posibilităţei, înclinărilor şi activităţei lor din trecut.

Roagă să fie scuzat că a insistat pe lângă Inalt Prea Sf. S. să fixeze pentru constituirea Comitetului Fondaţiei de Protecţie această zi încărcată pentru slujba Bisericească dar plină de înţeles prin necredinţa Apostolului Toma, slujbă religioasă la care s'a adaus celebrarea parastasului omului de bine al Craiovei care a fost D-l C. M. Ciocazan, —om care a ocupat demnităţi înalte în Stat, a fost şi Primarul Oraşului Craiova, şi care toată viaţa punându-şi-o în slujba altora a murit sărac, el mai dând şi exemplu viu al celui mai cald şi desinteresat patriotism, precum şi anticipând asupra ştiinţei şi poate asupra vieţei viitoare ca adept statornic al spiritismului, urmaş demn al marelui Haşdeu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este de părere că în Comitetul Fondaţiei care se va declara constituit să facă parte şi persoanele care şi-au dat adeziunea dar n'au putut participa la şedinţă, precum să fie admise ulterior şi cele alte câteva puţine personalităţi care încă nu şi-au comunicat răspunsul.

A urmat CUVÂNTAREA I. P. SFINŢITULUI MITROPOLIT NIFON:

Domnule Medic Primar-Director,
Doamnelor şi Domnilor,

„Am fost convocaţi la o adunare în scopul operii de ajutorare a spitalelor, de colaborare la îngrijirea bolnavilor în spitale şi la supravegherea lor în familii după ce au ieşit din spitale, precum şi la opera de ocrotire şi îndrumare a copiilor. Iar când printre aceştia se află copii luptătorilor pe front, lipsiţi vremelnic de purtarea de grijă şi ocrotirea taţilor lor, suntem îndatoraţi şi mai mult ca noi să purtăm grijă de co-

piii neamului care se ofilesc şi se vlăguesc în lipsuri grele. Este o lucrare de mare însemnătate care se face şi mai imperios indicată mai ales în vremurile noastre de multe lipsuri şi mari suferinţe, când deci mulţimea celor mici şi necăjiţi aşteaptă sprijin şi ajutorare dela cei în stare să acorde această ocrotire.

Când cei mai buni dintre fiii neamului, flăcăii şi taţii de copii luptă vitejeşte şi uneori cad eroic în războiu cu păgânii neamului nostru, cu hoarda fiarelor bolşevice, se cuvine ca cei mai buni dintre noi, cei rămaşi acasă, să ia asupra-şi îngrijirea şi ocrotirea acestor luptători.

Dacă boerii vremurilor trecute au fost ctitorii atâtor aşezăminte de binefacere, de spitale, azile, orfelinate şi altele, dacă deci ei au jertfit bunurile lor şi au închinat gândul şi sentimentele lor unor astfel de aşezăminte în slujba ajutorării aproapelui, noi cei de azi, chiar dacă nu avem bunuri materiale îndestulătoare ca să zidim aşezăminte, să dăruim însă bogăţia sufletului nostru, râvna şi puterea noastră de a lucra, mila de cel în lipsă şi iubirea noastră faţă de semenul nostru care geme în suferinţă, în mizerie şi în sărăcie.

Iată, văd în sală persoane din aristocraţia oraşului nostru, aristocraţie descendentă din vechile familii boereşti oltene şi aristocraţie a sufletelor de elită ale societăţei noastre. — S'a făcut apel în primul rând la aceste persoane pentru că elitele s'au dovedit a fi în cursul vremii mai înţelegătoare şi mai jertfelnice, fie în ceia ce priveşte operile de bine, de caritate sau de susţinere a credinţii. Ne gândim firesc la acea românească aristocraţie, care la origini nu este o clasă suprapusă streină sau deosebită de fiinţa neamului. Boerimea noastră s'a ridicat din sânul poporului: acei români, care s'au distins prin bravura sau devotamentul lor, au fost încărcaţi cu daruri, cu moşii şi cu ranguri boereşti. La origini, aşa dar, aristocraţia este consacrarea unei distincţiuni. Şi acum este chemată aceiaşi aristocraţie care s'a indentificat totdeauna cu nevoile şi aspiraţiile neamului. Sunteţi chemaţi la această operă naţională acei care vă distingeţi nu numai prin ordinea Domniilor-Voastre, dar şi prin voinţa de a fi folositori Credinţei şi Patriei, ca şi vrednicii noştrii înaintaşi într'o operă care constituie ea însăşi o distincţie.

