ANUL XVI-lea, No. 3—4 MARTIE şi APRILIE 1943

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 şi al Academiei de Ştiinţe 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, din Paris şi din 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. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Organizarea vieţii medicale româneşti din punct de vedere ştiinţific, profesional şi medico-social** 129

REVISTĂ GENERALĂ

PĂUNESCU-PODEANU: **Anul medical 1942** 135

LUCRĂRI ORIGINALE

GH. BÂJEU şi I. DRĂGĂNESCU: **O nouă metodă de tratament în durerile după traumatisme sau infecţiuni** 145

Doc. D-r I. BISTRICEANU: **Nevroza emotivă de război** . . 149

V. GOMOIU: **O nouă contribuţie la studiul ţesutului conjonctiv** 155

GHEORGHE I. GRAMA: **Asupra unei complicaţiuni tardive după rahianestezie** 159

Prof. D-r I. IACOBOVICI: **Consideraţiuni asupra chirurgiei în războiul actual** 165

N. SCHIOPU şi NINA SCHIOPU-VORNICESCU: **Epidemia de tifos exantematic dela Craiova din anii 1941—1942** 171

(Urmare pag. 2 col.)

2649 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

CAZURI CLINICE — Pag.

EMIL COLBAZI şi EMIL I. BOLOGA: **Eritem exudativ multiform ca manifestare secundară în două cazuri de sifilis** 189

GH. BUNGEŢIANU: **Recidivă de cancer uterin asociată cu un sindrom cutanat particular** 197

CONGRESE MEDICALE

REUNIUNEA MEDICALĂ DELA CRAIOVA din zilele de 25 şi 26 Martie 1943: 201

Dare de seamă asupra organizării şi activităţii „Societăţii de medicină din Oltenia" 203

Memoriu asupra creerii unui centru de învăţământ medical superior la Craiova 209

ORGANIZARE SANITARA A STATULUI

Al doilea an de activitate la M-terul Sănătăţii şi Ocrot. Sociale 215

CONSILIUL SANITAR SUPERIOR

Unificarea şi raţionalizarea luptei împotriva tuberculozei . . 223

Organizarea vieţii ştiinţifice şi profesionale medicale . . . 224

COLEGIUL MEDICAL

H. MAKELARIE-C.-Lung: **Colegiul medical organ de disciplină şi ocrotire profesională** 227

ANALIZE

Activitate ştiinţifică... pag. 233. — **Infecto-contagioase...** pag. 234. — **Inimă...** pag. 235. — **Pediatrie...** pag. 236 . . . . . .

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Colaboratori... pag. 1. — **Din sumarele viitoare...** pag. 2. — **Lucrări primite la redacţie...** pag. 4. — **Publicitatea caselor farmaceutice...** pag. 6. — **† Medic Cpt. D-r Simon Teofil (1903—1942)...** pag. 7. — **Prof. C. C. Dimitriu...** pag. 11. — **Boala lui Beethoven...** pag. 13. — **Tuberculoza ca boală şi problemă socială** (Lecţie inaugurală)... pag. 15. — **Notiţe terapeutice...** pag. 19. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** pag. 20. . . . . .

ORGANIZAREA VIEȚII MEDICALE ROMÂNEȘTI DIN PUNCT DE VEDERE ȘTIINȚIFIC, PROFESIONAL ȘI MEDICO-SOCIAL

In ședința Consiliului Sanitar Superior din 10 Februarie 1943, a cărei dare de seamă este prezentată la pag. 226—227 ale acestui număr, a fost pusă la ordinea de zi chestia organizării vieții medicale pe județe și regiuni din punct de vedere științific și profesional, cu: I. Stabilirea unui program de activitate științifică prin: a) Reuniuni științifice lunare la reședința județului; b) O Reuniune anuală la reședința regiunei, pentru sediul regiunilor propunându-se: București, Craiova, Constanța, Galați, Iași, Sibiu, Timișoara, Cernăuți și Chișinău; c) Organizarea bibliotecilor tuturor serviciilor sanitare și medicale; d) Apariția unor anuare cari să prezinte problemele locale odată cu activitatea desfășurată în cursul unui an în instituțiile dintr'un județ sau separat în spitalele mari; — II. Stabilirea programului de acțiune pentru a realiza pe plan profesional o strânsă și colegială colaborare între toți medicii unui județ; — III. Colaborarea medicilor de toate categoriile la acțiunea sanitară ce urmează să se desfășoare în fiecare județ;—IV. Rolul Membrilor Consiliului Sanitar Superior în conducerea și animarea nouei vieți medicale românești.

Cu această ocazie am expus în esență vederile noastre luând cuvântul la discuție, pentrucă de ani de zile ne aplecăm asupra problemelor care privesc viața medicală românească, probleme pe care le-am desbătut pe larg în diferite epoci în coloanele revistei „Mișcarea Medicală Română" — deci în cunoscător cel puțin al problemelor generale.

Vederile largi, care îmbrățișează totul, pot aduce o contribuție utilă la stabilirea unui program de ansamblu, precum acesta. Actuala conducere sanitară are o vedere largă a orizontului medical românesc, pe care l-a cuprins în Legea de Organizare Sanitară a Statului, elaborată de curând și pe cale de promulgare. Spiritul de desvoltare armonioasă a conceptelor, de coordonare a activităților sanitare, de colaborare a factorilor chemați să le exercite, de unitate de comandament a conducerii puse să o dirige — îi stau la bază. La fel în elaborarea programului chestiunei puse azi la ordinea zilei, care pune problema și dă indicațiuni de rezolvare. Părerile expuse până acum în ședință constituesc contribuțiuni de luat în considerare cu cea mai mare atenție,

dar ele sunt parțiale. **Viața medicală trebuește considerată și soluționată în general**, ținându-se seamă atât de detalii cari pot compromite ansamblul, pe cât de dispozițiunile generale care nu pot prevedea totul. Organizarea vieții medicale sub aspectul științific, profesional și medico-social va avea în vedere **condiționarea simultană a tuturor aspectelor cari constituesc tot atâtea fețe ale aceleiași piramide** care stă cu *baza implantată pe prezent, pe local și pe individual*, iar cu vârful este îndreptată spre viitor, spre general și spre colectiv; care așezată mai solid pe orașe, se întoarce spre sate; — ea impune soluțiuni rapide de prezent și face prevederi exprese pentru viitor; — și privește pe bolnavi și sănătoși; boalele și bolnavii; pe medici în viața lor profesională, personală și familiară.

In programul vast al organizării totale a vieții medicale românești, care se întinde dela anii de studiu ai facultății până la limita vârstei de retragere la pensie, sunt câteva momente din viața profesiunei și a **medicului a căror soluționare la noi trebue întreprinsă cu precădere**, iar restul eșalonat în timp, prin punerea la contribuție și prin mobilizarea tuturor competințelor și a valorilor chemate să le resolve.

1. Astfel, în esență, din punct de vedere **științific**, trebuește întreprinsă o **reformă a programului de studii al învățământului medical** (paralel cu reforma învățământului primar și secundar cari pun bazele cultivării generale și a sănătății minții), prin introducerea stagiului de spital din primii ani, împreună cu învățarea propedeuticii și a semiologiei cari constituesc cea mai bună introducere la studiul medicinei; — acordarea unui rol mai activ policlinicilor în instrucția studenților; — instituirea obligatorie a externatului și desăvârșirea internatului; — susținerea elitelor și introducerea lor în învățământ; — acordarea de titluri onorifice și folosirea titularilor pentru învățământ; — dotarea potrivit cu necesitățile învățământului și cu progresul științelor medicale a clinicilor și laboratoarelor; — creșterea capacității de primire a facultăților noastre de medicină și înmulțirea centrelor de învățământ medical superior potrivit cu necesitățile țării și ale organizării sanitare a statului; — întreținerea și reîmprospătarea cunoștințelor prin cursuri periodice de perfecționare, prin formarea de societăți medicale, prin susținerea și supravegherea presei medicale.

Toate neajunsurile semnalate la noi din acest punct de vedere vor fi, deci, remediate prin **Organizarea de bază a învățământului medical**, potrivit cu nevoile noastre și datele științei medicale moderne.

2. *Din punct de vedere profesional*, trebuește **reglementată practica medicală prin intermediul Colegiilor medicale**, cari trebuesc reorganizate și întărite. Raporturile dintre medici, reclama, dicotomia — cari fac obiectul deontologiei, sunt de reglementat; — împedecarea speculării suferinței omenești — care constitue însu-și scopul și baza morală a medicinei chemată să o aline, în practica de toate zilele și mai ales în instituțiunile medico-sanitare ale statului, trebuește interzisă în termeni expuși, împedecată prin toate mijloacele și aspru sancționată prin texte de legi; — stârpirea practicei ilicite a medicinei și reglementarea în

concordanță a practicei farmaciei, printr'o legislație efectivă și rapidă; — o impunere fiscală după anumite norme; — stabilirea de onorarii minimale (în favoarea medicilor) și maximale (în favoarea bolnavilor); — împrumuturi pentru începători, ajutorări pentru împovorați și bolnavi, pensii satisfăcătoare pentru cei retrași; — raționalizarea slujbelor prin stabilirea unui plafon în comparație cu ceilalți cari nu au; — remediarea insuficienței de salarizare prin acordarea de împroprietărire, exploatare sau prin prime de salarizare; — cooperative de aprovizionare pentru satisfacerea necesităților membrilor corpului medical; — asimilarea în grade militare echivalente — sunt tot atâtea probleme practice, de rezolvat, a căror soluționare în favoarea medicilor le va face viața mai plăcută, mai armonioasă, le va crește puterea și dorul de muncă, le va apăra demnitatea, le va susține prestigiul și mai ales va nivela inegalitățile de existență, cari amărăsc viața și lasă obidă în suflete, deprimă și paralizează avântul.

Toate inconvenientele rezultate la noi, în această privință, sunt de resortul **Colegiilor Medicale**, și trebuesc obviate prin **reglementarea practicei medicale.**

3. Organizarea vieței medicale din **punct de vedere medico-social**, azi — când mergem spre **etatizarea medicinei**, spre **asigurarea în masă** a tuturor categoriile de muncitori manuali și intelectuali, spre **românizarea etnică a profesiunei**, spre **apărarea patrimoniului biologic al națiunei** amenințată cu pericol de moarte în viitor — comportă rezolvarea de urgență a problemei numărului medicilor și a repartiției lor judicioase în țară (ne trebue un număr dublu de medici; la țară trebue cel puțin un medic la 3500 locuitori, în loc de 1 la 7000 ca în prezent; trebue împedecat șomajul medical dela orașe și penuria dela sate), ceea ce nu se poate obține prin umflarea până dincolo de refuz a actualelor facultăți de medicină și trebuește înființat de urgență un al 4-lea Centru de învățământ medical superior; astfel se va evita degradarea formației medicale și se va proporționaliza într-o câtva numărul facultăților de medicină la cifra populației care cere o facultate de medicină la circa 4 milioane locuitori. Medicilor repartizați la sate li se va ameliora condițiile de viață, pentru ca să rămână fixați pe loc. Se va aplica în mod efectiv principiul descentralizării cu încurajarea inițiativei și a responsabilității personale. O unitate de comandament suprem va asigura principiul diviziunii muncii; al unei repartiții juste a instituțiilor medico-sanitare; al unei colaborări și coordonări a activității tuturor, fie că aparțin Ministerului Sănătății sau Institutiilor autonome, (aceste instituțiuni vor căuta să facă în primul rând spitale cu servicii cari nu sunt în localitate, bolnavii diferitelor instituțiuni repartizându-se în comun). Învățământul medical va ține seamă de necesitățile stării sanitare a țării, formându-i specialiștii de cari are nevoie.

Toate lipsurile constatate la noi, din punctul de vedere al activității medico-sociale, **incumbă Organizației sanitare a statului** să le semnaleze și să le remedieze, căci are acest drept și datorie — așa precum și le-a înțeles actuala conducere sanitară.

