ANUL XV-lea, No. 5—6 MAIU şi IUNIE 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. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CÂNCIULESCU: **Activitatea pe teren a Membrilor Consiliului Sanitar Superior** 265

LUCRĂRI ORIGINALE

V. GOMOIU: **Contribuţiuni la tratamentul degerăturilor** . 273

ALEX. HOZOC (R.-Vâlcea): **Istoricul spitalului judeţean din R.-Vâlcea** 277

AXENTE IANCU: **„Hospitalismul" copiilor de prima vârstă** . 283

GH. ILIESCU: **Consideraţiuni practice asupra profilaxiei oftalmiei blenoragice la noii născuţi** 301

ALEX. LAMBESCU: **Contribuţiuni la tratamentul sângerând al fracturilor calcaneului, prin metoda Lenormant-Wilmoth** 305

M. LAZEANU: **Lupta anti-adenoidiană** 311

Prof. D-r V. PAPILIAN, D-ri C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU-ANTONESCU: **Tratamentul cu pilocarpina adjuvant al pneumotoraxului** 321

Conf. D-r FL. SĂRĂŢEANU şi D-r CONU GHEORGHE AUREL: **Gangrena cutanată cu bacili Mlian** — cu 2 observaţiuni . . . 325

(Urmare pag. 2 cop.)

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

Pag.

SUCIU EUGEN: **De ce nu avem radiologi** 335

CAZURI CLINICE

COPĂCEANU MARTIN PAVEL: **Sifilis terţiar maculo-papulo-anestetic facial lepriform** 339

EMIL ŞT. GRAUR: **Calcifierile pleurale** 343

AUREL POPESCU-SEVERIN şi N. PĂUNEL: **Chistul osos esenţial** 349

LECŢIUNE INAUGURALA

Prof. B. THEODORESCU: **Pronosticul în clinică** 357

NECROLOG

† Prof. C. BACALOGLU 367

† A. B. MARFAN 369

† RAYMOND GRÉGOIRE (1875—1942). 373

de M. Cânciulescu, Ax. Iancu şi Em. Gheorghiu

ANALIZE

D. PAULIAN: **Lecţiuni clinice.** Colecţia revistei „Spitalul". Vol. II, Fasc. I—II. — Bucureşti, Tip. „Cultura", 1941. 375

M. POPESCU-BUZEU şi C. VLASICIUC: **Piuria amicrobiană.** Fasc. No. 2 din Colecţia „Monografii urologice". — Bucureşti, Edit. Rev. Române de Urologie, 1941. 375

D. PAULIAN: **Miscellanea — Studii de Psichiatrie.** — Bucureşti, Tip. „Cultura", 1940 376

M. POPESCU-BUZEU şi A. HĂLĂUCESCU: **Chimioterapia actuală a blenoragiei şi infecţiunilor genito-urinare.** Fasc. No. 3 din Colecţia „Monografii urologice". — Bucureşti, Edit. Rev. Române de Urologie, 1941. 376

Prezentate de: M. CÂNCIULESCU

ERRATA

Pag. 107 bis din art. **„Starea sanitară a oraşului Vâlcov sub aspectul fenomenului hidric local" de N. Vasiliu, S. Surugiu şi C. Satmari,** omisă în No. 1—2/1942. . . . . .

* * *

Sumarul No. următoare 258

Lucrări medicale româneşti primite la redacţie 260

Tabla alfabetică a publicităţii caselor farmaceutice . . . 262

Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament 264

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. 5-6/1942

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

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

Prof. D-r V. PAPILIAN: **Un nou tratament al cefaleelor şi o nouă concepţie patogenică a durerii în cefalee.**

Prof. G. BUZOIANU şi Asist. I. G. RUSSU: **Histero-Traumatismele auditive de războiu.**

ALEX. MANOLESCU: **In lumina adevărului şi dreptăţii.**

FLORIAN POPOVICI: **Organizarea activităţilor sociale în opera preventivă şi curativă.**

ARICESCU CONSTANTIN şi STOINESCU MIRCEA: **Tratamentul cu strichnină în complicaţiunile nervoase ale alcoolismului.**

VIRGIL COSTEA: **Pe marginea unui memoriu din anul 1849, asupra prostituţiei la Iaşi.**

M. SĂCEANU: **Tratamentul şancrului moale prin pulbere de Gombardol.**

GEORGE STOENESCU: **Consideraţiuni asupra unui caz de intoxicaţie cu sulfamide.**

GEORGE STOENESCU: **Tratament seroterapic şi sulfamidic într'o epidemie de meningită cerebro-spinală epidemică ivită la membrii unei familii.**

PELEA ION şi TODEA CORNELIU: **Un cancer al cardiei.**

MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC

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

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 primată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cele mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacităţii.

BCU Cluj / Central University

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

I. PAVEL, E. CREANGĂ şi P. SGÂNDĂR: **Frecvenţa sifilisului ignorat** (pentru standardizarea unui tratament anti-sifilitic minimal). — Extras din revista de Igienă Socială Nr. 1-2/1942. — Inst. de Arte Grafice „Marvan".

I. PAVEL, T. TEODOREANU şi M. TRIBALASKI: **Hemotoracele traumatic forme clinice şi tratament.** — Extras din Revista Ştiinţelor Medicale Nr. 1-2/1942. — Tip. „Cultura", Bucureşti, 1942.

I. PAVEL: **La duodénite au cours de l'ictère catarrhal.**

G. RĂDULESCU-CALAFAT: **Valorificarea produselor alimentare de origină animală prin aplicarea frigului.** — Inst. de Arte Grafice „Marvan".

CONSTANTIN C. ILIESCU: **Cum putem preveni şi trata bolile de inimă.** — Tip. „Cultura", Bucureşti.

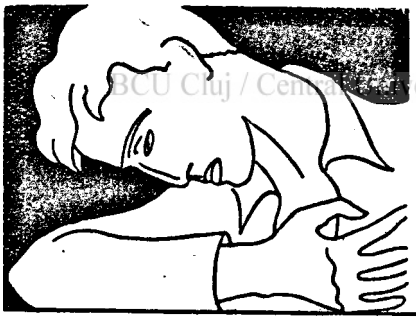
G. RĂDULESCU-CALAFAT: **O problemă economică, sanitară şi socială: Laptele Capitalei.** — Extras din Rev. de Igienă Socială. — Inst. de Arte Grafice „Marvan", Bucureşti, 1942.

Raport asupra activităţii Institutului de Seruri şi Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", pe anul 1941—Aprilie 1942. — Tip. „Cultura", Buc., 1942.

E. CORNELEAC: **Notă relativă la biologia grefonului osos, în legătură cu câteva aplicaţiuni chirurgicale.** — Extras din Buletinul Medical Nr. 4/1942. — Tip. Românească „Gh. Asachi", Soc. Coop. Piatra-Neamţ.

EUGEN V. CORNELEAC: **Activitatea ştiinţifică şi profesională,** (memoriu de titluri şi lucrări, prezentat la examenul de capacitate în chirurgie, Iunie 1942). — Tip. „Gh. Asachi", Soc. Coop. Piatra-Neamţ.

EMIL VICIU: **Turburările de Ritm ale inimii.** (Clinică Electrocardiografie, tratament). — Edit. Prometeu.



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE
Dubois
drageuri picături
BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUŞ, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERERIE, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE
Dubois
picături fiole
IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANŢĂ

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In astenie, surmenaj, precum și în convalescență

TONICUM

»Bayer«

ameliorează tabloul sanguin, sporește vitalitatea și mărește pofta de mâncare.

Flacon cu 180 cmc.

»Behringwerke« BAYER Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România
„ROMIGEFA" S. A. R., București, Str. Brezoianu 53.

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂŢII CASELOR FARMACEUTICE

Pagina

A. BANCIU: Vaccin Antistreptobacilar 304
— — : Lactoferment D-r Robin 348
CHIMIROMAN: Betabion „Merck" 272
R. FOREK: Kombetin „Boehringer-Soehne" 308
— — : Aburi tămăduitori „Atmos" 342
— — : Perlatan Calcium „Boehringer-Soehne" . . . 281
— — : Decolin „Riedel" 323
— — : Iminol „Boehringer-Soehne" 333
GEDEON RICHTER: Tanocarbon, Wasojod 366
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic 372
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina 319
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin 320
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate 259
KNOLL: Calcium diuretin 271
LOEW: Uricedina „Stroschein" 341
LUTEŢIA: Rubiazol . . . . . Cop. IV
— — : Serenol 282
— — : Uralysol 324
— — : Hista „Beytout" . . . . . Cop. III
— — : Calcigenol „Pinard" 334
— — : Terapia dermatozelor „Debat" 338
MEDIROM: Collo-iode „Dubois", Cardialgine 260
— — : Lavagine, — Kalmo-Nervin „Cephalo" . . . 372
— — : Benzotropin „Cephalo" 374
ROMIGEFA: Tonicum „Bayer" 261
S. I. F.: Hipotonine, — Calcifix, Anemoton 356
— — : Iodamin, Disuric „Gamma" 258
SANDOZ: Calcibronat 366
SPECIA: Sanédrine 263
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol 347
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine" . . 300
— — : Quadro-Nox „Asta" 275
— — : Thionaïodine, Naïodine „Logeais" 276
WANDER: Hiponitin, Sulforonin „D-r Wander" 353
— — : Carbowander, Cerebrosan „D-r Wander" . . . 354
G. VERGLAS: Chloro-Calcion 280

BCU Babeş-Bolyai University Library Cluj

SANEDRINE

Efedrină levogiră

TERAPEUTICĂ
ANTIALERGICĂ

ASTM
RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE
URTICARIE
PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECŢIOASE
Comprimate de 0,025 gr.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS

Propagandă 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.—

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.

ACTIVITATEA PE TEREN A MEMBRILOR CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

Cu adresele Nr. 1207 şi 1209 din 1 Iulie a. c., D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii, a trimis D. Medici primari de judeţe, Şefi de Municipii, Inspectori generali Sanitari şi D. Membrii ai Consiliului Sanitar Superior, circulările ce reproducem:

Circulară trimisă:
D-lor Medici Primari de Judeţe.
„ „ Şefi de Municipii.
„ Inspectori G-rali Sanitari.

No. 1207/1 Iulie 1942.

Domnule Medic,

Prin modificarea ce s'a adus unor dispoziţiuni ale legii pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale s'a stabilit că **membrii Consiliului Sanitar Superior,** aleşi dintre profesori sau medici primari de specialitate, **au dreptul şi datoria de a controla şi a da directive** în ceea ce priveşte funcţionarea serviciilor medicale ale tuturor instituţiilor sanitare ale Statului şi ale instituţiilor particulare cari primesc, sub orice formă, subvenţiuni dela Stat, Judeţ sau Comună.

Prin aceasta, Ministerul şi-a asigurat colaborarea personalităţilor noastre medicale la organizarea serviciilor medicale. De asemnea prin directivele ce vor da, membrii Consiliului Sanitar Superior contribuesc la îndrumarea tehnică a serviciilor, astfel ca ele să devină adevărate centre ştiinţifice, în jurul cărora să graviteze întreaga mişcare medicală din regiune.

Pentru ca D-nii membrii ai Consiliului Sanitar Superior să-şi poată îndeplini în condiţiuni cât mai bune rolul important pe care-l au, Domniile-Lor şi-au ales câte o regiune a ţării în care urmează a-şi desfăşura această activitate, de sfătuitor şi îndrumători cu caracter tehnic.

Astfel fiind, vă rugăm să binevoiţi **a le sta la dispoziţie cu toate informaţiile de cari ar avea eventual nevoe, a stărui pentru realizarea directivelor** ce vor da, iar Domnii Inspectori sanitari şi Medici primari le vor pune **la dispoziţie mijloacele de transport necesare, pentru vizitarea instituţiilor Dvs.**

Membrii Consiliului Sanitar Superior vor comunica Ministerului Sănătăţii constatările ce vor face, pentru ca ameliorările propuse să fie imediat realizate sub controlul autorităţilor sanitare.

Primiţi, vă rog, Domnule Medic, asigurarea deosebitei noastre consideraţiuni.

Ministru, Prof. D-r TOMESCU.

Circulară trimisă: Membrilor Consiliului Sanitar Superior.

No. 1209/1 Iulie 1942.

Domnule Doctor,

In urma celor stabilite în şedinţa dela 27 Aprilie a. c., a Consiliului Sanitar Superior, avem onoare a vă ruga să binevoiţi a vizita instituţiile sanitare ale Statului, **controlând activitatea lor şi dând directive** Domnilor Medici Primari de Judeţ, medici şefi de municipiu şi medici şefi de spitale.

Prin această preţioasă colaborare veţi contribui **la ridicarea nivelului activităţii ştiinţifice şi de organizare a instituţiunilor sanitare,** într'o măsură în care ea nu a fost realizată până în prezent.

Odată cu aceasta, am onoarea a vă ruga să binevoiţi a înştiinţa din vreme pe D-nii Inspectori Genreali Sanitari şi pe D-nii medici conducători

de servicii şi instituţii sanitare şi de ocrotire, **din regiunea pe care v'aţi ales-o, pentru a fi prezenţi la serviciu şi a vă pune la dispoziţie mijloacele de transport.**

In acelaşi timp am onoarea a vă face cunoscut, că în urma intervenţiei noastre, Ministerul de Finanţe a aprobat să vi se plătească, pe lângă **diurna de deplasare** şi costul biletului de tren şi tichetul de vagon de dormit, atunci când este vorba de deplasări şi la distanţe mari.

Rezultatul constatărilor Dvs. vă rugăm să binevoiţi **a ni-l comunica, pentru a putea lua măsurile necesare.**

Mulţumindu-vă pentru concursul ce-l acordaţi Ministerului, am onoarea a vă ruga să primiţi asigurarea deosebitei mele consideraţiuni.

Ministru, Prof. D-r TOMESCU.

Prin aceste adrese se pune în aplicare activitatea ce Membrii Consiliului Sanitar Superior sunt obligaţi să desfăşoare pe teren.

Inainte de a fi primit aceste adrese, următor prezenţii mele în sânul acestui Consiliu „pentru ai cărui Membrii onoarea făcută atrage responsabilitatea, drepturile comandă datoriile, ştiinţa implică conştiinţa", după cum scriam în Cronica din Nr. 1-2/1942, cu privire la Organizarea Consiliului Sanitar Superior pe bază Corporativă — am început această activitate care singură va putea realiza intenţiile sănătoase cari au prezidat la organizarea vechiului Consiliu Sanitar Superior.

Prezentăm Procesele-Verbale întocmite în mod sumar asupra constatărilor făcute şi îndrumărilor date cu ocazia inspecţiilor din zilele de 7, 13 şi 29 Iunie a. c.:

PROCES-VERBAL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astăzi 7 Iunie 1942.

Subsemnatul, Medic Primar al judeţului Dolj, împreună cu D-l D-r M. Cânciulescu, Membru al Cons. Sanitar Superior, cercetând în toată amănunţime **Spitalul Filiaşi-Dolj,** am constatat următoarele:

La pavilionul central, mixt, lucrările de reparaţii sunt avansate şi se execută în bune condiţii.

S'a terminat pardoseala cu gresie la sala de intrare, la saloane la baie, şi sunt în curs de terminare complectă, azi a coridoarelor latrinelor şi camera de sterilizare.

Trotuarul din jurul pavilionului central s'a terminat şi este pe punctul de a se turna trotuarul la coridorul de legătură cu pavilionul de bucătărie.

S'a terminat cu punerea şi fixarea tuburilor pentru lumina electrică şi ţevăriilor instalaţiilor sanitare la pavilionul central.

S'au început lucrările de reparaţia zidăriei la interior, se lucrează la fixarea fierului de legătură.

Se va accelera lucrarea spre a se începe şi uleiul la interior şi văruirea. Se va executa neapărat şi cât mai de curând rezervorul din beton în pod. Neapărat se va termina lucrarea până la 25 Iunie a. c., cel mai târziu.

Lucrările de amenajare ale grădinei s'au executat în cea mai mare parte şi sunt încă puţine puncte de executat. Consultaţiile pentru bolnavi se vor amenaja în pavilionul administrativ, în camerile ce sunt repartizate în prezent pentru of. sanitare.

Personalul se va trece cu locuinţa în aripa opusă.

Cancelaria medicului, pentru moment se va amenaja la terminarea reparaţiilor şi se va executa în prezent într'una din camerile aşa zise pentru infirmerie; sau în camera din faţa locuinţei medicului, ce a mai fost utilizată în trecut la aşa ceva. S'a controlat alimentarea bolnavilor şi trata-

mentelor medicale ce li se aplică, felul cum se pregătesc mâncările şi magazia de alimente, găsindu-se în ordine şi bune condiţii.

Inspectarea a durat dela ora 7 dimineaţa până la ora 15.

Asupra îndrumărilor ce s'au dat D-lui D-r Pană, a luat notă şi e rugat a se conforma întocmai, chiar dacă nu s'au trecut toate în prezentul proces-verbal.

Asupra celor constatate de D-l D-r Cânciulescu, Membru al Cons. Sanitar Superior şi Inspector General Tehnic Sanitar de Specialitate, va aviza şi va face cunoscut D-lui Ministru al Sănătăţii, constatările şi propunerile sale.

Pentru cele de mai sus am încheiat prezentul proces-verbal.

Medic Primar Dolj (ss) D-r **I. Popescu.**

Membru al Cons. Sanit. Superior, (ss) D-r **M. Cânciulescu.**

Medicul Spitalului Filiaşi, (ss) D-r **D. Pană.**

PROCES-VERBAL

Astăzi 13 Iunie 1942.

Subsemnatul, Medic Primar al judeţului Dolj, însoţind pe D-l D-r M. Cânciulescu, Membru al Cons. Sanitar Superior, în anchetele tehnice ce le face pe teren, am vizitat împreună cu dânsul Comuna Radovan, Dispensarul circ-ţiei Lipov, şi Dispensarul circ-ţiei Şegarcea—Dolj.

La **Primăria comunei Radovan,** am dresat proces-verbal în condica primăriei, iar la circ-ţia Lipov s'a făcut control fără a se mai încheia proces-verbal, medicul nefiind prezent, ci chemat cu ordin la concentrare.

La **Dispensarul circ-ţiei Şegarcea,** s'a vizitat dispensarul şi băile populare instalate de Domeniile Coroanei. S'au cercetat cu toată amănunţimea scriptele şi în special tehnica de funcţionare a dispensarului din punct de vedere medical şi social, căutând să se vadă care este randamentul util, practic, şi priza reală pe care o are dispensarul în mijlocul populaţiei rurale.

Se constată că acest dispensar medical Şegarcea—Dolj, are o activitate destul de bogată, poate cel mai bine pe judeţ, însă pentru o complectă edificare asupra acestui dispensar, va fi urmărit în activitatea ce depune spre a se vedea practic pe teren, rezultatele date în sânul populaţiei.

Se constată că sistemele prezente de înregistrarea activităţei, după normele Ministerului Sănătăţii sunt bune, însă trebue complectate anumite lacune ce vor da credem rezultate cu mult mai bune, uşurând şi urmărirea practică pe teren a bolnavilor. Este locul şi se va interveni la acest dispensar să se dea neapărat o soră de ocrotire, întrucât acţiunea ce s'a desfăşurat şi şi se desfăşoară în prezent, are greutăţi din cauză că în ultimile luni la acest dispensar nu se afla nicio soră de ocrotire.

Aşa cum se află instalat şi organizat acest dispensar, este nevoie ca pe lângă Domeniile Coroanei să contribue şi Ministerul Sănătăţii.

Are nevoie însă de cearşafuri de pat şi de pături, de veselă şi de o instalaţie de bucătărie.

D-na medică va face serviciului sanitar judeţean prin rapoarte scrise, propunerile de îmbunătăţire ce le crede dânsa necesare, precum şi cereri asupra celor ce i sunt absolut necesare pentru bunul mers al serviciului.

La sosire am găsit dispensarul singur, femeia de serviciu fiind lipsă, şi nici dintre cei doi agenţi sanitari nu ereau prezenţi niciunul.

Se atrage atenţia ca pe viitor să nu se mai petreacă astfel de fenomene. **Totdeauna trebue să se găsească cineva prezent la dispensar,** de oarece pe lângă cei citaţi că au lipsit, în această comună, există şi moaşe. Deci se poate face serviciul de prezenţă prin rotaţie.

Se vor înainta serviciului sanitar situaţiile îmbăierilor, de care se vorbeşte, şi aşa cum se dau îndrumări în procesul-verbal de inspecţie din ziua de 5 Iunie a. c.

Pentru cele de mai sus am încheiat prezentul proces-verbal.

Membru Cons. Sanit. Superior,
(ss) Doc. D-r **M. Cânciulescu.**

Medic Primar Dolj (ss) D-r **I. Popescu.**

PROCES-VERBAL

Astăzi 29 Iunie 1942.

Subsemnatul, Medic Primar al judeţului Dolj, vizitând **Dispensarul circ-ţiei medicale Rojişte-Dolj,** împreună cu D-l Docent D-r M. Cânciulescu, Membru al Consiliului Sanitar Superior, am constatat următoarele:

Curtea dispensarului este cultivată cu fasole, ceapă şi alte câteva zarzavaturi.

Postul de medic este girat de medica circ-ţiei Mârşani, întrucât titularul acestui post este mobilizat pe zonă.

Având în vedere că dispensarul şi grădina este sub supravegherea **ag. sanitar dela cercul Rojişte, va fi răspunzător de produsele grădinei,** urmând ca venitul să se întrebuinţeze conform ordinelor în vigoare. In caz că nu se va conforma, va suporta consecinţele.

Clădirea dispensarului este reparată de dată recentă.

Constatăm însă că of. sanitar deşi are camerier la acest dispensar, nu a luat **nicio măsură de a se turna apă în closet spre a se curăţa murdăria de pe canalul de legătură la hasna şi deci de a dispare şi mirosul.**

De această situaţie fiind vinovaţi amândoi, vor fi amendaţi cu salariul pe trei zile.

La acest dispensar urmează **a se amenaja şi o baie cu duşuri.** Pentru aceasta urmează a se întocmi deviz şi a se cere banii necesari Ministerului Sănătăţii.

Baia urmează a se construi în camera ce serveşte drept magazie. In pod trebue făcut un rezervor pentru apă cu legăturile—conductele necesare, precum şi o fântână în imediata apropiere şi un puţ absorbant.

Aşa cum se găseşte în prezent acest dispensar, dacă i se face şi baie ca să servească populaţia din comunele ce aparţin circ-ţiei, ar corespunde perfect scopului sanitar ce-l are şi s'ar putea înfiinţa în el o plasă igienică model.

Pentru cele ce urmează a se executa la acest dispensar, în legătură cu baia, s'a discutat în toată amănunţimea pe teren.

Pentru cele de mai sus am încheiat prezentul procesverbal.

Membru Cons. Sanit. Superior,
(ss) Doc. D-r **M. Cânciulescu.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medic Primar Dolj (ss) D-r **I. Popescu.**

Vom complecta aceste Procese-Verbale, cari încep să se deosebească de procesele-verbale-tip dresate de organele sanitare respective în asemenea ocaziuni, prin amănuntele cu care le însoţim:

1. Ministerul Sănătăţii a făcut bine că s'a decis a reînfiinţa vechiul SPITAL DELA FILIAŞI care era inexistent; — a-l desgropa din bălăriile care îl năpădiseră; — a-l readuce la viaţă.

Aşezat la drumul mare, pe marea şosea Bucureşti—Craiova—T.-Severin, destinată a face legătura cu noul pod ce se va arunca peste Dunăre în apropierea vechiului pod al lui Traian, pentru drumeţii grăbiţi şi pentru localnicii superstiţioşi, acest spital arăta mai mult a cimitir decât casă de sănătate.

Cu tradiţia unui spital pentru ochi, pentru care generoşi donatori şi-au testat averea; — aşezat în centrul unei regiuni bogate cu populaţie densă şi numeroase sate învecinate, la distanţă de spitale mari; — putând aduna pe contagioşii în special scarlatinoşi din zonele limitrofe a trei judeţe, Spitalul din Filiaşi va putea constitui un activ centru spitalicesc de tip sub-regional.

Pentru ca spitalul din Filiaşi să poată constitui un centru activ de sănătate, n'am pregetat să mă prezint D-lui Ministru împreună

cu Medicul Şef al judeţului, cu recomandaţia de a-i pune la dispoziţie fondurile necesare unei amenajeri complecte. Dar pentru girul dat va trebui să revin la acest spital, pentru a supraveghea şi îndruma modul de funcţionare.

Oricâte cheltuieli va necesita, Ministerul va trebui să le acopere, pentru că asemenea Spitale precum cel dela Filiaşi, Plenița, Bechet, Poiana Mare, Băileşti, Calafat, — ca să mă marginesc deocamdată numai la judeţul Dolj, — trebue să-şi realizeze în mod integral scopul, lor fiindu-le rezervat rol activ în asistenţa sanitară a ţării. Va trebui realizat încă ceva, esenţial, care depăşeşte zidurile lor, care le va înnălţa ştiinţific şi moral şi le va transforma în centre de vie atracţie pentru populaţie; — şi aceasta depinde în primul rând de medicul respectiv, care va trebui îndrumat, ajutat, controlat, cum trebue şi de cine trebue, şi la nevoie aspru sancţionat; — mai depinde de organele de control suprapuse; — mai depinde de Ministerul care va soluţiona rapid propunerile de îndreptare făcute.

Propunerile ce vom formula în acest sens, le vom desvolta ulterior, după ce le vom fi supus unui control sever.

Deocamdată menţionăm că **măsura transferărilor „după cerere"** sau **„din oficiu"** şi a **detaşărilor consecutive** este nefastă. Mai bine să fie pedepsit şi menţinut pe loc vinovatul sau protejatul; dar să fie supus unui sever control — ca să se îndrepte. Oficiantul sanitar, pe care însuşi D-l Ministru l-a prins cu marmeladă în foaia de alimentaţie, inexistentă în acea zi nici chiar la băcănia locală, n-a fost decât înapoiat la postul său. Era un detaşat în locul altuia transferat „după cerere" — amândoi două pramatii. Asemenea măsuri nu sunt menite să stăvilească răul pe care la Spitalul din Bechet personal l-am constatat într'o măsură superlativă.

2. La PRIMĂRIA COM. RADOVAN, în lipsa medicului, concentrat, am găsit prezentă condica de inspecţie, „Faimoasa condică", care înregistrează activitatea medicilor noştri de circomscripţie. Dar evidenţa bolilor sociale din comună nu este ţinută la curent (numele uşor schimbat al unui tuberculos figura de două ori pe aceiaşi pagină; vre-o alţi doi nu fuseseră scoşi încă dintre cei vii; Pelagroşii şi Paludicii, nu erau ţinuţi sub observaţie; Sifiliticii nu erau trataţi în mod susţinut; la primărie nu aveau unde; Dispensarul situat la câţiva kilometri nu putea fi la îndemână; la bolnavi acasă — atunci când vroia sau putea agentul sanitar, cu ştirea sau fără consimţimântul medicului — venea peste mână. In definitiv, nici nelipsita condică, în absenţa medicului, nu era în regulă din punct de vedere formalistic, şi mai puţin medical.

Această inspecţie a pus dintr'un început **problema evidenţii bolilor sociale la sate** şi întocmirea **fişei familiare** mobile, fişe familiară şi individuală în care se va urmări în modul cel mai evident activitatea Medicilor noştri rurali şi asistenţa Medico-Socială la sate.

DISPENSARUL CIRCOMSCRIPŢIEI LIPOV, este instalat într'un local închiriat; ocupă o singură cameră; altă cameră, cea mai bună, şi-a rezervat-o proprietarul; iar vre-o 2—3 sunt rezervate medicului, coridorul fiind comun familiei acestuia şi bolnavilor. Nici medicul nu se

Digitized by Centrul de Cercetări Istorice Iași

simte la larg, iar dispensarul redus la rolul unei simple anexe este prea strâmtorat.

Problema locuinţei medicului în dispensar nu va putea fi soluţionată favorabil decât ţinându-se socoteală de interesele ambilor parteneri; în case destul de spaţioase şi bine situate; cu intrări separate; dacă va fi posibil, cu locuinţa medicului la etaj în dispensarele-tip ale Ministerului.

DISPENSARUL CIRC. ŞEGARCEA, este instalat într'o veche dependinţă de mânăstire, foarte spaţioasă, cu numeroase camere rezervate dispensarului propriu zis; tot atât de numeroase, şi izolate, rezervate locuinţei medicului; cu intrare separată pentru fiecare; cu instalaţie de băi populare în plină funcţiune, şi cu activitate apreciabilă; cu o secţie de cinci paturi pentru internaţi, bine amenajată, cu mobilier adecuat şi rufărie suficientă; cu un personal îndestulător.

Dar, în această secţie n'au fost internaţi de anul trecut până în prezent decât 1 caz de pneumonie şi altul de râie, de pe domeniile Coroanei. Mult prea puţin. Această secţie fiind întreţinută de Coroană, Ministerul va contribui sau o va mări, ca să dea cu precădere asistenţă gravidelor, şi cu un moment mai de vreme să realizeze aci una din micile maternităţi, de care se vorbeşte atâta.

Iar, întreg personalul compus din 2 agenţi sanitari, moaşe în comună şi femee de serviciu nu era la post. Nimeni. Pustiu. Şi ne aflam înainte de amiază. Medicul nici măcar în circomscripţie.

Dispensarul amenajat cu toate cele necesare; pe coridoare cu date statistice locale de boli sociale cuprinse în scheme grafice; cu un registru de câteva mii de consultaţii date la zi dela începutul anului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest registru pune **Problema activităţii la dispensarul circomscripţiei**, după cum condica de prezenţă din primărie vrea să facă dovada **Activităţii medicului în comunele circomscripţiei.**

Ne propunem să stabilim anume coeficienţi, pentru a vedea randamentul pe care îl are în sânul populaţiei asistenţa medico-socială dată prin aceste dispensarii şi spitale rurale.

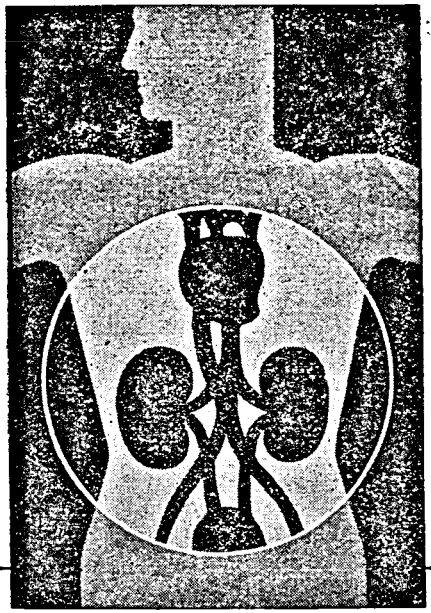
DISPENSARUL CIRC. ROJIŞTE, este instalat într'o clădire măreaţă, de curând renovată. La parter camere de consultaţii, locuinţa medicului şi bucătăria. La etaj te trăsneşte mirosul privăţii în care fecalele nu se pot scurge în hasnaua găsită goală, căci rămân sub dulap înfundând canalul de scurgere, instalaţia neavând rezervoriu de apă, dispensarul nefiind amenajat cu bae, fântâna fiind tocmai la poartă, iar gospodarului sanitar fiindu-i greu să care apa cu canta.

Şi aci se poate instala o bae populară, o mică maternitate şi o infirmerie pentru cazurile grave, urgente sau boli contagioase.

Dispensarul acesta ar putea să desvolte o activitate rodnică sub conducerea unui medic priceput şi entuziast; ajutat de cei de sus şi nesabotat de inerţia sau nepriceperea personalului ajutător, şi care să nu „migreze" înainte de cei 2 ani regulamentari.

(Va continua)

M. CÂNCIULESCU
Membru în Consiliul Sanitar Superior.



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

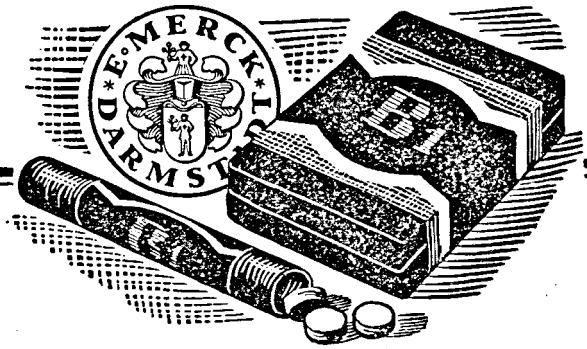
Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.



BETABION

Merck

= Vitamina B_1 pură cristalizată (aneurin)

In polinevrite, nevralgii, paralizii postdifterice, migrenă, turburări cardiace avitaminotice etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dozările cu mult mărite fără a ridica preţul!

TABLETE de 0,003 gr.
FIOLE de 0,005 gr.
FIOLE „forte" de 0,025 gr.

E. Merck

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATĂ IN 1827

Reprezentanţa generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk No.

Lucrări originale

CONTRIBUTIUNI LA TRATAMENTUL DEGERĂTURILOR

de

V. GOMOIU

Degerături, de diferite grade, trebue să se fi produs încă de când a început lupta pentru existenţă a omului, sau de când acesta şi-a pierdut învelişul natural, — dar nu ştim care va fi fost terapeutica iniţială.

Actualizându-se însă mereu, prin periodicitatea epocilor friguroase ale iernei, sau poate, agravându-se în cursul vremei, — problema degerăturilor a preocupat în chip deosebit pe înaintaşii noştri şi ajunsese să constitue, unul din capitolele de patologie cele mai importante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De câtva timp însă, — fie că se răriseră cazurile de degerături, sau fiindcă problema lor era considerată complect rezolvată, — studiul degerăturilor ieşise aşa de mult din cadrul preocupărilor, încât, — exceptând câteva articole sporadice de reviste, — nu ştiu dacă în ultimele decenii s'a mai bucurat de onoarea vreunei lecţiuni clinice sau a unui studiu mai aprofundat.

Acum însă, proporţia neobişnuit de mare a degerăturilor — de toate gradele — cauzate de împrejurările actuale de război, a reactualizat chestiunea, impunând-o în modul cel mai serios atenţiunei noastre.

Pentru tratamentul cazurilor pe care le-am avut (repartizate în spitalul S-fta Elena şi în Div. III-a a spitalului Brâncovenesc), am folosit unele sau altele din mijloacele cunoscute, — şi, aşi putea spune că, toate au ajutat la vindecarea leziunilor, într'un interval mai scurt sau mai lung, în raport cu gradul degerăturilor şi cu reacţiunea organismului respectiv.

Toate acele mijloace s'au dovedit însă puţin eficace, faţă cu algiile, — dureri sub formă de arsuri, — uneori supărătoare până la exasperare, prin intensitatea sau prin persistenţa lor, — localizate sau iradiind în întreg membrul interesat.

Analgezicele obişnuite dovedindu-se şi ele ineficace, sau de un efect foarte trecător, iar cunoscutele intervenţii propuse ca tratament al „cauzalgiilor" părându-mi-se inaplicabile, — iar pe de altă parte, ţinând seama că unul din efectele tratamentului cu talc, pe care l-am

preconizat în contra arsurilor, este dispariţia rapidă a durerilor, — am aplicat acelaşi tratament şi în contra degerăturilor.

Primul caz în care am experimentat această teraupeutică a fost al soldatului M. N. de 26 ani, intrat în spitalul „S-fta Elena" la 31 Ian. 1942, cu degerături de gradul II şi III la ambele mâini. Tratându-l comparativ — la mâna stângă prin mijloacele obişnuite, iar la dreapta prin talc simplu pulverizat, — am avut satisfacţia să constat că, pe când la stânga durerile au persistat multă vreme, iar cicatrizarea a urmat evoluţia obişnuită — din contră, la mâna dreaptă, durerile au dispărut foarte repede, iar vindecarea leziunilor s'a făcut într'un interval de timp neobişnuit de scurt, şi în condiţiuni optime.

Acest tratament pe care l-am generalizat apoi din ce în ce mai mult, este cel mai simplu din câte se poate imagina, căci fără nicio sterilizare prealabilă, mâna sau piciorul degerat, — indiferent de gradul leziunilor, — se introduce într'un săculeţ cu talc, a cărui gură se leagă în jurul pumnului sau a gâtului piciorului, ca să nu se risipească talcul, şi nu se mai desleagă decât din când în când — la 4—5 zile — doar pentru a controla evoluţia vindecării. Bineînţeles că, acest tratament nu reanimează ţesuturile necrozate — care, se elimină după normele cunoscute, — ci, favorizează acoperirea bonturilor şi cicatrizarea.

Se înţelege lesne însă că, în felul acesta, economisim timpul nostru, iar prin faptul că ne dispensează de obişnuitele medicamente, de pansament şi de faşe, costul acestui tratament se reduce la minim. Pentru nas şi pentru urechi, se pot confecţiona nişte capsule speciale (urechere) din pânză sau altceva.

Biblioteca Universitară Cluj / Universitätsbibliothek Cluj / Library Cluj

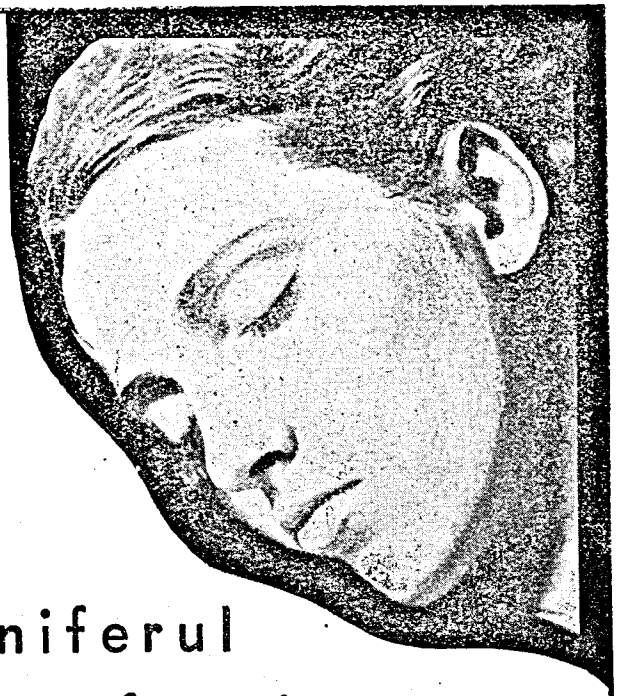
Ca şi atunci când a fost vorba de arsuri, n'aşi putea să dau o explicaţie indiscutabilă asupra felului cum acţionează talcul. Cred însă că eficacitatea lui se datoreşte extraordinarei sale puteri de absorbiţie a apei şi a grăsimilor, menţinând ţesuturile într'o permanentă stare de uscăciune.

Absorbirea apei şi dispariţia edemului, ne-ar explica grabnica dispariţie a durerilor — care, de altmintreli, ştim că se amendează treptat cu revenirea la normal a ţesuturilor.

Această acţiune ne-ar explica în acelaşi timp şi raritatea infecţiunilor segmentelor degerate — erizipelul, flegmonul, etc. — căci, inexistenţa edemului însemnează lipsa celui mai bun mediu de cultură.

In sfârşit, poate că aceiaşi acţiune împiedecă pierderea caloricului, şi prin aceasta, menţine rezistenţa organică necesară restaurării ţesuturilor lezate.

Se înţelege bine că, nu are nicio modalitate de experimentare, dar dacă logica de mai sus se dovedeşte întemeiată, şi dacă impresia personală n'a fost cumva influenţată de subiectivitate, aşi putea să afirm că talcul, pus în mânuşi şi în ghete, poate să fie un mijloc preventiv contra degerăturilor, mai mult decât muştarul şi chiar decât grăsimea, pe care am recomandat-o într'una din comunicările mele anterioare.



Somniferul
cu efect sigur

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

QUADRO-NOX

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

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8.