Domnule Medic Primar Director, aici în acest aşezământ de uşurare şi de tămăduire, această „biserică a corpului" cum aţi spus Dvs. aţi afirmat că înainte de orice ţineţi să puneţi în fruntea acestei acţiuni „Biserica". Procedând astfel sunteţi pe drumul cel mai bun. — Dvs. cunoaşteţi şi aţi avut prilejul să şi constataţi atât de des cât de puternic fortifiant este „Credinţa" şi de asemenea vă amintiţi că „Mântuitorul" nu numai că a învăţat pe oameni iubirea, nu numai că le-a înmulţit pâinea, dar din adâncă milă El le-a tămăduit şi suferinţele folosindu-se invariabil de această atât de preţioasă putere a sufletului: Credinţa. O credinţă puternică influenţează în modul cel mai binefăcător asupra unui organism slăbit.

Folosirea credinţei ca forţă terapeutică practicată de Mântuitorul

mai întâiu şi de Sfinţii Săi Apostoli mai apoi, a rămas în biserica noastră ca un factor esenţial de întărire şi de vindecare fizică şi morală.

Credinţa şi mila sau caritatea creştină, virtuţi exclusiv creştine sunt forţele împrejurul cărora s'a închegat asistenţa socială creştină din primele veacuri. Asistenţa socială nu e altceva decât aplicarea mai largă şi sistematică a milei şi iubirii de oameni adusă lumii de Domnul Christos.

Primele nuclee de asistenţă socială au fost organizaţii creştine, iar primele spitale sunt nu numai opere de inspiraţie creştină, ci opera unui mare ierarh răsăritean: cel dintâiu spital a fost întemeiat de Sfântul Vasile-cel-Mare, Arhiepiscopul Cezarei Capodociei. După acest exemplu ierarhii, voevozi credincioşi şi pioşii boeri au întemeiat la noi o seamă de aşezăminte care pe lângă destinaţia lor pur filantropică sau spitalicească, poartă şi o foarte pronunţată pecete a credinţii ortodoxe.

Domnule Medic Director, vă cunoaştem de multă vreme ca un eminent medic, nu ştiam însă că sunteţi şi un atât de priceput şi de zelos organizator.

Iniţiativa Dvs. însufleţită de asemenea sentimente creştine îmbracă în mod vădit caracterul unui nobil apostolat, la care noi ne înrolăm cu toată hotărîrea.

Este grăitor ca la chemarea Dvs. pentru această zi de 12 Aprilie— ziua Sfântului Apostol Toma, necredincios o vreme, dar apoi definitiv devotat apostolatului — au răspuns 12 persoane: acest lucru este un semn în plus că lucrarea ce aţi iniţiat începe sub cele mai bune auspicii şi sub pecetea apostolatului. Fiţi convinşi că orice român adevărat, orice minte luminată, orice conştiinţă curată şi orice bun creştin din Oltenia noastră va sprijini cu tot sufletul opera la care purcedem acum.

Personal vă încredinţez de cea mai deplină colaborare a întregului cler oltean".

DECHOLIN
EXPERIMENTAT ANI DE ZILE
COLERETIC
COLAGOG
DIURETIC
J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREŞTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accesele de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

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

ABURI TĂMĂDUITORI

... Precursori tratamentului modern de înhalaţie!

Glycirenan reputat de decenii pentru profilaxia şi tratamentul asthmului bronşic, bronşitele, rhinitei, laringitei, tracheitei şi sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

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

MEDICUL DE PLASA *)

de

D-r P. COSAC

Problema situaţiunei morale şi materiale a medicului de plasă rămâne o problemă mereu actuală. De aceea trebuieşte a se avea în vedere grija atât de capitalul biologic al ţării — sănătatea ţăranului — cât şi de asigurarea unei vieţi omeneşti medicului rural, unicul factor distribuitor de sănătate la ţară.

S'a făcut continuu apel la abnegaţia şi la apostolatul său ca şi când acestea ar fi fost arme cu cari se pot stabili flagelele. Apologia sacrificiului trebuieşte părăsită — dând loc unei preocupări metodice care să asigure traiul acestui modest slujitor al ţării, — ce reprezintă pe drept cuvânt coloana vertebrală a serviciului sanitar.

Vieaţa profesională a acestuia este o jertfă în folosul celor obizoluiţi. Totuşi el este dat uitării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mânat spre carieră de sublime cerinţi sufleteşti, trecând peste interesele sale personale, el trăieşte într'un mediu lipsit de cel mai alunecător evafort — situaţia incompatibilă cu cerinţele sale intelectuale. Deşi este unul din factorii care contribue cel mai mult la promovarea culturei şi înobilarea caracterelor din mediul rural — unde a chemat nu numai să locuiască, dar şi să povăţuiască, — adesea îşi vede predica sa primită ostil şi nu rareori cu agresiuni, — fiind cunoscute tradiţia, superstiţiile şi empirismul dela ţară. Totuşi medicul îşi continuă varoava aşa cum a cules-o din carte şi din sufletul lui mare, asistând tot mai îngăduitor la micşorarea drepturilor ce i se cuvin.