* * *

In ceea ce privește stabilirea programului de activitate pus la ordinea de zi, prin care se urmărește organizarea vieții medicale pe județe și regiuni, — bazându-ne pe considerațiile făcute mai sus, referindu-ne la cele scrise de noi în repetate rânduri în coloanele revistei ce avem onoare a conduce, și mai cu seamă luând ca exemplu realizările corpului medical oltenesc în această privință — socotim că:

1. — Activitatea de ordin științific care se va desvolta în: a) și b) Reuniuni științifice lunare la reședința județului și anuale la reședința regiunei, — termenele de întrunire sunt judicios alese — intră în atribuțiunile Colegiilor medicale, cari tebue să-și organizeze o secție științifică (art. 158 din Legea de Organizare sanitară a statului). Această secție nu poate fi organizată decât ca o Societate de medicină științifică cu Statutele și Regulamentul necesare pentru această funcționare și cări, la toate și peste tot, sunt cam aceleași. In Adunarea generală, membrii Colegiului vor alege odată cu Comitetul filialei, împreună cu Comisia de disciplină, și Comitetul secției științifice sau această atribuție poate rămâne Comitetului care dupe cum este obligat să aleagă comisia de poliție sanitară va fi indrituit să aleagă și Comitetul secției științifice, având în vedere că acest Comitet va trebui să fie prezidat de Președintele Colegiului, iar alegerea celorlalți membri se va face dupe anumite norme cari să permită introducerea în Comitet ca membri a tutulor categoriilor de medici, astfel: să intre conducătorul spitalului mai mare din localitate (care va fi Secretarul General, Sediul secției și întrunirile de ordin științific, trebuind să aibă loc la un spital), Medicul primar al județului, un Medic urban, un Medic rural, un Medic din partea marilor instituțiuni autonome (precum: Asig. Sociale, C. F. R., P. T. T.), un Medic militar, un Medic practician și încă unul sau mai mulți Medici cu reputație cari nu ar fi putut intra ca reprezentanți ai categoriilor de mai sus — membri cari vor îndeplini funcțiunile de Vice-președinți, Casier, Bibliotecar, Secretari de ședință, Cenzori; — funcțiuni inerente unei activități de ordin științific desfășurată într'o atare Societate. Acest fel de organizare, pentru o activitate științifică, Medicii din Oltenia și-au dat-o încă din 1934, când au înființat Societatea de Medicină din Oltenia cu filiale în fiecare județ și au readaptat-o în cursul anului 1942 la compunerea actuală a Colegiilor medicale, cari prevăd organizarea unei atari secții științifice în fiecare județ. Afilierea secțiilor prin confederalizare sau contopire la o Societate mare regională, precum a Olteniei, a Ardealului, a Bucovinei, a Basarabiei, ș. a., prezidate de Inspectorul g-ral sanitar respectiv, va întreține viața acestor Societăți, asigurându-le numărul de membri și înlesnind practicarea unui regionalism medical științific activ. Organizarea secțiilor științifice județene în felul arătat mai sus este indispensabilă în centrele mici, mai ales de provincie, evitând competițiunile, fricțiunile, desinteresarea și inerția. Onor. Minister va putea introduce în Regulamentul legei sanitare această organizare a Secțiilor științifice a Colegiilor medicale, pentru a le scuti de demersurile de făcut la autoritățile locale ca să le recunoască calitatea juridică. In repetate rânduri am expus pe larg în coloanele revistei „M. M. R."

acest fel de organizare pentru desvoltarea unei activităţi ştiinţifice locale şi regionale, posibile şi reale, nu numai de dorit şi de neatins, care în Oltenia a dat cele mai bune rezultate. c) Organizarea de biblioteci în toate serviciile şi instituţiunile medico-sanitare ale Statului, care a început prin abonarea din oficiu la numeroase periodice medicale româneşti, trebue stimulată şi controlată. d) Activitatea de ordin ştiinţific, profesional şi medico-social desfăşurată local şi regional va putea apare în Anuare locale sau Periodice regionale sau în Buletinul actual al Ministerului.

II. — Va intra în atribuţiunile filialelor Colegiului să stabilească programul de acţiune pentru a realiza pe plan profesional o strânsă şi colegială colaborare între toţi medicii unui judeţ.

III. — Colaborarea medicilor de toate categoriilor la acţiunea sanitară trebue strict reglementată, nu formulată ca un deziderat, şi să fie condusă de organele de resort erarchice ale organizaţiei sanitare. Va fi locul a lua în considerare instituirea vechilor echipe de ofensivă sanitară, de tristă memorie prin modul cum au funcţionat, cari vor trebui să activeze pe un teren pregătit şi continuat de o activitate susţinută din partea medicilor locali de circumscripţie rurală; — altfel munca le va rămâne în vânt, va constitui o fanfaronadă în plus şi va oferi numai o ocazie binevenită pentru ca cei din echipe să-şi împartă în mediul rural cărţile de vizită.

Repartiţia pentru stagiul de vară la ţară a studenţilor din ultimii ani de studii, obligaţia ca absolvenţii noi ai facultăţilor să facă un stagiu de 2 ani ca medici rurali, îndreptarea bolnavilor dela ţară şi dela oraşe către specialişti, adresarea către spitale pe cale oficială a bolnavilor nevoiaşi cari au nevoie de internare sau operaţie — vor realiza un fericit început de asanare generală a populaţiei ţării.

IV. — Rolul Consiliului Sanitar Superior este de a constitui un Organ consultativ al Ministerului, iar al Membrilor de a supraveghea, îndruma şi coordona acţiunea sanitară pe teren. Formula, „Un profesor universitar pentru fiecare judeţ", trebue complectată cu acea „Un membru al Consiliului Sanitar Superior pentru un judeţ", membrilor acestui Organ corporativ medical incumbându-le datoria de a conduce şi anima noua viaţă medicală românească.

M. CÂNCIULESCU.
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELEUDRON

Remediul chimioterapeutic

de extraordinară eficacitate contra

infecţiunilor cu gonococi
infecţiunilor cu pneumococi
infecţiunilor cu stafilococi
infecţiunilor cu meningococi

Efect formidabil şi în disenterie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezorbţie şi eliminare rapide şi complete,
de aceea nici un pericol de cumulare

Toleranţă perfectă.

Tub cu 20 tablete de 0,5 g.

»Bayer« BAYER Leverkusen

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

ANUL MEDICAL 1942

de

D-r PĂUNESCU-PODEANU

In anul care a trecut, viața medicală s'a resimțit mai adânc decât în anii precedenți, de freamătul războiului. Atât în preocupările științifice cât și în domeniul medicinei practice.

In bună parte în slujba războiului, medicina și-a îndreptat eforturile mai ales spre latura practică. Interesul cercetărilor s'a deplasat mai mult spre problemele medicinei de război și ale medicinei sociale; iar munca medicală a fost mai ales o muncă pe teren, în rândul luptătorilor în apropierea liniilor de luptă și — mai departe — în spitalele și instituțiile de sănătate ce au împânzit lumea.

Știința medicală a fost mai vitregită. Lipsită de condițiile optime de lucru, de tihnă de continuitate, lipsită de mulți din slujitorii ei plecați la datorii mai înalte ale momentului, ea a produs mai puțin. Mai puțin lucrat, ogorul științei a rodit mai slab.

Literatura medicală are puține lucruri care să merite a fi menționate. Nicio problemă dominantă. Nicio achiziție deosebită. Niciun progres remarcabil. Multe articole evocatoare sau recapitulative; încercări noi cu metode vechi; reeditări de probleme ale anilor precedenți. Noțiuni noi sunt destul de puține și disparate. Vom menționa sumar pe cele câteva de interes mai deosebit.

In fruntea tuturor chestiunilor, prin numărul publicațiunilor stă sulfamidoterapia. Lucrările lui Stickl și Gärtner (Dtsch. Med. Wschr. No. 20), Panaitescu și Bruckner (Rev. Șt. Med. No. 7—8) Stroe, Irofti Bruckner, Mihai (Rom. Med. No. 19), Lupescu (idem No. 22), au introdus disenteria în câmpul de aplicațiune al medicației sulfamidice, arătând bunele efecte ale sulfatiazolului în această boală. Folosirea locală a sulfamidelor s'a întins. Printre articolele privind această chestiune, acel al lui Eunicke (Fschr. Ther. No. 1) este mai deosebit. Harild (Ztschr. Chir. No. 14) recomandă aplicarea intraperitoneală, iar Friderichsen (Mschr. Kind. No. 90) administrează în pneumonia copiilor o doză mare unică de sulfapiridină (Stosstherapie). Weitkamp tratează guturaiul prin inhalații de prontosil solubil (Kinderärztl. Praks. No. 6). Și din nou Domagk a insistat asupra efectelor remarcabile ale acestei terapii asupra infecției gazoase (Kl. Wschr. No. 20).

Din numărul apreciabil al suferinţelor mari sau mărunte ale patologiei sunt câteva, a căror tratare a tras, se pare, foloase, din străduinţele desfăşurate în anul trecut. Tratamentul cu hormoni sexuali al ulcerului gastric, inaugurat nu de mult de Parade, a fost larg experimentat în Germania, unde — judecând după literatura la care a dat loc — se bucură de bună apreciere (pe care noi, după o experienţă slabă, nu o împărtăşim însă). Metodei originale, sprijinită pe foliculină, pe care recent Schittenhelm o laudă (Dtsch. med. Wschr. No. 2), i s'au adăugat în ultima vreme o serie de variante. Walinski (Dtsch. med. Wschr. No. 33), face un tratament cu foliculină şi hormon testicular, la fel cu Löwenstein (Münch. med. Wschr. No. 28). Scheller se arată mulţumit şi după tratamentul cu preparatele oestrogene sintetice, — preparatele de stilben, — (Med. Welt. No. 25), pe care de altminteri le recomandă şi Schittenhelm (op. cit.), dar de care Löwenstein e mai puţin mulţumit. Korbsch (Dtsch. med. Wschr. No. 17) recomandă hormonul corpului galben, iar Köhler şi Fleckenstein (Dtsch. med. Wschr. No. 19), hormonul cortico-suprarenal, pe care îl socotesc drept cel mai mare activ din tratamentele actuale. Cât despre foliculină, ea poate da uneori rezultate chiar pe cale perlinguală (Schittenhelm).

O lucrare a lui Oettel şi Franck (Z. exp. Med. No. 4), demonstrează acţiunea favorabilă în insuficienţa hepatică, a hormonului corticosuprarenal, lucru cunoscut de altminteri din anii precedenţi.

Aceeaşi revenire la formule de tratament mai vechi şi în alte boli şi sindroame. In astm Lebinski (Ther. Ggw. No. 3), dă preferinţă injecţiilor de aur, Venzmer (Med. Welt No. 13), unei combinaţii endocrine în care, alături de adrenalină şi hormon retrohipofisar intră şi parathormon; iar Bellinger arată rezultate satisfăcătoare în urma folosirei unui preparat adrenalinic în tablete, de administrat perlingual (Wien. kl. Wschr. No. 18). Niciuna din lucrări nu lasă însă o impresie convingătoare; poate doar numai aceia a lui Dudan (Schw. med. Wschr. No. 30), care a obţinut un procent ridicat de vindecări de astm prin ionizări de histamină.

In tratamentul Basedow-ului, pe lângă tratamentul iodic, per os sau în injecţii, care îşi arată mai departe eficacitatea (Westermann, Kl. Wschr. No. 45/941 şi Pieber, Wien. kl. Wschr. No. 3/942), au mai dat rezultate satisfăcătoare, preparatele oestrogene sintetice (Oberdisse, Kl. Wschr. No. 11). Von Haberer (Arch. kl. Chir. No. 4/941), insistă de asemeni asupra importanţei unei intervenţii mixte, asupra tiroidei şi asupra timusului, în tratarea Basedowului, participarea acestei din urmă glande la patogenia bolii fiind destul de mare.

Tot în domeniul endocrinologiei mai este de semnalat încă, din literatura anului trecut eficacitatea, în tratamentul boalei lui Addison, a hormonului cortico-suprarenal în administrare perlinguală (Heni, Dtsch. med. Wschr. No. 7; Thaddea, Kl. Wschr. No. 50/941). Calea perlinguală este superioară celei bucale; e nevoie însă de doze ceva mai crescute decât în cazul unui tratament parenteral, în injecţii.

Cât priveşte hormonul thymic, descoperit acum doi ani de Bomskow, el a determinat o serie de studii, cu rezultate adeseori contra-

dictorii). Anselmino şi Lodz, Kl. Wschr. No. 48/941; Rechenberger, idem No. 8/942; Bomskow, idem No. 7; Albers şi Atanasiu, Z. exp. Med. No. 1).