ISTORICUL SPITALULUI JUDETEAN DIN R.-VALCEA

de

D-r ALEX. HOZOC R.-Vâlcea

Localul. — Toate spitalele judeţene au luat fiinţă sub Domnia lui Barbu Ştirbey, Domnitor, care avea o deosebită dragoste pentru jud. Vâlcea, în care îşi avea şi reşedinţa de vară.

Spitalul Judeţean din R.-Vâlcea s'a înfiinţat cam între anii 1853 şi 1856, pe când se restaura Mânăstirea Bistriţa. La început a fost instalat în nişte case vechi din str. Traian, „Casele Petrăreasa", pe locul unde astăzi este casa d-lui Profesor Stănciulescu; avea numai 15 paturi. Mai târziu s'a mutat în „Casele Munteanu" lângă Tribunal şi Judecătoria de Ocol, iar pe la 1868, spitalul mărindu-se la 30 paturi, s'a mutat în „Casele Sterian", unde în prezent este Liceul Al. Lahovari. Familia Sterian este marea familie de boieri din Vâlcea, din care se trage bătrâna Lahovari, mama foştilor miniştri Lahovari. In aceste case a stat până la 1890, când s'a construit actualul local, de către inginerul Laugier, prin stăruinţa doctorilor Suciu şi Sabin, Prefect fiind C. Herăscu. In anii 1934—1935 s'au făcut mici adăugiri şi apoi construindu-se maternitatea şi secţia de pediatrie, i s'a dat denumirea de „Spitalul I. Gh. Duca".

Medicii Spitalului dela înfiinţarea sa. — Primul medic a fost D-r Schlachter, care era mai mult un „patron în chirurgie" şi „iniţiat în arta moşitului", titluri care se eliberau pe atunci în Austria, şi de cari „patroni" a fost inundată ţara noastră în secolul trecut. D-r Schlacter a fost cel dintâi medic care a deschis spitalul la 1855 şi a funcţionat până la 1873, când a ieşit la pensie. A fost un medic cu bun simţ. Vara era chemat şi la Mânăstirea Bistriţa de către Domnitorul Barbu Ştirbey, dela care primise în dar un ceasornic de buzunar. Ţinea mult în practicarea medicinei la phlebotomii, purgare, clistiruri şi la favoritul lui vomitiv „emeticon", cum îi spunea dânsul. Personalitatea D-rului Schlacter se poate vedea din următoarele: la 1870, sub guvernul conservator, era Prefect al jud. Vâlcea, boierul C. Budişteanu, bun administrator, integru şi foarte cinstit. Acel prefect supraveghia de aproape toate serviciile judeţului, deci şi spitalul. Intr'o dimneaţă, cu noaptea în cap, trecu pe la spital, unde servitorii abia se sculaseră, subchirurgul era în piaţă după târguieli, iar medicul încă nu venise.

Digitized by Central University Library, Cluj

Rufele spitalului erau întinse pe frânghii şi porcii din oraş trăgeau de ele să le rupă. Prefectul Budişteanu care îşi bătea şi subprefecţii, începu să strige, să ţipe, bate pe un servitor ce-i iese în cale şi pleacă supărat foc la Prefectură, de unde trimite imediat un călăraş după D-rul Schlacter, ca să vină imediat. D-rul Schlacter tocmai îşi lua cafeaua şi temperament flegmatic, vorbeşte calm călăraşului, să se ducă să spună D-lui Prefect că, imediat ce-şi va lua cafeaua, va trece pe la Prefectură. Când aude spusele doctorului, prefectul se înfurie mai rău, bate pe călăraş şi-i dă ordin să-l aducă dindărăt imediat pe doctor. Când călăraşul alerga după doctor, se întâlneşte cu dânsul, îi istoriseşte cele petrecute şi D-rul Schlacter îl mângâie de bătaie, apoi îşi ia o atitudine mai flegmatică ca de obiceiu, nefiindu-i frică de Prefect, care era un om mic de statură şi intră în cabinetul Prefectului. Cum îl vede Budişteanu, îi strigă răstit că la spital porcii trag şi rup rufele pe cari nimeni nu le păzeşte. D-r Schlacter începe să râdă şi răspunde foarte liniştit „ha, ha, asta este o mare munţună" (nu putea pronunţa curat româneşte cuvântul minciună). Prefectul furios începe să-i spună că a văzut cu ochii lui, iar Schlacter şi mai flegmatic „ha, ha, ha, ataşta este şi mai mare munţuna"; Prefectul începe să ţipe, să apostrofeze violent pe doctor care sta liniştit, rezemat pe un baston gros de care niciodată nu se despărţea.

După ce se mai potoleşte Prefectul, Schlacter îi spune „mă iertaţi d-le Prefect, nu am voit să vă supăr, dar vreau să spun că rufele spitalului nu putea fi trase şi rupte, întrucât spitalul nu are niciun porc". Ştiu, răspunse Prefectul, dar erau porci străini cari au intrat în curtea spitalului. Domnule Prefect, zice Schlacter, „eu sunt doctor, nu-s porcarul târgului. Mi s'a urît de când cer să-mi împrejmuiţi curtea spitalului şi zadarnic am cerut, acum suportaţi consecinţele". Budişteanu a priceput, n'a mai zis nimic şi în scurt timp, curtea spitalului a fost frumos împrejmuită.

Al doilea medic a fost D-rul **Georgescu**, originar din Vâlcea, unchiul doamnei Gârboviceanu. Era un medic fin, tânăr şi suferea de tuberculoză pulmonară, care l-a răpus în toamna anului 1877. A condus spitalul dela 1873 la 1877.

Al treilea medic a fost D-rul **Surpeţeanu**, tot din jud. Vâlcea, comuna Surupatele. Era Doctor dela Universitatea din Piza. Era căsătorit cu o soră a defunctului boier Costică Vlădescu dela Cuceşti—Vâlcea. A condus spitalul dela 1877 până la 1879, când a murit de thipus exantematic, boală contractată dela prizonierii turci, internaţi la Ocnele Mari şi Mânăstirea Bistriţa, pe care îi îngrijea dânsul.

Al patrulea medic a fost D-rul **Suciu**. Pe D-rul Suciu, după thiphusul exantematic pe care îl făcuse în războiul Independenţii, îi evacuase D-rul Sabin la R.-Vâlcea, pentru a-şi face convalescenţa. Aci a cerut şi a ocupat postul de medic al spitalului care era vacant, iar în 1879, a fost numit definitiv, după concursul dat în acel an şi la care a ieşit întâiul pe ţară dintre toţi candidaţii. Era originar din Ardeal şi când era în clasa 6-a de liceu, a fost luat la cătănie de către Unguri; însă el, soldat fiind, a fugit şi a trecut munţii în vechiul regat, ajutat de Marin Necşulea din R.-Vâlcea. Pe urmă a trecut la Bucu-

reşti, a intrat în şcoala de medicină a lui Davila şi a luat licenţa în 1867 şi a fost numit medic de plasă la Oltenița, unde a stat până la 1875.

Acolo s'a căsătorit şi pe urmă a plecat la Paris, unde şi-a luat doctoratul în 1877. A condus spitalul din R.-Vâlcea dela 1878 până la 7 Ianuarie 1906, când a murit.

Al cincilea medic a fost D-rul **Em. Hâldan**, care a condus spitalul dela 1 Feb. 1906 până la 1 Aprilie 1920, când a ieşit la pensie.

Din anul 1916, se acordă o deosebită atenţie spitalului din R.-Vâlcea şi pentru activitatea ce se desfăşoară în această instituţie, se divizează pe specialităţi, astfel că la 1 Aprilie 1916 ia fiinţă:

Secţia de chirurgie instalată în aripa dreaptă a spitalului, cu sălile de operaţie, sterilizare, pansamente, condusă de D-r **P. Iordăchescu** transferat dela spitalul Sineşti-Vâlcea.

Secţia medicală instalată în aripa stângă a pavilionului principal, cu pavilionul de contagioşi, condusă de D-r Em. Hâldan.

D-r Petre Iordăchescu, medic harnic şi energic, bun chirurg, a condus cu dragoste şi pricepere timp de 22 ani şi 2 luni, adică până la 1 Iunie 1938, când a ieşit la pensie. D-sa fiind al 6-lea medic al spitalului.

După pensionarea D-rului Em. Hâldan, am fost numit titular al secţiei medicale, pe care o conduc de aproape 20 ani, transferat dela „Spitalul Cincu" din Nicoreşti-Tecuci. Aşa că subsemnatul aş fi al 7-lea medic primar al spitalului.

In decursul ultimilor ani s'a înfiinţat: Serviciul de Radiologie, înzestrat cu aparate moderne, serviciu condus la început de d-l D-r **Th. Nicolescu**, iar dela 1 Aprilie 1938, de către D-na D-r **Violeta Vlădescu**, specialistă reputată din Bucureşti şi Laboratorul de analize, condus de D-na D-r **Eug. Nicolescu**. Dela 20 Oct. 1937, s'a înfiinţat Serviciul de Pediatrie, condus de distinsul pediatru D-l D-r **P. Theodorini**, venit dela Bucureşti. D-sa fiind al 8-lea medic primar al spitalului. Dela 1 Iunie 1938 a fost numit titular al secţiei de chirurgie, eminentul chirurg d-l D-r **Valeriu Vlădescu** din Bucureşti. D-sa fiind al 9-lea medic primar al spitalului, în ordinea cronologică.

Farmacia spitalului s'a înfiinţat cu postul de farmacist la 15 Mai 1937, a cărei titulatură este D-ra **Paraschiva Moldoveanu**. Inainte de numirea oficială a D-rei Farmaciste, a existat farmacia spitalului, bine dotată şi în care lucra oficiantul sanitar dela secţia medicală.

In anul 1941, s'a înfiinţat serviciul de oftalmologie, condus în prezent de d-l D-r I. Iliescu, medic primar oculist (al 10-lea medic primar).

După câte ştiu, vizite oficiale şi inspecţii, s'au făcut în trecut de către D-nii Directori Generali şi Inspectori Generali Sanitari:

Prof. D-r Sion, D-r Vişoianu, D-r Laugier, D-r Pascal, Dumitrescu Brăila, Viorel Popescu, V. Theodorescu, etc. A fost vizitat şi inspectat de Miniştrii: Duca, Costinescu, Franasovici, foarte des de fostul Ministru al Sănătăţii D-r N. Marinescu (de 3 ori în 1939), iar în 1941, de către d-l Ministru P. Tomescu şi de d-l D-r Stoichiţă, Secretar general al Ministerului Sănătăţii.

Pentru cercetarea trecutului şi reconstituirae trecutului acestui spital, am răscolit archive la Horez şi la Prefectura de Vâlcea, unde voiam să găsesc acte de donaţie a diferitelor familii boiereşti din Vâlcea. Nu am găsit ceea ce căutăm şi de 30 ani am cercetat verbal dela înaintaşi şi dela bătrâni, tot ce mă interesa relativ la istoricul spitalului, local şi medici. Cele mai preţioase informaţii le-am cules dela decedatul D-r Sabin, D-r Procopiu, Marin Necşulea, etc.

CHLORO-CALCION

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR. $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant

Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI No 1, BUCUREŞTI 3

Perlatan-Calcium

în turburările **menopauzei**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

SERENOL

ASOCIAȚIE ORGANO-FITOTERAPICĂ

CALMANT ȘI HIPNOTIC

Sedativ al Sistemului Neuro-Vegetativ

FORMULA: Fenil—Etil—Malonilureе,—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

„HOSPITALISMUL" COPIILOR DE PRIMA VARSTA

de

D-r AXENTE IANCU
Docent Universitar din Cluj
Medic Primar la „Leagănul Sf. Ecaterina" Bucureşti

Dificultăţile multiple împreunate mereu cu opere de ocrotire a copiilor mici în colectivitate menţin în permanenţă în nota actualităţii problema combaterii „hospitalismului" în aglomeraţiunile copiilor de prima vârstă. Atenţiunea noastră trebue să fie cu atât mai vigilentă, cu cât problema ia uneori şi aspecte medico-legale, după cum o ilustrează cazul destul de recent din Craiova, şi cele 2 cazuri comunicate din Italia (a se vedea în text).

Experienţa noastră de vreo 2 decenii în mediul de colectivitate infantilă şi actualizarea problemei prin intervenţia autorităţilor judiciare, ne îndrituesc să încercăm o nouă punere la punct a chestiunei care ne-a preocupat nu odată şi până în prezent. Mai suntem îndemnaţi şi de faptul, că buna dispoziţie a oficialităţii stărue tot mai mult în sensul creaţiei şi a amplificării operelor de ocrotire infantilă.

Incă dela primele înregistrări ale neajunsurilor întâlnite în colectivităţile copiilor de prima vârstă, s'a insistat, între altele, şi asupra aportului adus de infecţiile intestinale la dezastrul general. Impletirea acestora din urmă cu ceilalţi factori nocivi a fost semnalată dela început în urzeala aşa zisului „hospitalism". Decenii s'au scurs de atunci, iar cadrele hospitalismului au suferit considerabile retuşeri şi restricţiuni, totuşi a continuat să se păstreze mereu însă un nucleu cu răsunet vătămător încă asupra stărei de nutriţiune a sugarilor ocrotiţi în sânul diverselor aglomeraţiuni infantile şi cu efecte nefavorabile asupra evoluţiei curbei lor de morbiditate şi mortalitate. Constatări străine şi naţionale ilustrează în modul cel mai pregnant aserţiunea noastră şi de aceea reproducem în cele ce urmează unele din ele cu titlul documentar. (Vezi şi Prof. D-r T. Gane şi Doc. univ. D-r Axente Iancu: Infecţiile suterale ale sugarilor din colectivitate, comunicare făcută la Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Bucureşti, la 31 Mai 1941).

Profesorul Finkelstein (Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, Berlin, Springer, 1924, pag. 236), se pronunţă în modul următor: „In timpurile mai de demult, institutele de sugari şi azilele de copii găsiţi erau

urgisite şi înspăimântătoare. Infecţiile septicopiemice, pneumoniile, turburările intestinale acute şi cronice, erau acolo, la ele acasă, se transmiteau dela copil la copil şi în tovărăşia altor boale, pustiau la repezeală, în pâlcuri, pe locatarii lor. Cifrele de mortalitate până la 90% nu stăteau izolate, ba chiar existau instituţii de unde nu mai ieşea niciun copil în viaţă.

Acela care nu a putut cunoaşte aceste împrejurări din observaţiile proprii, abia îşi poate forma o idee despre grozăvia lor. Eu, personal, am observat că asistentul lui **Heubner**, — 1894/95, la Charité, din Berlin, cum aproximativ 70%, a ocrotiţilor încredinţaţi mie, se prăpădeau şi am putut să salvez restul dela o soartă asemănătoare numai prin aceea că i-am restituit grabnic aparţinătorilor. Este de înţeles, deci, că în astfel de împrejurări s'a format treptat, o idee preconcepută împotriva înfiinţărei instituţiilor pentru ocrotirea sugarilor. Cele mai multe spitale de copii, refuzau primirea sugarilor şi încă pe la finele anilor 90, ai secolului trecut s'a ridicat din cercurile medicale, un puternic protest contra planului Primăriei din Berlin, care, prevedea creerea unei secţii mai mari de sugari, în cadrul orfelinatului. în original: „In früherer Zeit waren die Säiglingsanstalten und Findelhäuser verrufen und gefürchtet. Septische und pyemische Erkrankungen Pneumonien, akute und schleihende Darmstorungen waren in ihnen heimisch, übertrugen sich von Kind zu Kind, und rafften im Verein mit anderen Leiden die Insassen scharenweise dahin. Sterblichkeitsziffern bis 90%, standen nicht vereinzelt da, ja es gab Anstalten, die kein Kind lebend wieder verliess. Wer diese Verhäitnisse nicht aus eigener Anschaung kennen gelernt hat, kann sich von ihrer Furchtbarkeit kaum einen Begriff machen. Ich selbst sah als Assistent Heubners 1894—95, in der Berliner Charité, etwa 70% der mir anvertrauten Pfleglinge zugrunde gehen und konnte die übrigen vor dem gleichen Schicksal nur dadurch retten, dass ich sie baldmöglichst wieder den Angehörigen zurückgab. Unter diesen Umständen ist es begreiflich, dass sich allmählich ein Vorurteil gegen die Errichtung von Säuglingsstationen herausbildete. Die meisten Kinderkrankenhäuser lehnten die Aufnahme von Säuglingen ab und noch Ende der 90-er Jahre des vorigen Jahrhunderts erhob sich aus ärztlichen Kreisen starker Widerspruch gegen den Plan der Berliner Stadtverwaltung, eine grössere Säuglingsstation im Berliner Weisenhause enzurichten".

Cele scrise de Profesorul **Marfan**, caracterizează de asemenea, în modul cel mai expresiv, situaţia de pe vremuri: „Pentru a face să se înţeleagă ce s'a petrecut la moartea lui **Parrot**, să-mi fie îngăduit a evoca o amintire personală. Când am dat internatul, mă dusei la maestrul meu, **Lasègue**, pentru a-i cere în primul rând un loc şi apoi nişte sfaturi. I-am înşirat măeştrii pe lângă care doream să lucrez şi am numit şi pe **Parrot**, ale cărui lucrări m'au impresionat mult. El închise ochii şi a rămas un moment în tăcere, ca şi când i s'ar fi pus o chestiune cam delicată. După aceea îmi zise: „Eu nu te sfătuesc să mergi în serviciul lui **Parrot**. Vei asista acolo la hecatombe de copii. De ce mor ei? Motivele rămân adesea obscure. **Parrot** le caută, dar nu le-a găsit încă. Nu vei studia acolo cu el atceva decât anatomie patologică şi încă o anatomie patologică specială". Şi iată de ce am renunţat să mai solicit lui **Parrot** un loc de intern în serviciul său".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(în original: „Pour faire comprendre ce qui se passa à la mort de **Parrot**, qu'on me permette d'évoquer un souvenir personnel. Quand je fut reçu à l'internat, j'allais trouver mon maître **Lasèque**, pour lui demander une place d'abord, puis quelques conseils. Je lui dis auprès de quel maître je desirais travailler et je nommai **Parrot** dont les travaux m'avaient beaucoup frappé. Il ferma les yeux et resta un instant silencieux, comme quand on lui posait une question un peu délicate. Puis il me dit: „Je ne vous conseille pas d'aller dans le service **Parrot**. Vous y assisterez à des hécatombes d'enfants. Pourquoi meurent'ils? Çela reste souvent obscur; Parrot cherche; mais il n'a pas encore trouvé. Vous n'étudierez guère avec lui que l'anatomie pathologique, et encore une anatomie patologique bien spéciale". Et voilà pourquoi je n'allai pas solliciter Parrot de me donner une place d'interne dans son service").

Professeur **A. B. Marfan**: Clinique des maladies de la première enfance. Masson, Paris, 1926, pag. 5—6, L'enseignement de la Pediatrie à la Faculté de Médecine de Paris.

La chaire d'hygiène et de Clinique de la première enfance.

De altfel **Parrot**, însuşi s'a exprimat, referitor la serviciul de sub conducerea sa, în modul următor: „Une de ces maisons où il semble que tout se reunisse pour imprimer au mal une marche funeste" (vezi şi Docent universitar D-r **Axente Iancu**: Mortalitatea infantilă într'o colectivitate, Rev. **Medicina Infantilă**, Anul II, Nr. 1-3/1940). **Archambault**, în 1880, s'a pronunţat de asemenea asupra ravagiilor cauzate de hospitalism: „A l'hôpital des Enfants malades, on meurt de la maladie qu'on y prend, et non de la maladie pour la quelle on y entre" (vezi şi Docent **Axente Iancu**: Asistenţa capitolului în colectivitate, Rev. „**Vestul Medical**", Director D-r **Ion Glăvan**, An. V, Nr. 11, pag. 383—393).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesorul **Marfan**, vorbind despre pouponierele fără doică, îşi formulează următoarele observaţiuni:

„Din nenorocire, toate încercările făcute până acum de a creşte în comun, sugarii de sub un an şi separaţi de mamele lor şi lipsiţi de sân, au dat greş; mortalitatea copiilor încredinţaţi lor, atinge adesea, ba uneori depăşeşte chiar 50%. Nici nu prea este cu putinţă să fie altfel". „Malheuresement, toutes les expériences tentées, jusque ici pour elever en commun des nourissons agés de moins d'un an, séparés de leur mère et privés du sein ont échoues; la mortalité des enfants qui leur sont confiés atteint souvent et dépasse parfois 50 pour 100. Il n'est guère possible qu'il en soit autrement".

(Prof. **A. B. Marfan**: Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. Masson, Paris, 1920, pag. 881).

Din studiul clinic al lui **L. F. Meyer**: Ueber den Hospitalismus der Säuglinge. Karger, Berlin, 1913, reţinem sentinţa de condamnare asupra îngrijirei sugarilor în colectivitate a lui Jakobi, pronunţată în „Gerhardt's Handbuch" cu vreo 25 ani în urmă, dela apariţia lucrării din care reproducem, în felul următor:

Istoricul tuturor instituţiilor publice şi private, care şi-au fixat drept scop creşterea în stoluri (pâlcuri) a copiilor mici, sub acelaşi aco-

perământ, întotdeauna a dus la acelaşi rezultat. Cu toate acestea până în timpurile cele mai recente, indivizi ambiţioşi nu au putut să reziste plăcerei, cu ocolirea grijulie a învăţăturei rezultată din experienţele anterioare, să repete mereu aceleaşi experimentări pe neajutoraţii de noui născuţi şi sugari. Şi toate aceste, întotdeauna nu au dovedit altceva, decât constatarea adeseori făcută că, copiii nu pot fi ocrotiţi şi ţinuţi în viaţă, în Institute.

(în original: „Die Geschichte sämtchlicher öffentlicher und privater Anstalten welche es sich zur Aufgabe machten, Scharen von kleinen Kindern unter einem Dache aufzuziehen, hat immer zu demselben Rezultat geführt. Trotz alledem haben bis an die letzte Zeit ehrgeizige Individuen der Lust nicht widerstehen können, mit sorgfältigen Umgehen des Studiums früherer Erfahrungen dieselben Experimente an hilflosen Neugeborenen und Säuglingen immer zu wiederholen, Und alles das bewies immer nur die oft gemachte Erfahrung, dass man Kinder nicht in Anstalten halten und lebend erhalten kann". Era pe vremea când cei mai mari pediatri ai timpului, **Parrot** şi **Henoch**, raportau mortalităţi infantile în colectivitate de aproximativ 80%. Incă **Heubner** a subliniat constatarea că, **aglomeraţiunile** sugarilor au dus în mod regulat, până aci, la mortalitatea enormă a acestor mici fiinţe (sugari). („Alle Zusammenhäufung von Säuglingen un ausbleiblich zu einer ganz enormen Sterblickeit dieser kleinen Wesen bisher geführt hat". (Prof. **Heubner**: Säuglingsernährung und Säuglingsspitale, Berlin, 1897 şi Ueber eine Form von Hospital-Enteritis. **Charité Annalen** B. 24, 1899. Cit. de **L. F. Meyer** l. cit.).

Schlossmann atribue cifra de mortalitate infantilă relativ încă mereu urcată, în colectivităţi, unor influenţe nocive, suferite anterior internării sugarilor (**Münchener Med. Wochenschrift** 67, 1018, 1920).

Acest text este generat automat de OCR

Sunt interesante şi datele statistice publicate de către **Mensi** (D-r **Henri Mensi** (Médecin principal de l'Hôpital d'Enfant „Regina Marguerita" Turin): Lassistence aux enfants illégitimes. **Le Nourrisson** 9-é année, pag. 161, lucrare asupra căreia ne-a atras atenţiunea D-l D-r **I. Oreviceanu**, referitor la mortalitatea copiilor nelegitimi din Torino, şi care înglobează un număr total de 12.662 asistaţi în intervalul de timp dela 1901—1917. **Mortalitatea totală** în cursul primului an al vieţii, fiind reprezentată cu un minimum de 23,32% în 1911, cu un maximum de 79,78% în 1917 şi cu o medie de 42,89%. **Mortalitatea interioară** la ospiciul copiilor găsiţi, a variat între minimum 10,65% în 1909 şi un maximum de 75,70% în 1917, cu o medie de 24,03%, iar **mortalitatea externă** a copiilor găsiţi, între un minimum de 4,08% în 1917, şi un maximum de 23,32% în 1911, cu o medie de 17,61%.

Concluziile la cari ajunge autorul sunt următoarele: ospiciile copiilor găsiţi considerate ca instituţiuni destinate a servi drept azile, oricare ar fi perfecţionările aduse funcţionării lor **vor da întotdeauna rezultate dezastruoase, printre care principalul este marea mortalitate.**

Mortalitatea copiilor găsiţi este subordonată cauzelor predispozante, ca: insuficienţa greutăţii corporale iniţiale dela naştere şi la admitere, starea fizică, adeseori anormală, reţinerea prelungită în ospiciu, creşterea în colectivitate, carenţa unei asistenţe individuale şi unor cauze deter-

minante, ca şi: infecţiile septice ori locale, în special broncho-pneumoniile, alimentaţia artificială, **gastro-enteritele primitive ori secundare.**

Calea cea mai potrivită de a fi urmată în lupta contra mortalităţii copiilor găsiţi, este cea chemată să protejeze copilul înainte de naştere de a favoriza alimentaţia naturală şi de a asigura asistenţa maternă.

Instituirea azilelor maternale regionale, răspund la aplicarea practică a acestor reguli de igienă socială (ultimul aliniat sufere de claritate din cauza unei traduceri eşită greşit de sub tipar, totuşi importanţa concluziunilor autorului nu scapă).

Szana, fostul medic şef-director al Azilului de copii din Temişoara, a publicat pentru anul 1906, o mortalitate a sugarilor ocrotiţi în acest Institut, de 16,45%, cel mai bun procent înregistrat până aci în analele institutului de sub conducerea sa. **Nemoianu**, succesorul său, corectează rezultatele mai sus menţionale, prin descoperirea unui număr de 44 sugari, concediaţi în acelaşi an în stare gravă, care dacă ar fi modificat cifra statistică într'un sens mai puţin favorabil. (D-r **Iosif Nemoianu**: Contribuţiuni la problema copiilor în Banat, cu o prefaţă de Prof. D-r **Titu Gane**, Tipografia Naţională, Lugoj, 1928, pag. 129), şi ne indică cu multă şi obiectivă sinceritate cifra de 17,97% pentru anul 1921, faţă de 37,20% din anul 1920 şi 31,90% din anul 1922.

Zaida Eriksson (Ueber die Körperverfassung von Anstaltskindern. **Zeitschrift f. Kinderneilk**, 31 März, 1925). La îndemnul Prof. **Pfaundler**, a studiat în 1925 efectul cişectizant al îngrijirei insuficiente din colectivităţile de sugari, semnalând apariţia frecventă a rachitismului în sânul lor şi atribuind o parte din influenţa dăunătoare, măsurilor uniforme şi nenaturale de îngrijire colectivă.

Digitized by Central University Library Cluj

Noi am putut confirma prin examenul biochimic făcut cu colaborarea Doamnelor **Benetato** şi **Malevanaia-Sorescu** şi a Doctorului **Iana**, scăderea progresivă a fosforului anorganic din serul sanguin al micilor noştri pensionari. (Vezi **Axente Jancou**: Le Problème de l'hospitalisation des enfants du premier âge. **Revue Française de Pédiatrie**, T. VIII, Nr. 2, 1932, pag. 192—221), făcându-se constatarea că din 75 copii sub 1 an, 50 au prezentat o ipofosfatemie.

Preocuparea permanentă a medicului de a atenua cât mai mult pericolele colectivităţii, se evidenţiază şi prin următoarele două teze. Referitor la profilaxia bolilor contagioase în preventorii, sunt cuprinse indicaţiuni judicioase şi în conformitate cu concepţiile noastre actuale, în teza destul de recentă a D-rei **Lucienne Devin** (**La Prophylaxie des maladies contagieuses en Préventorium.** Travail exécuté sous la direction de l'Institut régional d'hygiène de Nancy, Imprimerie George Thomas, 1937, susţinută sub preşedinţia Prof. **J. Pariset**, în timp ce teza D-nei **Marguerite Emile-Zola** (**Prophylaxie des maladies contagieuses dans les milieux hospitaliers**, Thèse pour le doctorat en médécine. (Diplôme d'Etat). Président: Prof. **Debré**, Faculté de Médécine de Paris, 1939), cuprinde indicaţiuni referitoare în afară de mediul spitalicesc şi la şcoale în plin aer, leagăne, adăposturi de zi (garderies), puponiere, consultaţiuni pentru sugari, din care reţinem faptul că în secolul XVII-lea, în urma propagandei desfăşurate de marii puericultori ca **Des Essarts**, **Jean Jacques Rouseau** şi alţii, s'a ridicat la Paris primul spital („Hôpital") destinat

copiilor părăsiţi, unde încă în acelaş an (1758) din cei 5000 intraţi, 1470 au sucombat din cauza diverselor afecţiuni în fruntea cărora stăteau boalele infecţioase.

Ambele teze ne-au făcut deosebita cinste de a ne cita la bibliografie, versiunea englezească a lucrării noastre. (**Iancu Axente**: Combating dyphteria carriers in childrens hospital, apărută în revista „**România Medicală**" An. 12: 231—232, Sept. 15, 1934). De altfel problema desinfecţiei purtătorilor de germeni difterici în colectivitate a fost desbătută de către noi, graţie bunăvoinţei profesorilor **Marfan** şi **Lereboullet** şi în revista **Le Nourrisson** 24-è année, 1936, Nr. 6, pag. 359—366. (**Axente Jancou, Turcou, Dariu şi David**: L'emploi des arsenicaux pour la desinfection des porteurs de germes dyphteriques dans les collectivités de nourrissons).

La cel de al **XXII-lea Congres de igienă dela Paris**, Oct. 1935, **Jules Renault** a expus următoarele condiţiuni, devenite de atunci obligatorii, pentru orice construcţie nouă şi pentru orice amenajare de spital destinat copiilor de prima vârstă:

1. Divizarea în mici saloane cu câte 10—12 paturi, cu scopul de a limita numărul contagiunilor atunci când ele s'ar produce în butul luării tuturor măsurilor de prevedere obişnuite.

2. Divizarea fiecărui salon în boxe individuale, cu păreţii de sticlă în terţul lor superior.

3. Mobilier în fiecare boxă, care constitue o mică locuinţă („logement") cu materialul necesar îngrijirei copiilor.

4. Necesitatea asepsiei medicale, în lipsa căreia cele mai bune instalaţiuni nu pot să-şi găsească decât nişte rezultate insuficiente.

5. Lumina şi actinoterapia, organizate pentru a nu fi siliţi la deplasarea copilului, fapt ce l'ar expune contagiunilor.

6. Necesitatea unei ventilaţii pentru primenirea aerului într'un ritm de 3 ori cubajul salonului pe oră, cu filtrarea aerului, cu încălzirea lui, pe timp de iarnă şi cu răcorirea în cursul verii, în vederea de a avea o temperatură constantă de 21—23° şi cu umidificaţie pentru a avea o stare higrometrică de 40—70°.

Prin realizarea acestui complex de condiţiuni, preconizatorul a reuşit în serviciul său, dela „Hôpital Saint Louis" ca, începând din anul 1922, să facă ca mortalitatea infantilă să diminue prin suprimarea contagiunilor, a răcelilor iarna, şi asupra încălzirilor estivale („coup de chaleur"), a anemiilor spitaliceşti şi a **ospitalismului din tot timpul.**

Complexul condiţiunilor înşirate mai sus şi purtând denumirea după unii, de „conditionnement", după alţii, de „climatisation", poate fi realizat de către industrie, foarte uşor.

Profesorul **Robert Debré**, la acelaşi **Congres**, a formulat dezideratul ca, dispozitivele de localuri indispensabile pentru evitarea contagiunilor în sânul colectivităţilor copiilor de prima vârstă, să fie generalizate şi perfecţionate, mai reclamând şi o mai bună educaţie şi o mai mare disciplină a personalului medical şi infirmier, precum şi o mai accentuată supraveghere a acestuia, din punct de vedere al boalelor pe care le poate transmite — este suspectat mai ales personalul

de gardă de noapte; — personalul nu ar trebui să fie schimbat de trei ori pe zi şi ar fi de dorit ca, în mod periodic, el să participe la vizita zilnică; o mai pronunţată izolare a copiilor împotriva vizitelor de orice fel, ca studenţi, părinţi, alţi vizitatori, şi, în fine, înfiinţarea, atât în spitale cât şi în diversele cartiere populate orăşeneşti, a câte unui serviciu special de luptă contra boalelor infecţioase, transmisibile şi evitabile ale sugarilor.

La cea de a IV-a **Conferinţă a Asociaţiei Internaţionale de Pediatrie preventivă**, concluziile formulate în afară de dezideratele amintite mai sus, s'au extins şi asupra altora, dintre care mai amintim următoarele: serviciile de sugari, deosebit de situaţia copiilor mai mari, trebue să dispună de camere mici, cu câte 1-2-3 paturi, iar izolarea lor trebue riguros observată, dată fiind gravitatea contagiunilor banale, ori specifice la această vârstă; pentru copiii mai mari, se poate preconiza fie izolarea individuală iniţială, în deosebi când ei sunt suspecţi de contagiune, fie gruparea lor mai restrânsă prin mici saloane, dublate de mici camere de rezervă (tipul camerelor carantine **Wieland-Husler**). Contagiunea din afară trebue depistată încă la intrarea în spital ori la dispensar, printr'o anchetă foarte precisă, complectată prin vizite la domiciliu, şi comportând luarea măsurilor profilactice necesare, observarea unei serii de măsuri speciale deja în vigoare, ca: purtarea măştii, în deosebi în secţiile de sugari, pe timpul epidemiilor gripale, evitarea pe cât posibil a vizitelor părinţilor, interzicându-se cu desăvârşire vizitarea pensionarilor de către fraţi şi surori; organizarea modernă a consultaţiilor împiedecând în cadrele posibilităţii contaminarea între olaltă a copiilor, prin limitarea timpului de aşteptare. Supraglomeraţiile vor fi evitate, de asemenea şi insuficienţa personalului medical şi infirmier, motiv de surmenare şi de defecţiune, în supravegherea îngrijirilor.

Profesorul **Lereboullet** şi **A. Bohn** (Ibidem şi **La Presse Médicale**, 20 Nov. 1935), consideră de asemenea că **infecţiile banale ori specifice** constitue fără îndoială cel mai înfricoşător pericol pentru diferitele colectivităţi de sugari, ca şi creşe, puponiere şi servicii spitaliceşti, propunând ca să se depună toate sforţările pentru limitarea lui prin coordonare şi strictă aplicare a diverselor mijloace de profilaxie de care dispunem, printre care, personalului de zi şi de noapte îi rezervă sarcina principală de a menţine, în mod efectiv „compartimentul" sugarilor, purtând mască şi spălându-şi în mod repetat mâinile.

La **Conferinţa Asociaţiei Internaţionale de Pediatrie preventivă**, ţinută la **Basel** la 20—21 Sept. 1935, au mai prezentat rapoarte concernând măsurile ce trebuesc luate pentru a se evita contagiunile interioare şi exterioare în spitalele de copii şi **Lust** (Bruxelles), Profesorul **Fanconi** (Zürich) şi Prof. **Husler** (München), (vezi şi **Revue Française de Pédiatrie**. T. XII, Nr. 1/1936, pag. 133). Prof. D-r **Titu Gane** şi D-r **Titu Ionescu**, fost director regional la Cluj, prin transformarea radicală şi adaptarea clădirii clinicei Infantile din Cluj, la nişte condiţiuni igienice cu mult mai bune celor existente anterior, prin amplificare de construcţii şi instalare de boxe, de către cel dintâiu şi prin instituirea sistemului de boxe de către ambii, atât la Centrul pentru Ocrotirea copiilor din Cluj, precum şi la Institutul de Ocrotire „Princi-

pesa Elena", acesta din urmă zidit din temelie, de către ambii, au adus o contribuţie importantă la combaterea hospitalismului în colectivităţile de sugari din capitala Ardealului nostru (vezi şi Docent **Axente Jancou**: L'Assistence de l'enfant dans la collectivité. Les Internats pour les enfants, deuxième Congrès Balkanique de la Protection de l'Enfance — Belgrade — 1-7 Oct. 1938).

In vederea combaterii pericolului infecţios gripal, noi ne-am bizuit ca să introducem în arsenalul nostru profilactic vaccinul antigripal „Cantacuzino" şi se pare cu un oarecare succes. (Docent D-r **Axente Iancu** şi **Augustin Manu**: Vaccinaţia antigripală în colectivităţile de sugari. **Soc. Ştiinţelor Medicale Cluj**, 24 Aprilie 1937, vezi şi **Clujul Medical** Nr. 8, 1937, pag. 480).

După **Ludwig F. Meyer**, cheia către înţelegerea hospitalismului, mai blând azi (1913), a furnizat-o elucidarea **corelaţiei dintre infecţie şi procesele de nutriţie**, indicându-se în felul acesta calea pe care înaintând, se va putea ajunge la o atenuare progresivă a noxelor vătămătoare din colectivităţi prin profilaxia afecţiunilor căilor respiratoare şi ameliorarea continuă a metodelor şi tehnicei alimentare, şi vede o bună metodă alimentară în întrebuinţarea laptelui albuminos.

Combaterea pericolului alimentar în colectivităţile infantile, a format subiect deosebit de important la un **Congres al Soc. Italiene de Pediatrie**, de sub preşedinţia Prof. **G. B. Allaria** (Torino) unde, Prof. **G. Maciota** a susţinut partea generală, Docentul **P. Brusa** pe cea a regimului alimentar la sugar, iar **A. Lucca**, a discutat problema alimentaţiei în copilăria mai înaintată în vârstă şi până la adolescenţă, inclusiv. (**Atti del XIV Congresso Pediatrico Italiano Eirenze**, 23—26 Settembre 1931), a. IX. Redatti e publicatti del Prof. **C. B. Allaria** e dal Dott. **A. Lucca**, volum omagial închinat memoriei, Prof. **Caezar Cattaneo**).

La noi, în secţia de Puericultură a Eforiei Spitalelor Civile, Leagănul Sf. Ecaterina, D-r **I. Oreviceanu**, combate cu mult succes, pericolul alimentar printr'o largă şi sistematică utilizare a lapelui acidulat (**Marriott**).

Neajunsurile colectivităţilor s'au manifestat şi în ţara noastră, ele fiind semnalate la Iaşi, de către Prof. **Manicatide** şi **Trufinescu M.** (**Cecretări asupra organizaţiei şi rezultatelor obţinute la Secţia pruncilor părăsiţi din Institutul „Gregorian"**). Teză Facultatea Medicină, Iaşi, 1912), cari, printr'o anchetă, au stabilit că din 10.498 de copii îngrijiţi în 60 de ani, 8114 au murit înainte de a fi ajuns vârsta de 10 ani. (Vezi şi D-r **Axente Iancu**: Din lumea copiilor părăsiţi, cu o prefaţă de Prof. D-r **Titu Gane**, Cluj, 1926, Tip. „Ardeal"), apoi de Prof. **Graçosky**, Docent **E. Hurmuzache** şi D-r **I. Procenco** (**Mişcarea copiilor sugari, în serviciul de Puericultură al Clinicei Infantile-Iaşi**, în perioada 1919—1935, Tip. „Bravo", Iaşi, 1937, broşură 15 pagini), din a căror publicaţiune rezultă că la mai sus menţionatul Institut din Capitala Moldovei, mortalitatea medie între anii 1852—1903, a fost de 85,5%. D-r **I. Dinescu**, publică, pentru copii găsiţi şi ocrotiţi de oraşele din vechiul Regat, o mortalitate de 80%, iar D-r **Gh. Banu**, indică pentru azilul de copii „Cantacuzino" din Bucureşti, pentru anul

1919, o mortalitate de 70%. In Ardeal, la Azilul de copii din Cluj, în 1921, în acelaşi timp, opt feluri de contagiuni interioare, au invadat concomitent colectivitatea infantilă (vezi raportul Nr. 111/1921, Dir. şi Docent D-r **Axente Iancu** şi D-r **Maria Benetato**: Efectul rachitigen al colectivităţii noastre asupra copiilor din prima vârstă „**Rev. Ştiinţelor Medicale**" Nr. 6, Iunie, 1931), iar la Azilul de copii sugari „Caneciu", din Craiova, procentul de mortalitate a fost până la 1 Ianuarie 1938, de 71,33% (citat D-na **Elena Popescu-Trandafir**: Raport asupra activităţii serviciului de Asistenţă Socială a Municipiului Craiova), **Primul Congres al Asistenţelor Sociale din România**, 23—25 Mai 1938. „**Asistenţa Socială**", **Buletinul Asociaţiei pentru Progresul Asistenţei Sociale**, Anul VII, Nr. 2, 1938, pag. 89).