Atrăgând atenţiunea asupra greutăţilor financiare în care se sbate, o face numai din dorinţa de a nu-şi măcina râvna de înfăptuire în inacţiune.

Dacă ţinem seama că medicul sanitar rural este mai mult un medic igienist însărcinat cu medicina preventivă — adică combaterea bolilor infecto-contagioase şi cele sociale, fiind obligat a da consultaţii gratuite este nedreaptă prigoana ce o depun comisiile de impuneri pentru faimoasele venituri profesionale care sunt de domeniul fanteziei mai ales pentru circ. rurale îndepărtate, deoarece majoritatea medicilor

*) O bună parte din aceste recomandări au fost satisfăcute de actuala conducere a M-terului S. care poartă un deosebit interes medicului de plasă.

rurali nu trăiesc decât din salariu. El este impus la venituri profesionale imaginare.

Medicii de plasă apelează la bunăvoinţa D-lui Ministru al Sănătăţii, rugându-l a dispune cuvenitele măsuri:

1) Problema sanitară este o problemă de educaţie — de cultură sanitară şi igienă ce trebue difuzată metodic în straturile populaţiei rurale — prevăzându-se şi mijloacele bugetare care să asigure aplicarea sa.

2) Medicul rural — credem că ar fi logic să fie salarizat dela cel puţin 15.000 lei lunar, dat fiind şi riscurile profesionale cu mult mai mari.

In orice caz, salarizarea să fie omenească, încât să-l pună la adăpost de grija zilei de mâine şi să-l recompenseze corespunzător cu situaţia lui socială, astăzi atât de depreciată.

Salarizarea să fie onorabilă — adică cel puţin egală cu a celorlalţi intelectuali de rangul său, cum sunt profesorii, magistraţii, inginerii, ofiţerii.

3) Acordarea unei diurne de reşedinţă de 3000 lei generală tuturor medicilor — indiferent de circumscripţie — dacă bineînţeles aceste circ. depăşesc reşedinţa judeţului pe o rază de 20 km., excluzându-se circ. suburbane unde medicul sanitar poate avea clientelă. Această diurnă reprezintă jertfa medicului de a trece dintr'un mediu urban civilizat cu mai multe posibilităţi de câştigarea existenţei — într'un mediu incompatibil cu o vieaţă corespunzătoare situaţiei sale sociale.

4) Suprimarea impunerilor fiscale pentru venituri profesionale inexistente la ţară, unde consultaţiile sunt gratuite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) Mărirea diurnei de transport la cel puţin 5000 lei, aşa ca să reprezinte o justă apreciere a cheltuielilor făcute de medic, deoarece un transport cu căruţa dela reşedinţa plăşii până la cea mai apropiată staţie de C. F. R. situată la 20 km. — ori inspecţiile făcute în comunele vecine, costă 500 lei.

Actuala mărire de diurnă de transport dela 3000 la 4000 lei, în realitate reprezintă o avansare a diurnei faţă de mărirea numărului inspecţiilor. — Costul unei inspecţii revenind tot la vechiul preţ de 300 lei — ceea ce în vremurile actuale este insuficient.

6) Reparaţia radicală a circ. sanitare — a dispensarului şi locuinţa medicului deteriorate de cutremur, localuri în care plouă toamna şi primăvara — sau a localurilor şubrezite de vechime. Reparaţia să fie în aşa fel făcută, încât să fie model de higienă şi salubritate.

7) A se reveni la vechile dispoziţii, dându-se drept medicului rural a beneficia de produsele agricole rezultate din exploatarea terenurilor arabile — cele 5 ha. alocate fiecărei circ. după regiune, — pentru nevoile gospodăriei sale.

8) Reparaţia şoselelor şi acordarea mijloacelor rapide de transport medicului rural spre a putea interveni eficace în cazurile epidemice.

9) Legătura telefonică cu serviciul sanitar judeţean — în cazul când dispensarul este situat la o distanţă apreciabilă de primăria comunei.

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:
Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)
MANNHEIM-WALDHOF

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Obesitatea nu este o maladie gravă. Nu te omoară în câteva luni, dar te face să mori zece ani mai devreme".

Linolysin

Hormon ovar, Tiroidă, Lob. ant. hipofiz., Timus.

Slăbire rapidă şi fără pericol

3 drag. pe zi înaintea mesei
sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal.
Indicat tratamentul combinat simultan.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Akne-Milkuderm

Sulf. Resorcină, Ichtyol în cremă de lapte

Descuamaţiune curată şi discretă a ţesutului bolnav şi „restitutio ad integrum" a epidermei sănătoase.

Se întinde seara fără pansament. Dimineaţa se şterge cu benzină farmaceutică sau cu lapte. Ziua se pudrează. La început uşoară iritaţiune (reacţiune) care apoi cedează în câteva zile — Tub orig.