Turburările circulatorii periferice beneficiază destul de mult — după lucrările ultimului an, care confirmă observaţiuni precedente — de tratamentul hormonal cu extracte testiculare (Ernst, Wien. kl. Wschr. No. 7). Endarteritele obliterante sunt astfel destul de bine influenţate; acestea sunt favorabil modificate şi printr'un tratament cu hormon corticosuprarenal (Bähl, Dtsch. Z. Chir. No. 7).

In bolile reumatice, Ratschow (Ztschr. Rheum. No. 4) a reevidenţiat acţiunea favorabilă a acetilcolinei, (asociată sau nu cu novocaină), despre care s'a mai scris în anii precedenţi. Kalk (Kl. Wschr. No. 17), a accentuat şi el asupra cunoscutei acţiuni folositoare a histaminoterapiei percutane, aplicată prin iritaţie locală, mecanică a pielii sau prin ionizări. Iar Hoschek (Wien. kl. Wschr. No. 4), a obţinut rezultate remarcabile prin injecţii de Paragen, în reumatismul muscular (lucru pe care l'am obţinut şi noi).

O noutate mai deosebită o constituie, pentru tratarea diferitelor **granulocitopenii**, preparatul organoterapic denumit de descoperitorul lui, Granocytan. Granulocytanul este o substanţă ce se găseşte în măduva roşie şi galbenă a oaselor, în ficat, în serul sanghin şi în mucoasa stomacului şi a intestinului. Se pare că e secretată de această mucoasă, e depozitată în ficat, de unde e eliberată după nevoile organismului. Lucrează asupra măduvei osoase reglând producerea de granulocite. Baumann a putut-o izola în ultimii ani. In anul care a trecut, Bayer (Feschr. Ther. No. 7), a publicat un studiu demonstrând buna acţiune a Granuloytanului asupra sindromului agranulocitar, iar Pfeiffer (Kl. Wschr. No. 27), i-a semnalat efectul protector contra acţiunii leucopenice a iradiaţiilor cu raze X. Pentru Bayer, acţiunea acestui produs este net superioară celei a nucleotratului. Efectul favorabil pe care îl au uneori (deşi destul de relativ) transfuziile şi hepatoterapia, în stări granulocitopenice, s'ar datora tocmai acestei substanţe şi acţiunii ei stimulente asupra măduvei osoase.

Câteva lucrări provenind dela stomatologi (Fenner, Haus, Ganslmayer, în Zahnärztl. Rdsch. No. 16 şi 26; refer.), tind să demonstreze de asemenea eficacitatea deosebită în toate **infecţiunile focale**, dentare sau cu altă localizare, a unui ser polivalent denumit „Antisepton Ganslmayer" 600 sau 800 (ultimul având adăogate şi antigene capabile de a produce o imunizare activă şi mai prelungită). Preparatul poate da deseori reacţiuni focale, la primele injecţii, reacţiuni care ajută pe clinician, fixând astfel diagnosticul, precum şi sursa suferinţelor. Rezultate favorabile s'au căpătat în diverse turburări reumatice, catarale, nevralgice (Haus), în osteomielite (Ganslmayer).

Scabia, care pe cât se pare a fixat mai mult atenţia cercetătorilor ca în alţi ani, a căpătat mai multe metode noi de tratament. Wawersig (Med. Welt No. 5), a recomandat un tratament cu bază de hiposulfit de sodiu şi acid clorhidric, ieftin, simplu, practic, fără grăsimi şi alcooluri. Vonkennel (Med. Welt No. 12), Lutz (Schw. med. Wschr. No. 42/941), Glass (Wien. med. Wschr. No. 35), s'au

servit de preparate cu bază de benzoat de benzil, iar Hopf (Med. Welt No. 30), de un medicament cu bază de fenol. In tratarea epilepsiei, Lehoczky (Wien. med. Wschr. No. 42/941), acordă o mare importanță difedanului (natriumdifenilhidantoin), care a mai fost primit cu bune aprecieri în anii trecuți. Iar Simonini cu Zanello (Kl. Wschr. No. 49/941), folosesc în crizele subintrante epileptice și în starea de rău astmatic, injectând cu luminal sodic făcute suboccipital în doză de 0,22 ctg. (Alături de D-l D-r D. Grigorescu, și singur de câțiva ani încoace am practicat de zeci de ori această terapeutică, injectând uneori și 0,30 ctg. luminal suboccipital în diverse cazuri și stări de epilepsie și ne-am convins de valoarea ei ca metodă simptomatică potențată: influența mai directă și mai intensă a luminalului asupra centrilor nervoși suprimă mai curând criza și întârzie evident reapariția ei).

In stări de slăbiciune fizică și de astenie, Sauerer (Schweiz. med. Wschr. No. 10), a avut mulțumitoare efecte după administrarea de hormon cortico-suprarenal, iar Bock prin hormon testicular (Münch. med. Wschr. No. 6).

O mențione specială merită câteva noțiuni noi, relevate în ultima vreme. Una este aceea a uretritelor cu trichomonade la bărbați, (pe care o înfățișează Schönfeld în Med. Welt No. 8/942), al căror diagnostic îl face examenul sedimentului urinar proaspăt, necolorat, potrivind lumina cu diafragma. Cealaltă este a cefaleelor de origină histaminică (Horton, Journ. Am. Med. Ass. No. 5/941, refer.). Cefaleea histaminică apare și dispare brusc; se însoțește des de fenomene vasomotorii și secretorii oculonasale, apoi adeseori are program fix. Se influențează favorabil printr'un tratament histaminic desensibilizant. (Am observat acum câțiva ani un caz de cefalee, care apărea brusc, la un interval relativ fix după mese și a cărei declanșare era în evidentă legătură cu o masă copioasă. Suferințele, rebele la toate antinevralgicele, și pe care le-am interpretat drept allergice, s'au vindecat printr'un tratament desensibilizant cu torantil-autohemoterapie-peptonă).

In sfârșit, mai merită să fie semnalat articolul lui Fischer (Dtsch. med. Wschr. No. 50/941), o reacție nouă, simplă, practică, rapidă, de diagnostic în sifilis: Trockenblut — M. E. R. II. Despre o astfel de reacție au scris și la noi D-rii Lupu, Teleman, Zăinescu, în România Medicală No. 15—16.

Acestea sunt cele câteva noțiuni mai importante, relevate în cursul anului trecut, în medicina practică. Războiul a adus și el câteva preocupări deosebite în știința medicală. S'au studiat mai cu interes câteva boli particulare vremurilor de frământare, s'a adâncit cercetarea unor probleme de nutriție în raport cu condițiile alimentare actuale, iar chirurgii s'au străduit mai mult să rezolve problemele complexe ale patologiei câmpului de bătaie. Tifosul exantematic a produs mai ales o literatură bogată. Sforțările de a face un diagnostic rapid și precoce au dus la stabilirea unor fapte și metode noi. Hallmenn (Dtsch. mil. Arzt. No. 3), apoi Tietz și Hallé (idem No. 6), au descris câte o metodă de diagnostic rapid serologic, bazată tot pe aglutinare, capabilă de a fi făcută cu o picătură de sânge la patul bolnavului. Rehder a atras atenția asupra valorii, ca simptom precoce,

a corpusculilor lui Döhle, în leucocitele polinucleare, ca la scarlatină (Münch. med. Wschr. No. 22). Iar Dietrich (idem No. 16), recomandă asigurarea diagnosticului prin cercetarea la microscop, după fixare şi colorare, a unei mici porţiuni din piele, cu roseolă. Prezenţa infiltratelor groase din jurul arteriolelor straturilor superficiale ale pielii, constitue elementul caracteristic. In materie de epidemiologie: Liebau (Kl. Wschr. No. 18), atrage atenţia asupra posibilităţii de infectare prin murdărirea cu sânge dela bolnav, iar o observaţie a lui Dormann (Münch. med. Wschr. No. 25), de propagare prin transfuzie dela un bolnav în incubaţie, certifică această posibilitate şi arată că încă din incubaţie sângele bolnavului este infectat. Tratamentul nu se bizue încă pe mijloace sigure. Mai ales simptomatic şi cu deosebită atenţie asupra aparatului circulator. Sulfamidele nu au efect. (Wirtz, Z. inn. Med. No. 25; Menk, Kl. Wschr. No. 8; Balş, Bull. Soc. Hôp. Buc., No. 3—4), decât în complicaţii septice. Meerendonk (Dtsch. mil. Arzt No. 4), ar fi observat bune efecte după atebrin, mai ales dacă e urmat de plasmochin. Iar Sturm (Münch. med. Wschr. No 34), ar fi obţinut foarte bune rezultate prin AT 10 şi calciu.

Literatura medicală a anului mai cuprinde studii asupra unei **leptospiroze** observate în sudul Franţei (Jusatz, Z. Hyg. No. 3/941), asupra **Febrei de Wolhynia** (Sylla, Med. Kl. No. 31; la noi Ursu, Vâlceanu, Perianu, Ardealul med. No. 8), asupra **tularemiei** (Jusatz, Med. Welt No. 33; Schmidt, Med. Kl. No. 30).

Chestiunea **hepatitei epidemice**, boală mai des observată în cursul războiului actual, a dat loc de asemeni la o amplă literatură (Siede, Kl. Wschr. No. 43/941; Dietrich, Dtsch. med. Wschr. No. 1; Voegt, Münch, med. Wschr. No. 4 şi Med. Welt No. 32; Kämmerer, Med. Welt No. 32; Gutzeit, Münch. med. Wschr. No. 8). Problema nosologiei este intens discutată, mai ales în ce priveşte relaţiunile hepatitei epdiemice cu icterul cataral. Majoritatea autorilor tind să apropie aceste două boli (Dietrich), mai ales sub raportul anatomopatologic (Voegt). După alţii e vorba însă de două boli net diferite (Siede). Cauza hepatitei epidemice ar constitui-o un virus filtrant, aflat în sucul duodenal al bolnavilor şi care a fost în parte studiat (Siede). Ingestia de suc duodenal provenind dela un bolnav, a putut determina în mai multe cazuri alteraţiuni hepatice evidente şi într'un caz chiar tabloul clinic, ceva mai atenuat al hepatitei epidemice, după o incubaţie de patru săptămâni (Voegt). Boala lasă imunitate, iar în tratament, în afară de mijloacele comune tratamentului icterelor şi insuficienţii hepatice, se mai poate recurge în cazuri serioase la ser de convalescent (Dietrich).

Tot ca o consecinţă a războiului, **degerăturile** au avut parte de un studiu mai intens. Sauerbruch le-a închinat şi el un articol (Dtsch. mil. Arzt No. 8). Printre tratamentele recomandate în urmă: pudrajul cu pulbere de marfanil-prontalbin (Goecke, Münch. med. Wschr. No. 24); pulverizaţii cu clorur de etil, în formele uşoare, de grad I (Mettenheim, Med. Welt No. 13); simpatectomia periarterială (Schürer, Zbl. Chir. No. 12; Filipovici, idem No. 34 şi Ardealul med. No. 11), pomada cu Defoxin (Grätz, Wien. med. Wschr. No. 12), învelişuri

de talc (Gomoiu, Mişc. Med. Rom. No. 5—6). De semnalat şi buna acţiune a alcoolizării plexurilor simpatice în cauzalgii, obţinută de Philippides (Münch. med. Wschr. No. 24), şi Paulian (Spitalul No. 5—6), precum şi efectul favorabil asupra plăgilor, al ureii şi al clorofilei şi hemoglobinei (efect cunoscut mai dinainte, dar reactualizat de Sparmenn, Zbl. Chir. No. 12 şi Bürgi, Z. exp. Med. No. 2).