Seria ar mai putea fi complectată încă; pentru ilustrarea fenomenului însă, menţionarea faptelor mai sus înşirate ni se par suficiente şi documentare.

Pe chestiunea etiologiei hospitalismului, autorii s'au divizat în 2 tabere, unii văzând-o în alimentaţia artificială, ceilalţi atribuind un rol covârşitor altor factori ca: conştiinţiozitate, îngrijire, curăţenie, etc., care ar exercita o influenţă nocivă superioară, celei produse prin alimentaţie. S'a ajuns totuşi la desmembrarea complexului cuprins sub denumirea de hospitalism în cei trei componenţi principali ai săi, ca: **infecţia** enterală, regim nepotrivit şi îngrijire insuficientă.

Incă **Heubner** şi **Finkelstein** au făcut constatarea că turburările digestive acute ale sugarilor internaţi se produceau la anumite intervaluri, îmbolnăvindu-se mai mulţi copii dintr'odată şi numai în legătură cu admiterea unui pensionar recent internat şi afectat de turburări digestive acute, având un aspect clinic identic şi asemănător; deci, punctul de plecare îl constituia, aproape întotdeauna, o infecţie enterală adusă din afară şi care se transmitea apoi şi celorlalţi sugari asistaţi în colectivitate, suspectându-se existenţa posibilă a unei conexiuni cu streptococul lui **Escherich** (vezi şi D-r **Axente Iancu**: Un caz de enterită streptococică Escherich, **Soc. Ştiinţelor Medicale Cluj**, 8 Martie 1925, revista „Clujul Medical", 1925, pag. 487).

Ideea admiterii unor posibilităţi de infecţie enterală prin contact, chiar şi numai de o fracţiune a autorilor, a determinat, în mod norocos inaugurarea reformei de a îngriji pe sugari, pe lângă respectarea unor măsuri de riguroasă asepsie şi de a-i izola, dispoziţii cu repercusiuni extrem de favorabile asupra evoluţiei cifrei de mortalitate infantilă în prima vârstă.

Stransky şi **Maslovski** (**Eugen Stransky**: Sozyalhygiene im Säuglings-und Kleinkindesalter, mit einem Vorwort von **Hofrat** Prof. D-r **Leopold Moll**, Deuticke, Leipzig u. Wien 1921), constată că deşi îngrijiţi în cele mai bune condiţiuni igienice, aproximativ 3% a sugarilor internaţi (şi deoarece sugarii alimentaţi natural nu se îmbolnăvesc, aproximativ 6% din sugarii alimentaţi artificial şi internaţi s'au îmbolnăvit în săptămâna a 2-a dela internare, de o diaree mai mult ori mai puţin intensă, ce se prezintă la cei atinşi cu o quasi regularitate, în ziua 7-a dela internare, ca şi când acest interval de timp ar corespunde timpului de incubaţie a unei infecţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In deosebi sunt atinşi sugarii din primele 4 luni ale vieţii. **Davidson** vorbeşte de o „diaree iniţială", asupra căreia atrag atenţiunea şi **Eckstein** şi **Schlossmann**. Ba chiar şi sugarii, care nu prezintă o diaree propriu zisă, totuşi se înfăţişează în unele abateri dela situaţia normală, ca şi: curba creşterii în greutate devine în jurul termenului mai sus indicat, mai puţin ascendentă sau chiar staţionară, se mai instalează o inapetenţă mai mult ori mai puţin accentuată, prima corectându-se şi a doua dispărând abia după un timp mai îndelungat, presupunând că nu se prezintă, între timp, vreo infecţie intercurentă a căilor respiratorii, care de altfel chiar din cauza unei rezistenţe diminuate şi a unor posibilităţi de infecţie, cu uşurinţă s'ar putea produce accidente, care apoi duc la starea de denutriţie. **Stransky** este dispus să vadă aci, intervenţia unui agent microbian în determinismul acestei diarei.

Literatura cea mai recentă germană, însă, prin **Voss** (D-r **E. A. Voss**). Aus der Heidelberger Universitäts-Kinderklinik (Leiter: Prof. D-r **Duken**: **Enterale Grippe-Paralytischer Ileus-Invagination. Kinderärztlihe Praxis**, 12 Jg., Mai, 1941, Heft 5), ne aduce noui revelaţiuni în domeniul infecţiilor intestinale cu o conexiune posibilă, ori cel puţin tangenţială şi cu hospitalismul de pe vremuri. La „südwestische Tagung der Kinderärzte" din 1939, Prof. **Duken** a raportat despre un aspect special, al turburărilor de nutriţie acute la sugari, sub denumirea de „**Enterale Grippe**". Ceva mai apoi, **Brenner** şi **von Harpe** (Z. **Kinderheilkde**, 1940, 61: 434), din clinica de copii din München, au publicat o lucrare despre „**Gelbe Stühle**" unde s'a descris un aspect morbid asemănător, „**de asemenea provocând o foarte mare mortalitate**", ca agent cauzator fiind invocată influenţa nocivă instituţională.

Primele 15 cazuri au fost importate dintr'un azil din apropiere, unde stăpânea o infecţie gripală. Afecţiunea s'a repetat în decurs de 2 ani, de vreo 100 de ori (citat **Voss**).

Voss o descrie cam în modul următor:

Este vorba de o afecţiune, având o evoluţie subacută şi „extrem de gravă", a cărei caracteristică specială, este **decompoziţia**. In jurul bolnavului se întâlnesc infecţiuni ale căilor respiratorii superioare; debutează prin instalarea unei anorexii ce se poate agrava până la un refuz total al alimentelor. Uneori se prezintă şi **mici stări subfebrile** care pot fi atribuite unei **uşoare faringite**. După câteva zile **curba de greutate** corporală începe să alunece la vale, în aşa fel că ea reprezintă o inversiune în sens opus a unei curbe de greutate aparţinând unui copil cu o bună desvoltare. Scăderi lente şi progresive dar fără salturi catastrofale în jos. In curând se instalează o stare de **exicoză**, mai pronunţată la faţă decât la nivelul tegumentelor abdominale, ochii cufundaţi adânc în orbită; la plâns sulcul naso-labial se conturează în mod deosebit de pregnant; **numărul scaunelor este mărit**, dar fără să prezinte vre-un aspect care să ne indice o turburare digestivă gravă. Uneori la sugarii mai în vârstă se reuşeşte, ca prin măsuri dietetice adequate, să se influenţeze evoluţia într'un sens favorabil, în alte cazuri iarăşi, evoluţia către un tablou morbid, extrem de grav, nu poate fi împiedecată; abia mai apoi se instalează scaunele dispeptice adevărate: sărace în substanţe şi apoase, dar nu prea uniforme. In timp ce într'o

zi scaunul este „galben", în cealaltă el conţine şi mucozităţi de o culoare surie. Mucusul este bogat în leucocite, mirosul variază de asemenea între: foarte acid, fad, ca cel din disenterie, ori fetid; scaunele apoase, eliminate sub presiune, se întâlnesc rareori numai. Bacili, nu pot fi evidenţiaţi. Dacă curba scade mai departe, sindromului de mai sus i se mai asociază încă două simptome care „pecetluesc de regulă soarta bolnavului": **vărsăturile şi turburările de pasagiu** din cauza atoniei intestinale. Atonia intestinală întâlnită în toxicoză, este aşa de accentuată, încât examenul radiologic luat în poziţie staturală, arată „Spiegelbildungen", imaginile suspendate orizontale, caracteristice pentru ileus. In atoniile întâlnite în gripa intestinală aceste imagini se formează numai în zona superioară stângă, interesând ansele superioare ale intestinului subţire. Din partea intestinelor se constată deci, o încetinire a transportului şi o atonie parţială în unele anse, alternând cu diaree şi peristaltism exagerat în alte anse intestinale. Există deci, o mare perturbaţie în intervenţia intestinală în sensul că diferitele sectoare intestinale se comportă chiar într'un sens diametral opus, unele altora.

In felul acesta, uşor se ajunge la invaginaţie.

Pentru evoluţia boalei este determinată staza intestinală prin atonie, care favorizează o invazie microbiană periculoasă. Din acest moment, evoluţia nu mai poate fi împiedecată în mersul ei. Irigaţia tegumentelor este defectuoasă, tegumentele sunt cianozate, calitatea pulsului nu prezintă însă alteraţiuni marcante. Se câştigă impresia că copiii simt dureri, mişcările lor sunt obosite şi încetinite, copiii sunt sensiblii faţă de orice atingere, ei se tem, sensoriul şi conştiinţa sunt clare, obnubilaţie nu se întâlneşte, nici măcar în mod trecător. Exitusul se produce încetişor. Rezultatul necropsiei este sărac: atrofia mucoasei intestinale şi „status infectiosus", al organelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial faţă de toxicoză este următorul: lipsesc semnele de acidoză şi de comă; nu se observă marile excursiuni respiratorii, nici rărirea mişcărilor pleoapelor; nici obnubilaţia cunoştinţei; nici privirea fixă şi de cele mai multe ori nici susceptibilitatea la stările convulsive; totuşi teama, senzaţiile dureroase şi încetinirea mişcărilor constitue dovezi de existenţa unor turburări cerebrale. Puncţia lombară arată o uşoară pleiocitoză şi ocazional, şi o slabă reacţie pozitivă pentru albumină, ele nu se deosebesc însă de cele întâlnite şi în alte turburări de nutriţie gravă. Impresia generală este cea a unei **„infecţii generale grave"**. Ca agent patogen este suspectată o **infecţie cu virus.**

Incă **Bertin** (1801) visa un institut, unde, copii sifilitici prezentând semne mai pronunţate de infecţiune, ar putea fi reţinuţi un număr de ani pentru a fi observaţi de medici şi de chirurg care să-i trateze în primii ani. Şi tot dânsul mai accentua că, „il ne conviendrait pas qu'ils fussent reunis en très grand nombre dans une même salle". (Prof. **A. Couvelaire**: Prophylaxie de la Syphilis congénitale. Revue française de Puériculture. Tome 1, Nr. 1, mars 1933, pag. 3).

Din cele comunicate de către **Emile Roux** (**Georges Clemenceau**, La Presse médicale Nr. 10, 1 Fevrier 1930):

rezultă că **Clemenceau** încă în 1874, în calitate de Consilier Municipal al sectorului Montmartre, a ridicat cuvântul împotriva marei

mortalităţi produse de supraaglomeraţiile din depôt-urile destinate sugarilor separaţi de mamele lor, propunând şi măsurile potrivite de îndreptare. Supraaglomeraţiunea este pentru el marea cauză de mortalitate. De asemenea el mai doreşte ca rămânerea copiilor să fie în ospiciu cât mai scurtă posibil. Ei trebuesc expediaţi imediat împreună cu doicile lor la ţară. („L'encombrement est pour lui la grande cause de mort. Aussi veut-il que le séjour des enfants à l'hospice soit aussi court que possible. Il faut immediatement les expédier avec leur nourrice à la campagne").

Victor Hutinel s'a dovedit a fi între altele un excelent igienist al copilăriei prin constatarea următoarelor fapte în mediul spitalicesc:

a) Maladiile contagioase aşa zise specifice îşi datoresc în general gravitatea, unor complicaţiuni provocate de infecţiunile secundare prin agenţii microbieni vulgari;

b) Infecţiunile în aparenţă simple ale aparatului respirator, ale celui digestiv sau ale tegumentelor, care au drept agenţi patogeni microorganismele vulgare, a căror virulenţă este exaltată, pot deveni contagioase;

c) Boala transmisă este cu mult mai gravă decât infecţiunea originală. (Citat de Prof. **P. Lerebullet: Victor Hutinel**, medecin de l'Hospice des enfants assistés. Paris Médical, 24-e année Nt. 15, 14 Avril 1934, pag. 317.

După Profesorul **Pfaundler** (Klinik u. Fürsorge, VII Deutsche Tagung für Säuglings- u. Kleinkinderschutz. u. V. Krippen konferenz des deutschen Krippenverbandes in München), atât ocrotirea închisă cât şi cea deschisă îşi are avantagiile şi desavantagiile sale. Desavantajul operelor închise este reprezentat prin „Hospitalism" sau nocivitatea îngrijirii colective, („Massen pflegeschaden", Pfaundler), care îşi exerciţă înrăurirea vătămătoare asupra copiilor prin: 1) Expunerea mai mare a copiilor infecţiunilor gripale, (în medie 1—2 infecţiuni în patru săptămâni). 2) Măsurile de îngrijire caşectizante care dispar către vârsta şcolară şi care nu trebuesc datorite exclusiv insuficienţelor de îngrijire, alimentare şi medicale, căci s'a constatat că, copii din primele luni dela domiciliu sunt superiori celor din colectivitate sub toate raporturile, ca: aspect, statură, greutate corporală, funcţiile statice, rezistenţa faţă de difterie, pojar, pneumonie, turburări digestive, etc., din care motiv autorul se declară împotriva îngrijirii din **colectivităţile supraaglomerate** („Massenpflege"), care sunt următoarele:

Henoch la predarea catedrei sale lui **Heubner**, i-a făcut acestuia următoarea recomandaţie: „Es wäre am besten, die Säuglingsabteilung ganz eingehen zu lassen, da sie nur dazu führte, die Klinik zu diskreditieren" (ar fi mai bine să se renunţe cu totul la secţia de sugari, căci ea nu a făcut, decât să discrediteze clinica).

(Prof. **Johann v. Bókay**: Zur Erinnerung an Otto Heubner, Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft, f. Kinderhlede. Wien. Klin. Wochenschrift, Nr. 47, 1927).

Prof. **Engel** este de părere, că cine înfiinţează un azil pentru sugari trebue să ştie, că astfel de instituţii nu sunt ieftine şi că ele nu reprezintă o întreprindere uşoară. („Wer auch immer ein Säuglingsheim errichtet, muss sich dessen bewust sein, dass solche Anstalten nicht

BCU Cluj / Central University Library Cluj

billig sind, dass es kein leichtes Unternehmen ist." Prof. D-r St. Engel: Grundriss der Säuglings- und Kleinkinderkunde, etc. Bergmann, München, 1929, pag. 121).

La puponiera din Antony sunt reţinuţi şi trataţi până la vârsta de 18 luni heredo-sifilticii abandonaţi; se obişnuesc sugaci normali şi cei debili cu laptele de vacă înainte de a fi trimişi la ţară. In genere copii sunt reţinuţi în puponieră în medie timp de 2 luni, până ce ating vârsta de 3 luni şi după cel puţin 10 zile, au primit lapte de vacă, (André Bohn: La pouponière des enfants-assistés à Antony. Paris Médical, Nr. 47, 23 Nov. 1929.

Doctorul Lesage, dată fiind mortalitatea excesivă a sugarilor din leagăne („Crèches dépositaires"), a depus la Academia de Medicină din Paris un raport, ale cărui concluziuni cereau transformarea leagănelor copiilor asistaţi în puponiere de triaj, unde alimentaţia de preferinţă să fie cea cu laptele de mamă ori cea mixtă şi creearea centrelor de creştere („Centres d'élevages"). (D-r Weil Picard: Une réalisation medico-sociale. La pouponière, nouvelle étoile. Paris Médical 23-e, Nr. 44, 4 Nov. 1933, pag. IV).

Prof. Navarro scoate din nou în evidenţă importanţa psihică în producerea hospitalismului (Prof. Juan Carlos Navarro-Buenos-Ayres): Hospitalisme des nourrissons. Le Nourrisson, 21-e année, Nr. 3, Mai 1933, pag. 129).

Voinovici, din serviciul de sub conducerea D-rului Iosif Nemoianu din Timişoara, se ocupă de asemenea de lupta pentru combaterea hospitalismului pe secţiile de sugari. (Revista de Igienă socială, anul III, Nr. 6, Iunie 1933, pag. 318).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De factorii psihici în desvoltarea sugarilor s'au ocupat Parrot, Hervieux, Baginsky, Czerny, Pfaundler, Marfan, Heubner, Keller, Birk, etc.). Mai recent Moritz, insistă din nou asupra acestei chestiuni, demonstrând cu grafice influenţa binefăcătoare a îngrijirei psihice asupra desvoltării somatice a sugarilor ajunşi în convalescenţă. Constituţia nevropată (Birk) şi diateza exsudativă. (Keller) reclamă în deosebi această cultivare a psihicului. (D. Móritz, serv. Prof. Hainiss, Budapesta): Influence des facteurs psihiques sur le developpement du nourrisson, Le Nourrisson 21-e année, Nr. 4, juillet 1933, pag. 209.

Morbiditatea şi mortalitatea prin pneumonie în instituţiile spitaliceşti pentru copii (Prof. Rott (Berlin): La signification en hygiène sociale des affections grippales du premier âge. — III-e Conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive. Luxemburg, 27—28 Sept .1933. Presse Médicale Nr. 96, 2 Déc. 1933, pag. 1943). Mai depinde şi de alţi factori: endemie de gripă, rujeolă, tuse convulsivă, alimentaţie, cantitativ şi calitativ defectuoasă. Profilaxia: posibilităţile de prevenire a infecţiilor gripale şi în special a pneumoniilor sunt limitate. Rezultatele obţinute cu ajutorul vaccinurilor şi serurilor specifice sunt puţin satisfăcătoare. Deocamdată pneumonia se previne prin măsurile generale care vizează augmentarea imunităţii: a) Alimentaţie contitativ şi calitativ suficientă, pentru sugarul tânăr laptele de mamă; b) Prin întărirea organismului cu ajutorul luminei şi a soarelui; iarna şi în ţările sărace în soare, prin helioterapia artificială; c) Prin profi-

laxia rahitismului; d) Prin organizarea modernă a institutului pentru sugari (spitale, puponiere, etc.); săli însorite conţinând fiecare un număr limitat de paturi, posibilităţi pentru izolarea bolnavilor şi a suspecţilor, galerii pentru cura de aer, personal suficient şi alimentaţie îngrijită şi potrivită.

Prof. **Frontali** (Padua) (III-e Conference de la Association internationale de pédiatrie préventive, Luxemburg, 27—28 Sept. 1933), crede că alimentaţia artificială bogată în grăsimi asimilabile (oleo-făinoase), dă o rezistenţă superioară celei obţinute prin alimentele sărace în grăsimi şi bogate în carbohidrate. El recomandă următoarele măsuri profilactice: a) Evitarea contagiunei; b) Opunând infecţiilor inevitabile rezistenţa cea mai mare posibilă. La a) protecţia mecanică a copilului faţă de sursa de infecţiune. Alimentaţia la sân va fi continuată cu precauţiunile necesare: Contactul limitat la momentul sugerii, spălarea prealabilă a sânilor, masca de tifon. Pericolul mai mare este însă pentru colectivitate, unde sunt valabile următoarele dispoziţiuni: In cazurile de coriza afebrilă: masca de tifon în azile, creşe, spitale, pentru formele gripale febrile: eliminarea din serviciu până la vindecare; individualizarea obiectelor personale şi distanţa dintre paturi până la 1 m. şi ½. Sistemul de boxe deschise individuale este indispensabil în toate instituţiile care adăpostesc copii sub 2 ani.

Prof. **Caussade**, înglobează în noţiune de hospitalism următoarele sindrome: digestiv, de nutriţie, psiho-motor, cutanat şi pe cel infecţios. El consideră spitalele, chiar şi pe cele mai bine organizate, ca şi reprezentând un loc de infecţie permanentă, nepotrivit pentru copii sănătoşi şi care nu trebue să servească la creşterea debililor, decât numai pentru timpul cât aceştia reclamă o îngrijire medicală. Celor sănătoşi (abandonaţi, mamele moarte, mamele tuberculoase), şi debililor suficient ameliorati, le convine de minune plasamentul familiar supraveghiat. La Thorey (în apropiere de Nancy), unde autorul conduce un astfel de centru, mortalitatea este cel mult de 4%. Autorul mai reclamă o îngrijitoare la 3 copii (Prof. **L. Caussade**, Clinique infantile de l'Université de Nancy): L'hospitalisme des nourrissons et les moyens de la prévenir. La Médecine infantile. 42 année, Avril 1935, pag. 117—128.

Cât de actuală este mereu problema „hospitalismului" reese şi din faptul că şi „Reuniunea pediatrilor germani", care s'a ţinut în ziua de 24 Nov. 1940, la Düsseldorf, s'a ocupat de ea, enunţându-se principiul, de a se recurge cât mai puţin posibil la spitalizarea sugarilor, şi de a se renunţa la avantagiile curei spitaliceşti, deoarece ea expune pe bolnav pericolelor ospitalismului. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Bd. 88, Heft 5—6, pag. 411.

Intr'un număr destul de recent al revistei italiene „Policlinico infantile" anno IX, Nr. 10, Ottobre 1941), de sub conducerea eminentului pediatru şi puericultor Prof. **Giovanni De Toni**, unde îşi spun cuvântul mai mulţi medici italieni autorizaţi în legătură cu această plagă a spitalizării, Prof. **M. Oriolani** (Istituto Provinciale per l'infanzia, din Ferrara: La spedalizzazione infantile e la sue lacune), îşi formulează următoarele opiniuni: 1) Pentru ca asistenţa spitalicească a sugarului să fie folosi-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

toare şi nu vătămătoare, ea trebue făcută numai în instituţiuni spitaliceşti destinate exclusiv copiilor, ori cel mult în servicii de pediatrie amenajate corespunzător şi potrivit pentru a putea primi orice boală. 2) Aceste instituţii sau servicii nu trebue să dispună de săli vaste, ci numai de săli mici, şi numeroase salonaşe, fiecare cu câte 2—3 paturi, pentru a putea face faţă profilaxiei. 3) Capacitatea localului trebue să fie de aşa natură, încât să se poată face internarea şi a mamei deodată cu copilul pe care să-l alăpteze, ba chiar uneori primirea copilaşului să se poată produce împreună cu cea a mamei, chiar dacă aceasta nu l-ar mai alăpta. 4) Asistenţa prematurilor trebue să se facă în saloane distincte şi rezervate exclusiv acestei categorii de copii, şi cu totul separate de celelalte. Ele trebue să aibă o temprratură constantă, de 22—25° C. şi să dispună de posibilitatea unei aerisiri indirecte. Se recomandă, dar nu este absolut indispensabil leagănul termoelectric, şi condiţionamentul aerului.

Este absolut indispensabilă şi nu poate fi înlocuită cu nimic prezenţa doicelor şi a copiilor sănătoşi, precum şi a unui personal cu calităţi specifice excelente („un personale di ottima qualita specifiche". 5) Necesitatea, ca în fiecare instituţie spitalicească de copii, să existe un serviciu de „fiziologie", ocupat de copii sănătoşi, care să nu aibă nevoe decât de o alimentaţie şi îngrijire igienică, care să prepare sânul mamelor, în timp ce mamele cu lapte din belşug, vor alăpta copii prematuri şi debili, pe cei care nu suportă alimentaţia artificială, dar în deosebi, la reluarea alimentaţiei, după ce ei au făcut vreo boală acută a tubului digestiv. 6) Astăzi se pot realiza condiţiuni aproape ideale de asistenţă spitalicească pentru copii unde instituţiunile provinciale au sediul lor (ca la Genova), în cadrul altor instituţiuni spitaliceşti pentru copii, când ele au aceeaşi administraţie comună. Doicele şi copii sănătoşi primiţi dela instituţiunile mai sus amintite, ar putea fi plasate într'un serviciu anexă a spitalului, spre marele avantagiu al celor 2 ad-traţii. 7. Personalul auxiliar (ajutoare sanitare, infirmiere, guvernante) vor fi selecţionate în mod serios după un stagiu, fiindcă permanent supravegheat în serviciu. Din motive profilactice şi în interesul serviciului, acest personal va locui şi dormi în spital.

Prof. **Giovanni De Toni** a deschis printre pediatri italieni o anchetă, cerându-le avizul asupra importanţei spitalizării copiilor bolnavi în lupta contra mortalităţii infantile („importanza della spedalizzazione dei bambini melati nella lotta contro la mortalità infantile"), şi referitor la asistenţa spitalicească acordată de Asig. Sociale, copiilor bolnavi („assistenza mutualistica ospedaliera ai bambini malati"). În revista **Policlinico infantile**, anul IX, nr. 10, 1941, sunt comunicate părerile profesorilor, directori ai clinicelor pediatrice dela Universităţi: Prof. Senatorul Luigi Spolverini (Roma), Dante Pacchoioni, (Genova), Luigi Auricchio (Napoli), Castano Salvioli (Bologna) Angiola Borrino (Perugia), Bruno Trambusti (Bari), Cezare Coochi (Parma), Micchele Gerbasi (Messina), Giovanni Careddu (Sassari), Alessandro Laurensich (Siena), Pietro Molteni (Piacenza).

Prof. **Giovanni De Toni**, rezumă în următoarele concluziuni opiniile pediatrilor care s'au pronunţat în cauză:

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

1) Să se organizeze în mod convenabil o secţie pediatrică („reparto pediatrico") sub conducerea unui pediatru în toate oraşele capitale de provincie, încă înainte de a se trece la a se preocupa de problema centrelor mai mici.

2) A obliga prin lege Asig. Sociale de a interna în instituţiile pediatrice pe toţi copii, sau numai pe sugari şi copii mici, sau numai pe sugari bolnavi de turburările gastro-intestinale.

3) Să se precizeze dacă un institut pediatric este amenajat ca să poată primi sugari, cu suficiente garanţii de asistenţă efectivă, fie de către Sănătatea Publică, fie de reprezentanţii săi periferici ca medici provinciali, consiliul sanitar provincial, supunându-le aprecierii acestora contractele stipulate cu asigurările.

4) Asigurarea unei asistenţe mai eficace pe seama sugarilor din partea asigurărilor augmentând proporţia pediatrilor în corpul lor sanitar, anulând limitele absurde de 60 zile de asistenţă spitalicească, şi eliminând şi pe nu mai puţin absurda excluziune a boalelor infecţioase.

5) A se lăsa pentru un moment în suspensie chestiunea micilor centre, făcând să converge sugarii bolnavi spre spitalele bine amenajate. Soluţia provizorie, ca aceea de a încredinţa pediatrilor dela O.N.M.I. pe sugarii internaţi în spitalele pentru adulţi sau de a obliga aceste spitale să aibe un asistent pediatru, nu rezolvă problema de asistenţă specializată, care face parte integrantă din succesul terapeutic, şi nu este de natură să evite promiscuitatea periculoasă dintre adult şi sugar.

La Craiova, sfârşitul letal al celor 20 sugari este atribuit alteraţiunii laptelui de vacă întrebuinţat. Ori, într'un manual, apărut chiar anul acesta şi scris de autori, cu o incontestabilă reputaţie internaţională în domeniul specialităţii noastre (Prof. D-r Emil Feer: Lebruch der Kinderheilkunde, 13-e Auflage, Fischer-Jena 1941), Prof. H. Kleinschmidt: Akute Ernährungsstährungen des Säuglings) se pronunţă în felul următor, referitor la rolul ce revine laptelui de vacă în determinismul turburărilor digestive ale sugarului: „De altfel însă este adevărat că noi nu suntem în stare să dăm date suficiente asupra alteraţiunilor care se produc în lapte, pe timpul de vară, putând să-l transforme într'un aliment periculos pentru sugar („Im übrigen aber ist es richtig, dass wir nicht imstande sind ausrechende Angaben über die Veränderungen zumachen, die sich im Sommer an der Milch abspielen und sie zu einem für den Säugling gefährlichen Nahrungsmittel machen können", pag. 277.

Cu toate acestea, puritatea şi igiena unor articole alimentare, ca: pâine, lapte, zarzavaturi, trebuesc controlate printr'o supraveghere continuă, direcţiunea colectivităţilor infantile, recurgând cu intermitenţă la practicarea analizelor chimice şi bacteriologice necesare de către laboratoarele de igienă municipale sau provinciale, institutele de igienă universitare, etc. (Per un' opportuna sorveghianza sulla purezza ed igiene di alcuni cibi (pane, latte, verdure), le direzioni delle communità infantili devono richiedere salturiamente analisi chimiche o batteriologiche a cui possono provvedere gli Uffici di Igiene municipali o provinciali, gli Istituti di Igiene delle Università, etc. (Dott. Alfredo Lucca, assis-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tente nella R. Clinica Pediatrica dell' Università di Torino diretta dal Prof. G. B. Allaria): Direttive dietetixhe nelle colltvita infatili nella seconda infazia, nella puerizia e nell'adolescenza. Atti del XIV Congresso Pediatrico Italiano, Firenze 23—26 Sett. 1931, a. IX, pag. 134.

In Italia, Opera Naţională prin intermediul preşedintelui său mai târziu Comisar Regal, a denunţat procurorului general doi directori de azile, care s'au făcut vinovaţi de omucidere, căci ei au arătat o mare neglijenţă şi pe deasupra o absolută nesocotire a îndatoririlor lor (L'Opera Nazionale per volere del suo Presidente oggi R. Commissario, ha denunziato al Procuratore del Re per omicidio colposo due direttori di Brefotrofio, che avevano dimostrato molta negligenza e sopratutto un' incompensione assoluta dei loro doveri (Prof. F. Valagussa: „L'opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell' infanzia nel suo primo anno di attività. Atti del XII, Congresso Pediatrico Italiano, Napoli 28 Settembre—1 Ottobre 1927. Redatti e publicati dal Prof. R. Jemma e dal dott. A. Laurinsich, pag. 369).

Stabilirea răspunderilor în complexul factorilor care joacă un rol în determinismul unor rezultate nemulţumitoare nu este chiar uşoară.

Cred că nu este lipsită de interese nici concluzia din „procesul-verbal", depus în calitate de experţi de către D-rii: I. Nemoianu, Medic Primar Director al Centrului pentru Ocrotirea Copiilor, Timişoara, Inspector G-ral Sanitar, C. Radu, Medic Primar Director al Spit. de copii, Arad şi P. Corcan, Medic Primar conducător al Spit. de copii, Timişoara, în ziua de 17—18 Ian. 1942, la Cab. de Instrucţie Nr. 1, de pe lângă Tribunalul Dolj, „credem că suntem obligaţi a ne folosi de ocazie pentru a atrage atenţiunea binevoitoare a organelor competente, că dacă nu se vor lua măsuri radicale pentru a ridica instituţiunile de asistenţă a sugarilor la un nivel mai înalt, asemenea dezastre se vor repeta mereu. Dezastrele se vor produce chiar în serviciile cele mai active, fiindcă fără mijloace suficiente şi adequate, nu vor înregistra mortalitatea sugarilor decât serviciile fără activitate sau cu activitate foarte redusă".

BCU Cluj / 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

CONSIDERATIUNI PRACTICE ASUPRA PROFILAXIEI OFTALMIEI BLENORAGICE LA NOII NASCUTI

de

D-r GH. ILIESCU

Medic Primar Oftalmolog Spitalul R.-Vâlcea

Oftalmia blenoragică a noului născut este întâlnită la noi în țară într'un procent surprinzător de mare, deși se cunosc astăzi mijloacele de a o preveni. Acesta este motivul care ne determină să revenim asupra unor măsuri de profilaxie destul de bine cunoscute în teorie, cari însă se aplică defectuos sau incomplect în practică.

In timp de patru ani cât am fost medic secundar la spitalul oftalmologic din Brașov între anii 1937/1941, am observat 98 asemenea cazuri. La spitalul din R.-Vâlcea s'au internat și tratat în secția pediatrie, 14 cazuri asemănătoare. In afară de aceștia mai trebuesc considerați copii tratați de medici particulari, de moașe, sau ceea ce este și mai grav netratați de nimeni.

Ne lipsește pentru un moment o statistică generală pe întreaga țară.

Situația pare mai dezastruoasă în mediul rural de unde ne vin adesea cu mult prea târziu cazuri unde nu se mai poate ajuta nimic, fiind vorba de leucome totale, mono sau binoculare care se întâlnesc în prima sau a doua copilărie.

De aceste cazuri, mai ales când leucomele sunt monoculare, părinții nu se sesizează decât atunci când copii merg la școală, deci în jurul vârstei de 7 ani. In acest moment două motive pot să-l determine pe părinte să se adreseze medicului specialist: primul este de ordin practic, deoarece vederea copilului poate să fie insuficientă pentru scris, citit; al doilea motiv este relevat de copil, care se plânge părinților că este obiectul de batjocură al colegilor săi pentru defectul său ocular vizibil.

In afară de acești copii care sunt numai în parte prejudiciați, găsim în institutele de orbi un procent de 30 până la 60%, proveniți din cei cari au suferit de oftalmie blenoragică.

Este un fapt bine stabilit că pe cât de ușor se poate preveni o boală pe atât de greu se tratează. Acest principiu stă azi la baza acțiunii sanitare de stat la noi ca și în toate țările civilizate. Dificultatea care se întâmpină în ce privește prevenirea multor boale constă în lipsa de siguranță absolută pe care o oferă sau în complexitatea și

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dificultăţile enorme pe care le comportă prevenirea anumitor boale. In ce priveşte profilaxia oftalmiei blenoragice, aceasta este simplă şi se poate face cu garanţie de eficacitate complectă, practic vorbind. Şi pentru acest considerent, cazurile observate de mine mi se par numeroase. Măsurile care trebuesc luate în aceste cazuri sunt incomplecte sau defectuoase, şi totuşi aceste măsuri sunt simple, uşoare şi aşa de elementare, încât poate pentru aceste motive sunt neglijate.

După cum se ştie îmbolnăvirea copilului nou născut apare între a doua şi a cincea zi dela naştere, iar infectarea se produce în marea majoritate a cazurilor în timpul naşterei, când capul copilului trece prin canalul genital infectat al mamei, în momentul când faţa copilului forţează peritoneul mamei. In acest moment pleoapele inferioare ale copilului sunt îndepărtate, iar conjunctiva vine în direct contact cu gonococul care se găseşte în lichidele vaginale infectate. Durata facerei nu influenţează îmbolnăvirea.

Dacă precauţiunile de profilaxie ar fi luate, apariţia cazurilor de oftalmie blenoragică ar trebui să fie o raritate. Se ştie că imediat după naştere se instilează în fiecare ochi al copilului, după o prealabilă ştergere exterioară a pleoapelor cu tampoane de vată înmuiate în apă fierbinte, câte o picătură de nitrat de argint în soluţie de 1/100 (metoda Gibson-Crede).

Instilarea nitratului de argint trebue făcută dacă este posibil înaintea tăierii cordonului ombilical şi în tot cazul imediat după această operaţiune; iată o precauţiune care în majoritatea cazurilor se neglijează, deoarece în loc să procedeze astfel, moaşa taie şi leagă cordonul, face baie copilului, mai dă unele îngrijiri mamei şi numai după toate acestea îşi aduce aminte (dacă îşi aduce) să instileze picături de nitrat de argint (dacă le are) în ochii copilului. Se pierde astfel un timp foarte preţios, şi această neglijenţă este unul din principalele motive de îmbolnăvire.

Moaşa trebue să se convingă că a pătruns în fiecare ochi cel puţin o picătură din soluţia de nitrat de argint. Reacţia conjuctivală care s'ar produce, a doua zi nu are nicio importanţă şi ar fi o greşală să se confunde cu conjunctivita blenoragică o simplă iritaţie medicamentoasă. Dacă însă în a treia şi a patra zi secreţia se menţine, putem bănui că este vorba de o infecţie gonococică şi se impune elucidarea diagnosticului prin microscop.

Presupunând că precauţiunile de mai sus s'au respectat, tot nu este deajuns, căci soluţia de nitrat de argint trebue să fie proaspătă de maximum o lună şi ţinută în sticlă colorată ermetic închisă, ştiut fiindcă nitratul de argint se descompune în contact cu aerul şi lumina.

Nu de puţine ori ne-a fost relatat de mamele copiilor bolnavi că moaşele deşi au asistat la naştere, nu au luat nicio măsură de profilaxie.

In alte cazuri s'a folosit zeama de lămâie a cărei eficacitate nefiind sigură, noi o deconsiliem, deoarece am îngrijit numeroşi copii suferind de oftalmie blenoragică cărora li se aplicase acest tratament paleativ.

Pentru ca măsurile de profilaxie să fie complecte, acestea ar

trebui să privească şi pe femeia gravidă înainte de naştere, când prin spălături desinfectante zilnice ar trebui să se desinfecteze traectul utero-vaginal al mamei. Este însă o problemă mai complexă, deoarece nu se cunoaşte numărul femeilor bolnave, dat fiindcă blenoragia cronică la femei se confundă de către ele cu o leucoree simplă care nu le produce nicio îngrijorare. La acest capitol trebue să luăm în considerare că marea majoritate a bărbaţilor care au plecat din sat temporar la oraş, sunt infectaţi şi deci infectaţi pentru soţiile lor. Dar femeile din cauza ignoranţei pe de o parte şi din cauza unei evoluţii mai silenţioase a boalei, nu îi dau nicio importanţă. Prin urmare în mediul rural, toate femeile care nasc trebuesc să fie considerate bolnave şi ca atare, să se aplice tuturor copiilor nou născuţi metodele de profilaxie amintite mai sus.

Din cauza neluării acestor măsuri simple, oftalmia blenoragică este la ordinea zilei la noii născuţi. In acest caz se întâmplă a doua mare nenorocire pentru micul nevinovat, căci mama nu poate părăsi casa reţinută fiind de credinţe şi superstiţii. In acest interval care poate fi de trei patru săptămâni, boala care era la început o conjuctivă trece la cornee şi dă ulcerul cornean cu o foarte mare tendinţă la perforare, iar consecinţele tardive pentru micul nenorocit sunt nefaste în ce priveşte viitorul său optic, aceştia fiind copiii care populează după cum am spus într'un procent de 30 la 60% institutele de orbi.

Se impune deci ca D-nii medici de circumscripţie să dea serioase îndrumări moaşelor în subordine, să le supravegheze de aproape, făcându-le responsabile de eventualele îmbolnăviri. Cel puţin măsurile de profilaxie privind pe noul născut, să fie aplicate corect în toate cazurile. Dacă îmbolnăvirea totuşi s'a produs, mamele să fie îndrumate în cel mai scurt timp posibil copii bolnavi la spital.

Avem convingerea că respectarea cu stricteţe a măsurilor elementare pe care le-am amintit, ar reduce la un procent neînsemnat cazurile de oftalmie blenoragică la noii născuţi.

TRATAMENTUL
ŞANCRULUI MOALE
şi
COMPLICAŢIILOR SALE
Prin injecţiuni intramusculare

cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU – BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR
Este foarte bine tolerat.
Nu dă şoc, nici febră,
permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.
Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

LABORATOR „Dr. A. BANCIU"
BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10
Telefon 5.84.29

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL SANGERAND AL FRACTURILOR CALCANEULUI, PRIN METODA LENORMANT-WILMOTH

de

D-r ALEXANDRU LAMBESCU

Chirurg primar Timişoara

Autorul face o scurtă istorie clinică dând importanţă deosebită lecturei clişeului radiografic. Gradul leziunei talamice îl stabileşte comparând valorile unghiulare: unghiul tuberozitar al lui Böhler şi articular al lui M. de Langre. Face apoi un succint studiu critic în vederea alegerii tratamentului cel mai indicat pentru a prefera metoda Lenormant-Wilmoth, dintr'o serie întreagă de motive expuse în cursul articolului. Urmează descrierea tehnicei utilizate şi urmările imediate şi tardive cu rezultat anatomic şi funcţional perfect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Istorie clinică: Pacientul Ioan P... de 35 ani, intră în secţia II chirurgicală în luna Februarie 1941 pentru leziuni evidente ale călcâiului drept. Aceste leziuni au provenit în urma unui accident. Căzând în picioare dela 4 metri, potrivit legii lui Vallas, se produsese fractura calcaneului drept. Diagnosticul clinic a fost coroborat cu clişeul radiografic, care aducea următoarele precizări: Conturul anterior al calcaneului cu aspectul de „S" iliac. La nivelul joncţiunii cu marea apofiză, în regiunea de ampietare pe plaja capului astragalian se delimitează un os supra numerar. Unghiul inferior al cuboidului coboară cu circa $^1/_2$ cm. mai jos decât calcaneul, ceea ce nu constitue decât un decalaj aparent. Umbra apofizei coronoide cuboidale taie oblic de jos în sus şi dinainte înapoi, treimea mijlocie a interliniului calcaneo - cuboidian.