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

ANALIZE

Cărţi
Monografii
Teze

CERCETARI ANTROPOLOGICE ASUPRA MOŢILOR DINTRE ARIEŞE

de

D-r V. PAPILIAN şi D-r C. C. VELLUDA

(Memoriile Academiei Române. Secţia ştiinţifică. T. 15. Seria III. Mem. 19, 1940).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrările româneşti de antropologie n'au depăşit încă stadiul încercărilor şi dibuirilor. Până acum antropologii români s'au mărginit la scurte note, privind fiecare dintre ele câte o problemă izolată. Lucrările de sinteză sau cele cari să privească un material statistic vast studiat din numeroase laturi, nu abundă. De aceea lucrarea domnilor V. Papilian şi C. C. Velluda, care face parte dintre lucrările de mare anvergură antropologică, este o lucrare demnă de apreciat. Pe deoparte, particularitatea materialului de studiu ales — populaţia Moţilor dintre Arieşe, — pe de altă parte numărul mare de cercetări întreprinse, seriozitatea cu care au fost conduse aceste cercetări, privirea de sinteză aruncată asupra problemei, originalitatea concluziilor şi garanţia pe care ne-o aduce numele acestor distinşi antropologi; fac din această lucrare un studiu inedit care face o deosebită cinste antropologiei şi ştiinţei româneşti.

Autorii publică în lucrarea de mai sus, cercetările lor antropologice privitoare la o populaţie omogenă şi anume populaţia Moţilor din regiunea cuprinsă între cele două râuri Arieşe (jud. Turda). După cunoştiinţele şi observaţiile autorilor, această regiune este cea mai pură din punct de vedere etnic, căci niciodată şi sub nicio formă nu s'a stabilit aci vreo altă naţionalitate în afară de cea românească. In anul 1929, populaţia cuprinde 26.728 locuitori, dintre care 26.723 erau români, restul de cinci străini fiind funcţionari. Regiunea dintre Arieşe fiind sediul unei populaţii, a cărei puritate etnică n'o găsim decât în foarte puţine alte regiuni şi fiind centrul populaţiei Moţeşti, ne oferă date antropologice de o importanţă deosebită.

Cercetările domnilor Papilian şi Velluda privind populaţia Moţilor, au fost executate asupra a) caracterelor lor morfologice, b) compoziţiei lor rasiale, şi c) grupelor lor sanguine.

a) Caracteristica morfologică a fost pusă în evidenţă prin cercetarea a 21 elemente anatomice şi 19 indice, deci prin studiul a 40 de valori morfologice cari privesc: talia, capul, faţa, trunchiul şi membrele.

Importanţa datelor obţinute, ţinând seamă de numărul cercetărilor (circa 1000), ca şi de omogenitatea materialului capătă o semnificaţie de primul ordin.

Din întreg studiul morfologic, bărbaţii Moţi apar cu o talie mijlocie depăşind uşor media găsită la români în general. Femeile lor sunt însă mai mici, sub medie, autorii stabilind deci o diferenţă relativ mare între sexe. Capul potrivit ca mărime (cu diferenţe mici între sexe), brachicefal la femei şi hiperbrachicefal la bărbaţi, înalt (hipsicefal), cu fruntea lată, faţa potrivită, nasul potrivit cu o tendinţă mai accentuată spre forma ascuţită (leptorinie), urechea potrivită, gura mică, ochii mai mult mici. Membrele inferioare potrivite, cele superioare relativ scurte.

Complexul pigmentar (iris-păr), deşi apare în cea mai mare parte ca amestecat sau intermediar, trebue remarcat totuşi, comparativ cu restul românilor, procentul mare (1/3) a irisului deschis albastru, verde, foarte caracteristic la Moţi;

b) In ceea ce priveşte compoziţia rasială, tipul de bază al populaţiei Moţeşti îl formează rasa alpină pură sau componentele ei, dintre care cea mai frecventă este rasa alpino-mediteraneeană. Femeile sunt mai alpine decât bărbaţii. Urmează în ordinea frecvenţii, rasele blonde, dintre cari în primul rând rasa est europeană. Remarcăm într'un procent ridicat (10,35%), un tip denumit de autori „tip local". Acest tip este înalt (peste 1,75 m.), hiper sau brachicefal, cu un complex pigmentar închis, mezo sau leptoprosop, mezo sau leptorin. Prin procentul lor mare de depigmentări (1/3), Moţii apar ca o combinaţie a unei rase brune cu una blondă nordică. Tipul autohton (ţinând seama şi de caracteristica lor serologică), pare să fi primit o influenţă dela sud şi dela sud-vest, care iar fi adus aportul rasei alpine şi o altă influenţă dela nord, care iar fi adus aportul rasei nordice;

c) Din punct de vedere serologic, Moţii prezintă un foarte mare procent de indivizi cu proprietăţi europene (A. 52,81%). De asemenea ei prezintă cel mai ridicat indice biologic găsit până acum la Români (I. 2,93, p. 3,61). Prin aceste caractere, Moţii apar ca cei mai europeni dintre românii cercetaţi până acum, apropiindu-se prin toate aceste caractere mai mult de popoarele occidentale, decât restul românilor.