In sfârşit, în domeniul nutriţiei, numeroase studii publicate, dovedesc interesul problemelor alimentare ridicate de timpurile actuale. Merită — pe lângă altele, o oprire şi o menţiune specială, noţiunea legăturilor cari pot exista între diverse carenţe alimentare, vitaminice şi unele boli cu etiologie precisă. In anul care a trecut, Dötzer (Kl. Wschr. No. 18), a demonstrat experimental nefasta influenţă a carenţei de vitamină C asupra infecţiei dizenterice, iar Peraita (Arch. Psych. Neur. No. 4), are un studiu extrem de documentat asupra neuropatiilor prin hrană insuficientă, cu o experienţă largă căpătată din timpul războiului spaniol. (Asemenea noţiuni mai sunt cunoscute încă dinainte. Se cunoaşte acţiunea folositoare, de apărare contra infecţiunilor, a vitaminei C; — Champy, la Acad. fr. med. 5-III-1940, a arătat rolul carenţei de B1 în determinarea degerăturilor iar Sartory la Acad. fr. Sc. 26-II-1940, a dovedit buna influenţă a vitaminei C în accidentele datorite frigului. Observaţiuni făcute la faţa locului, în apropierea liniei de luptă, ne-au convins şi pe noi de rolul foarte important, pe care trebue să-l aibă carenţele vitaminice inerente frontului, în patologia medicală a războiului).

La noi, viaţa medicală şi-a continuat cursul, cu oarecari modificări. Influenţa vremurilor s'a făcut simţită asupra producţiei ştiinţifice autohtone; mai ales în ce priveşte cantitatea. Dar tot s'a muncit şi s'au publicat lucruri foarte meritoase. Am semnalat deja unele din ele în prima parte, alături de noutăţile străinătăţii. Foarte multe, toate chiar merită atenţie. Pentru interesul lor practic imediat, sunt încă unele care trebuesc menţionate. Şi cu titlul de exemplificare. Astfel tratamentul cefaleelor prin anestezia nervilor occipitali (Papilian şi colab. Ardealul med. No. 5 şi 8; România med. No. 9); tratamentul cu pilocarpină în bronşiectazii, apoi în tuberculoză pulmonară, adjuvant pneumotoraxului (Papilian, Mişc. med. No. 5—6 şi 7—8); acţiunea analgezică a ferocianurilor (Chiosa, Bul. Acad. Med. No. 2); studiu asupra prezenţei progesteronului în unele nămoluri terapeutice din România (D-na Trancu-Rainer şi Vladuţiu, idem); studiul acţiunii acidului nicotinic asupra aparatului circulator şi digestiv (Zamfir, Dimitriu, Nedulescu, Rev. Şt. Med. No. 5—6); efectul remarcabil al injecţiilor intrarachidiene de aneurină asupra măduvei spinale traumatizate (Moucha, idem No. 3—4); rolul conservelor alimentare în unele intoxicaţii şi în răspândirea boalelor infecţioase (Cal-alb, Tunaru, idem No. 7—8); numeroase studii asupra diferitelor probleme de fisiopatologie a icterelor, datorite D-l D-r Pavel (Soc. Med. Spit. şi Rev. Şt. Med. No. 7—8), sintetizate într'un volum de mare valoare ştiinţifică. Apoi: tratamentul diabetului insipid cu retrohipofisă în resorbţie lentă (Milcu, Bul. Soc. med. Spit. No. 3—4); tratamentul psoriazis-ului cu macerat de scuame psoriazice (Sărăţeanu, Spitalul No. 11); părul uman ca material de

Babeş-Bolyai Cluj / Centrul de Cercetări Istorice Arhiva Cluj

sutură al nervilor (Plătăreanu, idem No. 9); atropina în tratamentul turburărilor post-operatorii (Plătăreanu, Kl. Wschr. No. 4); Stossteapia cu vitamină D_2 în tratamentul rachitismului (Prof. Gane și colab., Spit. No. 4); aconitul în tratamentul afecțiunilor acute ale căilor respiratorii superioare (H. Manolescu idem No. 1). O enumerare succintă — după cum se vede — și incompletă de sigur, având mai ales semnificația unei exemplificări sau — cel mult a unei orientări bibliografice.

Mai este de semnalat că și în publicistica noastră medicală, ca și în aceea a străinătății, studiile determinate de patologia de război ocupă un loc de mare importanță. Sunt discutate atât probleme de organizare, cât și chestiuni de patologie și de tratament. Ele pun în valoare nu numai interesele cu care aceste chestiuni au fost primite, dar și competența cu care ele au fost judecate.

Dar caracteristica esențială a vieții medicale a anului, o constituie intensa activitate depusă de medicina românească în slujba neamului. Anul care a trecut, a mobilizat mare parte din energiile medicinei românești în folosul Patriei, pentru nevoile armatei și pentru cele ale poporului, în țară.

Efortul medicinei românești s'a concentrat mai ales spre activitatea practică, pe teren. Pentru a răspunde mai ales nevoilor medicale, militare și sociale, create de război. Pentru a asigura ostașilor și populației țării o asistență medicală eficace.

Activitatea medicală pentru sănătatea publică, activitate dirijată de Ministerul Sănătății, s'a desfășurat după un program cuprinzând unele concepții noui, unele tendințe inovatoare, progresiste, mai ales în ce privește organizarea muncii medicale.

Mai întâi, în organizarea cadrelor medicale, s'a repus în valoare concursul, ca criteriu de selecțiune, pentru recrutarea în posturile de muncă. Măsura aceasta, tinzând să asigure instituțiilor, calitatea muncii, a fost primită cu satisfacție de toți acei care, neobicinuiți cu căile favorurilor, își cuceresc drepturile prin dreapta măsurare a pregătirii. Marea participare la probe, cu toată atmosfera războiului, a dovedit, de altminteri, larga adesiune. Principiul a fost aplicat în toate treptele erarhiei medicale (externat, internat, secundariat, primariat); el a adus o împrospătare a emulațiunii și o biciuire a ambițiilor, pe care numai cei ce nu le cunosc le mai pot tăgădui. A mai fost aplicat apoi și în ramura farmaciei. Și rezultatele practice s'au văzut: în toată țara farmaciști români cu bună pregătire profesională.

In opera de organizare a cadrelor medicale, s'a dat în fine soluție și problemei mult discutate a specializării. S'a făcut pe de o parte controlul actualilor specialiști, iar pe de altă parte reglementarea specializării și fixarea ei prin stagiul de secundariat. Astfel s'a scos o chestiune de importanța acesteia de sub arbitrajul propriei hotărîri, încredințându-se Statului așa cum e firesc să fie și cum de mult trebuia să se facă.

La fel s'a procedat cu instrucția personalului medical ajutător. S'au prevăzut mijloace necesare pentru pregătirea unui personal auxiliar, la un efectiv important și în măsură temeinică.

Cât privește acțiunile medico-sociale pe teren, efortul sanitar al oficialității noastre medicale a avut în vedere deopotrivă medicina curativă cât și pe cea preventivă. Dar mai ales în domeniul medicinei preventive s'a fixat o atenție și o grije deosebită. Programul de acțiune a afișat și aci unele principii noui.

Privirile s'au îndreptat mai ales spre provincie și spre mediul rural. Acolo proasta repartiție a medicilor și nevoia asistenții medicale s'a resimțit mai mult. Ministerul de sub conducerea D-lui Prof. Tomescu, acolo a fixat accentul principial. Pe măsurile de a asigura marei masse a poporului mijloace suficiente de utilă asistență medicală.

S'au pus în acțiune diferite mijloace, care să ducă la o mobilizare și folosire a cât mai multe din energiile medicale tinere și mature ale țării în acest scop. Măsuri pentru sporirea avantagiilor medicilor stabiliți în mediul rural. Creiarea unei anatomii aproape complete în conducerea și administrarea spitalelor. Măsuri pentru creiarea unei vieți spirituale, științifice în medicina de provincie și pentru asigurarea unei bune colaborări și conlucrări medicale locale și regionale. Toate acestea, mijloace care să ridice standardul de viață, prestigiul, elanul, dragostea de muncă a medicului de provincie și de țară, în care zac adesea comori de energie și de spiritualitate în stare latentă (și pe care au multă căldură le evocă D-l D-r Irimescu, într'un articol din România Medicală No. 12). S'a recurs pe de altă parte la utilizarea în cursul vacanțelor, a studențimii la munca pe teren și la utilizarea, atunci când s'a putut, a medicilor în stagiu militar. Și s'a putut asigura astfel, apărarea sănătății poporului, chiar în momente grele ca acelea prin care trecem.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai mult chiar, în vederea unei activități preventive eficace, s'a început o acțiune de creiarea în marea massă a poporului, a unei educații igienice, sanitare, a unui spirit preventiv. Aceasta, pornindu-se dela concepția că educația igienică a națiunii stă la baza tuturor acțiunilor perventive; ea asigură succesul mijloacelor puse în joc pentru apărarea sănătății publice. Pentru asta s'a recurs nu numai la sporirea numărului medicilor igieniști și a surorilor de ocrotire, a plășilor sanitare model, a medicilor de circumscripție, a propagandei sanitare, dar și la o formă nouă de folosire în slujba sănătății publice a puterilor intelectuale ale satului, care să contribuie la acțiunea sanitară în mediul rural. Un număr de învățătoare au fost instruite ca învățătoare de gospodărie și de igienă în mediul rural, pentru ca la rându-le să instruiască țăranca în noțiunile elementare, fundamentale ale igienii. Un prim pas spre desideratul ca, în fiecare comună organizația sanitară să-și aibă un reprezentant, așa cum au biserica și școala.

Ceea ce caracterizează astfel acțiunile Departamentului Sănătății în anul care a trecut, este pe de o parte efortul organizării unei munci medicale temeinice, cu selecționarea elementelor bine pregătite și cu utilizarea largă și a altor factori; pe de altă parte sensul puternic centrifug al eforturilor cu interesul primordial pe sănătatea satelor și a provinciilor. Și pe deasupra, dinamismul acestor eforturi. O folosire lărgită a forțelor medicale pentru sănătatea publică: competențele cu sfatul, energiile tinere în acțiune practică. Acestea din urmă antrenate

prin avantagii, prin studiul problemelor de medicină socială sau prin fixarea unui stagiu de necesitate în împlinirea unei datorii sociale față de neam.

Rezultatele muncii duse într'un asemenea spirit sunt clare. In vremuri deosebit de grele, numărul cazurilor de boale contagioase înregistrat pe 1942, a fost — după statisticele Min. Sănătății — în mai toate bolile mult sub cel al anilor precedenți; grație măsurilor deosebite de prevenire de vaccinare, de izolare, ce s'au luat larg, în toate împrejurările. Numărul de consultații, de îngrijiri medicale, de intervenții, în așezămintele spitalicești, s'a menținut ridicat, cu toate golurile în personal, făcute de nevoile armatei. In vremuri grele, încă s'a putut ajunge la realizări de spitale noui, de servicii noui de specialitate, de dispensarii, în diverse părți ale provinciei; apoi a continuat acțiune de organizare temeinică a multora din acestea, prin încadrarea cu medici specialiști de valoare.

In fine, prin aceiași muncă, s'a putut răspunde nevoilor vremurilor, prin organizarea unui număr de spitale pentru răniți, prin adăpostirea altora în spitalele civile preexistente, prin aprovizionarea la vreme cu materiale sanitare în cantități satisfăcătoare ș. a.

Cu același zel și elan, o bună parte din medicii țării și-au închinat bună parte din munca lor, neamului, punându-se în slujba oștirii. Mai ales medicina tânără. Cu singulare și desacordate excepții, îmbrăcând, pe perioade de timp mai lungi sau mai scurte haina militară, medicii noștrii și-au dat cu seninătate și fermă înțelegere, puterea lor de muncă, armatei. Lucrând până în depărtate meleaguri, în cadrul unei organizări, a unei dotări și utilări cu cele necesare, din cele mai perfecte, spre cinstea Serviciului Sanitar al Armatei, ei au putut dovedi valoarea medicinei noastre atât ca pregătire științifică, cât și ca energie sufletească. Și s'au arătat la înălțimea așteptărilor. Medicina făcută în groapă, sub focul adversarului, în adăposturi simple, la lumină improvizată, în luptă cu neajunsuri și pericole de tot felul, a răspuns tuturor nădejdilor puse în ea. A redat neamului, nenumărate vieți și energii. A reușit mai totdeauna realizări extrem de merituoase și temeinice, privite chiar pe plan științific. A isbutit să țină pe loc molime. In plus, a călit suflete, prin dârzenie și prin abnegație. Din avântul multor asemenea medici au ieșit nenumărate fapte de pricepere și de curaj, mărturii de înfocată acțiune și de dragoste de acțiune. Din asemenea material cu minunate rezerve de energie sufletească, vor trebui să iasă cândva, factori noi pentru medicina și știința medicală românească.