Conturul posterior se prezintă convex cu un uşor unghiu, aproximativ la jumătatea distanţei dintre celelalte două unghiuri: superior şi inferior.

Conturul inferior oferă o tuberozitate postero - externă căreia îi succede o linie uşor sinuoasă până la tuberozitatea plantară anterioară.

Conturul superior oferă un traseu retro - talamic puţin concav. Vârful talamusului denivelat. Porţiunea articulară se continuă ca un dos de spinare până în dreptul sinusului tarsian şi se termină printr'un fel de croşet deschis în sus. Linia talamică e tăiată de versantul posterior al sustentaculului tali, ce are un aspect de accent circonflex călare pe sinusul tarsian:

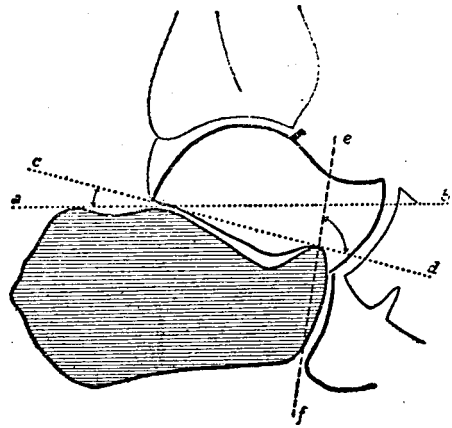
Plaja osoasă: In cadrul delimitat de aceste contururi, se desenează sistemul trabecular cu zonele întărite: scaunul talamic, patul sinusian şi pintenul plantar.

In dreptul sinusului tarsian spaţiul liber este ocupat de proecţia peroneului, de umbra micii apofize şi de cuiul extern astragalian.

Traiectul fracturei începe imediat înapoia vârfului talamic, se îndreaptă ca un arc de cerc discret spre punctul slab architectural dintre zona sinusală şi talamică, unde capătă un aspect de radiat, cu prelungiri spre cuiul astragalian extern şi spre cuboid.

Unghiuri de reper: unghiul tuberozitar al lui Böhler are o valoare de 18°—20°.

Unghiul articular descris de Michel de Langre îşi mai păstrează valoarea normală obtuză.



a c = Unghiul lui Böhler
d e = Unghiul Michel de Langre

Cum din studiul comparativ al valorilor unghiulare rezultă gradul leziunei talanice, iată câteva date edificatoare:

Infundarea de primul grad nu depăşeşte 1—3 mm., penetraţia făcându-se mai ales înapoi şi în afară. Rezultă o uşoară ascensiune a capului astragalului, cu diastazis scafo-cunean; în total o dislocaţie articulară funcţional şi anatomic puţin importantă.

Unghiul lui Böhler cade rar sub 20°. De altfel după Lorthiois şi Kempeneers unghiul normal variază după largi limite individuale între 25° şi 40°.

Când unghiul lui Böhler e anulat, atunci fractura e de gradul II, şi în fine, când acest unghiu e inversat, fractura îşi însuşeşte toate caracterele unei înfundări de gradul III.

In cazul de faţă, cu un unghiu tuberozitar de circa 18° — 20° şi cu unghiul complimentar încă obtuz se poate vorbi de o înfundare totală talamică la limita gradului întâiu.

Alegerea tratamentului: Dacă am fi recurs la imobilizarea simplă, în aparat ghipsat cu posibilitate ambulatorie, cum se poate proceda în unele cazuri cu totul simple, unde nu e vorba decât de fisuri sau fractură fără deplasare, am fi fost dela început în dificultatea de a nu putea fixa durata imobilizării. Unii autori temându-se de anchiloză, pun bolnavii să meargă cât mai repede posibil, alţii din cauza consolidării greoaie a calcaneului imobilizează 6—10 săptămâni. Dar nu numai atât, după ablaţia ghipsului se recurge obligator la o serie de resurse recalcifiante, pe o lungă durată.

Pentru aceste motive s'a renunţat dela început la imobilizarea ghipsată.

Dintre toate rezervele terapeutice, cari îşi aveau rostul în cazul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nostru, în primă linie intrau metodele de reducere ortopedică, metodă care pare a fi de alegere după raportorii Paitre şi Boppe (congresul francez de chirurgie 1935), sau metoda chirurgicală.

Cât despre reducerea ortopedică, tehnica dispune de următoarele mijloace:

a) Extensia clasică continuă, combinată cu tracţiune pe dosul piciorului, sau cu broşe, fire metalice, scărite, pense, dispozitive (Gilette) sau aparate (Cuendet).

b) Reducţia extemporanee prin manevre manuale sau instrumentale şi asigurarea printr'un aparat ghipsat.

Dintre instrumentele utilizate, citez: croşetul (aplicat pe marea tuberozitate), osteoclastul Phelps-Gocht, dispozitivul Yergason utilizând presa lemnarului, minghina lui Böhler, aparatul lui Enrico Polacco, aparatul lui Boppe.

Dar cu toate rezultatele obţinute până în prezent, acest grup de procedee are două mari desavantaje:

Intâi „e suficient să reflectăm un moment şi să considerăm punctele de aplicare a forţelor pentru a înţelege că manevrele de această natură agravează leziunile de zdrobire, înfigând talamusul între punctul de sprijin plantar şi astragal".

Al doilea, chiar după o bună reducere, dacă deplasarea e mare, aparatul ghipsat devine insuficient şi nu poate menţine reducerea obţinută.

Din cauza lipsei tuturor acestor aparate şi instrumente dificile, cari cer enorme precauţiuni şi supravegheri şi mai ales din cauza caracterelor pe cari le prezenta tipul de fractură, am renunţat la serviciile acestor metode şi am întreprins un tratament sângerând, care să ducă la renivelarea suprafeţelor calcaneene pe deoparte, iar pe de alta la stimularea procesului biologic de refacere locală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De sigur, că în vederea realizării acestui scop, procedeul Leriche, utilizând material nerezorbabil era neindicat, cu atât mai mult cu cât scoarţă externă a calcaneului era atât de fragilă. Afară de aceasta, în leziuni de gradul II şi chiar I, existând o înclinare talamică în afară, peretele extern eclatează şi deci nu mai poate fi utilizat corect ca sprijin unui material metalic de osteosinteză. In unele cazuri, bine cântările, cu abordare internă, se poate utiliza suprafaţa subsustentaculară mult mai rezistentă, cum nu era cazul în fractura noastră.

Din potrivă, metoda Lenormant-Wilmoth deşi nu excelează sau este chiar mediocră în ceea ce priveşte reducţiunile obţinute, ea satisface punctul nostru de vedere, adică face să dispară spaţiul mort subtalanic şi aduce un mare aport calcic.

Importanţa acestor probleme nu trebue luată în sens absolut. E aproape imposibil să afirmăm că în fracturile calcaneului, grefele s'ar bucura de aceleaşi proprietăţi ca grefonul utilizat în malul pottic.

Totuşi nu se poate contesta ameliorarea rezultatelor funcţionale, rolul osteo-genetic al grefelor, accelerarea consolidării fracturilor şi chiar ameliorarea fenomenelor trofice şi dureroase.

Comparând rezultatele imediate, dintre metoda Böhler şi Lenormant-Wilmoth, prin clişee succesive se poate constata cu toată obiec-

tivitatea că osteita rarefiantă consecutivă este mult mai discretă în fracturile grefate (Paitre şi Boppe).

In ceea ce priveşte artrodeza primitivă sau precoce, în cazul de faţă, după concluziunile raportorilor dela congresul francez de chirurgie din 1935, ea nu-şi avea locul, fiind rezervată în cazuri particulare de talamus imposibil de reconstituit sau cu fragmente mari libere.

Pe baza consideraţiunilor de mai sus, am întreprins prelevarea unui autografon din creasta tibiei opuse şi în aceeaşi şedinţă, sub rachianestezie, am descoperit, sub maleola peronieră, faţa externă a calcaneului fracturat. S'a notat eclatarea acestei feţe. Cu o spatulă s'a încercat o retuşare a poziţiei talamice, fără a se exercita mare presiune pentru a nu agrava leziunile deja existente şi de altfel fără rezultate, întrucât nici înfundarea talamică nu depăşea gradul I şi nici nu se putea sprijini spatula pe scoarţa externă a calcaneului, atât de fragilă. In discordanţă cu clişeul, s'a constatat prezenţa unui vid subtalamic, destul de mare, aşa încât a permis introducerea a două grefoane de grosimea degetului mic. Pentru a fi plasate în locul cel mai bun, un grefon l-am dirijat cu vârful înainte spre colul marei apofize, iar celălalt cu extremitatea sa inferioară spre marea tuberozitate, ambele aşa fel orientate, încât să fie un suport comun subtalamic, fără însă să punem prea mare confienţă în rolul lor mecanic.

Intr'adevăr raportorii citaţi, examinând radiografiile practicate câteva zile după operaţie, au constatat o bună reducţie, dar după mai multe săptămâni, clişeul arăta reproducerea deplasării talamusului. „Cu toată imperfecţiunea reducerii, aproape toţi chirurgii cari au operat şi grefat fracturi calcaneene se arată foarte satisfăcuţi de rezultatele obţinute (Desplas, Lafitte, Descarpentries, Goffin, Lorenzett, Olivares, etc.").

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Să nu se uite că dacă articulaţia subastragaliană rămâne complect liberă, ceea ce se întâmplă în 30% din cazuri, rezultatele sunt ideale. Dacă însă, se obţine sudarea acestei articulaţiuni, rezultatele sunt dacă nu excelente, destul de bune.

După operaţie am aplicat un sistem propriu de înclinare talonieră şi astragaliană. Intre calcaneu şi tendonul lui Achille, pentru a corecta tracţiunea acestuia din urmă, s'a trecut un cuiu Steinman. O placă de ghips mulat, cu două toarte laterale, s'a aplicat pe capul astragalului. Sub calcaneu, pentru menţinerea boltei plantare s'a trecut un rulou de lemn bine căptuşit cu vată, plasat în sens transversal. Pe sub capetele acestuia s'a trecut câte un arc metalic agăţat cu un capăt la cuiul Steinman, iar cu celălalt la ansa fixată în ghips.

Cu mare dificultate bolnavul a ţinut acest sitem 10 zile, după care a fost înlăturat. Cu toate precauţiunile luate, piciorul făcea edem marcat. In tot acest timp gamba a fost menţinută în flexiune pe coapsă pentru relaxarea tricepsului sural.

Urmări imediate. Plaga a prezentat un mic sfacel pe buza superioară. Maleolele şi-au recăpătat reliefurile şi contururile. Talpa şi-a refăcut sinusul intern. Se menţine numai o uşoară diformare înapoia fiecărei maleole. Aspectul de picior de elefant a dispărut aproape complect.

Urmări tardive. Controlat la un an după operaţie, se constată

Apreciat de 30 de ani.
In cardiopatiile acute şi cronice

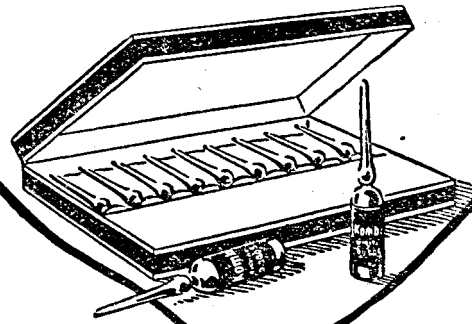
intravenos: KOMBETIN

(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

Cluj / Central University Library Cluj

că mersul e uşor, elastic, nedureros, pacientul având reluate ocupaţiile de multă vreme. Cicatricea nu prezintă nimic neobişnuit. Piciorul privit lateral intern nu poate fi diferenţiat de cel sănătos. Lateral extern se notează o foarte uşoară deformare în jurul maleolei peroniere. In concluzie, rezultat anatomic şi funcţional perfect.

D-r ALEXANDRU LAMBESCU: Contribution au traitement chirurgical des fractures du calcaneum par la mèthode de Lenormant-Wilmoth.

L'auteur, en écrivant l'histoire clinique, accorde une grande impo:tance à la lecture du radio.

On peut établir le degré de la lésion thalamique en comparant les valeurs des angles: tubérositaire de Böhler et articulaire de Michel de Langre. Il fait un succint étude critique pour pouvoir fixer le meilleur traitement, et ensuite il préfère la mèthode de Lenormant-Wilmoth pour une série entière de causes exposées dans le corps de l'article. A la fin, on peut l-re, la technique utilisée et les resultats imediats et éloignés, avec parfait succès anatomique et fonctionel.

D-r ALEXANDRU LAMBESCU: Beitrage zur blutigen Behandlung der Kalkaneus-Frakturen nach dem Lenormant-Wilmoth'schen Verfahren.

Der Verfasser legt einen besonderen Wert in der klinischen Krankengeschichte, auf die Deutung der Röntgenaufnahmen. Den Grad der Thalamus-Laesion schätzt er nach dem Verhältnis der Winkelwerte: d. h. das Verhältnis zwischen dem Böhler schen und dem M. de Langre'schen Winkel. Er gibt einen kurzen, kritischen Uberblick über die Therapie und entscheidet sich als Methode der Wahl, für das Lenormant-Wilmoth'sche Verfahren, welches er im Verlaufe des Artikels mit einer Serie von Motiven begründet. Es folgt eine Beschreibung der Technik und der sofortigen und späten Erfolge, sowohl vom anatomischen, wie auch vom funktionellen Standpunkt betrachtet.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r ALEXANDRU LAMBESCU: Contri.uzione al trattamento chirurgico dei fracassamenti del calcagno col metodo di Lenormant-Wilmoth.

Il autore, avendo scritto la storia clinica, a dato grande importanza alla lettura del aspetto radiografico. Il grado della lesione e determinato colla valentia dei angole di Böhler e di Langre. Egli fa poi una corta critica e stabile così il migliore trattamento quale e il metodo di Lenormant-Wilmoth.

Alla fine descrive la tecnica utilizzata ed le conseguenze perfette immediate e tardive.

LUPTA ANTI-ADENOIDIANA

de

D-r MIHAI LAZEANU

Medic Primar al M. M. S. O. S.
Vice-Preşedinte al Soc. Române de O. R. L.

Este cunoscut rolul adenoidelor ca factor al debilităţei organice generale. Turburările de desvoltare, provocate de prezenţa lor, sunt numeroase şi ele interesează funcţiunea celor mai importante sisteme organice din economia umană.

Tabloul acestor turburări este dominat în primul rând, de faptul oxigenărei reduse a sângelui—adică anoxhemia—care este responsabilă de urmări grave pentru un organism în creştere.

Adenoidismul găseşte în ţara noastră condiţiuni favorabile şi se întâlneşte cu o frecvenţă impresionantă, realizând o stare de pseudoftizie, ceea ce ne face să-l considerăm un adevărat pericol social, a cărui profilaxie trebue înţeleasă şi urmărită prin organizarea sistematică a unei campanii anti-adenoidiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Epoca de adânci prefaceri pe care o străbatem şi pe care o trăim atât de puternic, aproape că nu lasă răgaz meditărilor asupra diferitelor probleme importante care-şi aşteaptă încă mai de mult rezolvirea. Printre aceste probleme, aceea a profilaxiei turburărilor de creştere cauzate de prezenţa vegetaţiilor adenoide la copii, se situează între cele mai actuale. Acest capitol sanitar nu este nou, el constitue un vechi deziderat al laringologilor mult trâmbiţat şi destul de puţin înţeles. Alcătuiri de programe nu au lipsit, încercări de soluţionare de asemeni nu; au păcătuit însă printr'o înţelegere greşită prin lipsa de continuitate şi de sistematizare. Apoi a mai lipsit ceva, şi poate factorul cel mai principal: pregătirea medicilor specialişti a unui personal adecvat precum şi coordonarea în toate ramurile de asistenţă sanitară. Fiindcă o problemă de atari proporţii, nu poate fi abordată cu succes prin încercări sporadice sau concepute fără a ţine seama de realităţi şi deci, dinainte condamnate la eşec; principala condiţiune a unui plan de lucru este aceea de a fi realizabil. A concepe în mare, poate fi frumos, dar tot pe atât concepţia se îndepărtează de realitate.

Noi gândim, că din rândurile care urmează se va putea desprinde limpede întregul aspect al acestei neglijate probleme medico-sociale şi suntem îndreptăţiţi să sperăm că vom reuşi să convingem, aşteptând

atenţiunea şi înţelegerea celor cu răspundere în organizarea şi aplicarea măsurilor de sănătate publică.

Problema eugeniei cu asistenţa prenatală şi asistenţa în timpul naşterei, probleme ce interesează în cel mai înalt grad viitorul neamului nostru, trebuesc să fie indisolubil legate de o bună asistenţă post natală, înţelegând să încadrăm în această asistenţă o atentă supraveghere a întregii perioade de creştere a copilului, în care cu deosebire să se cuprindă şi profilaxia adenoidiană.

In ceea ce priveşte rolul pe care vegetaţiile adenoide îl exercită în patologia sugarului, în aceea a primei copilării, dar mai cu deosebire în cea de a doua copilărie, el este prea bine cunoscut. Câte gastroenterite de ale sugarilor, câte corize tenace şi stări bronşice nu au la origina lor, foarte adesea ori o hipertrofie a ţesutului limfoid din cavum, coexistând cu o infecţiune latentă a acestor foliculi limfatici? Câţi sugari nu ajung în stare de denutriţie din cauza insuficienţii respiratorii care-i obligă a lăsa sânul sau biberonul şi câte mame nu ajung a avea cantitatea de lapte redusă, drept consecinţă a suptului insuficient. Ce vom spune de viitorul acestui sugar, odată acest defect permanetizat, adică devenit obicei?!

In cursul primei copilării puseuri febrile inexplicabile cu pierderea poftei de mâncare, cu tuse persistentă, răguşeli, turburări urinare, îşi găsesc uşor etiologia într'un examen cu atenţie al nazofarinxului care ne oglindeşte o adenoidită. Iată aşa dar, un copil care având înscrisă pe faţă o paloare caracteristică, un aspect plăpând, mizer, trece în a doua copilărie, începe a merge la şcoală şi aşa slab pregătit fiziceşte, iese din mediul familiar, intră în cel social, devine mai cu uşurinţă expus mediului microbian şi ajunge altoiul feluritelor contagiuni. Iată începutul gripelor repetate, a febrelor eruptive în serie cu bronşite permanentizate, cu adenite hilare şi cervicale cu repetate corize, amigdalite şi otite toate cu punct de plecare în rezervorul microbian adenoidian, care îl prepară candidat la complicaţiuni tot mai grave, şi care dacă nu reuşesc a-i ridica aşa de timpuriu vieaţa, îi conferă neîndoios pentru mai târziu o debilitate organică generală.

Incontestabil că tot acest tablou atât de întunecat nu ar avea proporţii aşa de îngrijorătoare, atâta vreme cât prezenţa lui ne-ar fi oferită în puţine cazuri. Dar la noi în ţară, încă înainte de trecutul războiu în acea perioadă de belşug, exista o problemă adenodiană. Aşa dar cum n'ar exista ea astăzi în amploarea ei, când sunt prea bine cunoscute perturbările economice şi sanitare din cursul războaielor, cu condiţiuni aşa de grele de trai, cu alimentaţie iraţională şi insuficientă atât a săteanului şi aproape în egală măsură a celor mai mulţi dintre orăşeni? Iată pentru ce nu credem să constitue o exagerare, în lipsa unei statistici, afirmaţia pe care o facem atunci când socotim că cifra adenodienilor depăşeşte proporţia de 50%.

Dar, ce sunt vegetaţiile adenoide? O boală a vârstei fragede cu deosebire a celei de a doua copilării, a perioadei scolare dintre 5 şi 12 ani, constituită de o mărire exagerată a unei amigdale aşezată la rădăcina nasului, hipertrofie interpretată ca o reacţiune împotriva atâtor germeni patogeni transportaţi aci odată cu aerul inspirat. Din

Digitized by Google / Digitized by Google

faptul aşezării lor şi consecutiv unei desvoltări exagerate, vegetaţiile adenoide aduc obstrucţiunea mai mult sau mai puţin complectă a nazofaringelui, obligând pe bolnav să respire numai pe gură. Dacă rămân necunoscute multă vreme, ceea ce într'un anumit mediu este lucru obişnuit, aduc turburări profunde în desvoltarea foselor nazale şi a toracelui, iar prin congestiunea ce o întreţin în cornetele nazale, se poate uşor înţelege că o bună parte din secreţiunile septice vor fi oprite la acest nivel şi vor favoriza desvoltarea atâtor microbi, ce se găsesc normal în faringele nazal, constituind astfel un focar de infecţie ameninţător asupra aparatului respirator, digestiv, auricular, şi în genere cu răsunet asupra întregului organism.

Multe sunt condiţiunile în ce priveşte ţara noastră, care se găsesc la origina adenoidismului. Este bine cunoscut că o bună parte din copii, se nasc purtători de hipertrofii ale întregului ţesut limfoid, realizând starea denumită generic **limfatism**. Aceştia pot fi consideraţi **adenoidieni prenatali**, deoarece la ei factorul etiologic este hereditatea reprezentată prin alcoolismul, sifilisul, paludismul şi tuberculoza, părinţilor. In mediul nostru sanitar cu deosebire în cel rural ştim prea bine ce procent impresionant trebue să acordăm acestui factor. Pe de altă parte ştiinţa endocrinologică ne-a putut arăta rolul atât de important al deficientelor endocriniene părinteşti care se regăsesc în existenţa sindromului limfotimic, a rahitismului şi a tutulor manifestărilor de disfuncţiune endocriniană ca origină a unei acţiuni debilitante la copil. Cât despre hipertrofiile sistemului amigdalian dobândite după naştere, în etiologia lor trebue să aşezăm o serie de fapte cu frecvenţă şi importanţă particulară. In primul rând aşezarea noastră geografică, cu un climat umed şi rece şi cu variaţiuni mari timp de jumătate din an, ne explică predispoziţia copiilor noştri la repetate inflamaţiuni ale mucoasei rinofaringiene, al căror sfârşit nu poate fi altul decât hipertrofia ţesutului limfoid nazofaringian. Dacă mai adăugăm condiţiunile de proastă higienă, de proastă şi insuficientă alimentaţie, de apariţia febrelor eruptive, tabloul este complect şi adenoidianul latent este realizat. In cea de a doua copilărie şi către sfârşitul ei efectele insuficienţii respiratorii încep să devină vizibile, iar adenoidianul stigmatizat.

Dar de ce natură pot fi turburările provocate de vegetaţiile adenoide pentru a putea influenţa atât de grav şi chiar a compromite buna desvoltare a unui organism în creştere? Un singur răspuns: dacă nu am amintit decât insuficienţa respiratorie, deci reducerea hematozei, şi socotim că ar fi îndeajuns. Totuşi este bine să spunem că aproape nu există organ care să nu fie afectat de prezenţa vegetaţiilor adenoide de forma obstruantă şi infectantă, efectele fiind observate de obicei mult mai târziu atunci când corectarea este grea dacă nu iremediabilă. Este un capitol de patologie infantilă care trebue înţeles şi cercetat cu multă luare aminte. Pentru a descrie pe larg toate aceste turburări ar însemna poate să depăşim cadrul în care ne-am propus să rămânem în articolul de faţă; dar pentru evidenţierea tezei ce susţinem socotim că este bine să enumărăm aceste turburări pe care le grupăm în:

1. **Turburări de fonaţiune** (vorbirea şi cântul sunt lipsite de timbru, rezonanţa fiind suprimată din cauza buretelui limfatic adenoidian).

2. **Turburări ale auzului** (acuitatea auditivă fiind micşorată în grade diferite, prin modificarea calitativă a fiziologiei urechii mijlocii, consecutiv fenomenului de obstrucţie tubară cu rarefierea şi chiar resorpţia aerului din căsuţa timpanului). Incepând dela acest catar tuboauricular, continuând cu otita hiperemică însoţită de otalgii fugace, cu otita exudativă, seroasă sau purulentă, cu otoreea tubară şi sfârşind cu otita cicatricitală, prezentând absenţa parţială sau totală a membranei timpanice, iată o serie importantă de turburări ale acestui organ de simţ.

3. **Turburările aparatului respirator.** Sunt cele mai importante şi se poate aşor înţelege ce poate însemna insuficienţa respiratorie pentru un organism în creştere. Aceste turburări prin varietatea şi numărul lor alcătuesc un sindrom bine cunoscut şi dese ori întâlnit de pediatrii. Sindromul obstrucţiunii nazale sau al căii aeriene superioare nu trebueşte privit atât prin prisma scăderii cantitative a aerului inspirat **cât mai cu seamă a calităţii lui,** fiindcă nu trebue să uităm că parţial respiraţiunea bucală este chemată să asigure condiţia principală a însăşi existenţei unei fiinţe vii. Insuficienţa respiratorie de diferite grade înseamnă oxigenarea redusă a sângelui de unde o serie întreagă de turburări. Plămânii nu se desvoltă suficient, pieptul rămâne înfundat, turtit, tonusul muschilor începând cu cei respiratori scade, forţa şi rezistenţa fizică se reduc. Ştim astăzi ce fenomene dezastruoase se observă la acei cari sunt obligaţi să respire un aer viciat şi higiena are în această privinţă recomandări extrem de severe. Ce poate aştepta aşa dar un organism fraged dela compusul carboxihemoglobinic, care se acumulează din această cauză în organismul său?! Nimic altceva decât prepararea terenului pentru atâtea boli ameninţătoare, printre care tuberculoza îşi va găsi aci un foarte bun sălaş. Sistemul osos în general prin turburarea procesului de osificaţie va avea de suferit; strigmate nu vor întârzia să apară în regiunea scheletului fagial, a dinţilor, toracelui şi chiar coloanei vertebrale. Dar atunci când vegetaţiile adenoide pe lângă această formă obstruantă se asociază şi cu un element de infecţiune, ele formează isvorul tuturor relelor pentru un organism plăpând. Astfel vor putea fi întâlnite: scurgeri interminabile de urechi, faringo amigdalite repetate, inflamaţiunea grupelor ganglionare cervicale, răguşeli frecvente, laringite spasmodice, traheo bronşite cu repetiţie, bronşite cronice cu adenopatii hilare, guturaiuri nesfârşite cu rinite vestibulare, îngroşări dureroase ale buzei superioare, inflamaţii ale căilor lacrimale, conjonctivelor şi globului ocular, dinţi mici striaţi vicios implântaţi şi uşor accesibili procesului de carie dentară. In timpul zilei ca şi în timpul somnului, în cursul repetatelor adenoidite, care din stadiul acut se prelungesc într'o formă sub acută timp îndelungat, toate secreţiunile septice din rinofaringe coboară şi obişnuit sunt înghiţite, de unde vor rezulta o serie întreagă de turburări digestive, consistând în lipsa de poftă de mâncare, gastro enterite, colite şi apendicite. Pe lângă intestin şi rinichiul este deseori atins în funcţiunea lui, întâlnindu-se nefrite cu prezenţa de albumină în urină.

Cercetări mai recente, ale şcoalei italiene în domeniul endocrinologiei (Poppi, Citelli, etc.), au arătat o corelaţie strânsă între glanda hipofiză şi vegetaţiile adenoide. Importanţa acestei corelaţii nu poate

Babeş-Bolyai University Library Cluj

scăpa nimănui, drumul cercetărilor în acest domeniu rămâne deschis, fiind rezervat viitorului să deslege şi să precizeze, atâtea interpretări care nu pot fi complect desluşite astăzi. Alterările fizice îşi găsesc un corolar în cele intelectuale manifestate prin scăderea memoriei, intelect redus, greutatea concentrării atenţiei, fapte care descurajează curând un temperament fiziceşte bolnav. Majoritatea dascălilor noştri nu pot înţelege că un astfel de copil este un bolnav, şi că mai de grabă decât a-l supune la diferite pedepse corporale şi a-l descuraja prin notări proaste, trebue să-l înţeleagă şi să-l arate medicului şcolar care să fim înţeleşi, trebue să aibe un rol şi un prestigiu, covârşitoare.

Cum trebue privită şi înţeleasă organizarea luptei antiadenoidiene? **Trebue înţeleasă ca o adevărată operă de profilaxie socială** şi privită din punct de vedere al organizarii, separat pentru mediul urban şi cel rural. Acest rol trebue să-l asume în întregime Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în deplin acord şi colaborare cu Ministerul Culturii Naţionale.

In mediul urban, avem de făcut următoarea distincţiune: a) Oraşe care au medici de specialitate încadraţi sau nu, în instituţii sanitare; b) Oraşe în care lipsesc aceşti medici. Din prima categorie, fac parte oraşele mari înzestrate şi cu servicii spitaliceşti de specialitate O.R.L., din nefericire puţine la număr. Aci problema luptei antiadenoidiene, este foarte mult uşurată. Să luăm ca exemplu din această categorie, însăşi Capitala ţării, oraşul Bucureşti, în care mijloacele de combatere abundă şi problema ar părea ca şi inexistentă. Totuşi o constatare este de făcut; în toate serviciile de specialitate se întâlneşte anual o cifră importantă de operaţii, care dacă ar fi centralizate şi totalizate, ar arăta o frecvenţă impresionantă. Marea masă a adenoidienilor este furnizată aici de clasa mijlocie şi de cea de jos, adică se recrutează din mediul muncitoresc şi pauper periferic. De ce? Deoarece aci factorul hereditar, cel de higienă, de alimentaţie, etc., lasă mai mult de dorit.

In lupta împotriva vegetaţiilor adenoide, ţinem să accentuăm două principii pe care le socotim fundamentale:

1. Să nu se opereze niciun adenoidian sub vârsta de 5 ani, decât numai atunci când forma vegetaţiilor întâlnite este infectantă, provocând complicaţiuni frecvente în organele de vecinătate, iar adenectomia la sugari să nu fie decât excepţională.

2. Să nu se opereze în sezonul friguros sau în preajma lui; este un lucru puţin înţeles de mulţi, şi ceea ce este mai dureros chiar de către unii medici.

Transpunându-ne acum pe terenul practic al lucrului, iată cum înţelegem noi alcătuirea schemei de organizare în lupta antiadenoidiană.

1. **O primă perioadă,** aceea de depistare a adenoidienilor. Ea va fi cuprinsă în semestrul 1 Octombrie—1 Aprilie; în aceste 6 luni se va alcătui mai întâi o evidenţă, un adevărat recensământ al tuturor copiilor de vârstă şcolară între 6—15 ani, fiind împărţiţi pe următoarele categorii: a) Aceea ai căror părinţi se găsesc în câmpul muncii, şi deci sunt încadraţi în asigurările sociale, vor fi îndrumaţi pentru diagnoză şi înregistrare pe fişe speciale în vederea operaţiei, la serviciile de consultaţii O.R.L. ale dispensarelor Asigurărilor Sociale, care

vor primi dispoziţiuni precise de a alcătui tabele ce se vor centraliza la un organ de coordonare unic al M.M.S.O.S. Pentru fiecare copil examinat, se va alcătui o foaie de observaţie clinică complectă, care va avea ca anexă obligatorie, o foaie de anchetă medico-socială la domiciliul copilului, care va trebui să cuprindă următoarele: date asupra locuinţei (proprietar sau chiriaş), date în raport cu higiena, câţi membrii ai familiei locuiesc într'o cameră, ce cubaj are, ce lumină, ce încălzit, ce mijloace de aerisire, dacă are curte sau nu, unde depozitează gunoiul, unde este situat closetul, ce vecinătăţi are, cum este strada, (pavată, etc.), pofesiunera tatălui, a mamei, mijloacele de traiu, felul de traiu, (ce mănâncă obişnuit), componenţii familiei, la ce depărtare se găseşte locuinţa de şcoală şi mijloacele de a ajunge, etc. etc.

Idealul ar fi ca orice copil de şcoală adenoidian sau nu, să aibe acest dosar de anchetă. Pentru moment însă, se va alcătui numai pentru cei diagnosticaţi purtători de vegetaţii. In tot cazul se va alcătui şi un dosar separat de copii care au fost anterior operaţi de vegetaţii adenoide, care la data examinării sunt îndemni, precum şi de cei care au fost de mai multe ori operaţi, aceasta pentru complectarea mai mult din punct de vedere statistic.

Dar cui trebue să revină alcătuirea acestor anchete pe teren? Credem că surorilor de ocrotire şi însăşi medicilor şcolari, fiindcă un medic şcolar socotim că nu se poate interesa de un copil numai acele câteva ore cât copilul le petrece în şcoală şi să se desintereseze tocmai de majoritatea timpului şi condiţiunilor în care este pus să crească acest şcolar. Acest corp de medici trebue creat în cadrul medicilor igienişti şi astfel înţeles; cine nu poate înţelege acest lucru, săvârşeşte aceeaşi greşeală de până acum. In consecinţă acestui corp de medici, trebue să-i revină în bună parte meritul ridicării nivelului nostru sanitar şi pentru a o putea îndeplini cu bine această chemare va trebui să fie ajutat, să i se pună în primul rând la dispoziţie mijlocul de locomoţiune necesar, care în niciun caz nu poate fi tramvaiul; b) Copii ai căror părinţi sunt funcţionari vor fi îndrumaţi la asistenţa medicală a caselor lor de credit şi ajutor, unde se va proceda întocmai ca mai sus sau în lipsă la serviciile de specialitate de unde vor avea dovada examenului făcut; c) A treia categorie de copii, aceea mai înstăriţi vor avea libera alegere a medicului, aşa cum de altfel se şi petrec lucrurile în practică, cu obligaţiunea din partea părintelui de a aduce certificatul medical de examinare şi eventuală operaţie, şi aceea din partea medicului, de a comunica organului central de coordonare, foile de observaţiune clinică a cazurilor întâlnite.

A doua perioadă, încadrată în lunile Aprilie, Maiu şi Iunie, când toţi copii adenoidieni vor fi operaţi, complectându-se fişa clinică cu data operaţiei şi forma clinică a vegetaţiilor întâlnite.

A treia perioadă, este imperios necesară şi trebue să consiste în mijloace de consolidarea operaţiei efectuate şi de reeducare respiratorie. Ea va trebui să fie cuprinsă în lunile Iulie, August şi Septembrie prin reorganizarea alcătuirei de colonii şcolare la Mare şi la munte, unde se va putea obţine dezideratul de mai sus, prin vieaţa într'un climat propice, alimentaţie raţională şi bogată, exerciţii fizice de respiraţiune, etc.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Copiii adenoidieni odată operaţi nu vor fi pierduţi din vedere şi vor fi examinaţi periodic cel puţin odată într'un an şi cu deosebire după maladiile infecţioase. Acei cu stări limfatice constituţionale vor fi trataţi şi în cursul perioadei friguroase de iarnă prin administrare de untură de peşte sau derivate conţinând complexul vitaminic A + D, calcium, raze ultra violete artificiale, preparate de fier, ficat şi hemoglobină. Reeducarea respiratorie se va face şi în cadrul orei de educaţie fizică şcolară, iar copii operaţi, vor fi cu deosebire daţi în atenţia profesorului respectiv.

In celelalte centre urbane în care există servicii de specialitate sau numai medici practicieni O.R.L. procedeul de urmat va fi identic, bineînţeles cu complectările particulare fiecărei localităţi. Oraşele care sunt lipsite de medicii de specialitate vor fi vizitate periodic de echipe formate din personal cu pregătirea adecvată care vor face recensământul adenoidienilor în cadrul organizaţiei spitaliceşti existente. Operaţiile vor fi executate în colaborare cu echipe de medici specialişti anume alcătuite şi în şedinţe consecutive. Pentru rest se va urma întocmai programului de mai sus. In aceste oraşe, înfiinţarea de policlinici şcolare cu medic O.R.L., Oftalmolog şi stomatolog îşi găseşte pe deplin justificarea.

In mediul sanitar rural, organizarea luptei antiadenoidiene capătă proporţii care reclamă şi alte mijloace. In primul rând trebue să avem în vedere pregătirea unui personal numeros, care să poată satisface cerinţele acestei profilaxii şi în vederea acestui scop credem că unul din mijloace poate fi următorul: Medicii de circumscripţii sanitare, cu dezideratul de a fi dublaţi de medicii igienişti, pot fi uşor pregătiţi pentru a corespunde acestor cerinţe prin demonstraţiuni practice cu serii de câte o lună, în serviciile de specialitate din centrele universitare şi spitalele mari, ale Ministerului Sănătăţii care posedă asemenea servicii. Vor fi instruiţi mai întâi cu mijloacele de investigaţie clinică pentru stabilirea diagnozei vegetaţiilor adenoide şi apoi cu conduita operatorie, care în esenţă este destul de simplă. Complectarea va fi făcută şi aci prin echipe volante de medici O.R.L. care vor acţiona pe teren în anumite centre judeţene de colectare a adenoidienilor şi unde mijloacele sanitare locale vor putea permite o operă susţinută şi continuă în răstimpul celor trei luni, deoarece planul general de lucru va fi şi aci, riguros respectat. Deplasarea acestor echipe ca şi a medicilor de circ. şi igienişti va fi făcută cu ajutorul ambulanţelor sanitare automobile prevăzute cu tot materialul şi instrumentarul necesar. Un pediatru ataşat acestor echipe va face operă utilă complectând investigaţiile clinice printr'un examen general amănunţit. Ca ajutoare pe lângă medicii de Circ. în timpul acestor campanii, socotim util a fi întrebuinţaţi şi studenţii ultimilor doi ani ai Facultăţilor de Medicină, în prealabil instruiţi ca mai sus.

Lupta antiadenoidiană, înţeleasă ca operă de profilaxie socială, va trebui continuată an de an pe măsură ce alte generaţii şcolare se ridică; iar de necesitatea organizării sistematice a ei, ne convinge însăşi atâtea profunde turburări în echilibrul de funcţionare al celor mai importante organe ale economiei umane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De aci reese clar, că lupta antiadenoidiană trebue să se încadreze obligator, în lupta pentru îmbunătăţirea rasei, luptă care nu poate fi definitiv câştigată decât atunci când procreaţia desăvârşită sub cele mai bune auspicii este controlată şi complectată. Idealul odată atins în procreaţie nu înseamnă totul, ci se cere urmărit şi complectat în tot timpul primilor 10 şi chiar 15 ani, adică în întreaga perioadă de creştere, dacă nu voim ca la vârsta recrutării pentru armată, sau a îndrumării profesionale, procesul debililor intelectuali şi a celor inapţi pentru cerinţele unui serviciu militar modern, să ne arate o proporţie deadreptul îngrijorătoare.

D-r MIHAI LAZEANU: Le rôle des adénoïdes comme facteur de debilité genèrale organique, est bien connu.

Les troubles du dévéloppement, provoqué par leur présence, sont nombreux, et elles affectent le fonctionnement des plus importantes systèmes organiques de l'économie humaine.

Le tableau de ces troubles, est dominé du fait de l'oxigénation réduite du sang c'est à dire—de „l'anoxhémie" qui est résponsable des conséquences graves.

L'adénoïdisme, trouve dans notre pays, des conditions favorables et se rencontre avec une frequénce impressionante pouvant réaliser un état de pseudophtisie ce qui nous permet de le considérer comme un véritable péril social, et sa prophylaxie doit être bien comprise et poursuivie par l'organisation systématique d'une campagne anti-adénoidienne.