Ţinând seamă de compoziţia rasială a Moţilor, compoziţie în care apare ca o componentă nordică incontestabilă, de izolarea lor geografică, precum şi de lipsa oricărui contact străin, autorii s'au întrebat dacă influenţa pe care au primit-o Moţii nu e foarte veche, mult mai veche decât s'ar crede şi dacă componenţa lor sero-rasială nord-vestică nu ar aparţine vechiului popor celt, a cărui invazie în

Transilvania s'a făcut dela vest. Autorii răspund afirmativ la această problemă, fiind de altfel de acord cu o serie de oameni de ştiinţă (Guiard, Gladariu), cari consideră pe Români ca având o veche origine celtică.

Lucrarea este însoţită de date comparative cu cercetările făcute asupra altor populaţii româneşti şi cuprinde 109 pagini, 38 grafici, numeroase schiţe, hărţi şi fotografii.

D-r Victor Preda.

* * *

ADALBERT CZERNY †

Pediatria germană şi, odată cu ea, şi cea universală a îmbrăcat haină de doliu. *Profesorul Czerny* s'a stins din viaţă în ziua de 3. X. 1941, după ce încă mai înainte devenise nemuritor prin vasta sa operă ştiinţifică şi eminamente constructivă, care ne-a furnizat elementele de bază ale pediatriei moderne.

Savant cu o reputaţie mondială, creator de şcoală pediatrică fără pereche şi cel mai convins apărător al copilului, a desfăşurat cea mai impresionată activitate ştiinţifică, numai pentru a putea fi util operei de combatere a excesivei mortalităţi infantile din primul an al vieţii. Ştiinţificul şi practicul, au găsit cea mai armonioasă îndemânare în persoana şi în activitatea Profesorului *Adalbert Czerny.*

Făcându-şi educaţia medicală într'un azil de copii, Directorul Ministerial *Althoff* l-a considerat ca fiind cel mai potrivit învăţător în materie pentru Germania şi de aceea l-a invitat ca să conducă prima Catedră de specialiate la Breslau. El a condiţionat însă acceptarea invitaţiei de înfiinţarea unui Leagăn de Copii (Säuglingsheim) pe lângă catedra ce i se oferise în contra persistentelor recomandaţiuni ale prietenilor, care îl consiliau să nu-şi facă de lucru cu colectivitatea infantilă unde mortalitatea era atât de mare. Setea pentru descoperirea cauzelor acelei mortalităţi a fost însă mai puternică, iar Profesorul *Czerny* a continuat calea pe care se angajase.

Fisiologia normală şi cea patologică a sugarului au fost studiate în mod amănunţit pe cele mai diverse laturi ale lor. Manualul său devenit clasic în lumea medicală universală *„Des Kindes Ernährung, Ernährungsstöhrungen und Ernährungstherapie"*, este fructul unei laborioase activităţi desfăşurate în acest domeniu de autor, deschizător de drumuri noui în specialitatea noastră, pe care a şi reuşit să o transforme dintr'un obiect de studiu secundar într'unul principal.

Poate că în bună parte şi sub influenţa şcoalei franceze pe care cu recunoştinţă o aminteşte în opera sa *„Die Pädiatrie meiner Zeit"*, încă din 1904 a răspândit învăţătura, că numai părinţi sănătoşi pot da naştere unor copii sănătoşi, punând bazele *constituţiei* în ştiinţa germană şi individualizând şi sindromul *„diatezei exsudative"* pe vecie legat de numele său.

Biblioteca Universitară Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA

Dar, om genial, a acordat toată atenţiunea şi studiului *sufletului copilului* publicând lucrarea *„Der Arzt als Erzieher des Kindes* (tradus şi în româneşte de confratele Docent Dr. Horia Slobozianu, unul din elevii maestrului decedat, „Medicul educator al copilului" (în Editura „Cartea Românească"). — *Czerny* s'a expus cu multă convingere pentru ca în studiul pedagogiei şi psichologiei infantile să se ţină seamă şi de medicul de copii, care cel dintâiu, ia contat cu simptomele patologice prezentate de subiecţii de cercetare ai psichologilor şi pedagogilor *(Adalbert Czerny*: Einleitung în Prof. Arthur Keller: Kind und Umwelt, Anlage und Erziehung, Fr. Deuticke, Leipzig und Wien, 1930).

Multe au fost cuceririle savantului *Czerny*. Titlul lui de glorie va fi reprezentat în deosebi prin cercetările sale făcute în câmpul tulburărilor de nutriţie ale copilului mic cu indicaţiunile de terapeutică alimentară adecvate, tot atât de preţioase pietri de hotar ale pediatriei.