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

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

Cluj Central University Library Cluj

O NOUĂ METODĂ DE TRATAMENT IN DURERILE DUPĂ TRAUMATISME SAU INFECȚIUNI

de

D-r GH. BĂJEU și D-r L. DRĂGĂNESCU

Chirurg primar Spitalul Tg.-Jiu

Durerea fizică — senzație aparte — neplăcută și greu suportată de oricine, a făcut și face obiectul multor studii de fiziologie pură, de fiziopatologie sau de experiment.

Din toate timpurile „leacuri" contra ei au existat; s'au înmulțit cu progresul și lucrurile au mers atât de departe, încât azi există un întreg arsenal de mijloace terapeutice.

Chimiști, Farmaciști sau Medici — pentru multiplele ei manifestări — s'au întrecut în a găsi remedii.

Totuși ca patogenie este încă discutată și foarte des turburată de anumite fapte și prezintă, spre deosebire de căile sensitive cunoscute, un întreg complex de alte căi, care — după cum a arătat Leriche — își așteaptă încă cercetătorii.

Așa, spre exemplu, documentează tot Leriche în Presse Médicale No. 33 din 23 Aprilie 1938, cu un mănunchi de „fapte ce pot servi la studiul experimental al durerii", — și ajunge la următoarele concluzii:

1. Sensibilitatea dureroasă nu trece în totalitate prin nervii mixti ai membrelor: fibre centripete există în fiecare arteră și nu sunt absorbite de nervi la rădăcina membrelor.

2. Durerea poate perzista la periferie după blocajul anestezic al rădăcinilor rachidiene, iar o secțiune sus făcută o ocolește.

„Alte fapte arată că durerea trece pe unde vrea, chiar atunci când toate căile pe care le cunoaștem sunt secționate, ceea ce în realitate vrea să afirme că ia naștere la nivelul diverselor planuri de cicatrizare ale nervilor secționați. Uneori chiar după operațiile pe simpatic au apărut zone de hiperestezie!"

Ceea ce îl face să afirme că „fenomenul dureros se mișcă în limite particulare și, că numai atunci vom cunoaște definitiv durerea, când va fi explicată în întregime întrebarea „pentru ce?"

* * *

Pe de altă parte, tot Leriche şi şcoala lui au arătat că unele dureri ce-şi au originea în nervii mixti ai membrelor sunt uşor şi sigur calmate, modificând vascularizaţia nervoasă şi anume injectând novocaină fără adrenalină, fie în ganglionii simpatici, fie într'una din zonele cu fibre centripete sau centrifuge, fie într'un nerv din sistemul spinal, fie intraarterial şi provocând astfel o hipertermie netă şi o vasodilataţie vizibilă!

Dar acţiunea vasodilatatrice a novacainei nu se limitează aci.

S'a observat că, injectată intra sau periligamentar la nivelul unei articulaţii sau extremităţi, în traumatisme recente ale membrelor, în urmările fracturilor, în secţiuni vechi de nervi, într'un număr mare de procese infecţioase, chiar viscerele (salpingite, colite, etc.), unde nu poate fi vorba de o acţiune directă asupra simpaticului, efectul analgetic şi posibilitatea de vindecare mai rapidă, s'au dovedit a fi deadreptul şi pe deplin satisfăcătoare.

Explicaţia acestui fenomen, dată de Leriche [1]), este că „blocând excitaţiile ce se fac normal în corpusculii sensitivi, blocăm în acelaşi timp şi reflexele vaso-constrictoare".

Nu este anestezia care face avantajul tratamentului, fiindcă dacă se injectează novocaină cu adrenalină, ceea ce dă o anestezie mai durabilă ca novocaina simplă, efectul terapeutic e nul.

Recent, G. Usadel [2]), a arătat într'o lucrare din clinica lui Kischner dela Heidelberg, că injectând **sub presiune novocaină 1—2% fără adrenalină**, rezultatele sunt şi mai bune.

El dă explicaţia următoare: prin presiunea hidraulică a lichidului se schimbă total micile ţesuturi cicatricale prin altele noui, iar prin înlăturarea durerii e învins spasmul muscular reflex şi lanţul kinetic, de care vorbea Payr, este iarăşi restabilit.

Admite şi el fără rezerve teoria lui Leriche „adică acţiunea vazomotrice a novocainei asupra simpaticului".

După Leriche Gebhardt [3]), a injectat în loc de novocaină, o soluţie de glucoză 6%, dar a făcut greşala de a anestezia locul de injecţie în prealabil. Controlat de Usadel şi fără anestezia locului de injecţie, rezultatele au fost mai puţin satisfăcătoare decât cu novocaina simplă sub presiune.

Ţinând seamă şi de faptul că obţinem analgezii, injectând apă distilată sterilă intradermic şi **sub presiune** — faptele se explică şi mai bine.

Inconvenientul este că aceste analgezii locale durează prea puţin, şi e nevoie de repetarea injecţiilor.

Spre a remedia aceste lucruri, ne-am gândit să găsim o substanţă, care să aibe un efect mai prelungit şi care să nu necesite repetarea injecţiilor.

Ne-a venit în minte substanţele uleioase, care se absorb mai

---

1) *R. Leriche.* «De l'action vaso-dilatatrice de la novocaïne» — în Presse Médicale No. 89 din 5 N-brie 1938.

2) *G. Usadel.* (Heidelberg) Die Injektionsbehandlung schmerzhafter, traumatischer Gewebsschäden... in der Chirurgie No. 24, din 15 Dec. 1941.

3) Ibid. loco citat.

încet şi am încercat cu efecte minunate şi deadreptul surprinzătoare oleul camforat 2%, injectat periligamentar sau subcutan, după cazuri.

Tehnica e dintre cele mai simple şi cantitativ ajung 5—10 cmc., **injectaţi fracţionat şi sub presiune în jurul zonei dureroase sau inflamate,** astfel încât să nu aibă posibilitatea unei ieşiri şi producând o uşoară mamelonare din loc în loc la fiecare injecţie, după care locul de introducere al acului e presat bine şi astupat cu colodiu sau mastisol.

Incercată ca metodă pe cazuri numeroase şi variate, ne-a dat deplină satisfacţie şi deocamdată mulţumim a relata numărul lor:

25 de cazuri de entorse simple, 7 cazuri de dureri după facturi şi 5 cazuri de artrite acute blenoragice, vor forma material pentru altă comunicare.

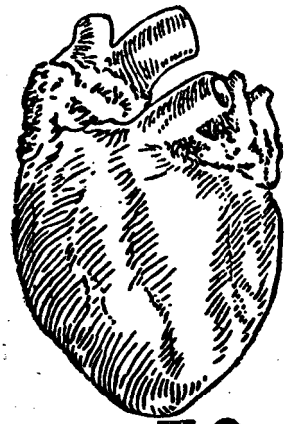
Firește că metoda nu a înlăturat complect tratamentul medical propriu zis: căldură, masaj, mişcări, etc., şi o supunem verificării confraţilor.

Durata vindecării a fost scurtată prin obţinerea unei analgezii de lungă durată, posibilităţi de recuperare rapidă şi ospitalizare de scurtă durată au făcut ca metoda preconizată de noi să aibe şi alte avantagii:

1. Este mai puţin costisitoare în practica privată cât şi spitalicească;
2. Este la îndemâna oricui;
3. Niciodată nu a fost nevoie de repetarea injecţiilor, soluţiile uleioase (fapt arhicunoscut) se resorb cu mult mai încet decât soluţiile apoase.
4. Rezultatele obţinute de noi se suprapun perfect rezultatelor obţinute prin novocainizarea simplă.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

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



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi $^1/_2$ comprimată. Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

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

Reprezentant pentru România:

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

Spitalul de Specialităţi al Armatei Nr. 1
Serviciul Neurologic — Medic şef Maior rez. D-r Bistriceanu I.

NEVROZA EMOTIVĂ DE RĂZBOIU

de

Docent D-r I. BISTRICEANU

Manifestările fizice ale şocurilor emotive la luptătorii de pe front, sunt astăzi bine cunoscute. Ele se exteriorizează prin următoarele semne clinice: Masca figurii de om speriat, faţa palidă şi obosită, pulsul accelerat, respiraţia neregulată, pupilele mici, punctiforme adecă miotice, etc.

Când aceste fenomene fiziologice ce însoţesc în mod obicinuit orice emoţiune se prelungesc în timp şi se mai amplifică, atunci ele pot da naştere la o adevărată „nevroză" zisă emotivă sau traumatică.

Tabloul clinic al emoţiunii prelungite şi exagerate se observă în mod curent la şocaţii de războiu, aşa că această nevroză constitue un sindrom banal în formaţiunile spitaliceşti din zona de operaţiuni, cu mult mai rar în spitalele din zona interioară.

Şocul emotiv caracteristic va determina în mod obicinuit, atât manifestaţiuni de ordin psihic, cât şi de ordin fizic propriu zis. Starea de frică este fenomenul psihic cel mai important. Aceasta e un sentiment absolut normal şi foarte natural, o formă de exteriorizare a instinctului de conservare, care nu e în opoziţie nici cu cele mai deosebite sau alese acte de curaj — dar cu o rezervă — frică să nu fie excesivă. Trebue ştiut că adevăratul curaj, nu constă în a ignora complect orice sentiment de teamă, ci a şti să ţi-l înfrânezi prin voinţă hotărîtă.

Paloarea feţei şi accelerarea pulsului, despre cari am amintit, tremurăturile apoi transpiraţia, diareia, poliuria şi altele, sunt semne fizice ce pot să se manifeste de îndată, cu ocazia oricărei emoţiuni.

La indivizii normali, aceste turburări fiziologice dispar în regulă generală puţin timp după şocul emotiv.

La indivizii însă cu un echilibru nervos vegetativ instabil, ele se pot prelungi pentru lungă vreme, şi să creeze o stare de emotivitate auxioasă persistentă, ceea ce va constitui cum spuneam „nevroza emotivă".

Starea mintală a acestor indivizi se alterează în următoarele îm-

prejurări: Luptătorul care înfruntă cu destoinicie orice pericol şi execută orice acte de curaj, a suefrit un puternic şoc emotiv, spre exemplu prin violenta explozie a unui obuz la o mică distanţă de el.

Din acest moment, ori după un al 2-lea sau al 3-lea şoc, luptătorul nostru se schimbă. El nu mai are acelaşi curaj de a înfrunta orice primejdie. In faţa tirului de artilerie sau sub bombardament aerian, el începe să tremure, e cuprins de un fel de anafilaxie emotivă şi nu e capabil să mai înfrunte groaza câmpului de bătălie, a devenit un invalid moral, e cuprins de o veritabilă fobie de obuz.

Această teamă propriu zisă, a devenit cu adevărat patologică şi poate merge uneori până acolo, încât să se transforme într'o fugă impulsivă, obligându-l pe luptător fără voia lui să părăsească linia frontului sau postul încredinţat.

Fobia de obuz amintită, se poate uneori amplifica şi transforma într'o fobie de orice sgomot, încât şocatul să înceapă a tremura, să se palideze la auzul tirului propriei artilerii, alteori poate fi cuprins chiar de o pantofobie, adică o teamă de orice: sgomot de obuz, glonte de armă, avion, foc, microbi, animale, umiditate, etc.

Aceşti pantofobi sunt marii predispuşi, cu o constituţie net emotivă şi un sistem nervos vegetativ foarte labil, încât şocul emoţional propriu zis, să nu servească decât ca o cauză ocazională pentru deslănţuirea unei stări morbide latente.

Am spus, că curajul unui luptător constă mai ales şi în primul rând în puterea lui de voinţă de-a înfrânge sentimentele de frică subordonând instinctul de conservare individuală, unui interes naţional superior, dragostei de patrie, de glia strămoşească, etc.

In nevroza emotivă, individul nu e capabil de un asemenea efort, deci iată că (asemenea) această stare morbidă trebue considerată ca o maladie a voinţei.

Emotivii sunt cunoscuţi ca oameni abulici, nehotărîţi în acţiunile lor, trişti sau deprimaţi, până la un punct nestatornic în sentimentele lor.