D-r MIHAI LAZEANU: Es ist gut bekant die Rolle der Adenoiden als Faktor der allgemeinen organischen Debilität.

Die Entwiklungs-Verstörungen durch ihre provozierende Gegenwart, sind zahlreich und interesieren die Funktion der wichtigsten organischen Sisteme der menschlichen Wirtschaft.

Central University Library Cluj

Die Tabele diesen Verstörungen ist erstens von der minimalen Oxigenation der Blut die sogenante „Anoxèmie" geherscht, die allein verantwortlich ist schweren Erfolgen für eine Entwicklung des Organismus.

Der Adenoidismus findet in unserer Land erfolgreiche Bedingungen, und man begegnet ihn in einer überraschende Frequentz, bildend eine „pseudoftizis" Zustand der uns zu einer vahrhaften Gefahr der Volksgesundheit betrachten macht, und deren Profilaxie gut verstanden unverfolgt muss, durch sistematischer Organisierung einer anti adenoidischer Feldzug.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

Laboratoarele „ICFAL“ S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14

BUCUREŞTI V — Telefon 5.66.32

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

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

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

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

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

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

Antireumal — atotan 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

Babeş-Bolyai National University Library, Cluj

TRATAMENTUL CU PILOCARPINA ADJUVANT AL PNEUMOTORAXULUI

de

Prof. D-r V. PAPILIAN, D-r C. V. ANTONESCU
şi D-r FL. MAZILU-ANTONESCU

Utilizarea pilocarpinei înainte de instituirea pneumotoraxului, permite o colabare electivă pulmonară, uneori chiar totală, cu cantitatea redusă de aer întrebuinţată la instituire.

Pneumotoraxul sub influenţa pilocarpinei, se menţine timp îndelungat, dând o colabare pulmonară bună mai ales asupra regiunii afectate, în acelaşi timp permiţând o distanţare mare—încă dela început—a recomplectărilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiind convinşi că tratamentul cu pilocarpină în afecţiunile pulmonare de natură tuberculoasă, are valoarea unui tratament adjuvant foarte prielnic celui clasic, în cazurile care erau indicate pentru un tratament prin pneumotorax, am recurs şi la această metodă. Am urmărit în total 5 bolnavi, ale căror foi de observaţie le relatăm pe scurt mai jos.

OBSERV. 1-a. — M. I., etate 22 ani (fig. 1 a).

Sufere de tuberculoză pulmonară, cavitară propice tratamentului cu pneumotorax.

Primeşte anticipat timp de 10 zile câte una inj. cu pilocarpină 1 cc. Evoluţia colabării pulmonare se poate urmări pe schiţă.

OBSERV. II-a. — C. V., etate 20 ani (fig. 1 b).

Suferere de tbc. pulmonar infiltrativ cazeos şi cavitar, propice pentru tratamentul cu pneumotorax.

Primeşte anticipat timp de 14 zile, inj. cu pilocarpină 1 cc.; în a 15-a zi instituirea pneumotoraxului, administrând 250 cc. Evoluţia colabării pulmonare se poate urmări pe schiţă.

OBSERV. 3-a. — P. C., etate 18 ani (fig. 1 c).

Sufere de lobită tbc. superioară dreaptă, propice pentru tratamentul cu pneumotorax.

Primeşte anticipat timp de 5 zile inj. cu pilocarpină 1 cc.; în a 6-a zi instituirea pneumotoraxului, administrând 300 cc. (de remarcat că bolnavul are o capacitate toracică mare). Evoluţia colabării pulmonare se poate urmări pe schiţă.

OBSERV. 4-a. — C. Gh., etate 29 ani (fig. 2 a).

Sufere de tbc. pulmonar micronodular diseminat, propice tratamentului cu pneumotorax.

Instituirea pneumotoraxului fără inj. prealabile de pilocarpină, nu se obţine colabare electivă. Supus tratamentului cu pilocarpină, după 17 zile se procedează la o nouă instituire, administrând 700 cc. (capacitate toracică foarte mare). Evoluţia colabării pulmonare se poate urmări pe schiţă.

OBSERV. 5-a. — S. M., etate 18 ani (fig. 2 b).

Sufere de tbc. infiltrativă difuză, propice tratamentului cu pneumotorax. Primeşte anticipat timp de 5 zile inj. cu pilocarpină, în ziua 6-a instituirea pneumotoraxului, fără rezultat. Continuă inj. cu pilocarpină şi după a doua perioadă de 8 zile, instituirea pneumotoraxului, administrând 300 cc. Evoluţia colabării pulmonare se poate urmări pe schiţă.

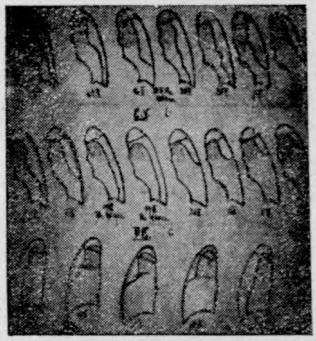


Fig 1.

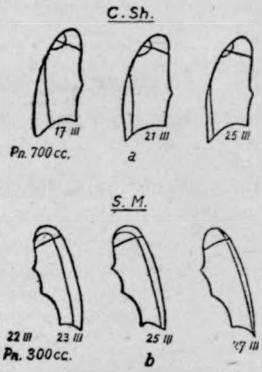


Fig. 2.

CJCJ / Biblioteca Universitară Clujeană

Rezultatele obţinute le putem rezuma după cum urmează:

1. Efectele pilocarpinei administrată înainte de instituirea pneumotoraxului, sunt salutare prin faptul că încă dela instituire, cu o cantitate redusă de aer se obţine o colabare pulmonară apreciabilă, care poate atinge gradul colabării totale.

2. Efectele pilocarpinei administrată după instituirea pneumotoraxului, se manifestă prin o reţinere mai îndelungată a aerului în cavitatea toracică şi păstrarea în colabare a plămânului respectiv; de sigur că aceste efecte sunt evidente şi accentuate mai ales asupra porţiunii afectate din plămânul supus pneumotoraxului. Durata efectului colabant al instituirei pneumotoraxului atinge uneori 7—9 zile, fără a fi nevoie ca în acest interval de timp să se complecteze instituirea.

3. Aceste efecte salutare se menţin timp îndelungat dacă se continuă administrarea pilocarpinei, încât timpul dintre 2 complectări a pneumotoraxului poate depăşi, încă dela început, uneori 2 săptămâni, interval în care efectul colabant se manifestă cu predilecţie asupra regiunei pulmonare afectate.

4. S'a observat că pentru a obţine aceste efecte colabante, încă din momentul instituirei pneumotoraxului, este nevoie ca bolnavul să fi fost supus unei serii de injecţiuni de pilocarpină de cel puţin 10 zile.

5. Avantagiile câştigate prin această metodă sunt mari, dacă luăm în considerare că prin îndepărtarea cât mai mare a repetării complectării pneumotoraxului şi prin cantitatea redusă de aer introdus în cavitatea pleurală, eliminăm iritaţiunea pleurei, evităm apariţia exuda-

tului pleural. Cu toate că această complicaţiune nu prezintă o importanţă prea mare, totuşi este neplăcută şi descurajatoare pentru bolnav, care nu înţelege decât că starea lui s'a agravat prin apariţia exudatului.

6. Dacă luăm în considerare condiţiunile în cari au fost făcute aceste cercetări, bolnavii din mediul asigurărilor sociale urmând un tratament ambulator şi neputând fi supuşi repaosului complect prin strictă supraveghere — repaos care este necesar unei bune menţineri a pneumotoraxului, efectele salutare ale pilocarpinei cu atât apar mai evidente şi ne îndreptăţeşte să credem că aplicat într'un mediu spitalicesc va da rezultate şi mai apreciabile.

Prof. V. PAPILIAN, D-r C. V. ANTONESCU et D-r FL. MAZILU-ANTONESCU: La pilocarpine comme adjuvant du traitement au pneumotorax.

L'utilisation de la pilocarpine avant la provocation du pneumotorax, permet au poumon de collaber en partie, quelque fois en totalité, en utilisant la moindre quantité d'air nécéssaire.

Le pneumotorax sous l'influence de la pilocarpine se maintient pendant longtemps, donnant une bonne collabation pulmonaire, surtout au niveau de la région malade, permettant en même temps d'éspacer les nouvelles institutions du pneumotorax.

Prof. V. PAPILIAN, D-r C. V. ANTONESCU und D-r FL. MAZILU-ANTONESCU: Pilokarpin als Hilfsmittel in der Behandlung des Pneumothorax.

Die Benützung des Pilokarpins vor dem Eintreten des Pneumothorax erlaubt eine elektive und manchmal sogar eine totale Zusammenschrumpfung der Lungen mit der geringen Menge Luft—die zum Pneumothorax benützt wurde.

Der Pneumothorax erhält sich unter der Einflusse des Pilokarpins lange Zeit und produziert eine gute Schrumpfung der Lungen-insbesondere desaffektierten Teiles und erlaubt von Anfang schon eine Distanzierung der Wiederholungen.

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GANGRENA CUTANATA CU BACILI MILIAN
— cu 2 observaţiuni —

de

Conf. D-r FL. SARAŢEANU şi **D-r CONU GHEORGHE AUREL**
Medic secundar

Una din categoriile de gangrene cutanate primitive o constituesc gangrenele infecţioase, prin infecţiuni necrozante. In ce priveşte gangrenele cutanate secundare ele sunt de obicei infecţioase, complicând leziuni preexistente.

In grupul gangrenelor infecţioase primitive se conturează tot mai mult, unele forme datorite bacilului izolat de Milian. Acest bacil a fost izolat din mai multe cazuri de gangrenă fulgerătoare a organelor genitale. Afecţiune atribuită altădată streptococului şi din cazuri de gangrenă diseminată în focare multiple.

P. Balog şi Saverio Cerqua au observat în Egipt existenţa unei forme fulgerătoare care poate interesa şi alte regiuni cum sunt sânul şi pleoapele.

G. Stämpke şi G. Schoop au izolat un bacil asemănător cu cel descris de Milian, într'o afecţiune manifestată prin formaţiuni tumorale diseminate pe trunchi în număr limitat, tablou clinic care nu corespundea aspectului cunoscut al gangrenei pielei. Aceste eflorescenţe variau ca dimensiuni dela mărimea unui bob de mazăre până la aceea a unei nuci şi terminau prin ramolire, fistulizare şi evacuare.

Milian şi de asemenea P. Balog şi S. Cerqua au putut izola bacilul şi din leziuni de gangrenă secundară, complicând leziuni anterioare şi de altă natură.

Observată şi studiată în Franţa de Milian, R. Nativelle, Sézary, etc., gangrena cu bacili Milian a fost semnalată în Egipt de P. Balog şi S. Cerqua şi în Grecia de P. Photinos şi A. Rélias.

In România este relativ rară, dar probabil că se va observa mai des, pe măsură ce cazurile de gangrenă cutanată vor fi studiate mai de aproape din punct de vedere bacteriologic.

Observaţiunile pe cari le dăm mai jos — şi cari constituesc primele cazuri identificate în România — privesc doi bolnavi, internaţi şi îngrijiţi în Serviciul Clinicei Dermato-Sifiligrafice din Bucureşti, în 1941 şi 1942.

I. **Observaţiune clinică:** Bolnavul C. P., în vârstă de 43 ani, este internat în serviciul Clinicei Dermato-sifiligrafice, în ziua de 4 Ianuarie 1941, pentru cangrenă cutanată în focare multiple.

Antecedentele hereditare, antecedentele personale şi istoricul boalei nu se pot obţine, deoarece bolnavul fiind în stare gravă, nu poate răspunde la interogator.

Starea prezentă: Bolnavul este adinamic, uşor dispneic, febril, cu 39° temperatură. La examenul pulmonar, se constată raluri de bronşită. Cordul, normal. Puls frecvent. Limbă uscată şi prăjită. Constipaţie. Abdomen escavat.

Examen local: Penisul complect amputat. Baza organului, în porţiunea rămasă, are un aspect ulceros neregulat, de coloare galbenă-cenuşie. Pe alocurea se văd insule de sfacele negre, încă nelimitate. Fundul regiunei ulceroase este anfractuos, secretând un puroi cremos alb-cenuşiu.

Scrotul este ademaţiat şi de coloare violacee, prezentând trei ulceraţiuni profunde, de formă neregulat ovalară şi mari cam de 1 × 3 cm. Fundul acestor ulceraţiuni este cenuşiu murdar, iar marginile neregulate şi deslipite.

In regiunea veno-scrotală, urina se scurge în continuă, picătură cu picătură.

In **ambele regiuni inguinale,** există câte o ulceraţiune adâncă cu dimensiuni de 6 × 7 cm. de formă neregulată, cu margini deslipite, descoperind ganglionii regionali, cari sunt tumefiaţi în massă.

In jurul acestor ulceraţiuni inguinale, tegumentul este roşu-violaceu, coloarea pierzându-se pe nesimţite către periferie.

In **regiunea sacrată,** se constată o vastă leziune ulceroasă, de 16 × 20 cm. diametru, de formă neregulat rotundă, cu margini deslipite, cu fund anfactuos, cenuşiu-violaceu şi secreţie purulentă cenuşie. Ulceraţia este profundă, mergând până la osul sacrat.

In **regiunea fesieră,** există pe fiecare fesă câte o ulceraţiune profundă, de formă neregulat rotundă cu dimensiuni de 8 × 10 cm. In fundul neregulat al acestor ulceraţiuni supurânde, se mai văd ici-colo părţi mortificate de coloare neagră-violacee.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Pe **membrele inferioare,** la nivelul picioarelor şi în treimea inferioară a gambelor tegumentul este negru-violaceu, lucitor şi pe alocurea cu flictene mari hemoragice. Acest aspect se observă în special la nivelul degetelor şi metatarsului, în jumătatea posterioară a picioarelor existând numai edem şi eritem.

Leziuni cu aceleaşi caractere se observă şi la **extremităţile superioare,** unde procesul gangrenos interesează prima şi a doua falangă dela primele patru degete din dreapta şi dela primele două degete din stânga. Tegumentul care acopere aceste degete în dreptul primei şi a celei de a doua falange, este negru-violaceu, mumifiat.

Leziunile cutanate, prezentate de bolnav în focare, răspândesc un miros foetid, de putrefacţie, insuportabil.

Cu tot tratamentul care a constat în ser antigangrenos şi aplicaţiuni antiseptice locale, bolnavul a sucombat în ziua de 6 Ianuarie. Diagnosticul anatomo-clinic a fost următorul: Gangrenă a extremităţilor. Gangrenă a penisului, scrotului, regiunilor inguinale, a regiunei sacrate şi a feselor. Pachipleurită stângă. Stază şi edem pulmonar bilateral. Bronşită purulentă. Emfizem pulmonar drept. Splină infecţioasă. Alteraţiuni parenchimatoase în ficat şi rinichi.

Cercetări de Laborator: A doua zi după internarea bolnavului s'a făcut o hemocultură în bulion, care a dat un rezultat negativ, mediul rămânând steril timp de zece zile cât a fost observat.

Reacţiunile serologice au fost negative.

Dozarea ureei a arătat 1,07 gr. la mie.

Insămânţările din leziunile cutanate pentru germeni aerobii şi anaerobii, s'au făcut de asemenea a doua zi după internarea bolnavului în spital.

Prin ambele metode s'au desvoltat colonii microbiene cari au arătat prezenţa unui bacil scurt gram negativ, nobil. Bacilul era asociat — însă în foarte mică proporţie — cu un streptococ în lanţuri scurte.

Examinând acest bacil, am constatat că este cam de mărimea bacilului Ducrey însă mai gros, rotunjit la extremităţi şi mobil, mişcările având un caracter de culbutare.

Atât în bulion, în apă peptonată, cât şi pe agar simplu, bacilul s'a desvoltat repede. Insămânţat în lichidul de condensare, în tuburi cu medii solide, el a ocupat toată suprafaţa mediului în 24 ore. Culturile obţinute aveau un aspect translucid şi uşor lăptos.

Bacilul a crescut cu aceeaşi facilitate atât în mod aerobiu cât şi anaerobiu şi culturile răspândeau în timpul desvoltării lor un puternic miros foetid. Mirosul era atât de pronunţat, încât au fost momente când toată atmosfera laboratorului devenea insuportabilă.

Insămânţat în gelatină, bacilul a lichefiat-o abundent.

Insămânţat în lapte a produs coagularea mediului.

Nu a roşit mediile cu albastru de turnesol, iar însămânţat pe geloză cu roşu neutru, a schimbat coloarea roşie a mediului într'o coloare galbenă palidă.

Pe medii cu sânge, n'a produs hemoliză.

Toate aceste caractere corespundeau bacilului pe care Milian l-a izolat din cazuri de gangrenă fulgerătoare a organelor genitale şi pe care el l-a denumit **Pasteurella gangrenae cutis** sau **bacilul Dureuil** după numele bolnavului cu gangrenă, dela care a fost izolat pentru prima dată.

Insămânţările făcute după moarte din ficat, splină, pulmoni, rinichi şi cord, atât în mod aerobiu cât şi anaerobiu, au arătat prezenţa aceluiaşi bacil şi în aceeaşi proporţie relativă cu un streptococ.

Inoculările făcute la iepuri şi cobai, au reprodus boala, dând naştere la leziuni gangrenoase. Inocularea unei jumătăţi de cc., dintr'o cultură în bulion de 24 ore, pe cale subcutanată la un iepure, a dat naştere unui abces, care ulterior s'a resorbit. Inoculare pe cale intradermică la un alt iepure, a produs însă o infiltraţie inflamatoare, care a terminat în trei zile printr'o escară neagră, escară care s'a eliminat în aproximativ o săptămână, lăsând o ulceraţiune purulentă. Iepurele a continuat să slăbească şi a sucombat către a doua săptămână.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acelaşi fenomen a fost observat şi la un cobai, căruia i s'a inoculat intradermic $1/2$ cc. de cultură recentă în bulion.

Inocularea subcutanată la un alt cobai a dat naştere unui abces. Tegumentul care acoperea abcesul, la început eritematos şi edemaţiat, a devenit după câteva zile excarotic, de coloare neagră şi s'a eliminat după o săptămână, lăsând în urma lui o ulceraţiune neregulată cu puroi cremos, de coloare cenuşie-gălbue.

Ulceraţiunile rămase în urma eliminării părţilor sfacelate, la cei doi cobai, au evoluat lent (3—4 săptămâni) către vindecare, animalele restabilindu-se complect.

Retrocultura din leziunile obţinute prin inoculare la iepuri şi cobai, a dat rezultate pozitive, de oarece s'a desvoltat acelaşi bacil al lui Milian, în stare pură.

Acelaşi rezultat pozitiv l-au dat şi însămânţările din organele interne ale iepurelui, mort în urma inocularii.

Aglutinarea bacilului, practicată cu serul sângelui extras dela iepurii şi dela cobaii inoculaţi, a arătat o putere de aglutinare pronunţată, mergând până la 1/1000.

. . . . . .

II. **Observaţiune clinică:** Bolnava M. F., de profesiune servitoare, în vârstă de 24 ani, se internează în serviciul Clinicei Dermato-Sifiligrafice, în ziua de 28 Ianuarie 1942, pentru: leziuni ulcero-gangrenoase în treimea medie a gambei drepte, impotenţă funcţională a membrului respectiv şi stare febrilă.

Antecedente heredo-colaterale: Puţin importante.

Istoric: Cu 3 luni în urmă, bolnava s'a lovit la gamba dreaptă, pe când tăia lemne. Câtva timp după aceea a observat la nivelul $1/3$ medii a acestei gambe, o mică nodozitate cam de mărimea unei alune rotunde de coloare roşie-violetă, foarte uşor proeminentă. Această formaţie a crescut,

atingând un diametru de 2—3 cu aproximativ şi s'a ramolit. Pielea care acoperea nodozitatea s'a subţiat şi s'a fistulizat, lăsând să se scurgă o secreţiune purulentă. Orificiul de deschidere s'a mărit ulterior, formând o suprafaţă necrotică destul de mare, iar prin eliminarea ţesuturilor mortifcate, a rămas o ulceraţiune întinsă cu tendinţă de extensiune.

După aproximativ două săptămâni, a apărut o a doua leziune cu acelaşi aspect şi aceiaşi evoluţie, la partea inferioară a primei nodozităţi.

Bolnava văzând că starea ei se înrăutăţeşte, după câteva pansamente făcute la un dispensar s'a prezentat la Consultaţiile Clinicei Dermato-Sifiligrafice de unde a fost apoi internată.

Starea prezentă: Bolnava se prezintă palidă, slăbită. Are febră 38°, cu fiori din când în când. Apetit scăzut. Constipaţie. Nimic anormal din partea organelor interne.

Examenul local arată gamba dreaptă în întregime edemaţiată, cu două ulceraţiuni neregulat ovu'are, atone, cu margini deslipite, situate la nivelul treimei mijlocii.

Fundul ulceraţiunilor este murdar, acoperit cu un depozit format din restul ţesuturilor mortificate şi puroi. Intreaga suprafaţă este neregulată, anfractuoasă, exalând un miros greu, de putrefacţie. Ulceraţiunile sunt profunde, cu dimensiuni aproximativ de 6 × 8 cm., situate în axul longitudinal al membrului şi despărţite de o punte de tegument cam de 7—8 mm. lărgime şi înconjurate de o zonă marginală tegumentară de culoare lividă.

In timpul spitalizărei, placardele ulceroase au mai crescut în diametru câţiva centimetri şi au confluat prin eliminarea punţei tegumentare care le despărţea.

Secreţiunea purulentă a devenit mai abundentă, mirosul foetid al leziunilor s'a accentuat, iar starea generală a bolnavei s'a înrăutăţit, bolnava arătând o mare slăbiciune, cefalee, anorexie şi febră.

Cercetări de Laborator: Examenul puroiului a arătat prezenţa unui bacil-gram-negativ, şi rare elemente streptococice, iar culturile practicate din puroiul leziunilor, au dat colonii de bacili asemănători cu ei descrişi de Milian, în slabă asociaţie cu un streptococ. Coloniile exalau însă un miros putrid prea puţin apreciabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O inoculare intradermică în regiunea abdominală a unui cobăi, cu 1/2 cc. de cultură proaspătă în bulion de bacili izolaţi dela bolnavi, a condus la formarea unui abces cu puroi cremos.

Tratament: Tratamentul dela început administrat sub forma de aplicaţiuni locale antiseptice: apă oxigenată, cloramină, etc., n'a dat rezultate.

Administrarea unui autovaccin, preparat din culturile de bacili izolaţi din leziuni, n'a dat de asemenea niciun rezultat, nici în ce priveşte starea generală, nici starea locală, cari continuau a se agrava.

S'a administrat atunci neosalvarsan pe cale intravenoasă în doze crescânde, iar local s'a întrebuinţat atingeri repetate cu neosalvarsan în glicerină după formula: neosalvarsan 0,45 gr., rezorcină 0,15 gr., glicerină 30 grame.

In aproximativ o săptămână, în urma acestui tratament, starea generală s'a ameliorat, iar din punct de vedere local, procesul gangrenos s'a limitat. După aproximativ 3 gr. neosalvarsan, prin repetarea dozelor II şi III, starea generală a revenit la normal. Sfacelul s'a eliminat în întregime şi placardele ulceroase au luat aspectul unor plăgi simple cu fund curat ajuns la nivelul tegumentelor înconjurătoare şi început de epidermizare pe margini.

* * *

Din studiul cazurilor noastre, ca şi din publicaţiunile existente până în prezent asupra acestei chestiuni, rezultă deci că bacilul izolat şi descris de Milian, poate fi cauza gangrenei fulgerătoare a organelor genitale ori a altor regiuni şi a gangrenei diseminate în focare multiple. Cercetarea prezenţei acestui bacil în leziunile de gangrenă cu-

PLANŞĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1. — Cultură de bacili Milian.

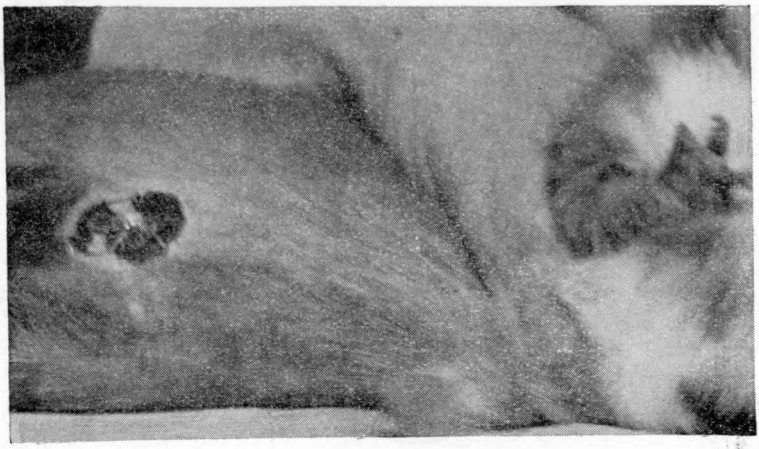


Fig. 2. — Ulceraţiune gangrenoasă în regiunea abdominală a unui cobai produsă prin inoculare de cultură de bacili Milian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tanată, fie primitivă fie secundară, devine obligatorie, având în vedere că el a putut fi izolat atât din leziuni de gangrenă primitivă cât şi din leziuni de gangrenă secundară.

Caracterele principale ale bacilului lui Milian sunt atât de ordin morfologic cât şi cultural.

Bacilul gangrenei se prezintă ca un bacil scurt, cam de 1½—2 lungime, un coccobacil deci, cu extremităţi rotunjite, ciliat, destul de mobil, cu mişcări caracteristice de culbutare. Uneori se observă însă şi forme mai lungi. Un alt caracter al acestui bacil este tendinţa de a se dispune în lanţuri mai scurte ori mai lungi, mai ales când a fost cultivat în bulion.

In ce priveşte coloraţia, **bacilul lui Milian este Gram-negativ şi se colorează bipolar**, de unde rezultă un asepct în navetă, cu centrul clar, ca al bacilului Ducrey de care însă diferă printr'o grosime mai mare. In frotiuri colorate, acest bacil seamănă la prima vedere, prin dimensiunile şi Gram negativitatea sa cu colibacilul ori cu bacilul piocianic.

Aerobiu şi facultativ anaerobiu, bacilul lui Milian se desvoltă cu uşurinţă pe mediile obişnuite de laborator. Cultivat pe geloză, **ocupă repede, uneori în 24 ore, toată suprafaţa mediului**, ca şi proteus, chiar dacă a fost însămânţat numai în lichidul de condensaţie. Acest caracter important, permite izolarea bacilului în cultură pură, în caz de asociaţie, deoarece numai el urcă repede pe toată suprafaţa mediului.

Cultivat în bulion, se prezintă frecvent în lanţuri de mai multe elemente, lanţurile fiind cu atât mai abundente, cu cât cultura este mai veche.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bacilul **lichfiază gelatina, coagulează laptele, nu înroşeşte mediile turnesolate, decolorează mediile cu roşu neutru, nu produce indol şi nu este hemolitic.**

Culturile şi în special cele pe bulion, răspândesc un **miros caracteristic, putrid.**

Bacilul lui Milian poate rămâne viu multă vreme în cultură, de oarece unul dintre noi l-a putut transplanta chiar şi după 2 luni şi jumătate.

Prin caracterele sale morfologice, bacilul gangrenat se apropie de **grupul pasteurella**, iar prin caracterele sale culturale mai mult de **proteus vulgaris.** După **P. Balog** şi **S. Cerqua**, ar fi chiar o varietate patogenă a proteus-ului vulgar. **Milian** i-a dat numele de **Pasteurella gangrenae cutis** sau bacilul **Dureuil** după numele bolnavului cu gangrenă dela care a fost izolat pentru prima oară.

Unele fapte de observaţie, cum sunt acelea ale lui **Sézary** şi ale colaboratorilor săi, au tendinţa de a arăta mai multor varietăţi ale bacilului lui Milian, cu caractere parţial diferenţiale, în special de ordin cultural şi patogen.

Observaţiunea lui **G. Stümpke** şi **G. Schoop** arată apoi că bacilul lui Milian ar putea da naştere şi unor leziuni cutanate cu aspect şi evoluţie diferite de ale gangrenei cutanate obişnuite.

Originea bacilului, ar putea fi intestinală, după **Jausion.**

Puterea patogenă a bacilului lui Milian este incontestabilă, după

cum o dovedeşte faptul că leziunile de gangrenă pot fi reproduse prin inoculare la animale. Virulenţa lui pare a fi însă foarte variabilă, fiind individuală pentru fiecare sursă izolată de bacili. După **P. Balog** şi **S. Cerqua**, bacilii izolaţi din leziuni de gangrenă secundară, ar fi mai inofensiv la animale decât cei izolaţi din leziuni de gangrenă primitivă. Ei au constatat că unele varietăţi de bacili mai puţin virulente, nu produc la animale leziuni de gangrenă ci numai abcese necrotice, cari se evacuiază ori se incapsulează, conţinând bacilii vii chiar şi după câteva luni de zile.

Aceeaşi diferenţă a putut-o observa şi unul dintre noi pentru bacilii izolaţi dela cei doi bolnavi, ale căror observaţii fac obiectul prezentei publicaţii. Bacilul izolat dela primul bolnav, a arătat o mare virulenţă, reproducând gangrena atât la iepuri cât şi la cobai, în timp ce bacilul izolat dela al doilea caz nu a dat decât abcese. Dar chiar şi sursele virulente pierd progresiv din virulenţa lor, pe măsură ce sunt transplantate mai mult timp pe medii artificiale. Acest fapt este real, pentrucă prima sursă izolată de unul dintre noi, n'a mai reprodus la animale leziunile de gangrenă, după o lună dela izolare.

După **P. Balog** şi **S. Cerqua**, cari au observat de asemenea acest fenomen, pentru toate sursele, indiferent de virulenţa lor iniţială, virulenţa bacilului poate dispărea după 2 săptămâni pentru unele surse, în timp ce altele şi-o pot menţine chiar şi după mai bine de 2 luni de cultivare pe medii artificiale.

In leziunile produse la om, bacilul se găseşte frecvent asociat. **Milian** l-a găsit asociat cu bacillus cutis comunis şi cu streptococi. Noi l-am găsit în ambele cazuri cu un streptococ, însă în slabă proporţie. După **Milian**, streptococul ar deschide calea bacilului.

© BCU IASI / Central University Library Iasi

Nativelle într'un caz de gangrenă a organelor genitale l-a găsit de asemenea asociat cu un streptococ, şi pentru a vedea care este rolul streptococului a inoculat un cobai cu cultură recentă de bacili Milian izolaţi dela bolnavul în cauză, un cobai cu cultură de streptococ izolat dela acelaşi bolnav şi un cobai cu un amestec de cultură de bacili Milian şi cultură de streptococ. Primul cobai a reacţionat printr'o vastă escară, al doilea printr'o leziune neînsemnată pur edematoasă, iar al treilea printr'o leziune inflamatoare. Nativelle conchidea că în cazul său, streptococul nu părea a fi exaltat nici măcar virulenţa bacilului.

Atât serul bolnavilor cu gangrenă cât şi al animalelor inoculate cu bacilul lui Milian arată proprietăţi aglutinante mai mult sau mai puţin accentuate.

Studiul anatomopatologic al leziunilor de gangrenă produse de bacilul lui Milian, arată că procesul este cutanat şi subcutanat. După un stadiu de inflamaţie cu edem şi infiltraţie urmează o necroză de coagulare şi după eliminarea părţilor necrozate, rămân ulceraţiuni neregulate, cari merg până în ţesutul celular subcutanat.

Examenul histo-patologic arată în leziunile incipiente o infiltraţie celulară mai mult sau mai puţin masivă în straturile profunde ale tegumentului, o infiltraţie discretă a straturilor superficiale şi o dispoziţie perivasculară a acestei infiltraţii. Leziunile mai vechi, se caracterizează prin fenomene de necroză, cari încep în profunzimea tegumentului şi interesează apoi şi straturile superficiale.

Diagnosticul precis al gangrenei cutanate cu bacili Milian se bazează pe examenul bacteriologic direct şi cultural al leziunilor, pe proprietăţile aglutinante ale serului bolnavului şi pe probele experimentale.

Formele primitive au şi carecari caractere clinice şi evolutive cari pot servi până la un punct pentru diagnostic, forma fulgerătoare a organelor genitale se caracterizează prin apariţia bruscă a leziunilor în plină sănătate, prin fenomenele generale de care acestea sunt însoţite, prin localizarea leziunilor în regiunea genitală şi prin evoluţia lor rapidă. Forma diseminată care se însoţeşte de asemenea de fenomene generale, are o evoluţie mai lentă.

Prima formă care ar putea fi confundată cu leziuni de natură neoplazică, se diferenţiază prin existenţa fenomenelor generale şi prin evoluţie. Leziunile formei diseminate pot fi confundate la începutul lor cu diverse gome, de cari se deosibesc însă prin fenomenele generale concomitente şi prin evoluţia lor.

Tratamentul gangrenei cu bacili Milian, necesită urgenţă, date fiind fenomenele generale, uneori grave, de cari se pot însoţi manifestaţiunile cutanate, şi ravagiile pe cari le pot face leziunile cu mers fulgerător.

Mijloacele de combatere încercate sunt variate, însă nu toate dau rezultate satisfăcătoare. Aplicaţiunile antiseptice locale nu sunt suficiente, iar seroterapia antigangrenoasă aplicată în primul nostru caz a rămas fără efect.

Vaccinoterapia cu bacili Milian nu s'a arătat eficace în încercările noastre. **P. Balog** şi **S. Cerqua** au obţinut aceleaşi rezultate negative atât prin vaccinoterapie cât şi prin seroterapie, întrebuinţând în acest ultim scop, un ser de iepure inoculat cu bacili Milian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul nostru secund, fenomenele generale şi locale continuă să se accentueze în timpul vaccinoterapiei şi nu au cedat decât la un tratament arsenobenzolic general şi în aplicaţii locale. Tratamentul arsenobenzolic în injecţii utilizat de autorii francezi, a fost întrebuinţat cu succes şi de G. Stümpke şi G. Schoop în cazurile lor.

Gangrenele cu bacili Milian au în genere un **pronostic** rezervat, deoarece infecţiunea poate determina uneori mortal, cum s'a întâmplat în primul nostru caz. Gravitatea boalei depinde de virulenţa bacilului şi de termenul pe care se desvoltă.

* * *

Din cele spuse mai sus rezultă următoarele:

1. Dintre gangrenele infecţioase primitive cutanate există unele forme, datorite bacilului izolat şi studiat de Milian.

Bacilul a fost izolat din leziuni de gangrenă acută a organelor genitale şi din leziuni de gangrenă diseminată cu focare multiple. A mai fost găsit de asemenea şi în unele cazuri de gangrenă secundară.

Semnalată în diverse ţări ale Europei şi din Egipt gangrena cu bacili Milian se întâlneşte, dar rar şi în România.

2. Bacilul gangrenei cutanate, are proprietăţi morfologice şi culturale bine definite, cari permit identificarea lui cu uşurinţă. Inocularea acestui bacil la animale permite reproducerea leziunilor gangre-

noase, ceea ce dovedeşte puterea lui necrozantă. Virulenţa lui este variabilă. Atât serul bolnavilor cât şi al animalelor inoculate cu bacili Milian, capătă proprietăţi aglutinante.

3. Diagnosticul precis al gangrenei bacilare se bazează pe examenul bacteriologic direct şi cultural al leziunilor, pe proprietăţile aglutinante ale serului bolnavilor şi pe probele experimentale.

4. Vaccinoterapia cu bacili Milian nu dă rezultat. Cel mai bun tratament pare să fie până în prezent, tratamentul cu preparate arsenobenzolice.

5. Pronosticul gangrenei cu bacili Milian este rezervat, deoarece pot exista şi cazuri mortale.

BIBLIOGRAFIE

Balog P. şi Saverio Cerqua: Bacilul gangrenei cutanate (Milian) şi leziunile cutanate pe cari le produce. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 1932, Bd. 166, pag. 1. — **Emery E.:** Gangrène cutanate. Nouvelle Pratique Dermatologique, vol. IV, pag. 21. — **Milian şi Périn:** Gangrenă fulgerătoare a organelor genitale externe. Reproducţia experimentală a gangrenei la iepure. Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 1921, pag. 1065. — **Milian şi Delarue:** Boala lui Dühring. Transformare gangrenoasă a eroziunilor picioarelor. Moarte prin septicemie. Rev. franç. de Derm. et de Vénérol, 1927, pag. 201. — **Milian G.:** Gangrenă fulgerătoare a organelor genitale. Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil., 1929, pag. 419. — **Milian şi Maslot:** Gangrenă cutanată datorită bacilului gangrenei cutanate prin inoculare datorită morpionilor. Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil., 1930, pag. 481. — **Milian G.:** Bacilul gangrenei cutanate. Congresul al 8-lea internaţional de Dermatologie şi Sifilodologie. Copenhaga, 1930, 5—9 Aug., pag. 884. — **Milian:** Apropos de gangrena cutanată. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1930, pag. 1159. — **Milian:** Cercetarea bacilului gangrenei cutanate. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1933, p. 284. **Nativelle R.:** A propos de un caz de gangrenă a penisului, prezentată de Louste şi Pinoche. Examen bacteriologic. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1929, p. 418. — **Nativelle R.:** Un bacil al gangrenei cutanate. Paris. Imprimerie de la Cour d'Appel, 1930. — **Nativelle R.:** Un bacil al gangrenei cutanate. Ann. de l'Instit. Pasteur, Nr. 2, 1930. — **Photinos P. şi A. Rélias:** Gangrena fulgerătoare a penisului. Studiu clinic, bacteriologic şi experimental experimental al unui caz de gangrenă cutanată multiplă datorită bacilului cu ocazia primului caz observat în Grecia. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1934, Julie, pag. 1619. — **Photinos P. şi A. Rélias:** Studiu lui Milian. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1934, pag. 1747. — **Sézary A. P. Lefèvre şi G. Lévy:** Studiu clinic şi bacteriologic al unei forme speciale de gangrenă cutanată. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1930, pag. 124. — **Sézary A.:** Histomicrobiologia unui caz de gangrenă cutanată. Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil., 1930, pag. 261. — **Sézary A. Em. Combe şi M. Conte:** Observaţiuni asupra bacteriologiei gangrenei acute a organelor genitale. Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil., 1930, pag. 1143. — **Sézary A. Em. Combe şi D-na Rudinescu:** Gangrenă cutanată acută la un sifilitic secundar. Studiu bacteriologic. Bull. de la Soc. fr. Derm. et de Syphil., 1931, pag. 877. — **Stümpke G. şi G. Schoop:** Bacteria descrisă de Milian în gangrena cutanată (bacilul gangrenei cutanate) joacă un rol principal în procesele gangrenoase ori de granulaţie? Archiv. für Derm. und Syphil., 1932, Bd. 166, pag. 152.

Preventiv în Asthm

o singură comprimată de

Iminol

BCU Cluj / Central University Library Cluj

previne accesul iminent

dacă este luată la timp.

Intrebuinţare a comodă

fără acţiune secundară.

Nu produce obişnuinţă.

Tuburi cu 10 şi 20 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

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

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipoliză, Paratiroidă.

Granule: 2—3 linguriițe de cafea pe zi.

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

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfați de calciu coloidali + Vitamină D.

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

Copii: 2—3 linguriițe pe zi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neurastenii—Nevroze—Maladii consomptive—Tuberculoză etc.

CALCIGENOL

Fosfați de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulți: 3 linguri de supă pe zi.

Copii: 3 linguriițe pe zi.

LABORATOIRES DOCTEUR PINARD — PARIS

Literatură și eșantioane:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

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

DE CE NU AVEM RADIOLOGI?

de

D-r SUCIU EUGEN
Medic Primar

In raportul meu final dela congresul profesional național de radiologie dela Timișoara din 1935, pe care am avut onoarea să-l prezidez, spuneam următoarele:

„Formulări teoretice satisfăcătoare se obțin la noi foarte ușor, ordinea morală și erarhică se asigură cu multă generozitate pe hârtie, când însă om naiv și de bună credință pretinzi aplicarea hotărîrilor, trebue să treci prin furcile caudine".