De aceea este şi foarte natural că mulţi dintre elevii şi admiratorii săi au profitat de diferitele prilejuri pentru a-şi exprima stima şi admiraţia faţă de covârşitoarea operă de creaţie a maestrului neegalat.

Aşa, *Dr. Hartmann*, în biografia „Gesunde Kinder — das Lebenswerk von *Adalbert Czerny*"; Prof. *Kleinschmidt* în „Kinderärztliche Praxis 1932, Heft 9, vorbind despre *Czerny*, ca om, ca medic şi ca cercetător, cu prilejul părăsirii Catedrei sale dela Berlin şi ieşirei la pensie; *Prof. Dr. H. Opitz*, — Berlin, „Kinderärtzliche Praxis, 1938, Heft 4, din prilejul împlinirei vârstei de 75 ani, *Prof. Stolte*, — Breslau, Kinderärztliche Praxis, 1941/11, cu ocaziunea morţii sale, etc. etc.

O sinteză admirabilă însă, o datorăm însuşi Profesorului *Adalbert Czerny*, în lucrarea sa: *Die Pädiatrie meiner Zeit*, Berlin, Springer, 1939, analizată pe larg către Docent Dr. *Axente Iancu*, în *„Mişcarea Medicală Română"* Anul XIII, Iulie — August 1940, anul nenorocirilor noastre, pe care trebue să o cunoască toţi aceia pe care îi interesează evoluţia pediatriei în genere, precum şi confraţii noştri cari activează în ogorul pediatriei naţionale. Poate fi găsit aci un admirabil material de inspiraţii şi de folositoare creaţiune.

Debutul strălucitei sale cariere de profesor universitar la Breslau, Strasbourg, Berlin, iar mai recent ca profesor onorar reactivat la Düsseldorf, este marcat de un modest serviciu dispunând de numai 16 paturi. — Unul din punctele esenţiale ale testamentului său, este importanţa deosebită ce a rezervat Dispensarului (policlinicei), în formarea medicilor şi în instrucţia studenţilor în medicină în condiţiuni foarte puţin costisitoare. — Printre alte satisfacţii în viaţă a mai avut şi pe aceea de a vedea scăzând cifra de mortalitate infantilă din primul an al vieţii din ţara sa, dela 29% la 6%.

Ne asociem cu toată convingerea la cuvintele Profesorului *Giovanni De Toni* (dela Universitatea din Modena, eminentul nostru coleg dela Paris, publicate în Revista *„Policlinico Infantile"* Anno IX. Nr. 12, Dicembre, 1941, XX).

„La morte di Adalberto Czerny, rappresenta un gravissimo lutto non soltanto per i colleghi della nostra amica ed alleata Germania, ma per i pediatri di tutto il mondo. Noi ci inchiniamo, in riverente raccoglimento dinanzi alla salma onorata di quest'uomo, la cui opera continuerà a brillare nei tempi futuri, illuminata di luce immortale".

Opera lui *Adelbert Czerny*, va străluci de-apururea ca cel mai splendid corp luminos pe firamentul pediatriei universale.

Dr. Axente Iancu

* * *

HISTOPATHOLOGIE des NEURO-INFECTIONS PRIMITIVES HUMAINES

Première partie

par les **D-rs STATE DRAGANESCO et EUGENE BANU**

Imprimerie Marvan, Bucarest, 1941.

In colaborare cu D. D-r E. Banu, D-l D-r State Drăgănescu conferenţiar la Fac. de Medicină din Bucureşti, reia studiul histo-patologic al câtorva neuroinfecţiuni primitive la om, întreprinse altădată împreună cu marele savant român şi veneratul său maestru, D-l Prof. G. Marinescu, al cărui colaborator intim a fost timp de 20 de ani.

Această primă parte este consacrată pentru cazurile de poliomielită infecţioasă epidemică, turbarea umană şi encefalita epidemică, cazuri studiate în România; — o iconografie admirabilă, constând din 121 microfotografii şi 5 planşe în culori, fixează aspectele variate ale leziunilor histopatologice nervoase; — un caracter eminamente sistematizat ridică cazuistica la rolul unei adevărate expuneri didactice, de folos cercetătorilor de specialitate români şi străini, prin universalitatea limbei franceze în care este scrisă.