Ei nu sunt lipsiţi de inteligenţă, ba din contră în majoritatea cazurilor, aceasta e în raport direct cu starea lor de emotivitate.

Nevroza emotivă nu se întâlneşte decât rareori în rândurile soldaţilor simpli, mai ales la luptătorii cu un oarecare nivel de cultură mai ridicată la gradaţi şi mai cu deosebire în rândurile ofiţerilor.

Din punct de vedere fizic e ştiut, că o serie de numeroase turburări se supraadaugă la auxietatea sau emoţiunea individului, caracterizată prin o stare de durere morală şi incertitudine. Aceste turburări după cum se ştie, nu sunt decât o prelungire şi o exaltare a simptomelor cari însoţesc în mod obicinuit emoţiunea însăşi.

Aspectul clinic caracteristic ne permite de a distinge în mod net nevroza emotivă de manifestaţiunile histerice şi mai ales de orice simulaţiune.

Tachicardia sau palpitaţiunile sunt simptomul fizic şi diagnostic cel mai constant al acestui tablou morbid.

Pulsul înregistrează 90—120—140 bătăi pe minut sau şi mai mult în curs de săptămâni de zile sau luni.

In general, bolnavul nu simte numaidecât această acceleraţiune,

uneori are însă senzația penibilă de palpitațiune sau de jenă respiratorie și insuficiență de aer inspirat. Pulsul e uneori aritmic, foarte instabil ca număr de bătăi, la cel mai mic efort sau mișcare.

Vârful inimei e scoborît și adeseori lasă să se perceapă un suflu funcțional.

Respirația e de asemeni accelerată și superficială cu o inspirație anevoioasă și sacadată. Celelalte turburări fizice au o valoare clinică mai ștearsă, căci sunt mai puțin constante sau permanente.

Turburările vaso-motorii dau figurii acestor bolnavi un aspect schimbător când palid, când congestiv, cu senzația unor valuri de căldură la cap și de frig în extremități ce se însoțește și de crize de transpirație subită.

Dermografismul e foarte frecvent și vizibil la ei.

Durerile și diversele turburări de sensibilitate subiectivă și obiectivă se întâlnesc de asemenea în mod constant în nevrozele traumatice.

Durerile sunt vagi și împrăștiate, fără niciun raport cu trecutul sau distribuția topografică a nervilor și vaselor.

Cefaleele sunt așișderea frecvente sub formă de apăsare permanentă și difuză, fără localizare precisă și cu exacerbări intermitente.

Organele simțurilor sunt foarte sensibile și în special auzul. Bolnavul are tendințe de a se izola în locuri liniștite și retrase, căci are fobia sgomotului, șocurile mai violente, producându-i o adevărată durere fizică.

Tremurăturile sunt banale și neregulate, discontinui, uneori foarte tenace. Vertigele sunt frecvente, iar insomniile obicinuite, somnul fiind stingherit prin visuri terifiante, cu scene de groază din războiu.

Turburările gastrice se întâlnesc mai rar sub forma unei senzații de apăsare la nivelul stomacului sau a plexului solar, balonări, arsuri după mese, turburări dispeptice, crize diareice, trecătoare, dar cu repetiție.

In nevroza emotivă bolnavii sunt auxioși, obosiți, deprimați, fără voință și neputincioși. Orice efort îl-i penibil și adeseori provocător de dureri.

Tendința de spasme, cari constituesc unul din caracterele esențiale ale constituției emotive, se poate exagera în orice moment dând naștere la o constricție fizică care poartă numele de „augoissă".

Localizările acestor senzații de strângere sunt foarte variabile, mai frecvente asupra aparatului respirator, provocând turburări în ventilația pulmonară, asupra aparatului digestiv, dând impresia de scaune imperioase, asupra aparatului genito-urinar provocând chiar micțiuni involuntare sau chiar ejaculațiuni.

Aceste senzații de constricție, pot lua uneori un caracter general și să dea naștere la adevărate sincope lipotimice cu încetinirea sau oprirea bătăilor inimii, răcirea extremităților și impresiunea generală de moarte iminentă.

Aceste crize se pot observa destul de des la bolnavii suferinzi de nevroză emotivă și apoi în mod obicinuit la marii desechilibrați neurovegetativi, la cel mai neînsemnat sgomot (sbor de avion s. ex.) care poate să le redeștepte senzația de spaimă a momentului când au fost șocați.

Biblioteca Universității Regele Ferdinand I din Cluj ROMANIA

Nevroza emotivă e de obiceiu o afecțiune de lungă durată și de spitalizare obligatorie. Înfățișarea sa clinică poate să îmbrace forme exterioare foarte variate și să se însoțească de diverse obsesiuni, impulsiuni, fobii, iluzii de falșe halucinații, atingând în acest mod granițele boalelor mintale.

Și totuși prin o îngrijire medicală apropiată, repaus complect și departe de infernul câmpurilor de luptă, bolnavii se refac în mod treptat și sfârșesc prin a se vindeca.

Pentru ilustrarea celor de mai sus, dăm în rândurile ce urmează numai 2 observațiuni clinice din numeroasele ce posedăm.

OBS. I-a. — Lt. M. G. V. de ani 31 din Reg. . . . Inf. Se internează în serviciul nostru pe ziua de 9/XII/1942, cu eticheta clinică de «șoc traumatic» de războiu pe urma exploziei unei bombe de avion în imediata apropiere în sectorul Cotul Donului.

Ant. heredocolaterale și personale — fără importanță.

Istoric. In stare de inconștiență, bolnavul a fost dus la postul de prim ajutor — apoi la stația de trăsuri, la ambulanță, la un spital german din Comensk și în sfârșit evacuat la spitalul de specialități al armatei.

Starea prezentă. Bolnavul nu-și amintește deloc împrejurările în care a fost accidentat. Are masca figurii obosită, deprimată. Răspundere cu dificultate și cu o voce șoptită la întrebările ce i se pun.

De constituție fizică longi-lineară, cu tegumentele palide și țesutul muscular slab desvoltat.

Pupilele egale, contur rotund, ușor miotice, cu reflexele la lumină și distanță păstrate, motilitatea globilor oculari leneșă.

Reflexele tendinoase ale membrelor superioare și inferioare sunt vii, cele cutanate abdominale și cremasteriene normale.

Mersul bolnavului e lent, anevoios și numai sprijinindu-se de pat sau pereți — în general păstrează la început mai mult patul.

Tensiunea arterială Mx. = 10½, Mn. = 8; Puls = 124 pe minut.

Respirația tachipneică. Bolnavul are groaza sgomotului, tresare la orice deschidere de ușă, mers de bocanci pe săli — nu poate suporta muzica de Radio.

Acuză o cefalee difuză cu senzația apăsării unei căști de plumb pe regiunea frontală — se plânge de ameteli la cea mai mică schimbare de poziție.

Prezintă un dermografism net și foarte persistent.

Pofta de mâncare nu e alterată. Somnul e superficial și întrerupt prin vise terifiante cu scene de războiu.

Bolnavul acuză senzație de gol în regiunea epigastrică — cu iradiații spre inimă, criză de palpitațiuni și transpirație.

La cea mai mică emoțiune, cade într'o stare de leșin de scurtă durată.

Facultățile intelectuale nu sunt alterate — procesele ideative însă foarte lente, memoria scăzută, atenția spontană și provocată leneșă, umoarea depresivă.

După 20 zile de tratament (injecții Cl. Ca 30 % intravenos, calmante, neurotonice, repaos complect) bolnavul e pe cale de ameliorare și va obține un concediu mai lung de odihnă în zona interioară.

OBS. II-a. — Căp. activ M. I. de ani 32, din un regiment de infanterie. se internează în serviciu la 17/XI/1942, pentru șoc nervos. Nu răspunde la întrebări decât cu mare dificultate și nu poate face un memoriu scris pentru a da explicații mai ample asupra accidentului.

Istoric. Acum 8 zile a fost îngropat de un obuz. La desgropare a stat în stare de inconștiență timp de 24 ore.

S'a trezit cu o stare de surdo-mutitate parțială cu senzații de amorțeli în tot corpul și un tremur nervos.

Ant. heredocolaterale. — Fără importanță.

Ant. personale. A suferit în repetate rânduri de crize de migrenă. Neagă maladiile infecto-contagioase și accidentele veneriene.

Starea prezentă. Bolnavul e de constituție fizică mediocră cu mucoasele și tegumentele normal colorate. Pupilele miotice, cu reflexele la lumină și distanță abia schițate. Mobilitatea globilor oculari încetenită.

Masca figurii obosită şi tristă.
Reflexele tendinoase ale membrelor sunt vii.
Reflexele cutanate abdominale şi cremasteriene normale.

Se practică bolnavului o injecţie de clorur de Ca: 30% intravenos, care-i provoacă un puternic şoc pe urma căruia, surdomutismul îi dispare în 5 minute. Persistă însă săptămâni de zile următoarele turburări: Tachiartmie (115 bătăi pe minut) şi tachipnee (26 resp. pe minut).

Crize de transpiraţiuni frecvente. Tresăriri nervoase însoţite de un plânset de scurtă durată la cel mai mic sgomot. *O stare de teamă la auzul unui sbor de avion în apropiere.* Somnul e întrerupt şi superficial — cu treziri dese din cauza viselor cu scene de războiu. Nu poate suporta prezenţa a mai mulţi bolnavi în acelaş salon. Stă mai mult culcat în pat cu pătura acoperindu-i faţa. — Persistă încă senzaţiile de amorţeli şi tremurăturile în extremităţi.

Bolnavul are poftă de mâncare — dar se plânge de-o senzaţie de nod în gât şi un gol în regiunea epigastrică = cefalee şi ameţeli. La examenul mintal, se constată o bună orientare în timp şi spaţiu cu scădere încă a memoriei a atenţiei spontane şi provocate şi o lentoare accentuată a judecăţii sau raţionamentului. Ecvaţia personală întârziată iar umoarea depresivă.

In a 4-a săptămână de tratament calcic, calmant, tonifiant şi repaos complect bolnavul prezintă semne evidente de ameliorare.

Suntem în posesiunea a încă 20 observaţiuni clinice de şocaţi nervoşi cu turburări variate de tip nevroză emotivă, adeseori asociată şi cu o stare anxioasă post-traumatică suigeneris, dar credem că enumerarea lor ne-ar obliga la prea frecvente repetări.

FOLICALCIUOVAR

Fiole şi tablete

Foliculină — calciu — extract de ovar

Indicat în turburările menopauzei,
precum şi cele datorite
dezechilibrului endocrino-vegetativ.

CALCIMUSC

Sol. 10% Gluconat de calciu

Injecţiuni intravenoase şi intramusculare

Fiole de 5 şi 10 cc.

fabrica de produse chimice
gedeon richter

Bucureşti, V, str. Logofătul Tăut, 99. — Tel. 5.69.02

LINIȘTE NOAPTEA

prin

NOCTAL

Noctal-ul asigură somnul fără turburarea stărei generale. Somnul după **Noctal**, caracterizat printr'o deșteptare vioaie și recomfortantă, se dovedește zilnic izvorul vigoarei și restabilirei la toți cei ce suferă de stări nervoase. Marea limită de dosaj și degradarea unică în felul ei, în substanțe inofensive din punct de vedere fiziologic, fac din **Noctal** preparatul de predilecție pentru toate vârstele și **toate ramurile medicinei curative.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

BUCUREȘTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

O NOUĂ CONTRIBUȚIE LA STUDIUL ȚESUTULUI CONJONCTIV

de

V. GOMOIU

In anul 1938, împreună cu eminenții mei colegi D-rii Vasile Plătăreanu și Andrei Cârstea, am publicat un studiu general asupra țesutului conjonctiv, — un fel de punere la punct a cunoștințelor epocii.

De atunci, am revenit în repetate rânduri, pentru a preciza cele expuse anterior, sau a le complecta prin adaosul unor noi fapte sau observațiuni; iar în ultima comunicare asupra acestei probleme, mi-am permis să făuresc o ipoteză proprie asupra mecanismului formării și „topirei" anumitor tumori, bazându-mă pe proprietatea pe care am numit-o „reversibilitatea" celulei conjonctive ne specializată.