„Dificultatea cea mare o întâmpinăm în spiritul de concesii morale al vieții noastre publice, obișnuită cu soluționarea paliativă a problemelor".

„Mentalitatea elastică stăpânită de interesele personale ale momentului, puțin preocupată de principii, creează paralizia biurocratică, obstacol permanent al înfăptuirilor prin organizare".

Bineînțeles nici Societatea de Radiologie și Electrologie Medicală din România, care își însușise inițiativa formulărilor teoretice și a elaboratelor de organizare, nu ajunsese să-și vadă visurile împlinite.

Incontestabil că Soc. de Radiologie care are în fruntea ei doi profesori universitari de radiologie, doi conferențiari, un docent și numeroși medici primari de radiologie, bine pregătiți, a realizat în anii trecuți o remarcabilă activitate științifică de specialitate, prin organizarea celor trei congrese dela București, Cluj și Iași, cu publicații voluminoase de rapoarte și comunicări de o reală valoare științifică, apoi la ședințele lunare dela București, prilejuri de expunere ale unor lucrări de valoare, stimulându-se permanent afirmarea radiologiei românești, după cum ne confirmă aceasta Buletinul Societății.

Societatea de Radiologie a mai avut meritul de a aduna într'un mănunchiu pe aproape toți radiologii din țară, prin înscrierea lor în Societate pentru mai bună orientare asupra acelora cari profesează radiologia.

E de adăugat că printre cei 120 de membrii ai Societății, sunt numeroși medici de altă specialitate, care se ocupă de radiologie numai limitat, atât cât interesează specialitatea lor. Categoria cea mai nume-

roasă şi cea mai dăunătoare radiologiei, a medicilor posesori de aparate de Roentgen, care dau aparenţa unei suficienţe înşelătoare prin reclame şi anunţuri, bineînţeles că nu face parte din Societatea de Radiologie.

Această activitate ştiinţifică de specialitate şi evidenţiere profesională, trebue însă să fie secondată de înfăptuiri de stil mare pe teren de organizare practică, bineînţeles cu concursul decisiv al Ministerului Sănătăţii, care uneori în trecut a fost acordat parcimonios, altă dată a lipsit sub trecutele guvernări, deşi sunt convins că din partea conducătorilor Societăţii de Radiologie sugestiuni în această privinţă s'au făcut. Nu este însă deajuns ca să expediez o comisiune în Germania ca să cumpere câteva aparate pentru spitale şi dispensare ca să poţi spune că ai făcut mare ispravă în domeniul radiologiei. Sociologii ne lămuresc, că influenţa mediului desăvârşeşte sau dejoacă legile progresului. Urmările le resimţim acum în vremuri de războiu, când d-l Ministru al Sănătăţii e nevoit să înfiinţeze cursuri de specializare în radiologie şi şcoale de laboranţi, pregătind în pripă specialişti, a căror lipsă e atât de simţită în organizarea sanitară a statului şi a armatei. Trebuiau înainte de toate creiate la timpul său, punându-le la dispoziţie fonduri mari, două trei centre mari de radiologie cu instalaţii complecte, ultima expresie a tehnicei în radiologie, cu secţii de cancerochirurgie, anatomo-patologie, roentgendiagnostic şi terapie profundă, radiumterapie, birou de statistică şi propagandă, autonomia şi stabilitatea asigurată cu medici radiologi salarizaţi excepţional fără drept de clientelă particulară, după modelul celor din străinătate, fondate după experienţa făcută că: fărâmiţarea secţiilor şi institutelor împiedecă coordonarea şi armonia activităţii ştiinţifice şi terapeutice. Aceste institute mari aveau apoi şi menirea de a forma serii de specialişti prin practică îndelungată, radiologia fiind o ştiinţă de experienţă. Dacă în materie de pregătire generală radiologică generaţiile mai noi de medici, prin meritul profesorilor noştri de radiologie au cunoştiinţe cu mult mai solide decât cele premergătoare lor, apoi în pirvinţa formării cadrelor noi de radiologi nu s'a făcut cât trebuia, institutele de radiologie ale facultăţilor neavând proporţiile şi mijloacele necesare pentru a putea corespunde unei astfel de misiuni. De sigur că prin organizarea unor mari centre de radiologie nu este încă totul făcut, dela secţia de radiologie a spitalului judeţean până la dispensarul de târguşor înzestrat cu aparat roentgen, problema întreţinerii pricepute şi a utilizării competente trebue soluţionate după aceleaşi criterii reale de permanent control al personalului medical şi tehnic. Dar ne mai lipsesc şi altele. Nu avem de exemplu un manual practic de radiologie. Cartea valoroasă a d-lui Prof. D-r Dim. Negru, e o lucrare teoretică de noţiuni pregătitoare şi de tehnică generală, foarte utilă şi necesară, dar nu compensează bineînţeles lipsa unui manual de medicină radiologică. Manualele streine sunt foarte scumpe şi actualmente greu de găsit. Există totuşi un manual practic scris în româneşte, o compilaţie şi traducere din manualele streine, e cartea fraţilor evrei Herşkovits, de care se servesc medicii de provincie care îşi înzestrează cabinetul medical cu un mic aparat de roentgen. Dar nu avem manual nici pentru laboranţi. In materie de cunoştiinţe tehnice, un manual, care să cuprindă toate datele şi cunoştiinţele ne-

cesare unui laborant, după care să se ghideze când îl părăseşte memoria, este ceva indispensabil.

Dar nu numai insuficienţele de organizare pe plan general ne-au adus în situaţia că nu avem radiologi în număr necesar, ne lipseşte încă şi o reglementare raţională, un fel de statut de protecţie a medicului radiolog care s'a dedicat acestei cariere de sacrificiu. Situaţia precară de acum în această privinţă reţine multe elemente bune, care îşi pregătesc cu multă cumpănire viitorul, de a alege această spinoasă carieră. Nu e legiferat şi nu e respectat dreptul medicului radiolog de a-şi apăra sănătatea prin concediu obligator de două luni pe an, pentru a-şi reface globulele roşii ale sângelui distruse cu raze. Mai ales acum concediile fiind suprimate de 3 ani, cea mai mare parte a medicilor radiologi lucrează fără concedii de refacere, neurastenizaţi şi anemizaţi în ultimul grad, în deosebi acei cari conduc servicii cu mare circulaţie de pacienţi. Sunt apoi o seamă de instituţiuni, care îşi permit luxul de a face statistici din diferite motive, utile de sigur, şi cer medicului radiolog să examineze pe lângă cei suferinzi şi pe cei sănătoşi din instituţia respectivă, punând în seama singurului medic radiolog 60—100 de radioscopii la zi. Instituţia din motive de economii nici nu se gândeşte la soluţia numirii a încă unui radiolog la serviciul încărcat.

Salarizarea medicului radiolog de sigur nu poate fi alta decât a celorlalte categorii de medici specialişti, ar trebui însă introdusă pentru ei asigurarea obligatorie printr'un plus de salariu în acest scop. Fosta Casa Muncii C.F.R. a şi aplicat câţiva ani, după modelul instituţiunilor din străinătate această soluţie, printr'o indemnizaţie de risc profesional de lei 2000 lunar. A trebuit însă să lupte în fiecare an pentru recunoaşterea acestei indemnizaţii speciale în faţa instanţelor de control ale Ministerului de Finanţe, încât în cele din urmă a renunţat la ea. In ce priveşte centrele mici provinciale sau să se desfiinţeze posturile de medici radiologi, sau să li se dea un salariu excepţional, întrucât din cauza acestor nepotriviri între salariu şi situaţia profesională, nu se găsesc aspiranţi la posturile vacante, serviciile fiind conduse la întâmplare de nepregătiţi. E de neînţeles însă salarizarea insuficientă a personalului auxiliar, a laboranţilor. Un laborant de radiologie, muncind în condiţiuni dăunătoare sănătăţii sale 7—8 ore zilnic, e retribuit cu 3000—3500 lei lunar, câtă vreme portarul aceleeaşi instituţiuni are 5000—6000 lei lunar.

Evident că într'o profesiune cu atâta cerinţe, crearea unor condiţii superioare de muncă rodnică pe plan general este o sarcină, care cere însuşiri sufleteşti superioare, căci prin contribuţia acestor însuşiri sufleteşti se crează ce este solid, stabil şi de reală valoare.

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, fricţionându-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 păteazā 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

Cazuri clinice

Spitalul de stat „D-r I. Costinescu" Oravița
Medic primar-Director: Doctor I. Danicico

SIFILIS TERTIAR MACULO-PAPULO-ANESTETIC FACIAL LEPRIFORM

de

D-r COPACEANU MARTIN PAVEL
Medic de Spital.

Se descrie un caz de lues terțiar cu maculo-papule faciale și cu anestesie complectă în formă de mască de un aspect leproid.

După o singură doză de 3 grame jodură de potasiu toate fenomenele dispar definitiv.

In anul 1937, se prezintă la consultații țiganul I. M., de 40 ani, cu formațiuni nodulare anestetice ale feței și cefalei rebele.

Anamnestic recunoaște blenoragii în tinerețe, neagă alte boli venerice.

Boala datează de peste doi ani. A debutat cu cefalei rebele permanente și erupții nodulare pe seama nasului care se întindeau spre periferie. Aceste nodosități durau câteva luni, dispăreau apoi, lăsând în urmă uneori o cicatrice. Toată suprafața acestor erupții era anestetică.

Mai povestește că în acest timp a avut și o scurgere nasală fetidă și abundentă și de atunci simțul olfactiv este redus.

Nu a observat nici-odată erupții pe corp ori în sfera genitală.

La examinare, constatăm multiple erupții de formă maculo-papuloasă diseminate pe seama nasului, aripioarele nasale, umerii obrajilor, pleoapele și buza superioară în formă de fluture. Dure la palpație, de mărimi variabile dela un bob de mazăre până la un bob de cucuruz, de coloare brună-violacee. Toată această suprafață este anestetică până la circa $1\,^1/_2$ cm. în afară de zona eruptivă, întinzându-se chiar în interiorul vestibulilor nasali.

Pielea interpapuloasă este și ea brăzdată de numeroase cicatrice fine, unele chiar retractile denotând o leziune intradermică. In interiorul nasului constatăm septul perforat, lucrul despre care bolnavul nu avea cunoștință.. Palpatoriu mai constatăm în regiunea occipitală, și fronto-facială, multiple nodozități foarte sensibile, ce par a fi localizate pe traiectele nervoase; totodată constatăm și numeroși ganglioni cervicali de dimensiunea bobului de fasole, deasemenea dureroși.

In fața acestui tablou leontin — erupții maculo-papuloase, cu anestezie în formă de mască, cu septul nasal perforat, cu ganglioni numeroși și traiectele nervilor sensibile, cu o evoluție progresivă de 2 ani, bănuim mai întâiu o lepră incipientă, mai ales că a apărut la un țigan.

Căutăm să confirmăm diagnosticul, prin depistarea bacililor leprei, care printr'un simplu frotiu nasal nu se evidențiază. Cu intențiunea de a provoca apariția lor, administrăm bolnavului 3 grame de kaliu iodat, disolvat în 50 gr. apă destilată; cantitate ce o ingerează într'o singură doză seara, rămânând ca

peste opt ore să revină la control. Totuşi el nu revine decât după 3 zile foarte fericit că toate papulele, anestezia şi cefalea au dispărut ca prin farmec. Ne relatează că în urma medicamentului a avut o reacţie extrem de puternică. manifestată prin temperatură, coryză cefalee, şi o stare generală foartă proastă. Papulele şi ganglionii s'au congestionat. După 24 ore toate simptomele au dispărut complect.

Frotiul nasal recoltat în acest stadiu este din nou negativ. Administrăm 2 gr. kaliu iodat seara. Bolnavul revine dimineaţa. De astă dată reacţia a fost mai mică. Constatăm papulele din nou vizibile, totuşi mult mai reduse în dimensiuni şi coloare. In acest stadiu recoltăm sânge pentru R. Wasserman frotiuri nasale şi facem şi câteva fotografii, care însă nu mai redau tabloul original caracteristic.

Frotiurile au fost colorate de către D-l D-r Ion Danicico, medic primar chirurg, după un procedeu Giemsa, mai prelungit decât normal şi relevă spre surprinderea noastră un număr foarte mare de spirocheta pallida! Spirocheţii de formă tipică, totuşi ceva mai scurţi decât obişnuit, având numai 6—7 sinusoide ( ). Reacţia Kahn executată de noi şi Reacţia Wassermann a fost intens pozitivă.

Cu aceasta diagnosticul s'a clarificat şi am început tratamentul antiluetic pe care bolnavul după două injecţii îl întrerupe deoarece nemai-având nici-o turburare se consideră vindecat. De atunci până astăzi a fost revăzut de mai multe ori fără ca să fi reapărut vreo recidivă, cu toate că nu s'a mai tratat.

Comunicăm acest caz atât de interesant pentru forma clinică rară lepriformă a sifilisului şi care ne-a ţinut câteva zile în alarmă. Noi credem că a fost vorba de o manifestare terţiară localizată pe nervii sensibili ai craniului — de acolo derivă sensibilitatea mare a punctelor de ieşire din craniu şi îngroşările palpate pe traiect, tot din această cauză existau şi tulburările de sensibilitate manifestate în zona trigeminului al II-lea (a nervului maxilar superior). Procesele cutanate s'ar putea explica parte prin turburări trofice, parte printr'o localizare a spirachetei.

Din punct de vedere anatomo-patologic, după Hiller, în astfel de cazuri este vorba de un proces meningeal al bazei cerebrale cu invadarea nervilor cerebrali ori chiar spinali, prin procesul granulativ luetic, dând naştere la defecte segmentare sensoriale ori motorice.

Clinic în formele meningeale predomină cefalea deseori cu exacerbaţii nocturne, paralizii şi pareze a muşchilor oculari cu ptoză, diplopie oftalmoplegie internă, ori chiar neurită optică. Pe trigemin se pot constata simptome iritative şi paralitice (ulcer cornean, zonă). Pe nervul cochlear: senzaţii auditive şi acuitate scăzută.

Caracteristică este schimbarea simptomelor şi ameliorarea rapidă după tratamentul antiluetic.

Lichidul cefalo-rahidian în formele cronice este de regulă puţin alterat.

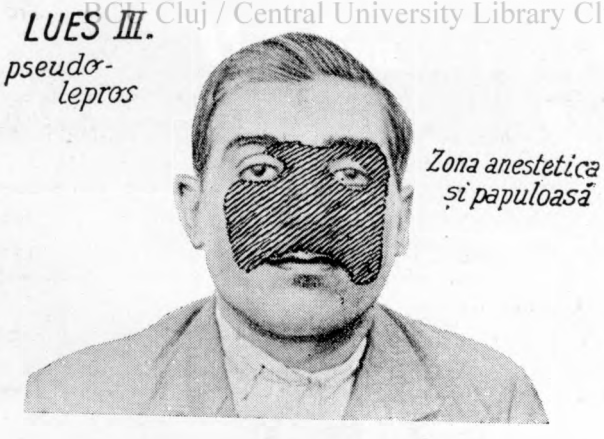
Se constată uneori o uşoară creştere a albuminei şi a numărului celulelor. Reacţia Wassermann este de regulă pozitivă.

Diferenţierea se face faţă de Tabes şi Scleroza multiplă. In cazul de faţă um asemănat-o chiar cu lepra din cauza aspectului leontin al feţei şi anestesiei.

Tratamentul este natural antiluetic. Ţinem să relevăm acţiunea jodurei de potasiu, vechiul mijloc antisifilitc terţiar, care în acest caz a dat un rezultat imediat şi definitiv. Este surprinzător că o singură doză de trei grame a putut să suprime turburări care au durat peste doi ani.

PLANŞĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj



SIFILIS TERȚIAR MACULO-PAPULO-ANESTETIC FACIAL LEPRIFORM

de

D-r COPĂCEANU MARTIN PAVEL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r COPĂCEANU: Tertiarsifilis mit anästhetischen makulo-papulösen Anschlag im Gesicht.

Es wird ein Fall von tertiär-Lues beschrieben mit einen makulo-papulösen Ausschlag im Gesicht und mit maskenartige Anasthesie, ähnlich einem Lepraausschlag.

Nach einer einmaligen Gabe von 3 gram Kali jodat schwanden sämtliche Erscheinungen.

D-r COPĂCEANU: Syphylis de la période tertiaire avec exanthème facial maculo-papuleux anesthesique.

Un syndrome ressemblable à un exanthème léprique qui disparait definitivement après une dose singulière de jodure de potasium de 3 grammes.

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile vezicei urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanta:

Loew & Co. S. A.

Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36.

ABURI TĂMĂDUITORI

Precursori tratamentului modern de inhalaţie!

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.

Spitalul Filantropia din Craiova
Serviciul de Radiologie — Medic Primar: D-r E. Şt. Graur

CALCIFIERILE PLEURALE

de

D-r EMIL ŞT. GRAUR

Semnalate de multă vreme cu ocazia diferitelor autopsii, întâlnite mai rar la diferitele operaţii toracice şi cu mult mai rar cu ocazia unei punctii toracice, când acul se oprea în teaca de calciu, calcifierele pleurale au devenit în urma descoperirei razelor Röntgen, tot mai frecvent şi detailat studiate, în special după războiul trecut 1914—1918.

Printre autorii cari s'au ocupat cu această chestiune, menţionăm pe Bastian, Everbusch, Goldstein, Kellner, Holfelder, Hammer, Uspensky, Velde, Schlopsniess, Lenthe, Maraghiano, Pritchard, Gandy şi Baize, R. Pohl, Krause, Neumann, Naunyn, Schinz, Ulrich, Zeitlin, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După R. Pohl, procesele generale de calcifiere se împart în 2 grupe principale:

1. **Calcifierele fiziologice** ce se întâlnesc la oase în cursul creşterei, la calcifierea cartilagiilor costale şi cele traheo-bronşice.

2. **Calcifierile patologice** ce se subîmpart în:

a) **Calcifieri patologice** datorite turburărilor în metabolismul calciului, prin o supraîncărcare a organismului cu săruri de calciu, iar de altă parte o împiedecare a eliminărei normale de calciu;

b) **Calcifierile distrofice** (Schmidt). Aci se înglobează organele cu diminuarea funcţiei vitale sau cu părţi din organe deja moarte, cu o deosebită afinitate pentru depunere de calciu la acest nivel, după cum se observă în necroza pancreasului, în focarele de tbc. cazeoase, în calcifierele pleurale, ale pericardului, etc.

După cum vedem calcifierele pleurale intră în grupa calcifierelor distrofice.

Sunt întâlnite mai frecvent la bărbaţi decât la femei, în proporţia de $^2/_3$ faţă de $^1/_3$.

Predilecţie mai frecventă pentru calcifierile pleurale prezintă: pleureziile sero-fibrinoase de lungă durată; pleureziile purulente; diferitele forme de tbc. pulmonară, ganglionară şi osoasă; traumatismele grave acompaniate de hemothorax prezintă o deosebită afinitate; plăgile penetrante cu colecţia sanghină în spaţiul pleural, de asemeni constitue un factor foarte important pentru calcifierea de mai târziu.

S'a descris de Baumeister, calcifiere pleurală după o actinomicoză.

Din punct de vedere anatomic se constată o îngroşare a ţesutului conjunctiv pleural cu infiltrare de săruri calcare. Aceste îngroşări pleurale sunt pigmentate prin marea cantitate de cărbune şi hemosiderină. Aderenţele fibroase pleurale se îngroaşă din ce în ce mai mult, iar după un timp ele vor fi lipsite de vase sanghine ori micşorate numărul lor. In consecinţă, vitalitatea acestui ţesut e foarte scăzută, ajungând la o transformare hialină, urmând apoi uneori chiar necroza ţesutului. In ultimul stadiu, sărurile calcare se depun în acest ţesut cu nutriţia compromisă.

In alte cazuri, la exudatele specifice şi empieme, se găsesc în cavitatea pleurală ţesuturi atrofiate (moarte), cari constituesc un element predispozant pentru calcifiere.

In afară de aceasta, mai avem şi o turburare generală în metabolismul calciului, care la un loc cu celelalte procese patologice contribue la apariţia calcifierilor pleurale.

Localizarea de predilecţie e la bază, corespunzând cu hemotoraxul bazal, în deosebi în gutiera costo-vertebrală postero-inferioară. Apoi în regiunea axilară. S'au descris de asemeni calcifieri localizate la vârf (Laubry, Collin, Uspenschky, Velde şi Schlopsnies), apoi diafragmatice şi mediastinale (Tuffier, Jardy, Gy şi Baudry), pe când cele localizate la pleura interlobară sunt extrem de rare (Barbier, Pohl, Falkenhausen).

Procesul de calcifiere, după unii autori (Gandy şi Baize) s'ar desvolta în 9/10 a cazurilor pe seama foiţei parietale; după cercetările mai noui ale lui Fleischner, tocmai pleura viscerală ne apare mai puternic şi singură calcifiată. Plămânul subjacent rămâne normal. Obişnuit, calcifierile pleurale sunt unilaterale şi excepţional pot fi bilaterale (Rahnescher, Pilliet, Duvoir, Piedelière). Aceste calcifieri se pot întinde la pericard, mediastin sau peritoneu, ori se pot generaliza, realizând leziuni ateromatoase multiple (Pozzi, Sausbury, Henrat, Müller, Poix, etc.), ceea ce denotă caracterul distrofic al acestor afecţiuni.

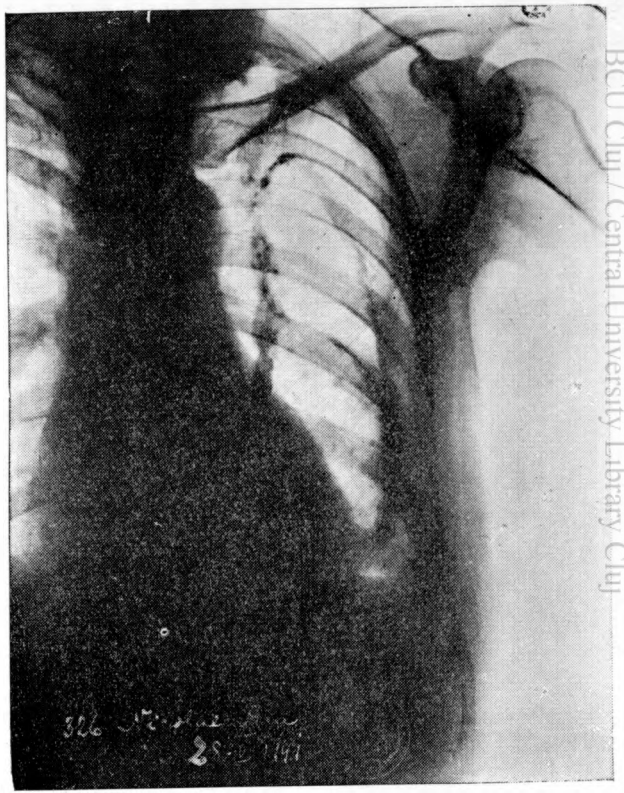
BCU Cluj / Central University Library Cluj

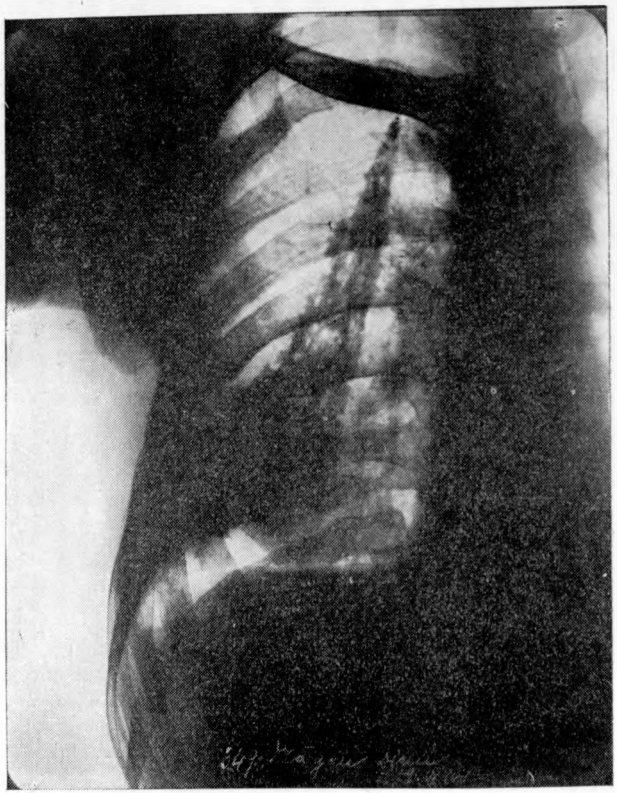
Simptomatologia clinică este foarte neprecisă. Sunt unele cazuri unde lipseşte orice semn subiectiv sau obiectiv. In celelalte cazuri avem dureri toracice cu dispnee la efort; imobilitatea şi retractarea hemitoracelui respectiv, submatitate şi diminuarea murmurului vezicular. Din aceste simptome nu se poate pune diagnosticul. In cazuri extrem de rare, prin puncţie exploratorie, când acul va întâlni la 2—3 cm. profunzime un plan rezistent, imposibil de traversat, provocând durere vie, ne poate indica diagnosticul.

Numai prin examenul radiologic se poate pune diagnosticul precis al acestei afecţiuni. Technica examinărei radiologice trebue să fie cât mai perfectă, spre a se evita orice eroare de diagnostic; aceasta se poate face examinând bolnavul în toate proecţiile, în special oblicolaterale şi lordotice-cizotice, spre a diferenţia calcifierile pleurale de cele pulmonare şi scizurale. Dacă în marile calcifieri diagnosticul e uşor, în micile calcifieri ne apare mai dificil.

Aspectul radiologic este extrem de variabil, atât în ce priveşte forma cât şi mărimea lor. Se prezintă ca nişte pete dense de opacitate mai ridicată ca a osului, neomogene. Pot lua forma unor bande, cercuri, unghiuri, coaje, carapace, dantele-reţea, ace, baghete, etc., după

PLANŞĂ





BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cum nenumăratele sunt formele ce le prezintă stalactitele în natură.

Examenul radiologic ne va preciza întinderea precum şi sediul acestor leziuni. Pe lângă calcifierea propriu zisă, vom mai remarca din punct de vedere radiologic, uneori semne de simfiză pleurală, retractarea hemitoracelui respectiv şi eventual deplasarea cordului spre partea simfizată.

Semnele radiologice, coincid cu leziunile găsite la examenul anatomo-patologic, când se constată că plăcile calcare prezintă forme şi întinderi variate, cu o grosime dela câţiva milimetri până la 1—3 centimetri, de consistenţă dură cretacee, ori cu aspect de porţelan sau pseudo-cartilaginoase cu aderenţa pleurei în jurul lor. Nu se observă modificări patologice la plămânul respectiv.

In serviciul de radiologie al Spitalului Filantropia Craiova, de sub conducerea noastră, am avut ocazia să întâlnim 3 cazuri din această afecţiune:

Cazul 1. — In ziua de 28 Maiu 1941, s'a prezentat la consultaţiile noastre, bolnava **N. Ana**, în etate de 52 ani, pentru radiografia plămânilor.

Din antecedentele heredo-colaterale nu avem nimic de reţinut.

Din anamneza personală, avem de reţinut faptul important, că înainte cu 12 ani a suferit de pleurezie şi i s'a făcut puncţie evacuatoare. După circa două luni de suferinţă, toate simptomele patologice au dispărut. N'a mai prezentat nimic din partea pulmonilor şi starea generală s'a menţinut bună până acum 3—4 ani, de când vagi dureri au început a se simţi la hemitoracele stâng, unde a avut pleurezia. Cu timpul aceste dureri au început a se accentua tot mai mult, silind-o să consulte diferiţi medici, urmând diferite tratamente fără rezultat.

Din punct de vedere clinic, constatăm: o foarte uşoară retractare a hemitoracelui stâng, cu submatitate redusă la percuţie şi discrete frecături pleurale la ascultaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul radioscopic, constatăm imaginea impresionantă din figura 1, localizată la hemitoracele stâng. O opacitate foarte densă în formă aproape ovoidală-cerc, mai intensă decât opacitatea osului, liniară. In tusă nu se remarcă retractarea ei. Baza stângă ne apare umbrită omogen cu spaţiile intercostale retractate şi deplasarea uşoară a cordului spre stânga, ce denotă o simfiză la acest nivel. Examinând bolnava în celelalte proecţii, constatăm că localizarea este periferică şi posterioară. La un moment al deplasărei bolnavei, tot conturul circular de calciu se suprapune pe o linie.

Aspectul radiologic e acela de calcifiere pleurală.

Cazul 2. — In ziua de 4 Iunie 1941, este trimes în serviciul nostru bolnavul Dinu D., în vârstă de 48 ani, de secţia chirurgicală a doua, pentru examenul radiografic al craniului şi bazinului. In ziua precedentă, aflându-se în gara locală şi traversând liniile ferate, vede că vine trenurile din două direcţii, îşi pierde calmul şi în timpul acesta este lovit şi trântit la pământ. Prezintă o plagă în regiunea temporală dreaptă şi acuză dureri la nivelul bazinului. Examenul radiografic al acestor regiuni e negativ. După 2 zile e retrimes din nou, pentru controlul radioscopic toracic, deoarece prezintă dureri la hemitoracele drept.

La examenul radioscopic, prezintă o imagine foarte impresionantă (fig. 2), ce constă într'o opacifiere densă neomogenă, având în proecţia postero-anterioară, un aspect aproape triunghiular cu baza spre baza toracelui, iar vârful spre partea internă a claviculei, în hemitoracele drept. Configuraţia este asemănătoare unei reţele (plasă) de pescuit sau cu o dantelă. Opacitatea e mai mare ca a osului.

In jurul bazei acestei opacităţi, prezintă o zonă de umbrire în jur, cu retractarea spaţiilor intercostale, ce denotă o simfiză pleurală la acest nivel.

In proecţiile oblico-laterale, se desfăşoară mulând peretele toracic; în lordoză şi cifoză se constată că nu prezintă o localizare scizurală, ci e periferică şi posterioară.

Cercetând anamneza bolnavului, aflăm că la 8 Septembrie 1916, în luptele dela Topralzar-Dobrogea, a fost rănit de un glonte, având la hemitoracele drept o plagă bipolară asociată cu hemotorax. Îşi aminteşte că a stat în spital cam 3 luni de zile. După aceea n'a mai survenit nicio neplăcere la această regiune până la această dată, deci 25 ani fără durere sau alte turburări. Clinic se remarcă, o uşoară retractare a hemitoracelui drept, submatitate la percuţie şi diminuarea murmuleului vezicular la ascultaţie.

Aspectul radiologic e de calcifiere pleurală.

Cazul 3. — In ziua de 9 Maiu 1942, este trimes pentru controlul radioscopic toracic, de comisia medico-militară de clasare a răniţilor, soldatul A. Florea.

El afirmă că a fost rănit în războiul actual pe ziua de 9 Octombrie 1941, prezentând o plagă bipolară la hemitoracele stâng asociată cu hemotorax. A stat internat în diferite servicii timp de 4 luni de zile.

La examenul radioscopic, prezintă în regiunea posterioară mediană şi periferie, o placă de opacitate foarte densă, neomogenă, cam de mărimea unei palme de copil, care corespunde unei calcifieri pleurale.

Nerevenind pentru examenul radiografic, după cum i se indicase de noi bolnavului, nu avem posibilitatea de a reda imaginea radiografică a acestui caz.

Din descrierea cazurilor noastre personale constatăm:

a) Localizarea unilaterală a afecţiunei;

b) In primul caz, a survenit după o simplă pleurezie, iar în celelalte 2 cazuri în urma unor plăgi penetrante, bipolare, asociate cu hemothorax;

c) Nu se poate constata din aspectul radiologic vechimea leziunilor. De menţionat că în cazul al 3-lea, calcifierea pleurală a apărut deja la 7 luni dela rănire, un timp relativ scurt;

d) Varietatea aspectului radiologic, cu totul diferite dela un caz la altul;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

e) In primul caz, simptomele dureroase erau prezente, şi lipseau în celelalte cazuri, redeşteptate în urma unui traumatism după 25 ani dela rănire în al doilea caz.

In general, calcifierele pleurale sunt bine tolerate un timp foarte îndelungat, încât prezenţa lor nu constitue niciun pericol pentru bolnav. Bineînţeles, că de natura şi întinderea leziunilor, depinde prognosticul. In unele cazuri se poate interveni chirurgical cu bune rezultate de ameliorare sau chiar de vindecare.

După Gandy şi P. Baize până în 1930, se cunoşteau peste 100 cazuri publicate din această afecţiune; iar în 1931, G. Velde şi Schlopsnies au întâlnit 8 cazuri la 4500 examinări pulmonare. Bineînţeles că după actualul război, se vor întâlni un număr mai mare de cazuri şi cunoscând aspectul lor radiolog şi aplicând corect tehnica examinărei se vor putea uşor diagnostica şi diferenţia de calcifierile pulmonare.

BIBLIOGRAFIE

Assmann: Klinische Röntgendiagnostik. Dritte Auflage.
Backmund: Röntgenpraxis, 1933.
Gandy et **P. Baize:** Presse Médicale, 1930.
Lamarque et **Betoulières:** III Congrès International de Radiologie, 1931.
Ledoux-Lebard:
R. Pohl: Röntgenpraxis, 1933.
Schinz: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 1928.
Velde und Schlopsnies: Röntgenpraxis, 1931 şi 1932.
Zeitlin: Röntgenpraxis, 1930.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

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

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

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

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

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

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

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

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

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr. Robin"

35 ani de existenţă
1907 — 1942

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:
COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră
COPIII de la 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *şi* cronice *la copii şi adulţi,* eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, colibaciloză *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa
LABORATOR „Dr. A. BANCIU"
BUCUREŞTI, str. Regală No. 10 (Etaj)
Telefon 584.29

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CHISTUL OSOS ESENTIAL

de

D-r AUREL POPESCU-Severin şi D-r N. PAUNEL

Formaţiunile cavitare osoase se relevă adesea în clinică cu prilejul unei fracturi „spontane", denumită astfel pentrucă traumatismul ce a produs-o a fost neînsemnat.

Examenul radiologic este suficient în majoritatea cazurilor pentru a pune în evidenţă formaţiunea cavitară, la nivelul căreia s'a produs fractura şi de a o individualiza în cadrul atât de variat al acestor afecţiuni osoase.

Formaţiunile cavitare osoase se pot divide în 4 categorii:

1. Cavităţi osoase de natură inflamatorie (osteomielita cronică, tuberculoza şi sifilisul).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Cavităţi osoase de natură parazitară (echinococoză, cisticercoză).

3. Cavităţi osoase rezultate din ramolirea tumorilor osoase.

4. Cavităţi osoase datorite unor stări „distrofice": chistul osos esenţial, osteita fibrochistică localizată, osteita fibrochistică generalizată, osteomalacia, osteita deformantă a lui Paget.

Vom reda mai jos observaţiunile a două cazuri de chist osos-esenţial, întâlnite şi tratate în serviciul nostru la Spitalul „Grecescu" din Turnu-Severin.

Ele se adaugă astfel la puţinele cazuri cari au fost publicate până acum în literatura noastră. D-r Cureleanu strânge în teza sa inaugurală (1927), 12 cazuri (Bălăcescu, Marian, Iacobovici, Butoianu, Rădulescu). Juvara şi Dimitriu (1934), Bălăcescu şi Ţovaru, Ţovaru şi Tâmplaru (1938) comunică noui cazuri la Societatea de Chirurgie din Bucureşti.

Prof. Cosăcescu în lucrarea sa recentă „Tumori şi Distrofii osoase", descrie pe larg această maladie, a cărei patogenie şi tratament au dat naştere unei bogate literaturi medicale universale. Bibliografia asupra acestei chestiuni e expusă până în 1923 în raportul lui Roederer la al V-lea congres al Societăţii Franceze de Ortopedie — până în 1932, în raportul lui Forni, la al XXII-lea congres al Societăţii Italiene de Ortopedie, până în 1935, de Fèvre în tratatul de Ortopedie al lui Ombrédanne şi Mathieu.

Obs. 1: Alex. J., în vârstă de 14 ani, se prezintă la consultaţiile Spitalului „Grecescu" în ziua de 19 Ianuarie 1940, cu dureri la braţul drept. Cu

o oră mai devreme căzuse pe ghiață, sprijinindu-se pe mâna dreapta. A simțit o durere în braț urmată de o reducere a mișcărilor umărului.

In antecedentele heredocolaterale și personale nu găsim nimic în legătură cu boala actuală.

Examenul local. Nu se constată vreo deformație a brațului. La palpare, bolnavul se plânge de dureri în treimea superioară. Osul este ușor îngroșat. Nu se percep crepitațiuni ori mobilitate anormală la acest nivel. Părțile moi sunt mobile pe oș. Mișcările în articulația scapulo-umerală dreaptă sunt reduse.

Examen radiologic. Pe placa radiografică apare o fractură a umerusului în treimea superioară, fără deplasare, cu întrepătrunderea fragmentelor osoase. La acest nivel se mai observă o imagină ovalară clară, ușor areolară, de mărimea unei alune americane și fără reacțiuni periostice. (Fig. 1).

Se pune diagnosticul de chist osos în treimea superioară a umerului drept, complicat de fractura patologică și se imobilizează membrul superior drept într'un aparat ghipsat toracobracial.

După o lună aparatul ghipsat este ridicat și la o nouă radiografie se constată consolidarea fracturei cu o ușoară reducere a cavității chistice. Durerile au dispărut.

In Decembrie 1940 bolnavul vine din nou cu dureri la brațul drept. Se face o nouă radiografie și se constată o mărire apreciabilă a chistului osos. (Fig. 2).

La 12 Februarie 1941, bolnavul este operat (D-r N. Păunel). Narcoză cu eter. Incizie în șanțul deltopectoral drept. Se denudează osul și se face o breșe cu bisturiul în lama osoasă care este foarte subțire și se cade într'o cavitate din care se scurge un lichid serosanghinolent. Interiorul cavității e străbătut de câteva lamele osoase. Se face chiuretajul cavității, apoi se introduce un grefon tibial, care ocupă complet diametrul longitudinal și unul mai mic în partea superioară unde cavitatea e mai largă. (Fig. 3).

Evoluția postoperatorie bună. După 30 zile durerile au dispărut. Bolnavul începe să facă mișcări și să scrie. In Ianuarie 1942 se face o nouă radiografie și se constată dispariția grefoanelor cu vindecarea completă a chistului. (Fig. 4).

Obs. 2. Bolnava Baciu L..., de 64 ani, din comuna Berzasca (jud. Caraș), intră în Spitalul nostru în ziua de 31 Mai 1941, pentru deformația coapsei stângi, însoțită de dureri la acest nivel și impotență funcțională a membrului inferior stâng.

Istoric. Cu câteva zile înainte, bolnava a alunecat și căzând jos a simțit o durere vie în coapsa stângă. A încercat să se ridice, dar n'a mai putut. A fost dusă pe brațe în casă, unde un consătean i-a imobilizat coapsa în scândurele. In această stare intră în spital.

Antecedentele heredocolaterale și personale nu dau nimic deosebit. In special se remarcă absența în trecut a vreunei fracturi, fie în aceeași regiune, fie în altă parte.

Starea prezentă. Bolnava e de constituție bună. Tegumentele și mucoasele de coloratie normală. Țesutul celuloadipos și mușchiular sunt potrivit desvoltate.

Temperatura și pulsul normal.

Aparatul cardiovascular și pleuropulmonar normale.

Abdomen. Ficatul și splina de dimensiuni normale.

Aparatul genital nimic deosebit.

Examenul local. Coapsa stângă este ușor incurvată, cu convexitatea anterioară. Mobilitate anormală la nivelul treimei superioare, fără crepitațiuni osoase.