M. C.

* * *

ASPECTUL CLINIC, MECANISMUL ŞI TRATAMENTUL FIBRILAŢIEI AURICULARE

de **Agregat D-r C. C. ILIESCU**

Tip. „Cultura", Bucureşti, 1941

Sindromul fibrilaţiei auriculare căruia autorul, eminent cardiolog elev al lui Lewis, Agregat de Semiologie şi Clinica aparatului circulator la Facultatea de Medicină din Bucureşti, consacră acest studiu—care a făcut obiectul unei conferinţe ţinute la Soc. Internilor din Bucureşti în luna Decembrie 1940—constitue cea mai frequentă formă de aritmie după extrosistole (în statistica autorului, bazată pe 2294 cazuri personale, fibrilaţia auriculară a fost întâlnită în 621 cazuri, adică în 27%; iar extasistolele, în 1389 cazuri, adică în 60.2%); — acest sindrom ne recunoscut la timp conduce întotdeauna la insuficienţă cardiacă; iar tratat, cum trebue, este făcut inofensiv şi constitue unul dintre cele mai frumoase

succese terapeutice de durată de ani până la 20 ani şi chiar mai mult ;— dar nefolosirea acţiunei acumulative a digitalei, care trebue administrată în mod indefinit în dozele minimale odată stabilite, face în cea mai mare parte a cazurilor iluzorie această achiziţiune capitală a cardiologiei moderne, achiziţiune pe care autorul a contribuit în cea mai largă măsură să o facă cunoscută în ţara noastră, în urma aportului considerabil ce a adus la studiul şi cunoaşterea acestui sindrom cardiac.

Numeroase tabele statistice, diagrame, traseuri de electrocardiagrame, figuri schematice, curbe grafice de evoluţie sub influenţa dozelor medicamentoase variate—ilustrează acest studiu de mare alură ştiinţifică şi utilitate practică, a cărei cunoaştere de către masa mare a corpului medical român se impune.

M. C.

* * *

TORACOPLASTIA CU APICOLIZA EXTRAFASCIALA

(OPERAŢIA LUI SEMB)

de **C. BIBICESCU şi C. CĂRPINIŞANU — Z. BARBU şi A. ONCESCU**

Tip: „Cultura" Bucureşti, 1941

Operaţia lui Semb din Oslo, imaginată în 1935, constă în decolarea apexului de pe faţa superioară a toracelui şi de pe mediastin, prin rezecţia aderenţelor domului; operaţia favorizează în gradul cel mai înalt principiul colapsoterapiei hipotensive şi elective inaugurat de Forlanini prin pneumotoracele experimental şi realizat de către natură prin pneumotoracele spontan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In România operaţia a fost practicată, începând dela 1938, de către D. D-ri M. Nasta şi C. Leonte, Moruzzi, Bibicescu, I. Bălănescu şi M. Culiţa, Cosăcescu şi grupul de medici dela Sanatoriul Moroeni cari dela 1938 până azi au practicat 40 cazuri consemnate în studiul de faţă.

In această lucrare ilustrată cu numeroase clişee radiografice şi cu figuri anatomice, cu tabele statistice, autori studiază în cele mai mici detali cazurile operate, ţinând seama de toate considerentele de ordin semiologic, clinic, anatomo-patologic şi operator, trăgând concluziuni valabile şi coprinzând totul într'o vedere sintetică de ansamblu.

Lucrarea onorează pe autori şi pe Liga Naţională contra Tuberculozei care a imprimat-o pe spesele ei.

Terapeutica de ordin ştiinţific a tuberculozei este împinsă mai departe, dar, masa mare a tuberculoşilor din ţara noastră nu va putea beneficia de ea, cât timp Sanatorii nu ca cel dela Moroeni-Dâmboviţa dar chiar mai mici, răspândite pe coprinsul întregei Ţări, pe judeţe, nu vor coprinde pe toţi tuberculoşii, pentru depistarea cât mai complectă şi mai precoce a cărora Prof. Morelli într'una din conferinţele ţinute la noi a preconizat Dispensarul polivalent la care vin mulţi bolnavi, decât Dispensarul antituberculos de care nu rare-ori fug cei în cauză.

M. C.

Diverse — Informaţiuni

Premiul Behring al Universităţii din Marburg. O fondaţiune pentru cercetători din ţară şi străinătate

Emil von Behring, descoperitorul serului antidifteric şi întemeietorul seroterapiei, a murit în 1917, la Marburg (Lahn), după ce desfăşurase timp de 22 ani o activitate extraordinar de rodnică ca profesor de Igienă la Universitatea locală Philipps şi ridicase în apropierea oraşului uzinele de cercetări şi de producţie, cari îi poartă şi azi numele. In amintirea acestui eminent medic german, Universitatea din Marburg, cu sprijinul uzinelor Behring, a creeat acum Premiul „Emil von Behring", constând dintr'o medalie cu chipul cercetătorului şi cu o sumă de 5000 RM. La 30 Ianuarie 1942, rectorul Profesor D-r Th. Mayer a făcut cunoscut această fundaţiune, cu prilejul unei mari festivităţi academice în aula Universităţii. Premiul va fi acordat din 2 în 2 pentru diferite lucrări ştiinţifice în domeniul medicinei umane, medicinei veterinare şi combaterea bolilor epidemice. Rectorul şi-a exprimat dorinţa ca această importantă fundaţiune să poată contribui la deschiderea unor drumuri noi în terapeutică, în spiritul lui Behring, care, fără a se lăsa turburat de vicisitudini şi duşmănii, şi — a consacrat întreaga viaţă cercetării ştiinţifice, luptând împotriva bolilor infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