Intre timp, tot observația clinică mi-a dat putința să constat unele fapte care răstoarnă — sau, complectează — cunoștințele de până azi, și de aceia, țin să le supun verificării.

La 8 Aprilie a. c. sublocotenentul I. S. în etate de 26 ani, a căzut victima unui accident, în urma căruia a suferit o combustie gravă. I s'a făcut imediat un pansament și o injecție cu morfină, la dispensarul din B., — apoi, un alt pansament cu liniment oleo-calcar, și în ziua de 9 Aprilie a fost adus în grija mea. Numitul prezenta arsuri de gr. I și II pe mâna stângă și membrul inferior drept, și alte arsuri, de gr. III, — adevărată carbonizare a țesuturilor moi, până la mușchi, — interesând toată suprafața membrului inferior stâng, dela rădăcina coapsei până la picior, nerămânând indemnă decât partea ce fusese acoperită de pantof. Temperatura de 38,9, a crescut a doua zi la 39,6, și a oscilat multă vreme între aceste limite.

Pentru a calma durerile atroce ale leziunilor, și ca să evit pe ale mișcărilor, — am aplicat tratamentul cu pulbere de talc.

A treia zi (10 Aprilie) apar nouri groși de albumină în urină. iar cantitatea de urină diminuând foarte mult, se administrează clisme cu ser glucozat, până ce se restabilește secreția normală. La 22 Aprilie, survenind o mică hemoptizie, se începe tratamentul cu injecții de calciu, iar dela 28 Aprilie înainte, se adaogă injecții cu hepatrat, pentru tratamentul împuținării globulelor roșii. In evoluția ulterioară, a mai survenit la 5 Mai o diarie care a durat aproape o săptămână.

Intre timp arsurile de gradul I și II ale mâinei stângi și ale membrului inferior drept, s'au vindecat fără să lase urme, pe când la membrul inferior stâng, țesuturile necrozate (tegumente, țesutul conjonctiv cu vasele subcutane, și aponevrozele) s'au eliminat treptat, iar în locul lor a rămas o imensă suprafață mugurindă și ușor sângerândă.

Pe lângă această stare, locală, — a cărei vindecare n'o mai speram posibilă decât graţie unor viitoare grefe, — starea generală s'a agravat, în ciuda tuturor sforţărilor depuse şi a temperaturei care scăzuse la 37, — căci, s'a instalat o stare de negativism exasperant, însoţită — sau motivată — de scăderea globulelor roşii până la 2.440.000 (la 8 Iulie). Această anemie a determinat (la 11 Iulie) practicarea unei transfuzii sanguină de 250 gr.; A treia zi (14 Iulie), numărul eritrocitelor a crescut la 2.880.000, dar la 22 Iulie a scăzut din nou la 2.520.000; la 28 Iulie însă — fără altă transfuzie — a crescut la 3.320.000, şi de aci înainte formula sanguină s'a ameliorat mereu, ajungând la 4.040.000 globule roşii.

Faptul interesant, — în vederea căruia povestii cele de mai sus, şi care a determinat însuşi comunicarea de faţă, — este însă acela, că, pela sfârşitul lunei Iulie, întreaga faţă anterioară a membrului inferior, s'a găsit acoperită de o piele fină, catifelată. N'aşi putea să precizez data când a început şi cum s'a urmat această cicatrizare, căci, ea s'a făcut sub stratul de talc, care nu s'a ridicat niciodată complect, ci s'a adăogat mereu peste cel existent; iar pe de altă parte nici nu m'am gândit să urmăresc acest proces, deoarece — după cum spusei — nu-l speram câtuşi de puţin în cazul de faţă. De aceia, în repetate rânduri, cu titlul de curiozitate, am prezentat acest caz atâtora din membrii comisiunilor medicale care au inspectat spitalul.

In adevăr. Ţinând seamă că pielea este un organ care derivă din ectoderm, ne-am învăţat să spunem că, epidermizarea se face prin progresie marginală, s'au prin grefă insulară: — cu alte cuvinte, ne obişnuisem să credem că pielea se reface numai cu concursul celei existente, — şi, chiar atunci când s'a pronunţat cuvântul de „cicatrizare conjonctivă", s'a înţeles că epidermizarea este datorită tot ectodermului. Tot astfel şi noi în amintita lucrare din 1938, în capitolul special consacrat „procesului de reparaţie", am afirmat că, „pe măsură ce ţesutul conjonctiv adult umple din profunzime către suprafaţă, pierderea de substanţă, elementele epidermice emigrate la marginea plăgii, ajută cicatrizarea. Când un mugure a fost acoperit de celule epidermice, el îşi opreşte creşterea".

Această credinţă, era atât de infiltrată încât nici nu m'am gândit să reexaminez chestiunea, — deşi am avut atâtea cazuri de arsuri întinse şi grave, care s'au vindecat aproape fără urmă, — bănuind că poate totuşi va mai fi rămas pe ici colea câte o insulă dermică, nedistrusă, şi că de acolo să fi pornit cicatrizarea.

In cazul de faţă însă, am fost obligat să-mi pun întrebarea: Cum s'a realizat — sau, cine a făcut — cicatrizarea acelei suprafeţe, ale cărei tegumente, mortificate, au fost ridicate în întregime, împreună cu ţesutul subjacent, până la muşchi? Iar despre o emigrare a celulelor epidermice nu poate fi vorba, întru cât nu aveau nici de unde, nici pe unde, să emigreze.

Ne mai existând deci bănuiala de persistenţa vreunei urme dermice, nu mai poate să încapă nici îndoiala că, întregul proces reparator — cuprinzând şi cicatrizarea, cu epidermizarea — se datoreşte tot ţesutului conjonctiv, iar, această constatare constitue o adevărată noutate în studiul ţesutului conjonctiv.

Dar. Cazul pe care îl expusei, mi-a mai dat apoi prilejul să fac încă o observație, nu mai puțin interesantă pentru studiul care ne preocupă. Căci nemulțumită de durata boalei, mama bolnavului, consultând și alți medici, mi-a comunicat informația sa asupra superiorității altor tratamente, și mi-a cerut îngăduința ca fiul său să fie pansat cu oleu camforat. Cu tot regretul, a trebuit să mă supun, și, cu începere dela 2 August, pacientul a fost încredințat unuia din colegi, care i-a aplicat cu toată conștiinciozitatea, tratamentul dorit.

Nu interesează nici murdăria, nici enorma cheltuială a acestor pansamente, și nici chiar încetineala procesului reparator al feței posterioare a membrului, — care mi-a lăsat impresia că, în adevăr, nu se făcea decât marginal, prin progresul epidermizării de pe fața anterioară. Dar, la 19 Octombrie când a părăsit spitalul, — spre a i se face formele de punere în disponibilitate, — am constatat că, pielea care se realizase sub talc, — pe fața anterioară a membrului, și care era la început așa de asemănătoare celei normale, — se modificase între timp, devenind edematoasă și cheloidală, — ca și când ar fi fost invadată de cicatrizarea vicioasă, care se realizase pe fețele laterale ale membrului, în intervalul cât s'a urmat pansamentele cu oleu-camforat.

Ori. Această constatare confirmă în totul afirmațiile pe care le-am făcut în capitolul din amintita lucrare, privitor la mecanismul procesului reparator și al cicatrizării anormale. De altă parte însă, demonstrează ceiace până acum abia se intuise sub denumirea de „retracție secundară". Adică. Până la vindecarea definitivă, prin maturizarea țesutului conjonctiv de reparație, — în intervalul pe care observația l'a stabilit la 1—2 luni, — perzistă țesutul conjonctiv tânăr, cu fascicule subțiri, înnecate într'un edem mai mult sau mai puțin considerabil, cu rețea de capilare neoformate foarte dense, și un infiltrat bogat în celule fibrolaste, mastocite și limfocite.

Această constatare mai dovedește însă că, în această fază sau în acest interval, — sub influența anumitor cauze locale și generale (microbism latent, lipsă de fagocitoză, turburări de metabolism, etc.), se produc turburări în schimburile nutritive și biochimice la nivelul celulelor, iar acestea pot să provoace vicisitudini și să formeze cheloide chiar în cicatrizările cu evoluție incipientă normală.

In sfârșit. Ținând seamă de constatarea că, tratamentul cu talc al arsurilor, duce totdeauna la vindecări normale, fără cheloide, și fără cicatrice retractile, — chiar acolo unde tratamentul simultan prin alte mijloace a dus la cicatrizarea vicioasă; — iar de altă parte, dând crezare afirmațiunei că evitarea infecțiunei în degerături — și, vindecarea lor — sub influența razelor ultra violete, s'ar datori proprietății lor de a usca țesuturile; — în sfârșit, mai adăugând la acestea și rezultatele obținute în tratamentul cu talc al degerăturilor, — mă consider îndreptățit să accentuez, ca o certitudine, ceiace am afirmat altă dată cu oarecare timiditate, — spunând că, acțiunea binefăcătoare a talcului se datorește putinței de a întreține o uscăciune permanentă a țesuturilor, grație proprietății sale higroscopice, — iar acest fapt m'a determinat în ultimul timp, să-l întrebuințez chiar în tratamentul anumitor plăgi de război.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRITIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE

20-50 PICĂTURI
la cele două mese

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

2-6 COMPRIMATE
pe zi

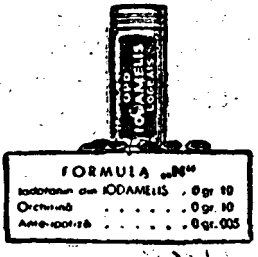
BCU Cluj / Central University Library Cluj

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

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



la comprimate drageifiate

Eșantioane și literatură la cerere.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

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

ASUPRA UNEI COMPLICAȚIUNI TARDIVE DUPĂ RAHIANESTEZIE

de

D-r GHEORGHE I. GRAMA

Rahianestezia este o metodă foarte bună de a obține analgezia regiunei pe care se intervine. Pentru chirurg, în special, este o metodă, care îi oferă liniștea necesară intervenției. Pentru operat însă, nu reprezintă același lucru, deoarece această metodă de anestezie este însoțită, nu rareori, de complicațiuni imediate, sau tardive neplăcute, atât pentru bolnav, cât și pentru chirurg.

S'a spus de către mulți aderenți ai rahianesteziei, că dacă se face o indicație bună și dacă se execută corect, complicațiunile pot fi evitate. Putem afirma, că oricâtă atenție s'ar da examenului preoperator și tehnicei de executare a rahianesteziei, nu putem evita survenirea acestor complicațiuni, deoarece nu le putem prevedea.

Și situația aceasta va continua să se mențină până ce vom ajunge să cunoaștem precis mecanismul de acțiune al anasteziceloг introduse în spațiul subarahnoidian și modificările pe care le produc asupra elementelor nervoase și a centrilor.

Se știe, că anesteziculi introdus în spațiu subarahnoidian difuzează și se amestecă cu lichidul cefalo-rahidian, vine în contact cu rădăcinile nervoase și cu măduva, care absorb substanța anestezică. Cordoanele nervoase, fiind goale și subțiri, se impregnează mai ușor și deci, efectul analgeziei se va produce la acest nivel. Anestezia apare în ordinea în care se impregnează cu anestezicul, elementele nervoase. Motricitatea poate rămâne neatinsă.

Tuffier și Hallion au arătat, că anesteziculi se fixează mai pronunțat pe rădăcinile posterioare, iar Riser și Laborde au demonstrat experimental, că și măduva se impregnează la suprafață. Din punct de vedere al modificărilor anatomo-patologice, autori streini și la noi, prof. Marinescu, au arătat, că celula nervoasă prezintă leziuni de cromatoliză, dezintegrarea corpusculilor lui Nissl din celulele ganglionare.

In amestecul dintre anestezic și lichidul cefalo-rahidian intervin forțe biochimice, neurotrope, biologice, etc., pe care nu le cunoaștem și care pot fi incriminate în survenirea complicațiunilor imediate și tardive după rahianestezie. Aceleași motive ne împiedică de a face o

indicație precisă a rahianesteziei și de a prevedea deci aceste complicațiuni. Nu cunoaștem posibilitatea acțiunii tardive a anesteziculuí, variațiile calitative și cantitative ale lichidului cefalo-rahidian.