Bolnava acuză dureri la palpare, în momentul mișcărilor și nu poate să ridice membrul inferior stâng și nici să meargă.

Examen radiologic. Pe clișeul radiologic se vede o fractură la nivelul treimei superioare a femurului stâng, cu ușoare deplasare a fragmentelor. Corticala este subțiată atât la extremitatea fracturară a fragmenului superior cât și la a celui inferior, cavitatea medulară fiind lărgită și având aspectul și dimensiunile unui ou mic de găină. (Fig. 5).

Examene de laborator. Sânge: B.W. negativ.

Urina: Nimic deosebit.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
Nr. 5-6/1942

CHISTUL OSOS ESENŢIAL

de

D-r A. POPESCU şi D-r N. PAUNEL

PLANŞA I

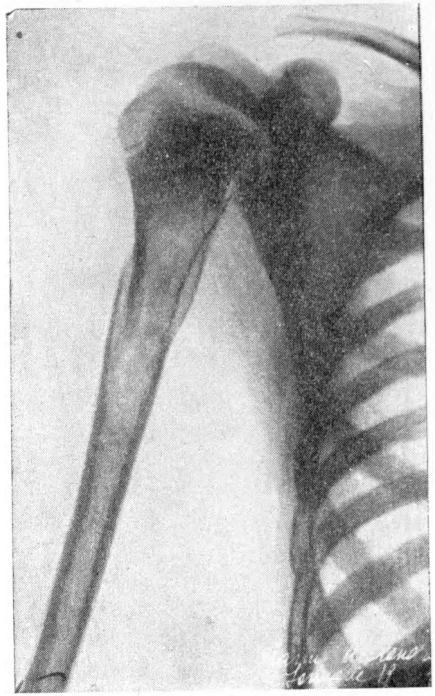


Fig. 1

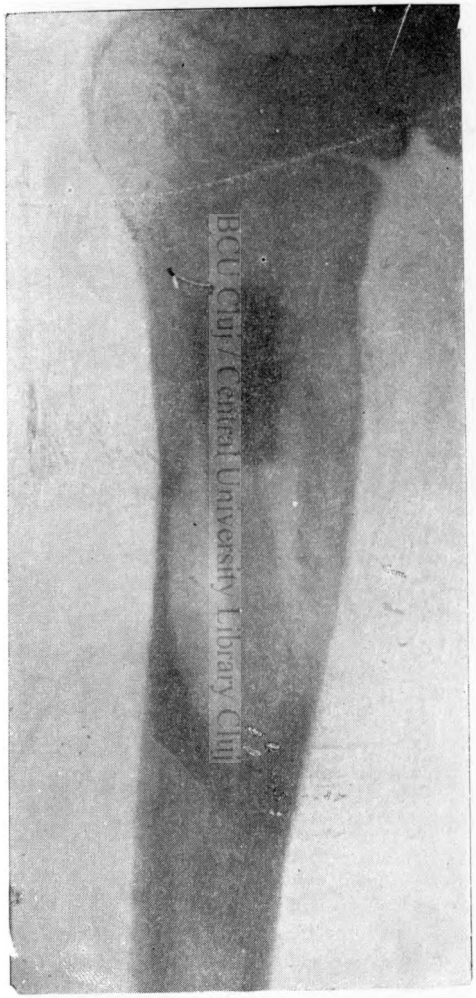


Fig. 2

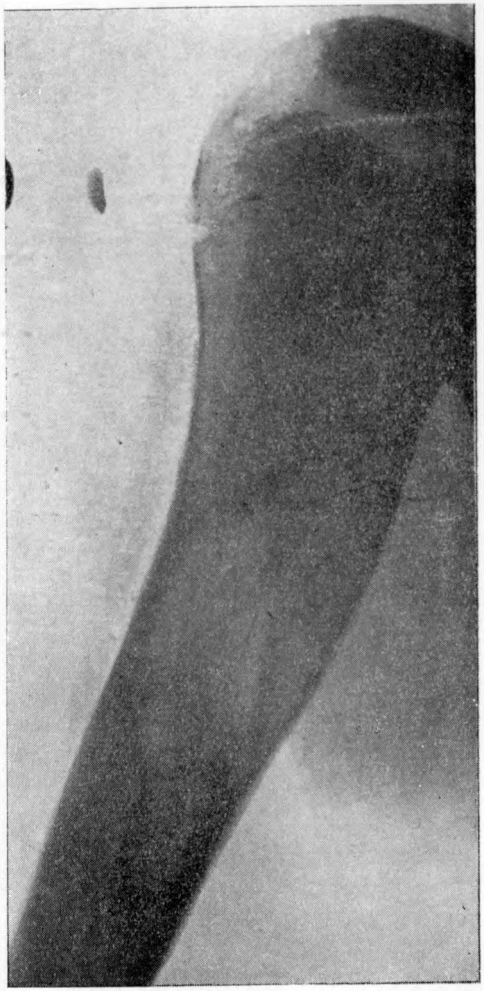


Fig. 3

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA II

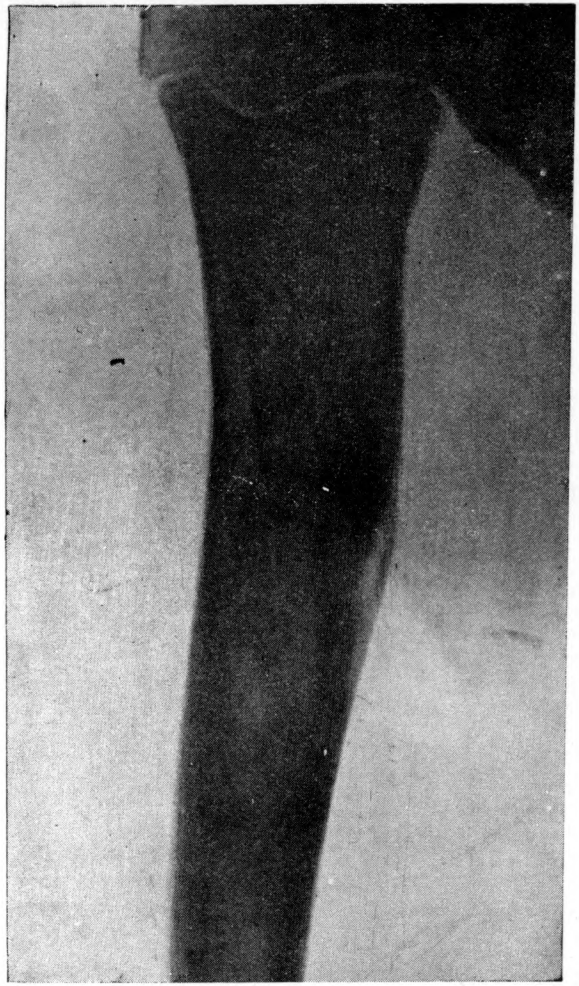
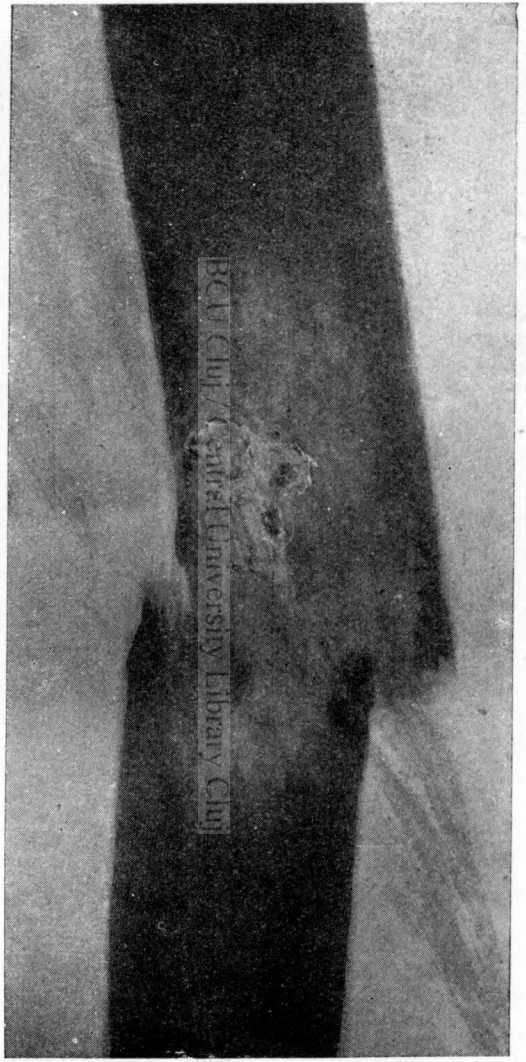


Fig. 4



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 5

Fig. 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se pune diagnosticul de fractură patologică la nivelul unui chist osos situat în treimea superioară a femurului stâng.

Avându-se în vedere vârsta înaintată a bolnavei, i se aplică o extensie continuă transscheletică (D-r A. Popescu-Severin) şi se menţine membrul inferior stâng astfel imobilizat timp de 50 zile.

Se face apoi o nouă radiografie şi se constată reducerea fracturei şi consolidarea ei în bună poziţie. In jurul focarului fracturar, se remarcă existenţa unui calus osos, cu aspect caracteristic „de calus suflat", precum şi perzistenţa parţială a cavităţilor chistice în interiorul diafizei, deasupra şi dedesubtul traectului fracturar. (Fig. 6).

Bolnava a plecat acasă vindecată. Veşti ulterioare ne-au încunoştinţat că vindecarea se menţine.

* * *

In aceste două observaţiuni e vorba de un bolnav în vârstă de 14 ani şi de o bolnavă în vârstă de 64 ani, care au fost trataţi pentru fracturi patologice, survenind în urma unui chist osos localizat, primul la umerus, al doilea la femur.

Dacă primul caz intră în cadrul obişnuit — această maladie fiind mai des întâlnită în perioada de creştere, între 6 şi 15 ani — şi lovind mai ales băieţii, cel de al doilea caz survine la o femeie de peste 60 an — fapt semnalat de toţi autorii, ca extrem de rar.

In privinţa localizării, statisticile arată o predominanţă a chistului la nivelul femurului şi al umerusului. In această privinţă, cazurile noastre intră în regula comună.

Sediul chistului este în 72% de cazuri la nivelul metafizei oaselor lungi, în 18% la bariera dintre metafiză şi diafiză, 10% la nivelul diafizei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In observaţia noastră primă, sediul chistului osos este la limita metadiafizară şi în a doua este net diafizar. Aceste fapte vin în sprijinul teoriei migraţiunei chistelor osoase din spre metafiză în spre diafiză, în raport cu creşterea osului şi cu respectarea, în general, a cartilajului de conjugare.

Chistul osos se poate prezenta în clinică sub 3 aspecte, alcătuind tripticul lui Bérard şi Alarmartine: fie ca o tumoră osoasă, fie ca o fractură recentă, fie ca o fractură veche. Cele două cazuri ale noastre intră în capitolul fracturilor patologice recente. Caracteristicele acestor fracturi sunt: durere nulă sau moderată, echimoză inexistentă sau foarte redusă, tumefacţie neînsemnată, deformaţie rară, lipsa crepitaţiei în majoritatea cazurilor. Impotenţa funcţională, deşi mai redusă, există totuşi în special când e vorba de umerus şi de femur.

Diagnosticul chistului osos se face în primul rând cu ajutorul radiografiei. Semnele radiografice esenţiale au fost reunite de Beck într'o triadă: a) pată clară, ovalară, triunghiulară sau fuziformă, cu aspect uniform; b) limitarea acestei pete este marcată printr'o linie regulată şi mai opacă, care este proecţiunea corticalei subţiate; c) cartilajul de conjugare este intact.

Tot ca semne caracterise se mai pot adăuga încă: a) absenţă de reacţiune periostală şi b) aspectul normal al substanţei osoase din apropierea chistului.

Biblioteca Universitatii Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMANIA

In caz de fractură, se mai pot observa în plus ca semne tipice: a) deplasare neînsemnată; b) pătrunderea fragmentului diafizar în cavitatea chistică; c) plesnirea corticalei.

Cavitatea chistică nu apare în totdeauna homogenă. Ea are uneori aspect areolar ca în cazul nostru Nr. 1. Acest aspect este datorit maselor de țesut fibros, ori crestelor osoase din interiorul cavității chistice care este în totdeauna unică (Ombrédanne).

Urmărirea radiologică a evoluției chistului osos, poate aduce încă confirmarea diagnosticului și mai ales să furnizeze elemente pentru stabilirea prognosticului.

Evoluția chistului osos făcându-se de obiceiu din spre metafiză în spre diafiză, Fèvre consideră ca un element de stabilizare apariția în această regiune a unei bariere reprezentată printr'o linie mai densă, de coloare mai închisă, având un aspect caracteristic de fund de ouar (Ombrédanne).

In radiografia Nr. 2 dela observația I, se remarcă o mărire a chistului osos în spre diafiză, dar în acelaș timp apariția barierei de stabilizare în partea lui inferioară.

Prognosticul operator e mai bun pentru intervențiile ce se fac pe chistele stabilizate.

In cazul unei fracturi consolidate, fără intervenție sângerândă, calusul are un aspect vacuolar, insuflat (fig. 6), iar cavitatea chistică devine mai mică, mai puțin netă, luând cu timpul un aspect trabecular.

Deși toate semnele radiologice au confirmat în ambele cazuri diagnosticul de chist osos esențial sau solitar, se pune întrebarea dacă în cazul al 2-lea nu e vorba de o osteită fibrochistică localizată, ținându-se seama de coloarea mai închisă a cavității osoase.

Aspectul calusului „insuflat" format în jurul focarului fractuar este însă caracteristic pentru chistul osos.

Pe de altă parte, numeroși autori susțin că e o filiațiune între cele două maladii — fie că osteita fibroasă este prima etapă a unui chist osos (Fèvre), fie că e faza terminală a chistului osos, caracteristică adulților și bătrânilor (Bălăcescu și Tovaru).

Tratamentul chirurgical este singurul care s'a arătat eficace în cura chistului osos.

Indicațiile acestui tratament sunt categorice în chistele mari, în chistele care progresează dela o etapă la alta, în chistele complicate de fracturi și în fracturile vicios consolidate.

Intervențiile chirurgicale în această boală se împart în două categorii:

A) Trepanații osoase.

B) Rezecții osoase.

A) Trepanația osoasă poate fi asociată de:

a) chiuretajul cavității chistice;

b) umplerea cavității cu grefoane, fie osteoperiostice (Mouchet), fie masive prelevate din tibia, coaste, peroneu, fie de os purum (Orell).

B) Rezecția trebue să cuprindă întreaga porțiune atinsă până la osul sănătos și se face subperiostal, respectând cartilajul de conjugare.

Tratamentul raţional în Hipertensiune

HYPONITIN

Dr. Wander

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi calmant

Sulfamidă cu toleranţă optimă

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree
Pneumonie
Meningită
Strepto
Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asociaţia nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Cholelnat de Sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant, — Desinfectant intestinal Laxativ cu efect antispasmodic şi colagog

Menajează ficatul în afecţiunile tubului digestiv graţie efectului său colagog

In Insomnie, Nervositate, Nevralgii

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ : de trei ori pe zi câte 1-2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,

Bucureşti Str. Cazărmei 89

Indicaţia majoră a acestei intervenţiuni este în chistele osoase ale peroneului şi ale radiusului.

In chistele complicate de fracturi, tratamentul poate să fie redus la simpla imobilizare, fie într'un aparat ghipsat, fie prin extensie continuă, de preferat transscheletică.

Această metodă dă bune rezultate în chistele osoase de mici dimensiuni.

Când chistul osos e mare, grefa osoasă centrală, intramedulară, urmată de imobilizarea membrului în aparat ghipsat, constitue intervenţia de preferat.

Eşecurile tratamentului chirurgical sunt datorite aproape în totdeauna faptului că intervenţia s'a făcut pe un chist osos nestabilizat, în plină perioadă evolutivă.

In cazul nostru Nr. 1, tratamentul a fost mixt: imobilizarea membrului fracturat în aparat ghipsat în perioada dela început, urmată de vindecarea fracturei, dar nu şi a chistului osos.

Intervenţia chirurgicală s'a făcut după un an de zile, când chistul trece în faza de stabilizare. S'au utilizat grefoane masive, prelevate din tibia, care s'au dovedit a fi cele mai eficace.

In cazul Nr. 2, tratamentul fracturei s'a făcut prin extensie continuă transscheletică, intervenţia sângerândă nefiind indicată din cauza vârstei înaintate a bolnavei.

Fractura s'a consolidat, cu persistenţa parţială a chistului osos. Prognosticul rămâne însă rezervat, deşi s'au văzut vindecări definitive după fracturi în focarul chistic, atât ale complicaţiei cât şi ale maladiei iniţiale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

N. B.

Figurile sunt reproduse pe **Planşele** alăturate.
Legenda figurilor se urmăreşte în text.

HYPOTONINE

Tuburi à 10 şi 20 comprimate de 30 ctgr.

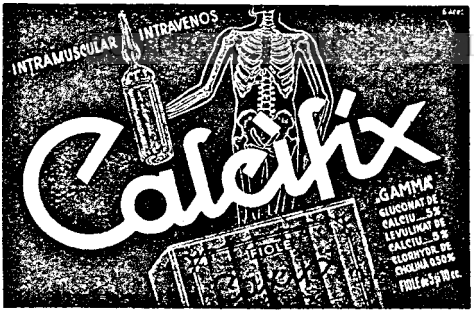
Combinaţie aminică a acidului succinic

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.

Lecţiune inaugurală

PRONOSTICUL IN CLINICA *)

. . . . . .

„In ziua când scumpul meu prieten, Profesorul Ionescu-Siseşti, m'a înştiinţat că aproape în unanimitate, Consiliul profesoral m'a recomandat pentru catedra de clinică medicală vacantă, vă mărturisesc că nu am resimţit o bucurie, ci o profundă emoţie.

Ca şi astăzi, când vorbesc în faţa dumneavoastră, resimt o profundă emoţie, pentrucă am considerat întotdeauna, că **de funcţia de profesor se leagă şi onoare, dar şi mai multă răspundere.**

A primi sarcina să contribue la formaţia ştiinţifică a medicilor de mâine, este de sigur o misiune destul de grea; dar când ştii că pe lângă această misiune de ordin ştiinţific, îţi iei în acelaşi timp pe aceea de a semăna sau a desvolta în sufletul tineretului medical, sentimentele care să-l facă demn de profesiunea de medic, ai motive să te întrebi cu îngrijorare, dacă vei putea face faţă.

Fără îndoială, că o solidă pregătire ştiinţifică este din ce în ce mai necesară unui medic. Dar ce ar însemna această pregătire, dacă medicul care ar avea-o, nu ar poseda în acelaşi timp calităţile, care să-l ridice tot mai sus pe treapta omenirii? Puţin sau foarte puţin.

Căci dacă din punct de vedere strict profesional, valoarea medicului se judecă după rigoarea cu care ştie să observe, după gradul de pătrundere al spiritului său şi după întinderea cunoştiinţelor ce posedă, să nu uităm că misiunea noastră este în primul rând, că dacă nu putem vindeca decât uneori, cel puţin să alinăm adesea, şi să consolăm întotdeauna pe suferinzi.

Profesiunea noastră, care nu ezit să spun este cea mai nobilă, are drept scop combaterea, vindecarea sau alinarea bolilor omului.

Spre a-şi ajunge scopul, nu este însă destul să cunoaştem mijloacele pe care experienţa de veacuri a înaintaşilor noştri le-au acumulat, cât şi armele pe care cercetătorii ni le pun la dispoziţie. Trebue să învăţăm să cunoaştem atât din punct de vedere trupesc cât şi sufletesc, nu omul-standard aşa cum unii vor să ni-l prezinte, ci oamenii.

Şi trebue să-i cunoaştem bine, căci ne apropiem de dânşii mai ales în momentele de suferinţă, când cea mai tare voinţă simte nevoia unui sprijin.

Vă daţi seama, domnilor studenţi, la ce înalt grad trebue să posedaţi sentimentele de bunătate, de milă şi de înţelegere a omenirii, pentru a duce la bun sfârşit chemarea dumneavoastră?

Dar în afară de aceste simţiminte, care trebue să facă parte din sufletul medicului, este indispensabil să ştim să facem din ce în ce mai respectată, nu numai profesiunea noastră, dar să ne facem respectaţi şi pe noi înşine.

Pentru aceasta, este destul să îmbrăţişem doctrina de care vorbeşte Tacit, considerând bine numai ce este cinstit, rău ceea ce este ruşinos, şi să nu considerăm puterea, bogăţia, şi tot ce este în afară de suflet, nici ca bunuri nici ca răuri.

---

*) Din *Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Bazil Theodorescu,* noul titular al Catedrei de Clinică medicală dela Spitalul Colţea, ţinută în ziua de 20 Maiu 1942, în Amfiteatrul Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

Să ne ferim de ambiţii sterpe cari ne macină sufletul; să nu avem decât o singură mare ambiţie, mai ales în aceste timpuri, aceia de a ne servi ţara şi neamul românesc. La această sfântă datorie, putem răspunde cu toţii dela locurile de unde ne aflăm; şi acel dăruit de soartă să poarte răspunderea prezentului şi viitorului acestui neam, ca şi săteanul dela coarnele plugului sau soldatul, încărcat de glorie, din linia de bătaie; şi acei ajunşi la cele mai înalte trepte ale carierii medicale, ca şi medicul de circumscripţie rurală.

Iar dumneavoastră, domnilor studenţi, vă faceţi din plin datoria, căutând să vă îmbogăţiţi cât mai mult cunoştiinţele în timpul perioadei de studii, spre a fi cât mai folositori ţării odată intraţi în cariera medicală.

Iată mai ales de ce, domnilor, mă întreb cu îngrijorare, dacă voi putea face faţă datoriei de a sădi sau desvolta în sufletele elevilor mei, aceste calităţi.

De sigur că nu am putut răspunde la această întrebare.

Răspunsul nu va putea fi dat, decât după ce vor trece ani, şi cei ce-l vor putea da, veţi fi dumneavoastră care mă ascultaţi.

In ce mă priveşte, pot să vă declar că am încredere că acest răspuns îmi va fi favorabil.

Am încredere, pentrucă îmi voi consacra toate puterile către acest ţel; am încredere pentrucă voi avea în minte ca întotdeauna imaginea maeştrilor mei şi mă voi sili să fac pentru dumneavoastră tot ce dânşii au făcut pentru mine.

Conştiinţa mea îmi spune, că chiar în cazul când nu voi ajunge pe deplin la ţelul ce mi-am propus, sforţarea mea de toate zilele îmi va fi destulă răsplată.

Printre apanagiile profesorului care-şi ţine lecţia inaugurală, există pe lângă alegerea subiectului şi acela, atât de preţios, de a putea aduce mulţumiri publice, oamenilor cărora le datoreşti situaţia la care ai ajuns.

Am ales ca **subiect al acestei lecţii, pronosticul în clinică,** influenţat de faptul că mi-am făcut educaţia medicală în Franţa, ţara care a dàt omenirii pe cei mai iluştrii clinicieni, cât şi de faptul că succesul la clinica medicală dela Colţea, marilor profesori de clinică Marcovici, Stoicescu, Nanu-Muscel, intraţi deja în istoria medicinei româneşti, cât şi d-lui Profesor Bacaloglu, a cărei dispariţie recentă am deplâns-o.

In ce constă pronosticul? In a face operă de prezicători cu privire la soarta imediată sau îndepărtată a unui bolnav. Şi de această prezicere depinde în mare parte reputaţia noastră de clinicieni.

Subiectul prezintă o importanţă considerabilă, adesea depăşind pe aceia a diagnosticului şi a tratamentului; totuşi puţini sunt autorii care să-i consacre publicaţii speciale.

Tratatele ne indică evoluţia, modul de terminare şi urmările unei afecţiuni în mod schematic. Ele se bazează în această descriere pe majoritatea cazurilor unei boale, descriindu-ne un pronostic general. Dar din punct de vedere practic, ceea ce interesează mai mult, este pronosticul cutărui sau cutărui bolnav.

In adevăr, dacă este interesant să ştim că mortalitatea într'o anumită afecţiune este de atât la sută, ceea ce importă în prezenţa unui bolnav, nu sunt cifre statistice.

Avem sarcina foarte grea, de a indica care va fi soarta bolnavului în speţă. Va intra el printre cazurile favorabile sau defavorabile? Trebue deci, să exprimăm un pronostic nu al boalei ci al bolnavului, şi care, e lesne de înţeles, în cele mai multe împrejurări variază dela caz la caz.

Iată de ce, tratatele de patologie nu pot decât să ne ajute, dar nu să ne dea cheia rezolvării acestei probleme.

Problemă la drept vorbind foarte pasionată, care mai impune pe lângă un bogat bagaj de cunoştiinţe, o vastă experienţă şi calităţi înnăscute de clinician.

Şi tocmai graţie acestor calităţi înnăscute, mai putem vorbi de **artă în medicină.**

Am pronunţat cuvântul de artă dându-mi perfect seama, că unii dintre dumneavoastră mă dezaprobă.

Sunt sigur însă că după ce îmi voi exprima gândirea, această dezaprobare se va atenua sau chiar va dispărea.

Departe de mine de a nega, că metodele ştiinţifice sunt de rigoare spre a merge mai departe în medicină; departe de mine de a nega, că descoperirea insulinei sau a vitaminelor bunăoară, ne permit, nouă medicilor, să afirmăm cu toată tăria, că medicina este o ştiinţă.

De sigur, când vorbim de ştiinţă, nu ne gândim să comparăm pe medicul modern cu matematicianul care gândeşte în abstract. Totuşi, nu trebue să uităm că la baza celor mai mari descoperiri în medicină, nu a existat pentru cercetător caracter utilitar imediat, şi aplicarea practică a descoperirii nu a avut loc decât mai târziu.

Când Eintoven a descoperit galvano-metrul cu coardă, cine se gândea atunci la importanţa practică a acestei descoperiri, care putem spune a revoluţionat cardiologia, permiţându-ne studiul aprofundat al aritmiilor cât şi evidenţierea cu cea mai mare fineţe a unor leziuni miocardice sau coronariene.

Când Bordet şi Gengou au practicat frumoasele lor cercetări asupra hemolizei, cine bănuia că nu mult după acea deviaţia complementului care derivă din ele, va aduce în diagnosticul sifilisului o preciziune necunoscută până atunci.

Iată două exemple, dintre multe altele, care arată că cercetarea riguros ştiinţifică este la baza marilor descoperiri făcute în medicină, şi care ne permit să afirmăm că medicina este o ştiinţă. Dar să-mi daţi voie să fac o precizare, spre a stigmatiza o epidemie de care suferim noi, corpul medical.

Am vorbit de cercetări riguros ştiinţifice şi nu după cum spune domnul Charles Rist „de nenumăratele producţii pretenţioase şi uşuratice cari umflă în fiecare zi valul publicaţiilor medicale, şi de cari cel mai puţin ce se poate spune, este că ceea ce au în ele adevărat nu este nou, iar ceea ce au în ele nou nu este adevărat".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faptul că putem afirma în mod indiscutabil, că medicina şi-a câştigat dreptul să se intituleze o ştiinţă, nu implică însă că această disciplină, considerată de cei vechi ca o artă, a rupt orice legătură cu arta.

Arta, după cum spune domnul Paul Valéry, este calitatea modului de a face, oricare ar fi obiectul, care presupune inegalitatea modurilor de execuţie şi deci şi aceea a rezultatelor.

Şi arta ca şi ştiinţa presupun cunoştiinţe speciale, perfecţionabile prin experienţă, cari se pot exprima şi se pot transmite.

Şi arta ca şi ştiinţa se pot învăţa, dar nu se poate învăţa nici toată arta, nici toată ştiinţa. Oricine poate fi un erudit într'o anumită ramură de ştiinţă, dar nu oricine poate fi un om de ştiinţă, adică un om care poate întreprinde cercetarea anumitor probleme şi adesea găsirea soluţiilor acestor probleme.

In artă ca şi în ştiinţă pe lângă partea transmisibilă, care se poate învăţa de oricine, există o parte intransmisibilă care nu este altceva decât aptitudinea personală înnăscută.

Doi chirurgi execută o intervenţie chirurgicală delicată, în modul cel mai perfect.

Unul dintre ei ne dă impresia că este vorba de o operaţie foarte simplă şi uşor de executat; celălalt pune un timp dublu în execuţie, dându-ne impresia unui act operatoriu dificil şi complicat. Oare nu putem spune că primul operează cu artă?

Un medic ascultă plângerile unui bolnav.

După câteva cuvinte ale acestuia a precizat afecţiunea de care suferă şi pe care cercetările ulterioare i-o confirmă.

Un alt medic, tot atât de bine pregătit, după ce ia observaţia bolnavului, îl examinează cu atenţie, îi prescrie o serie de examene complementare, şi numai după aceea afirmă diagnosticul. Oare primul medic s'ar ofensa dacă am spune că exercită medicina cu artă?

Şi nicăieri arta nu joacă un rol mai mare decât în sarcina ce avem, să prevedem mersul unei boale, adică să facem un pronostic.

Nu mă gândesc, Domnilor, ca în această lecţie să tratez în toată amploarea ei vastă problemă a pronosticului. Mă voi mărgini numai, pe de o parte să schiţez în faţa dumneavoastră diviziunea subiectului, iar pe de altă parte, prin câteva exemple, să încerc să vă arăt cât de delicată este această problemă.

Există **un pronostic general, adică al boalei şi un pronostic particular al fiecărui bolnav.** De primul se ocupă pe larg toate tratatele de medicină, al doilea aparţine clinicianului, căci nu se poate enunţa decât la patul bolnavului.

Atât pronosticul general, cât şi pronosticul particular sau individual, constau în modul de evoluţie, în posibilitatea complicaţiilor, în modul de terminare, în sfârşit, în urmările apropiate sau îndepărtate ale afecţiunii în cauză, şi se referă, atât la maladiile acute, cât şi la cele cronice; acestea din urmă constituite de altfel, de cele mai multe ori, dintr'un lanţ de agresiuni morbide, acute sau subacute.

Atât pronosticul general cât şi cel individual se bazează pe datele riguros ştiinţifice procurate de laborator, cât şi pe datele ştiinţifice, adică măsurabile, rezultate din examenul clinic. Pe câtă vreme însă, în enunţarea pronosticului general, rolul cel mai important îl au datele statistice întocmite graţie studiului unui mare număr de cazuri, acest rol este foarte şters în enunţarea pronosticului individual.

Căci pronosticul individual, prin însăşi definiţia lui, deşi nu uită datele statistice, totuşi nu le poate folosi decât într'o foarte mică măsură. De cele mai multe ori în elaborarea lui intervin factori foarte nuanţaţi, dintre care unii, până în prezent, sunt nemăsurabili, deci neştiinţifici.

In formularea pronosticului unui individ atins de o boală infecţioasă, ne bazăm fără îndoială şi pe factori ştiinţifici, ca de exemplu formula sangvină sau citologia lichidului cefalo-rachidian.

Când însă vorbim de aspectul bolnavului sau, ceva mai mult, de starea lui subiectivă, factori nemăsurabili şi a căror interpretare depinde de fiecare dintre noi, atunci trebue să recunoaştem că ne îndepărtăm de ştiinţă spre a ne apropia de artă.

Atât pronosticul general cât şi cel individual se bazează pe diagnostic, pe posibilitatea unei evoluţii neobişnuite sau a unei asociaţii morbide, cari constituesc o formă clinică a boalei, ca şi pe posibibilitatea ivirii unei complicaţii. In sfârşit, el este influenţat în cel mai înalt grad de tratament.

Dar în formularea pronosticului individual, intervin şi alţi factori de valoare indiscutabilă. In acest caz trebue să ţinem seama de antecedentele personale sau eredocolaterale ale bolnavului, cât şi de comportarea lui atât faţă de maladia actuală, cât şi faţă de agresiunile morbide anterioare.

Din timpurile cele mai vechi, medicii cercetători au căutat să găsească elemente, cari să ne permită să judecăm cu cât mai multă probabilitate viitorul unui bolnav. Şi de sigur, mulţi dintre Dumneavoastră, cunosc admirabila operă a lui Hipocrat asupra Pronosticului, care de altfel se referă numai la maladiile infecţioase.

Părintele medicinei şi-a dat perfect seama, că pronosticul a cărui valoare nu constă numai în prevederea viitorului, dar şi în acţiunea întreprinsă spre a-l modifica, se bazează în primul rând pe diagnostic.

Astfel se explică de ce în Pronosticul său, Hipocrat ne vorbeşte îndelung despre diagnostic.

Dar semiologia descrisă nu se repetă la afecţiunea cutărui sau cutărui organ; şi nici la semnele unei maladii speciale; este vorba de o semiologie care să permită diagnosticul stării generale a bolnavului, diagnostic care în acest sens a constituit fundamentul şcoalei Hipocrate.

După cum spune Littré, Hipocrat descrie modificările comune provocate de o boală infecţioasă asupra corpului omenesc. Cunoaşterea acestor modificări, ne indică starea prezentă a bolnavului, nu permite să presupunem care va fi starea sa viitoare, şi ne învaţă să întrebuinţăm în mod oportun mijloacele terapeutice. Rezultă că în Pronosticul său, Hipocrat învăţa pe medicul prac-

tician toate cunoştiinţele necesare, pe aceea vreme, pentru îngrijirea unui bolnav atins de o maladie acută febrilă.

Să-mi permiteţi să citez după traducerea lui Littré câteva pasagii, din admirabilul Pronostic al lui Hipocrat, pasagii demne, cu drept cuvânt, să figureze în cel mai modern tratat de medicină.

In primul paragraf Hipocrat vorbeşte de importanţa pronosticului în următorii termeni:

„Cel mai bun medic, îmi pare a fi acela care ştie să cunoască mai dinainte. Pătrunzând şi expunând, în prealabil pe lângă bolnavi, prezentul, trecutul şi viitorul maladiilor lor, explicând ceea ce ei omit, va câştiga încrederea lor". Această frază ne indică în mod clar importanţa interogatorului bolnavului; şi cei mai mulţi dintre noi au avut adesea ocazia să-şi dea seama, câtă încredere capătă bolnavul care vine să ne ceară sfaturi, când îi precizăm modalitatea suferinţelor sale, pe care el însuşi nu o poate exprima destul de limpede.

Tot în primul paragraf Hipocrat ne arată importanţa pronosticului asupra tratamentului când ne spune:

„El, adică medicul, va trata cu atât mai bine maladiile, cu cât va şti să prevadă starea viitoare cu ajutorul stării prezente".

Paragraful al doilea tratează despre aspectul feţei bolnavului în următorii termeni: „In maladiile acute, medicul va face observaţiile următoare: va examina mai întâi figura bolanvului şi va vedea dacă fizionomia sa este asemănătoare cu aceea a oamenilor sănătoşi, dar mai ales dacă este asemănătoare cu ea însăşi", adică cu aceea pe care o prezenta individul în stare de sănătate.

„Aceasta ar fi aparenţa cea mai favorabilă, şi cu cât s'ar îndepărtà mai mult, cu atât pericolul va fi mai mare. Şi mai departe descrierea faciesului Hipocrat e considerat şi astăzi ca un semn de o gravitate extremă:

„Trăsăturile feţei au atins ultimul grad de alterare, atunci când nasul este ascuţit, ochii înfundaţi, tâmplele turtite, urechile reci şi contractate, lobii urechilor îndepărtaţi, pielea frunţii întinsă şi uscată, pielea întregei feţe, galbenă sau neagră sau vânătă sau plumburie".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar, fin clinician, Hipocrat adaogă că: „Pericolul (indicat în acest facies), va fi mai puţin iminent, dacă bolnavul a veghiat multă vreme, dacă a avut o diaree puternică sau dacă a suferit de foame".

Cu privire la indicaţiile pe care le putem trage din atitudinea bolnavului le găsim descrise în al treilea paragraf: „Medicul trebue să găsească pe bolnav culcat pe partea dreaptă sau stângă, având braţele, gâtul şi gambele în uşoară flexiune şi întregul corp umed; căci aceasta este poziţia pe care o iau cei mai mulţi oameni sănătoşi când se odihnesc în patul lor, şi cea mai bună poziţie este aceea care seamănă cu poziţia din timpul sănătăţii.

Şi mai departe această propoziţie, care de multe ori anunţă moartea: „Dorinţa de a se scula din pat în toiul boalei este supărătoare în toate afecţiunile acute".

Carfologia, simptom de o gravitate pronostică extremă, este descrisă în mod magistral în paragraful al patrulea: „Am observat, spune Hipocrat, cele ce urmează asupra mişcărilor mâinilor: în febrele acute, în peripneumonii, în delirele febrile, mâinile mişcându-se înaintea feţei, căutând în gol, adunând firişoarele de paie, smulgând firicel cu firicel puful cuverturilor, desprinzând mici bucăţele după zidurile apartamentului, prezintă indicii ale unei terminări funeste".

Timpul nu-mi îngădue să mai fac şi alte citaţii din opera monumentală a lui Hipocrat, şi în special să vă descriu mijloacele pe care le indică medicului, spre a-şi da seama că afecţiunea se apropie de criza terminală. Ele sunt bine precizate, şi au permis lui Galien să spună, că un medic abil şi demn de arta lui Hipocrat, trebue să fie capabil să prevadă momentul când maladia va atinge maximum de intensitate.

Vom lăsa de o parte pronosticul general de care se ocupă Hipocrat şi de care vorbesc toate tratatele de medicină, spre a ne ocupa de pronosticul individual.

In primul rând **pronosticul este în funcţie de diagnostic.**

Iată de exemplu un bolnav, vechi cardiac valvular, care prezintă de câteva săptămâni o stare febrilă capricioasă de natură nedeterminată şi la care mai multe hemoculturi arată în mod constant prezenţa streptococului în sânge. Vom face diagnosticul de endocardită malignă lentă, din care va decurge pronosticul. Deşi starea generală a bolnavului nu pare gravă, ştim că afecţiunea de care este atins se termină în quasi-totalitatea cazurilor prin moarte. Este însă mult mai greu de spus cât va dura boala. Căci dacă în formele tipice, afecţiunea evoluează în medie între 8 şi 12 luni, această evoluţie poate fi scurtă sau din contră se poate prelungi peste acest termen.

Poate fi scurtată prin apariţia mai de timpuriu a complicaţiilor, printre cari cele mai de temut sunt emboliile şi anevrismele arteriale; poate din contră să se prelungească datorită remisiunilor, cum s'a întâmplat într'un caz a lui Vaquez şi Donzelot, în care moartea nu a survenit decât după patru ani dela începutul boalei.

Dar să luăm un alt exemplu: la un copil în general în plină sănătate aparentă, sau prezentând simptome atât de atenuate, că de cele mai multe ori trec nebăgate în seamă, apare o erupţie mai întâi maculoasă, curând după această veziculo-buloasă, fără duritate, care se produce sub formă de puseuri succesive, şi care în afară de o stare febrilă moderată nu prezintă niciun semn general de oarecare importanţă.

Vom face diagnosticul de varicelă, maladie care, dacă lăsăm de o parte formele maligne sau complicate, adevărate curiozităţi patologice, comportă un pronostic extrem de benign.

Am spus, comportă un pronostic extrem de benign, dacă lăsăm de o parte formele maligne sau complicate. Aceasta vă indică că surprizele sunt întotdeauan posibile în patologie, şi că de cele mai multe ori un pronostic, nu poate fi formulat decât cu oarecari rezerve.

Pronosticul este modificat într'un sens defavorabil prin ivirea complicaţiilor cât şi prin asociaţiile de maladii. Să luăm ca exemplu un tânăr viguros, atins de o febră tifoidă de intensitate medie. Cunoaştem evoluţia schematică a febrei tifoide, maladie ciclică care evoluează cam în 3—7 săptămâni, şi pentru combaterea căreia nu posedăm niciun tratament specific.