EMIL v. BEHRING „Salvatorul soldaţilor"

La 31 Martie 1942, s'au împlinit 25 ani dela moartea lui Emil v. Behring, la Marburg pe Lahn. Acest neîntrecut medic şi cercetător german, este supranumit adeseori cu drept cuvânt *„Salvatorul copiilor"*, ca o recunoaştere a imenselor merite pe cari şi le-a câştigat în combaterea difteriei prin descoperirea serului antidifteric. Pentru merite la fel de strălucite şi-a câştigat Behring şi supranumele de *„Salvatorul soldaţilor"*, dacă ne gândim că serul antitetanic (antitoxina tetanică) a salvat viaţa unui număr imens de soldaţi, atât în războiul mondial trecut, cât şi în războiul actual. Meritul descoperirii acestui ser îi revine în mod egal lui Behring şi japonezului Kitasato, care i-a fost colaborator în Institutul de igienă al lui Robert Koch din Berlin, în primii ani ai ultimului deceniu din secolul trecut. Totuşi, nu poate exista nici o îndoială asupra faptului că, şi în acest caz, ideea iniţială a fost elaborată de Behring.

In luna Decembrie 1890, apare una din lucrările clasice a lui Behring, în care relatează pentru prima dată despre o substanţă imună, care ar avea proprietatea de a neutraliza toxicitatea produselor toxice secretate de microbii vii. Cercetările lui Behring se refereau atât la difterie, cât şi la tetanos. Insemnătatea acestei descoperiri, pe care Behring a numit-o *hemo-sero-terapie*, a fost recunoscută în scurtă vreme pentru difterie, dar acţiunea binefăcătoare a serului antitetanic nu a fost stabilită definitiv, decât abia în cursul războiului mondial.

Helmut Unger publică în Nr. 7 din Deutscher Ärzteblatt pe anul 1942, contribuţiuni retrospective asupra celor mai importante date în legătură cu sero-profilaxia antitetanică. Astfel în războiul franco-german din 1870 | 71, la 10.000 răniţi s'au înregistrat 350 cazuri de tetanos, dintre cari 90% au fost mortale. La începutul războiului mondial, când sero-profilaxia antitetanică nu se aplica încă pe scară întinsă, s'au înregistrat numeroase cazuri de tetanos, dar după introducerea injecţiilor preventive cu ser antitetanic, cazurile de tetanos au încetat în mod brusc.

Observaţiuni asemănătoare s'au făcut şi în alte părţi. Din 56 răniţi prin cartuşe oarbe, în anul 1903 în statul New-York, 16 au murit de tetanos, pe când din 291 răniţi cu aceleaşi arme, înregistraţi în cei doi ani următori, după aplicarea sero-prevenţiei antitetanice, nu s'a mai semnalat niciun caz mortal.

Intr'o mare clinică ginecologică din Praga, unde a apărut brusc o epidemie de tetanos, boala a fost definitiv jugulată prin injecţii preventive de aer antitetanic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In Indochina, medicul francez Letulle a aplicat o sero-prevenţie antitetanică la toţi noii născuţi, aşa că, de unde înainte o cincime din toţi copiii noui născuţi mureau de tetanos, după măsurile de sero-profilaxie indicate, nu s'a mai indicat niciun caz mortal.

Ceeace scrie profesorul Hans Schmidt este adevărat: „Aplicarea sistematică a serului antitetanic, cât mai neîntârziat după rănire, în asociaţie cu tratamentul chirurgical adecvat al plăgilor, vor preveni cu atâta siguranţă apariţia tetanosului, încât tetanosul post-traumatic nu va mai juca niciun rol.

Intr'un articol publicat în revista Medizinische Klinik, profesorul Neufeld accentuează că antitoxina tetanică administrată la timp, are o putere protectoare atât de mare, încât tetanosul şi-a pierdut caracterul său grav în ceeace priveşte complicaţia plăgilor de război. Mortalitatea prin tetanos din primele săptămâni ale războiului mondial, până în momentul când s'a recunoscut necesitatea sero-profilaxiei şi s'a putut prepara ser antitetanic în cantităţi suficiente, poate să constitue criteriul cel mat just, pentru a aprecia câte sute de mii de soldaţi au fost salvaţi, graţie descoperirii lui Behring.

Recunoaşterea unanimă a enormei însemnătăţi pe care o are antitoxina tetanică, precum şi puterea cu care s'a impus valoarea ei, constitue o încoronare a operei ştiinţifice pe care a săvârşit-o Behring.