Putea-vom oare să formulăm un pronostic definitiv valabil? De sigur că nu. Căci acest pronostic, pentru precizarea căruia diferitele mijloace de laborator propuse se arată infidele, se poate schimba dela o zi la alta. Fie, că aspectul pe care îl îmbracă pe neaşteptate un simptom, bunăoară o temperatură scăzută însoţită de o diaree profuză, ne arată că suntem în prezenţa unei forme grave; fie că ivirea unei complicaţii, ca de exemplu a unei perforaţii intestinale sau a unui laringotifus, întunecă prin ea însăşi soarta bolnavului; fie în sfârşit că o asociaţie perioadă, cum ar fi pneumonia din perioada de stadiu, indică mai totdeauna o terminare fatală. Dacă la toate aceste posibilităţi, mai adăogăm şi pe aceea, din fericire rară, de moarte subit, care se poate ivi chiar în plină convalescenţă, ne dăm seama cât de circumspecţi trebue să fim în formularea pronosticului unei febre tifoide.

In mai toate afecţiunile febrile, intensitatea pe care o îmbracă unele simptome, ne indică că ne aflăm în prezenţa unei forme grave şi din contră sunt alte simptome care prin absenţa lor, ne arată că ele sunt de o formă benignă. Hipocrat de altfel a spus-o foarte limpede: „Apariţia simptomelor bune (adică acelea care se observă în mod obişnuit în decursul unei afecţiuni cu evoluţie normală), trebue interpretată într'un sens favorabil, apariţia simptomelor rele trebue interpretată într'un sens defavorabil".

Să luăm de exemplu o pneumonie francă lobară acută ivită la un individ tânăr, robust, şi neprezentând nicio tară anterioară. Ştim în mod schematic care sunt simptomele obişnuite ale acestei afecţiuni ciclice şi că în formele de intensitate medie, bolnavul intră în convalescenţă după 7—9 zile. Dar iată că un simptom, care nu lipseşte, cum este febra, capătă o intensitate neobişnuită; aceasta ne va indica că suntem în prezenţa unei forme grave făcându-ne să ne temem de un sfârşit defavorabil. Din contră, la un alt bolnav, în loc să observăm obişnuita oligurie, suntem în prezenţa unei poliurii relative în tot decursul boalei. Vom interpreta acest simptom într'un sens favorabil.

Printre simptomele tuberculozei pulmonare este şi lipsa câteodată aproape totală a poftei de mâncare, inapetenţă de multe ori rebelă la aproape toate medicaţiile, necedând, după cum am arătat pentru prima dată împreună cu domnul Dumarest, decât la tratamentul cu insulină. Intensitatea şi persistenţa acestui simptom este interpretată de toţi medicii, cu drept cuvânt, în sens defavorabil. Din contră, persistenţa poftei de mâncare, chiar dacă celelalte simptome inspiră îngrijorare, poate fi considerată ca un semn de bun augur. Imi amintesc de un confrate în etate de 33 ani, internat în sanatoriul dela Hauteville pentru o tuberculoză pulmonară gravă, complicată de o laringită bacilară şi care prezenta o temperatură de tip hectic, cu expectoraţie foarte abundentă. Leziunile pulmonare se traduceau prin existenţa a trei sau patru caverne de dimensiuni variate în ambii pulmoni. Existau deci simptome care îndreptăţeau să se creadă că bolnavul nu mai avea mult de trăit. In opoziţie însă cu aceste semne defavorabile, bolnavul avea o poftă de mâncare uimitoare, care îi permitea să ingereze cantităţi importante de alimente. Cu toate celelalte simptome grave indicând o evoluţie rapidă, bolnavul a parvenit să câştige în greutate, 2 kilograme într'o lună. După acest interval, domnul Dumarest considerând că leziunile din pulmonul drept evoluau mai repede decât cele din pulmonul stâng. I-a practicat un pneumotorax terapeutic în dreapta. Temperatura vesperală care până atunci era de 40 sau 41 grade, chiar de a doua zi nu a mai depăşit 38,5 grade. Trei ani după aceea am aflat că bolnavul trăia; ba chiar reluase o activitate profesională moderată.

In acest exemplu vedem cum pronosticul poate fi orientat într'un sens optimist, pe de o parte prin existenţa unui simptom favorabil, iar pe de altă parte prin tratamentul judicios aplicat.

Influenţa tratamentului asupra pronosticului capătă de altfel o importanţă din ce în ce mai covârşitoare. Progresele medicinei, care ne permit să pătrundem mai bine, şi să combatem deci mai cu eficacitate cauzele turburărilor morbide, cât şi efectele acestor turburări asupra funcţionării normale a diverselor aparate ca şi descoperirea a noi medicamente specifice, fac ca terapeutica să fie o armă din ce în ce mai puternică pentru modificarea pronosticului.

Mai este nevoie să amintim sensul favorabil în care s'a modificat evoluţia diabetului zaharat, în urma descoperirii insulinei; sau ce a devenit erizipelul graţie descoperirii sulfamidelor? Acei dintre noi, care au cunoscut diabetul şi erizipelul înaintea acestor mari descoperiri, îşi dau mai bine sama, decât cei mai tineri, de importanţa lor în modificarea pronosticului acestor afecţiuni.

Pe când ne făceam studiile de medicină, miocardita alcoolică, a cărui tip clasic îl constitue cordul marilor băuturi de bere, conducea la o insuficienţă cardiacă dela început ireductibilă. Dar iată că nu de mult timp, ştim că asocierea la medicamentele toni-cardiace obişnuite, a unor doze puternice de vitamină B^1 administrată pe cale intravenoasă, ne permite să reducem această insuficienţă cardiacă şi să obţinem supravieţuiri importante.

Modul de aplicare a unui tratament poate modifica complect pronosticul.

Acum 5 ani am avut prilejul să examinez un bărbat în etate de 54 ani, care prezenta o aritmie complectă şi se afla în stare de mare asistolie cu anasare. Supus la tratamentul clasic, fenomenele de insuficienţă cardiacă au cedat repede, pentru a reapărea curând după încetarea tratamentului. Actualmente bolnavul trăeşte, şi duce o viaţă destul de activă, graţie faptului că-şi urmează regulat tratamentul digitalic în doza de 4 până la 5 miligrame de digitalină cristalizată pe lună, doză considerată cu drept cuvânt ca enormă.

Un alt bolnav vechi anginos, cu o hipertensiune arterială decapitată şi cu fenomene importante de insuficienţă cardiacă, a putut supravieţui 14 luni în condiţii acceptibile, făcând în tot acest timp câte o injecţie intravenoasă, zilnic cu un sfert de miligram de Ouabaină.

Ştim de altfel cum multe pronosticuri în cardiologie nu pot fi enunţate, decât după ce aşteptăm efectele unei terapeutici bine conduse; cu cât aceste efecte sunt mai prompte şi mai complecte, cu atât optimismul este mai îndreptăţit.

Starea subiectivă a bolnavului constitue de asemenea un element important spre a judeca starea prezentă, cât şi spre a formula o părere asupra modului de terminare a boalei. Clinicienii cunosc bine ce înseamnă voinţa bolnavului de a se vindeca, cât şi resemnarea acestuia faţă de boală.

Fenomenele subiective pe care le prezintă un bolnav sunt favorabile, atunci când ele nu se găsesc în discordanţă accentuată faţă de simptomele obiective.

Un bolnav în plină peritonită, care ne declară că se simte în perfctă stare şi insistă spre a părăsi patul, ne dictează un pronostic de o gravitate extremă.

Antecedentele bolnavului reprezintă elemente foarte preţioase în afirmarea pronosticului. Aveţi cu toţii în minte gravitatea bolilor infecţioase care survin la indivizii taraţi.

Fie că această tară este reprezentată printr'o intoxicaţie endo sau exogenă, fie că este reprezentată printr'o perioadă fiziologică a evoluţiei omului, fie în sfârşit că este reprezentată printr'un factor ereditar.

Cunoaşteţi gravitatea pe care o capătă pneumonia când se iveşte la un bătrân sau la un alcoolic. Cunoaşteţi de asemenea riscurile la care este expusă o cardiacă în perioada de sarcină.

Să-mi permiteţi să exemplific factorul ereditar, citându-vă observaţia inedită a unei familii de hipertensivi.

Părinţii sunt reprezentaţi prin soţii F. D-l F. a sucombat la vârsta de 60 de ani în urma unei afecţiuni gastrice, probabil un neoplasm. D-na F. hipertensivă, a sucombat la vârsta de 48 de ani, în urma unei emoragii cerebrale. Trebue să amintesc că această doamnă F. a avut trei fraţi, asupra cărora nu posed decât următoarele date: întâiul născut care a sucombat la 60 de ani, a fost hipertensiv, ceilalţi doi au decedat respectiv la 64 şi 63 de ani, ambii hemiplegici.

Vedeţi dar ce reprezenta factorul ereditar din partea mamei, d-na F.

Soţii F. au avut 8 copii: vi-i citez în ordinea vârstei: întâiul născut are 55 de ani şi este hipertensiv; al doilea are 49 de ani şi este hipertensiv dela vârsta de 40 de ani; a treia a sucombat la etatea de 48 de ani, în urma unei emoragii cerebrale cu o hipertensiune de 30 pentru maxima; al patrulea a sucombat la etatea de 47 de ani, la a treia hemoragie cerebrală, cu o hipertensiune de 28 pentru maxima; a cincea este în vârstă de 42 ani şi are o hipertensiune de maxima 24; al şaselea are 40 de ani şi n'a putut fi examinat; al şaptelea este în etate de 37 de ani, hipertensiv cu maxima 23, dela vârsta de 35 de ani; a opta are 30 de ani şi n'a putut fi examinată.

Iată deci, domnilor, o familie de 8 copii, a căror mamă şi unchi au sucombat ca hipertensivi.

Avem date precise asupra a 6 dintre ei, toţi hipertnsivi; dintre aceştia, 2 au sucombat ca şi mama lor, şi ca şi doi fraţi ai acesteia, prin hemoragie cerebrală. Numai întâiul născut, deşi hipertensiv, a depăşit vârsta mamei. Putem să afirmăm că această formă de hipertensiune familială, constitue o afecţiune gravă şi nu are nimic de-a-face cu hipertensiunea arterială banală, survenind la indivizii care au depăşit de 50 ani.

Ba ceva mai mult. Vedem că acelaşi accident, hemoragia cerebrală a pus sfârşit membrilor decedaţi din această familie. Nici unul din ei nu a sucombat prin accidente renale sau cardiace atât de des întâlnite la hipertensivi. Putem deci conchide, că în această observaţie factorul ereditar a jucat un rol important, atât cu privire la desvoltarea hipertensiunii arteriale, cât şi în ce priveşte modul ei de terminare, prin hemoragie cerebrală.

Şi fiindcă vorbim de hipertensiune arterială, al cărei cadru actual de altfel, este destinat să se desmembreze, permiteţi-mi să vă amintesc gravitatea excepţională pe care o prezintă atunci când survine la indivizii tineri, şi care contrastează cu blândeţea sa relativă când afectează pe bătrâni.

Lucrul de altfel a fost semnalat din antichitate. In paragraful al 35-lea, al secţiei a II-a, din Aforisme, Hipocrat spune: **„In toate maladiile este mai puţin pericol pentru aceia a căror afecţiune este mai ales conformă cu natura lor, cu vârsta lor, cu constituţia lor şi cu sezonul, decât pentru aceia a căror boală nu este în raport cu unul din aceşti factori“.**

BCU Iaşi / Central University Library

Pentru mine acest aforism este unul dintre cele mai importante cu privire la pronostic în clinică şi tot el ne arată dă nu pe nedrept am vorbit de artă în medicină.

Când în mijlocul secolului trecut medicina a devenit ştiinţifică, medicii au crezut că pot da definitiv la o parte noţiunea, e drept neprecisă, de natură sau constituţie a individului despre care vorbeşte Hipocrat, dânsa nejucând niciun rol în ivirea sau evoluţia boalei.

Această tendinţă a fost şi este explicabilă. Pentru unele spirite superioare ea a izvorît din entuziasmul justificat, dar nefrenat pentru medicina ştiinţă; pentru alţii, această tendinţă a fost binevenită, căci dădea posibilitatea uniformizării între practicieni şi deci a suprimării elitelor.

Se recunoaşte actualmente din ce în ce mai mult, că **natura, constituţia sau temperamentul individului,** constitue în mare măsură ca afecţiunea de care acesta este atins să capete un anumit aspect, şi să comporte deci un anumit pronostic.

Dar cum putem defini constituţia sau natura unui individ?

De sigur tratatele de medicină ne descriu pe **bolnavul-tip,** după cum tratatele de fiziologie ne descriu pe **omul sănătos-tip.**

Ştim însă, că fiecare dintre noi, chiar în stare de perfectă sănătate, ne deosebim mai mult sau mai puţin de omul sănătos-tip. Şi aceasta o dovedim în toate zilele, căci fiecare dintre noi avem reacţii diferite faţă de incitaţiile obişnuite.

Puţin importă că acest mod de a reacţiona depinde de sistemul nervos central, de sistemul nervos vegetativ, de secreţiile interne glandulare, sau de alţi factori mai puţin precizaţi; ceea ce nu se poate nega este că fiecare dintre noi avem o constituţie sau o natură proprie, care ne depărtează mai mult sau mai puţin de individul tip. Şi această **variabilitate între indivizi,** care cu siguranţă creşte în raport cu gradul de civilizaţie, face ca fiecare dintre noi să reacţioneze în mod diferit, pe de o parte faţă de agresiunile morbide, pe de altă parte faţă de uzura vieţii, generatoare a multor maladii zise cronice.

Clasificaţiile morfologice riguroase, cari se încearcă cu toată ingeniozitatea lor, nu permit, şi suntem siguri nu vor permite o catalogare care să ne dea posibilitatea să prevedem modul de comportare a unui individ faţă de o boală, şi deci să formulăm un pronostic cu rigurozitate ştiinţifică.

Constitue aceasta oare un motiv de descurajare? Nu, domnilor, căci cu cât sarcina este mai grea, cu atât voinţa de a isbuti trebui să fie mai mare.

Şi dacă cu drept cuvânt s'a spus că: până în prezent numai **observaţia prelungită exercitată de vechiul medic al familiei a parvenit cu adevărat să cunoască, din punct de vedere practic, natura indivizilor, şi deci comportarea lor faţă de boală,** nu este decât o dreaptă reabilitare a acestui modest şi devotat medic, nu în deajuns de apreciat.

Iar pentru dumneavoastră tineretul care m'aţi ascultat, ea comportă un învăţământ. Nu numai acela de **a studia cu toată puterea şi a întreprinde cercetări care să aşeze tot mai mult pronosticul pe baze ştiinţifice,** dar şi acela de a observa cu pasiune omul, atât pe cel sănătos cât şi pe cel bolnav.

Veţi parveni astfel, cu mândrie îndreptăţită, să practicaţi cu artă, nobila ştiinţă care v'a atras".

Neplăcerile verii:

diareea, intoxicaţiunile alimentare, disenteria, enteritele acute le combateţi cu succes prin

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic, astringent

Iodoterapie pe cale parenterală

prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr iod

fabrica de produse chimice
gedeon richter
bucureşti

Bucureşti, V, str. Logofătul Tăut, 99

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

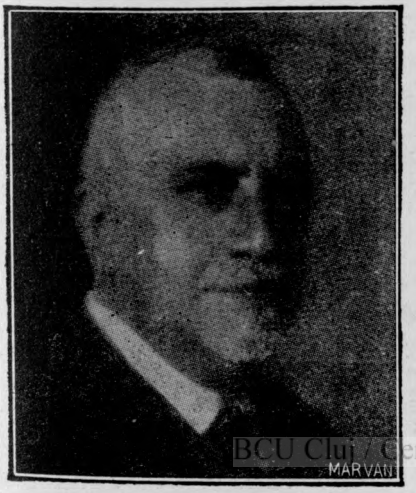
Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Necrolog

† Prof. CONSTANTIN BACALOGLU



In luna Maiu 1942, s'a săvârşit din viaţă Doctorul Constantin Bacaloglu, Profesor onorar al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, Membru al Academiei de Medicină din România.

Cine a fost Profesorul C. Bacaloglu ca om de ştiinţă şi ca om, va reeşi din pasagiul ce reproducem din Darea de seamă asupra Sărbătoririi sale, făcută cu ocazia luării în primire a Catedrei de Clinică Medicală dela Spitalul Colţea, Clinică ilustrată de predecesorii Profesori Marcovici, Stoicescu, Nanu-Muscel, care pe drept este socotită ca „Leagănul Clinicei Medicale Româneşti":

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„In seara zilei de 29 Februarie 1936, amicii, colegii şi elevii Profesorului D-r **C. Bacaloglu,** au sărbătorit printr'un mare banchet, în sala de marmoră a hotelului Boulevard, transferarea lui dela Spitalul Filantropia, în frumosul şi istoricul serviciu de clinică medicală a Spitalului Colţea, coincidând cu 35 ani de când el şi-a dăruit toată activitatea şi tot sufletul său învăţământului universitar.

Rareori s'a văzut mai mult entuziasm şi mai multă dragoste revărsată pentru consacrarea definitivă a unui maestru, a cărui activitate neîntreruptă şi rodnică s'a desfăşurat în cursul atâtor decenii în folosul tineretului studios.

Acei 200 participanţi îşi vor mai aduce aminte cu drag de elanul şi dragostea cu care s'au desfăşurat mărturiile de profundă stimă şi admiraţiune, cristalizate în discursuri, scrisori şi telegrame pe care au crezut bine, cei din comitetul de organizare, să le strângă la un loc ca un buchet de amintiri duioase.

Şi aceasta, cu atât mai mult, cu cât maeştrii din Facultatea de Medicină din Paris, dintre cei mai celebrii, **Achard, Sergent, Labbé, Lemière,** au participat cu sufletul lor prin scrisori admirabile, în care se glorifica nu numai Profesorul Bacaloglu, ci şi ţara românească, la această sărbătoare.

Asemenea pagini merită să rămână ca o dovadă vie a felului cum e socotită şcoala medicală românească de savanţii francezi.

Nu vom releva în această scurtă icoană a amintirii, toată cariera Profesorului D-r Bacaloglu, în aceste câteva rânduri, ca fiind în deobşte cunoscută.

Totuşi, ţinem să subliniem — cum s'a desprins şi din cuvântările ţinute — D-rul **Bacaloglu** a fost unul dintre cei mai străluciţi interni ai Spitalelor din Paris, clasificat al 6-lea din 600 de candidaţi într'o promoţie de 50 interni reuşiţi.

Chiar în timpul şcolarităţei sale a obţinut premiu Monthyon la Facultatea de Medicină din Paris, şi titlul de Laureat al Facultăţii pentru teza sa devenită clasică „Le coeur dans la fièvre typhoide".

Intors în ţară în 1900, este numit şef de lucrări la catedra de Anatomie patologică din Institutul Babeş, unde lucrează câţiva ani şi trece apoi ca şef de clinică la Profesorul **Stoicescu** din Spitalul Colţea, unde revine ca şef de serviciu în 1935, încoronare a unei prodigioase activităţi desfăşurată în curs de mai multe decenii.

In urma unui concurs strălucit, — tot ceea ce a obţinut în erarhia medicală, D-rul **Bacaloglu** îl datoreşte concursului — trece la Facultatea de Medicină din Iaşi ca Profesor de Patologie internă, iar după moartea D-rului **Russ,** obţine clinica medicală din Spitalul Sf. Spiridon. In Iaşi, timp de 25 de ani, el a format atâtea generaţii de elevi răspândiţi în locuri de cinste în toată ţara românească.

Sute de teze şi lucrări răsar din activitatea ştiinţifică a Profesorului. E ales în trei rânduri Preşedinte al Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi, cea mai veche societate ştiinţifică românească şi înfiinţează Societatea anatomo-clinică, care în decurs de 10 ani, sub preşedinţia sa, a strâns în fiecare Duminică toată elita intelectuală a medicilor ieşeni într'o preţioasă conlucrare.

Atunci publică volumul de clinici medicale, premiat de Academia Română şi de Academia de Medicină din Paris, cu o admirabilă prefaţă a Profesorului **Sergent** şi care consacra în mod strălucit autoritatea maestrului. Acest volum, înfrumuseţat cu numeroase planşe anatomo-patologice arată directivele activităţii sale medicale închinate studiului anatomo-clinic.

E chemat la Bucureşti ca succesor la catedra Profesorului **Victor Babeş,** iar atunci când clinica medicală din Spitalul Filantropia devine vacantă prin moartea Prof. **D. Ionescu,** trece din nou la învăţământul clinic, pe care îl ilustrase o viaţă întreagă.

Acum, când clinica medicală a Spitalului Colţea devenise vacantă prin retragerea Prof. Nanu-Muscel, Consiliul Facultăţii l-a designat în unanimitate ca diriguitor al acestei clinici „leagănul clinicii româneşti".

La Bucureşti, în aceşti cinci ani din urmă, Prof. Bacaloglu a fost ales Preşedinte al Societăţii Anatomice, al Societăţii de Terapeitică, preşedinte de onoare al Societăţii Istoriei Medicinei; în fine era ales pentru a doua oară Preşedinte al Societăţii Medicale a Spitalelor din Bucureşti. Apoi membru al Ateneului Român, unde a ţinut conferinţele cu mare răsunet asupra medicilor din trecutul Ateneului Român şi acea în care D-rul **Bacaloglu** a dovedit şi adânci cunoştiinţe literare prin forma artistică în care şi-a îmbrăcat gândirea: Frederich Chopin şi Mihail Eminescu".

Prin numeroasele lucrări publicate şi comunicate în revistele şi societăţile medicale străine şi române, Profesorul Bacaloglu şi-a asigurat un loc de frunte în literatura medicală românească, ca anatomo-clinician urmaş al marelui V. Babeş şi al marilor noştri cliniciani Profesorii Marcovici, Buiciu, Stoicescu şi Nanu-Muscel.

A practicat nobila profesiune medicală ca ştiinţă şi artă [illegible] ştiinţă şi devotament.

Va rămâne în galeria marilor noştri medici, după cum în via amintire a celor cari l-au cunoscut de aproape.

D-r M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

* * *

† A. B. MARFAN

La un scurt interval de timp după dispariţia dintre cei vii a Prof. **Adalbert Czerny**, pediatria universală îmbracă iarăşi haina de doliu, prilejuită de data aceasta de pierderea suferită de pediatria franceză în persoana Prof. **A. B. Marfan**, cea mai proeminentă şi cea mai reprezentativă personalitate a pediatriei din ţara sa.

Născut în anul 1858, în Franţa Meridională, a trecut încă de tânăr la Paris, unde a fost atras de faima prestigioasă a şcoalei medicale din acest centru mondial. Fost intern a lui Lasèque, Parrot şi Grancher, influenţa acestor măeştri a lăsat urme neşterse asupra activităţii savantului dispărut acum. Urmă în mod succesiv treptele erarhiei medicale devenind „médecin des hôpitaux" la „Hôpital des Enfants Malades", unde pe acele vremuri nu erau primiţi decât copii care au împlinit vârsta de 2 ani. Singur **Parrot** era obligat să interneze copii mai mici, dintre cei găsiţi şi care mureau cu duiumul căzând jertfă „hospitalism"-ului cu totală lipsă de igienă care stăpânea pe atunci colectivităţile celor mititei. Se intervine şi obţine înfiinţarea unei secţii pentru sugari cu anexa sa de consultaţiuni pentru copiii din prima vârstă, unde **Marfan** are prilejul să aprofundeze cunoştinţele din domeniul igienei şi al patologiei copilului mic.

In 1910, obţine catedra de therapie şi abia în 1914, după ce a fost ales membru al Academiei de Medicină din Paris, i s'a creeat o catedră de „Igiena şi Clinica primei copilării", cu sediul provizoriu la „Hôpital des Enfants malades" şi numai în 1921, transferată la „Hospice des Enfants-assistés".

In 1928, atins de limita de vârstă părăseşte învăţământul, succesiunea fiind preluată de Prof. **P. Lereboullet.**

Activitatea lui didactică, dar îndeosebi cea ştiinţifică a fost vastă şi prodigioasă. A tradus din limba germană, a scris şi a colaborat la manuale de medicină generală, tratatele sale de specialitate însă au devenit clasice şi răspândite în întreaga lume medicală. Amintim aci pe cele mai importante: Leçons cliniques sur la diphtérie et quelques maladies des premières voies (1905). Traité de l'allaitement et de l'allimentation des enfants du premier âge, Introduction à l'étude des affections des voies digestives dans la première enfance, Baillière, Les vomissements periodiques avec acetonémie, Masson, Les affections de voies digestives dans la première enfance, Masson; Le rachitisme et sa pathogénie, Baillière; Quatre leçons sur le Rachitisme, Baillière; Introduction à la médecine des enfants: Hygiène, allaitement, sa croissance, puberté, maladies du nouveau-né, în colaborare cu **Anderodias** şi **Cruchet**, (1923), Clinique des maladies de la première enfance,

Masson, 2 vol. de câte 600 şi 700 pagini, în mai multe ediţii. Impreună cu **H. Lemaire**: Précis d'hygiène et des maladies du nourrisson, par Weill-Hallé, Blechmann, Turquety, Hallerz, Sales, P. Vallery, Radot, Dorlencout, Lavergue, Roudinescou Baillière, 1930, pag. 1078.

Amintim în treacăt numai câteva din lucrările făcute în domeniul tuberculozei. Lui Marfan îi revine meritul de a fi izolat simptomul abdomenului mare („gros ventre rachitique"), din sindromul „carreau ou physcomie mesenterique" individualizat de **Baumès** din Montpellier, dar care înglobase aci mai multe infecţiuni învecinate dar nu identice, ca: peritonita t.b.c., adenopatia tuberculoasă mezenterică, tuberculoza intestinală de tipul ulcerativ sau enteroperitoneală şi abdomenul mare rachitic. A studiat în mod amănunţit problema imunităţii provocate în tuberculoză. După ce **Dieulafoy** (1895) a izolat o tuberculoză ocultă a amigdalelor, împreună cu Lermoyez, Beaup, Aufrecht, Schlencher, **Marfan** admite realitatea căii de penetraţiune amigdaliană a bacilului Koch. Legea lui Marfan (1886) este: **raritatea ftiziei pulmonare ulterioare la indivizii care în copilărie au prezentat leziuni scrofuloase şi adenopatii tuberculoase** care au exercitat asupra lor o acţiune vaccinatorie. Susţine rolul tuberculozei întocmai ca şi pe cel al sifilisului în geneza anumitor forme ale rachitismului. Descrie **tusea bitonală** în adenopatia tracheobronşică prin compresiunea pneumogastricului (în teza **Dora Mantoux**, 1912), după ce **Guéneau de Mussy** a descris tusea „coqueluchoidă şi **Garel** (teză Varcy, 1902, Lyon), tusea de compresiune în aceeaşi afecţiune. Descrie formele apiretice, pe cele cronice de tuberculoză, atrage atenţiunea asupra privirei vioaie şi scânteetoare a micului tuberculos în evoluţie în opoziţie cu privirea calmă şi atonă a micului scrofulos; formele de tuberculoză generalizată fără semne pulmonare ascultătorii ori cu unele foarte reduse numai; descrie cazuri de tuberculoză cu inoculare primitivă intestinală; în cazul tuberculozei localizate individualizează sindromul asociaţiei entero-peritoniale, consistând în balonarea permanentă a abdomenului şi diaree cronică; se ocupă de meningita bacilară la sugari, rezumând simptomatologia: prodrome inexistente sau imperceptibile, cefalalgie imposibil de apreciat, vărsături habituale, dar constipaţie şi retracţie abdominală inconstatate, febră moderată, fontanela sub tensiune urcată, redoarea cefei, convulsiuni cu sau fără hemiplegie, coma şi moartea aduce o contribuţie importantă la prognosticul tuberculozei la sugar: 75% mortalitate în cazurile de t.b.c., dela 0—6 luni, 54% dela 6—12 luni, 40% dela 12—18 luni şi numai 28% dela 18—24 luni; studiază problema intradermo-reacţiei (1924), a raportului dintre astm şi tuberculoză, susţinând că, copiii astmatici nu sunt tuberculoşi într'o frecvenţă mai mare în raport cu cei neastmatici examinaţi în aceeaşi perioadă a vieţii; asociindu-se felului de a vedea a lui **Hutinel, Comby** şi **Audeoud** (Geneva), mai susţine că, determinările cutanate şi denumite tuberculide, în geneza cărora nu intervine bacilul Koch, sunt diferite de cele cauzate de scrofule direct; în opoziţie cu prognosticul relativ al scrofulozei subliniază intensitatea şi chiar violenţa cutireacţiei la tuberculină în acest sindrom. Impreună cu Leon Bernard şi Vitry, Nobécourt şi Aptekmant constată că adenopatia întâlnită la adenoidieni este de natură banală şi întocmai ca şi toate in-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fecţiile acute şi cronice ale plămânului, modifică şi starea ganglionilor mediastinali; se ocupă de granuliile copiilor din cea de a doua vârstă; împreună cu **Heubner** susţine un raport la Congresul de tuberculoză (1905), referitor la protecţia copilului împotriva acestei boli sociale.

De numele lui mai sunt legate sindromele % dolichostenomelia (sau arachnodactilia lui **Achard**), paraplegia spastică datorită sifilisului congenital şi întâlnită dela al 3-lea al 4-lea an în sus, ca aspect clinic; ca leziuni anatomo-patologice, poate încă din viaţa intra-uterină. In 1913, înfiinţează revista de specialitate „Le Nourrisson" pe care a şi condus-o până la moartea sa.

Prof. **Marfan** a activat deci cu o intensitate maximă în domeniul igienei şi al patologiei primei vârste, al rachitismului, tuberculozei, sifilisului, vărsăturile habituale incoercibile cu acetonemie, etc. El grupează afecţiunile tubului digestiv după cele 4 simptome cardinale: vărsături, diaree, constipaţie şi denutriţie.

A contribuit în mod esenţial la combaterea „hosiptalism"-ului. A acordat o atenţiune specială aspectului deosebit pe care-l prezintă difteria sugarului, sub forma de rhinită (vezi şi **Axente Iancu, Turcu, Dariu şi David**: L'emploi des arsénicaux pour la desinfection des porteurs de germes diphtériques dans les collectivités de nourrissons. **Le Nourrisson** 2-e année nr. 6, Nov. 1936, pag. 359 până la 366).

S'a opus mereu creerii puponierelor din cauza dificultăţilor pe care le prezintă, sunt foarte costisitoare şi pline de pericolul epidemiilor.

In ultimii ani după moartea lui Roux a condus „Oeuvre de préservetion de l'enfance contre la tuberculose" (**Grancher**), a cărui membru în consiliul de ad-traţie a fost încă din 1903. Neavând copii, întreaga sa avere a lăsat-o acestei opere.

Marfan a fost un sprijinitor binevoitor şi al românilor ajunşi în serviciul său; numai în 1920—1921, ne-am întâlnit deodată acolo următorii 5 doctori români: **Gh. Banu** (Bucureşti), fost Ministru al Sănătăţii, căruia mai târziu i-a prefaţat lucrarea: L'higiène sociale de l'enfance, 2 volume, format mare 700 şi 1000 pagini, Masson, Paris; **Horia Slobozianu** (Bucureşti), D-ra **Stela Paraschivescu** (Bucureşti), **Stelian Popescu** (actualul director al „Centrului pentru ocrotirea copiilor" din Galaţi) şi **Axente Iancu** (Cluj-Bucureşti), scriitorul acestor rânduri.

Prof. **A. B. Marfan** a fost un erudit şef de şcoală cu puternice ramificaţii în lumea întreagă, un necontestat şi mult respectat conducător al pediatriei franceze cu influenţe hotărîtoare în formarea pediatrilor şi a puericultorilor români.

Prin moartea celor 2 mari pediatri de o factură universală **Adalbert Czerny** şi **A. B. Marfan**, pediatria germană şi cea franceză se înfrăţesc în durere, iar la durerea comună pediatria românească îşi aduce cu respect participarea sa plină de regrete şi de recunoştinţă.

D-r Axente Iancu
Docent Universitar din Cluj
Medic Primar la „Leagănul Sfi. Ecaterina"
Diplomat în puericultură al Fac. de Med. din Paris

BCU Cluj / Biblioteca Centrală de Medicină / Central Medical Library

LAVAGINE

higiena intimă a femeii

ANTISEPTIC

USAJ EXTERN

AMETELI
INSOMNII
TURBURĂRILE
RITMULUI CARDIAC

CEPHALO

REGULATOR
AL CIRCULATIEI
SI SEDATIV
VAGO SIMPATIC

KALMO — NERVIN

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL **NEURO TONIC GHEORGHIU**

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

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

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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

† RAYMOND GRÉGOIRE

1875—1942

Spre sfârşitul lunei Februarie a acestui an, s'a stins din vieaţă la Paris, Profesorul R. Grégoire, unul dintre reputaţii chirurgi ai şcoalei franceze. Elev al lui F. Guyon, P. Poirier şi L. Picqué, Grégoire a urcat toate treptele până la profesorat, trecând prin externat, internat (promoţia 1899), adjuvat, prosectorat şi agregaţie. După numirea sa ca agregat de anatomie la 1910, Grégoire reuşeşte la spitale şi fu numit chirurg al asistenţii publice la 1911. La 1932 fu numit în locul lui F. Lejares la clinica chirurgicală dela Spitalul St. Antoine.

Anatomist emerist, chirurg foarte încercat, profesorul Grégoire era admirat de toţi pentru frumuseţea cursurilor sale clinice, de o mare ţinută profesorală. Artist, profesorul Grégoire desina ca Farabeuf şi făcea sculptură expunând la salonul medicilor. El ne lasă o serie de lucrări de o importanţă covârşitoare: **Anatomia medico-chirurgicală a abdomenului** în trei volume; **Chirurgia esofagului; Tratat asupra anevrismelor arterio-venoase** pentru a nu cita decât pe cele mai importante.

BDU Universitatea Transilvania Brasov

La 1938, este ales membru al Academiei de medicină, şi în acelaşi timp prezident al Congresului francez de chirurgie. Cu această ocazie, elevii şi admiratorii săi i-au remis o medalie, la care au contribuit şi mulţi din foştii săi elevi din România.

M'am bucurat de inegalabila şi preţioasa lui amiciţie. L'am cunoscut pe când eram extern la Bichat, în serviciul lui Lucien Picqué, excelent clinician şi chirurg cam demodat pentru acea epocă. Grégoire era asistentul şi technicianul serviciului. Picqué nu opera fără el, şi de multe ori îi trecea mai toate cazurile grele, lăsând internilor cazurile uşoare şi banale.

Terminând medicina l'am regăsit pe Grégoire la pavilionul de chirurgie dela S-ta Anne, destinat pentru bolnavii chirurgicali din Azilele Senei. Graţie profesorului Paul Berger, care avea o mare influenţă asupra elevului său Picqué, am putut să ocup postul de asistent al acestui pavilion. Aci, dacă mai era nevoie, prietenia între noi deveni şi mai strânsă, prietenie care a durat cât vieaţa i-a îngăduit să activeze pe acest pământ. Rareori am văzut un chirurg mai stăpân pe sine, mai metodic, mai elegant în gesturi ca profesorul Grégoire. Cultura lui generală era imensă. El împărţia cu o bucurie nespusă diagnosticurile grele, raţiunea nuanţată a indicaţiilor terapeutice şi în timpul operaţiilor acte controlate de un creier admirabil de bine organizat. Ce abundenţă de aptitudini, ce varietăţi operatorii, ce fe-

brilă activitate de a pătrunde totul, de a întreprinde totul, de a vindeca orice caz care i se prezenta. Era un dinamic...

Amintirea acestor momente petrecute împreună, nu va dispare niciodată.

Acei cari au asistat la Congresul Național de Chirurgie din Paris, nu vor uita discursul său, în care erau indicate condițiile unei educații chirurgicale moderne și ideale, susținute cu un prestigiu incomparabil și de o sensibilitate pe care o întâlnim numai la oamenii de suflet.

Cu profesorul Grégoire dispare o mare figură a chirurgiei franceze și un sincer prieten al țării noastre.

Emil Gheorghiu

BENZOTROPIN CEPHALO
FIOLE
Indicat în afecțiuni colibacilare, infecțiuni ale căilor urinare și biliare precum și în septicemii.
SUPOZITOARE
Indicat în afecțiunile prostatei, congestiunii prostato - vesiculare, uretrite, cistite, pielo-nefrite.
TABLETE
Asociație cu efect sigur dând urinei reacție acidă. Indicat în afecțiunile urinare și biliare.
MOSTRE GRATUITE LA CERERE MEDIROM S.A.R. STR. OLARI 23 BUCUREȘTI IV - TEL. 2.39.46

ANALIZE

Cărţi
Monografii
Teze

LECŢIUNI CLINICE

de

D. PAULIAN

Vol. II — Fasc. I-II din colecţia Revistei „Spitalul", Bucureşti, Tip. „Cultura" 1941.

Sunt cuprinse în acest volum 31 de lecţiuni clinice, cea mai mare parte făcute în Clinica Prof. A. Jianu dela Spitalul Filantropia, în care o parte dintre bolnavi au fost şi operaţi.

Expuneri concise, punând în evidenţă simptomele cardinale, radiografii clare, însoţite de puneri la punct a patologiei respective — aceste lecţiuni clinice reproduc imaginea unei afecţiuni în trăsăturile ei esenţiale.

De aceea vor fi consultate cu mare folos de studenţi şi de medicii mai puţin familarizaţi cu acest capitol de patologie.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

PIURIA AMICROBIANA

de

M. POPESCU-BUZEU şi C. VLASICIUC

1941, Edit. Revistei Române de Urologie, Bucureşti.

Această monografie, care constitue Fasc. 2 din colecţia „Monografii urologice", tratează despre Piuria amicrobiană numită maladia lui Söderlund-Wildbolz şi despre relaţiile acestei entităţi mobile şi sifilis reno-ureteral, autorul emiţând ipoteza unei infecţiuni sifilitice a aparatului urinar superior, din cauză că cedează repede după câteva injecţii de Neo-Salvarsan.

Interesează de aproape pe specialişti.

M. C.

* * *

MISCELLANEA

Studii de Psichiatrie

de

D. PAULIAN

Bucureşti, Tip. „Cultura" 1940.

In această culegere de lucrări, conferinţe, lecţiuni clinice şi articole ştiinţifice — însoţită de o prefaţă elogioasă scrisă de D-l D-r V. Gomoiu, Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale la acea dată — autorul face **Studii de Psihiatrie**, voind să demonstreze apropierea între Neurologie şi Psihiatrie, fiindu-i uşor unui Neurolog să facă incursiuni în domeniul apropiat al Psihiatrului, care va fi creerul.

Acest fenomen este mai puţin reversibil pentru Psihiatru, pentrucă materia acestuia este mai puţin palpabilă, nu se restrânge numai la substratul anatomo-fiziopatologic al sistemului nervos, ci are legături intime şi cu alte domenii ale patologiei, în special a celei endocriniene.

La fel cu endocrinologia care la noi a fost trecută la neurologie, din motive de ordin bugetar şi nu ştiinţific — confundare de dorit nu pentru un timp îndelungat.

M. C.

* * *

CHIMIOTERAPIA ACTUALĂ A BLENORAGIEI ŞI AFECŢIUNILOR GENITO-URINARE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

M. POPESCU-BUZEU şi A. HALAUCESCU

1941, Edit. Revistei Române de Urologie, Bucureşti.

Monografie care constitue Fasc. 3 din Colecţia „Monografii urologice", şi tratează despre Chimio-terapia actuală a blenoragiei şi infecţiunilor genito-urinare.

Lucrarea se bazează pe studiul a 500 cazuri urmărite şi tratate în Spitalul Militar „Regina Elisabeta" din Bucureşti. A făcut obiectul de teză al unuia din colaboratori.

Expune rezultatul cercetărilor făcute cu toate preparatele sulfamidate descoperite până în prezent.

Concluziile permit D-lui D-r M. Popescu-Buzeu, cunoscutul urolog român, a expune o schemă generală de tratament şi control de folosit de specialişti în primul rând, de toţi medicii în general.

M. C.