Cu toate perfecționările aduse acestei metode de anestezie, mortalitatea prin rahianestezie este de 4—5 ori mai mare decât anestezia generală, iar 9% din cazuri rămân neinfluențate de anestezic.

Accidentele imediate s'ar datora iritației meningelor prin substanțele introduse, sau bacteriile vehiculate de ac în cazul unei puncții cu asepsie relativă. După Desplas, Berard și Hertz, sincopa respiratorie ar surveni în urma difuzării anesteziculuí spre bulb, iar Leriche susține, că fenomenele bulbare, care apar în timpul operației se datoresc unei anemii bulbare, produsă de deranjarea filetelor vaso-motorii, care ies din măduvă prin rădăcinile anterioare. Bazat pe acest considerent, Leriche propune o localizare a anesteziculuí la rădăcinile posterioare printr'o injecție lentă, 2—3 minute.

Pe rând s'au acuzat: compoziția chimică, Ph, hipo sau hipertonicitatea și temperatura soluției anestezice. Traumatismul meningelor a fost demonstrat prin existența hiperalbuminozei și hiperglicorahiei. Complicațiunile după rahianestezie au mai fost puse pe seama hipersecreției plexurilor choroidale, hemoragiilor intradurale, hipotensiunei lichidului cefalo-rahidian. Au mai fost acuzați următorii factori individuali: idiosincrazia față de anestezic, șocul coloidoclazic, care ar explica fenomenele imediate și leziunile centrilor nervoși; fenomenele reflexe, fenomenele anafilactice, distoniile vegetative.

In al treilea Congres național de chirurgie dela Cluj, din 1930, s'a discutat pe larg problema rahianesteziei, raportul fiind prezentat de Prof. Juvara. S'a afirmat în acest congres, că apariția complicațiunilor după rahianestezie se datorește unei indicații greșite și unei tehnici incorecte de a executa anestezia rahidiană. Tot în acest congres s'a spus, că aceste complicațiuni au constituit un capitol, care a fost speculat la maximum, pentru a discredita rahianestezia. Noi nu împărtășim această părere și credem mai repede, că complicațiunile tardive au fost mai puțin studiate și au fost atribuite unor factori independenți de rahianestezie. Majoritatea acestor complicațiuni survin după ce bolnavul a părăsit spitalul; astfel că nu sunt observate în momentul când apar, sau bolnavul se prezintă la alt medic, unde se stabilește alt diagnostic.

La Congresul de chirurgie din 1930, complicațiunile tardiv după rahianestezie au reținut puțin atenția raportorului, iar la discuțiile ce au urmat, D-r Butoianu a prezentat două cazuri de escare sacrate și una coccigiană, două cazuri de paraplegii, un caz de monoplegie inf., un caz de pareza mușchilor flexori ai coapsei drepte. Toate aceste complicațiuni tardive n'au putut fi puse decât pe seama anesteziei rahidiene.

In România Medicală din 15 Oct. 1942, D-l D-r Andreoiu, publică două cazuri de escare sacrate masive, survenite după rahianestezie. Sunt o serie întreagă de astfel de complicațiuni tardive, pe care nu le mai menționăm și care nu se datoresc decât acțiunii anesteziculuí introdus pe cale rahidiană. La congresul de chirurgie din 1930, rahianestezia a fost prezentată ca o metodă lipsită de orice inconveniente,

ori practica de fiecare zi ne arată că lucrurile nu stau tocmai aşa. Din când, în când apare câte o complicaţie care ne dă de gândit şi care ne determină a crede, că rahianestezia nu reprezintă o metodă ideală de anestezie. Uneori executăm intervenţii cu rezultate minunate, însă sunt umbrite de apariţia unei astfel de complicaţiuni, care creiază situaţii delicate medicului.

In Congresul dela Cluj n'a fost menţionată nici categoria de complicaţiuni pe care o prezentăm mai jos.

Cazul nostru a fost observat pe front, în timp ce unitatea din care făceam parte nu avea misiune operatorie.

Este vorba de soldatul C. I. de 26 ani, dintr'un regiment de artilerie. Intră în serviciul nostru cu fenomene de apendicită acută. Intervenim în 22 Iunie, subrahianestezie cu novocaină 8%, introducând 12 ctgr. La intervenţie se constată un apendice gangrenos, pe care îl extirpăm fără nicio dificultate şi închidem plaga complect. Evoluţia plăgii decurge fără nicio complicaţie. In ziua a treia dela operaţie, bolnavul prezintă cefalee puternică, care nu cedează la nicio medicaţie. In ziua a patra se ia tensiunea arterială şi se găseşte 14—9.

In ziua a noua dela operaţie, faca o pareză a muşchilor oculari, se controlează tensiunea şi găsim 10—7. In ziua a zecea prezintă senzaţia de constricţie la nivelul gâtului, turburări în deglutiţie, care evoluează până la imposibilitatea de a înghiţi apă. Face apoi turburări de vorbire, ajungând la fonaţie complectă. In tot acest interval, bolnavul este afebril şi nu prezintă nicio reacţie meningeală.

Fenomenele de mai sus se accentuează şi, în ziua a 16-a dela operaţie sucombă cu fenomene de paralizie bulbară.

Este deci vorba de o complicaţie tardivă după rahianestezia făcută pentru o intervenţie pe abdomenul inferior. Cantitatea anestezicului nu poate fi incriminată, deoarece reprezintă doza necesară unei astfel de intervenţiuni. Calitatea de asemenea nu poate fi suspectată, deoarece din acelaşi stoc s'au executat numeroase rahianestezii. Bolnavul n'a fost un hipotensiv şi nici un extenuat, deoarece se afla în repauz de mai mult timp. Ne-am gândit la început la o determinare meningeală, care însă nu s'a confirmat.

Ne aflăm în prezenţa unei complicaţii, care nu poate fi atribuită, decât acţiunei anesteziculuí. Din examenul general ce am făcut bolnavului, am constatat, că prezenta o constituţie neuropatică; astfel că putem afirma că în acest caz a fost vorba de o predispoziţie. Se poate ca din acest motiv să se fi produs o impregnare precoce a elementelor nervoase şi o întârziere în eliminarea anesteziculuí. Camus a arătat în mod experimental, perzistenţa impregnării nervoase după dispariţia anesteziei.

Prin această impregnare precoce a elementelor nervoase se produc leziuni mai importante, care pot explica apariţia complicaţiunilor tardive.

Cazul nostru de moarte prin paralizie bulbară la interval mare dela efectuarea rahianesteziei, arată că această metodă de anestezie nu este lipsită de riscuri şi prezintă încă multe necunoscute.

Sunt o serie întreagă de factori care iau parte la modificările produse prin amestecul dintre anestezie şi lichidul cefalo-rahidian. Printre aceştia, constituţia individuală joacă un rol important. Am avut cazuri operate din membrii aceleiaşi familii, care ne-au averizat înainte de a

executa rahianestezia, că acest fel de anestezie nu are niciun efect asupra lor. Am făcut totuşi rahianestezie, însă n'a avut niciun efect analgezic, fiind obligaţi să aplicăm altă anestezie.

Suntem de părere, că şi în cazul nostru, de paralizie bulbară tardivă, a fost vorba de un teren predispus la această complicaţiune.

Expunând cazul nostru, am intenţionat să atragem atenţia, că complicaţiunile tardive după rahianestezie nu constituiesc un capitol, cu care să se speculeze şi compromită rahianestezia, ci este vorba de turburări, care se datoresc modificărilor pe care le produce anesteziculul asupra elementelor nervoase. Existenţa lor a fost suficient accentuată ca să nu le putem trece sub tăcere.

Rahianestezia reprezintă într'adevăr, un bun mijloc analgezic, exceptând complicaţiunile pe care le poate produce. Indată ce vor fi evitate lacunele ce există asupra modificărilor produse de anestezic în spaţiul sub arahnoidian, complicaţiile vor putea fi considerate ca inexistente.

Autorul arată, că rahianestezia reprezintă o metodă bună de anestezie, însă nu este lipsită de orice risc. Pe lângă accidentele imediate care sunt destul de numeroase, sunt complicaţiunile tardive, care au de multe ori urmări dezastruoase. Toate aceste complicaţiuni se datoresc cunoaşterei insuficiente a acţiunii anesteziculuí asupra elementelor nervoase. Descrie apoi o astfel de complicaţie tardivă, care a constat într'o paralizie bulbară, survenită după rahianestezie pentru apendicită acută la un bolnav tânăr. In urma acestei complicaţii, bolnavul sucombă cu fenomene de paralizie bulbară, în ziua 16-a dela operaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r G. I. GRAMA: *Sur une complication tardive après l'anésthésie spinale.*

L'auteur montre que la rachianésthésie représente une bonne méthode d'anésthésie mais qu'elle est quelquefois suivie de complications immediates et tardives. On décrit une telle complication tardive, une paralysie bulbaire qui se manifesta 16 jours après l'opération et à la suite de laquelle le malade succomba.

D-r G. I. GRAMA: *Über eine Komplikation post lumbal Anästhesie.*

Der Verf. erweist dass die lumbal Anästhesie eine gute Methode darstellt, aber zuweilen von verschiedene Komplikationen begleitet. Die sofortige Komplikationen sind nicht gefährlich, während die die späte unangenehme Folge haben. Der Verf. beschreibt einen Fall von Paralysie der Medulla oblongata infolge dessen der kranke gestorben ist.

ANEMOCIT

injecții à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat.

Cutii cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

In fiole à 5 cmc.

Extract de ficat iujectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cutii cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	„
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	„
Extract de mucoasă stomachică	0,10	„
Excipient aromatizant pe bucată.	0,25	„

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%

Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.

Format B fără arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%

Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenie, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM" Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

Contra Febrei — Tifoide

Tifobil

Adulţi
Copii

Vaccin antitifo-paratific pe cale bucală

Agoton

granule şi soluţie

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

Bronchosan

Sirop
dragele

Sedativ al tusei
Tuse spasmodică

Calciretin

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

Hepafort D.

vin-sirop

Tonic reconstituant

Hemoglobină
Extr. spleno-hepatic
Glicerofosfat de calciu
Clorură de manganez
Cola China Nuca vomică

Anemie astenie
surmenaj dispepsie
limfatism
tuberculoză
convalescenţă

Adulţi 2 linguri pe zi
Copii 2 linguriţe pe zi

Academia Central University Library Cluj

Sedonervina

Elixir

Sedativ nervos
1—2 linguriţe pe zi

Sedonervina

fiole

Glicerofosfat de Sodiu
Monomethyl arseniat de sodiu, Cacodilat de sodiu.
Cacodilat de strichină Valerianat de sodiu
Formiat de sodiu

Tonic reconstituant al sistemului nervos

Neurastenie, cefalee rebelă, chloroză, manii depresive, surmenaj, cachexii.

Injecţii intramusculare

Adulţi 1-2 fiole pe zi

Copii 1/2-1 fiolă pe zi

Laboratoarele „ICFAL" S. A. R.
Str. Principatele-Unite No. 14
BUCUREŞTI V — Telefon 5.66.32

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA CHIRURGIEI IN RĂZBOIUL ACTUAL

de

Profesor D-r I. IACOBOVICI

Chirurgia din războiul actual s'a adaptat condițiilor în care se desfășoară luptele.

Utilizarea pe o scară întinsă a carelor de luptă, a aviației, și în genere a tuturor mijloacelor motorizate, a făcut aproape imposibilă fixarea pe teren și lupta de tranșee care a caracterizat războiul mondial.

Războiul planetar, cum i se spune actualului război, are la dispoziție spații imense și mijloace de transport necunoscute în războaiele anterioare. Spațiile imense, mijloacele de transport au făcut din acest război un război de mișcare. Stabilitatea caracteristică a celor trei ani de război de tranșee din epoca 1915—1918 a fost înlocuită cu fronturi foarte întinse și foarte mobile.

Babeș-Bolyai Central University Library Cluj

Faptul, că ne-am găsit mai tot timpul într'o ofensivă fericită a imprimat acțiunei noastre chirurgicale o anumită linie de conduită.

Această acțiune a fost influențată și prin faptul, că în actualul război luptele au fost aproape tot timpul continue.

Ofensivele pe fronturi mici și de scurtă durată, urmate de pauze de luni de zile, cum au fost în războiul mondial n'au existat în războiul actual.

Din cauza lungimei fronturilor, a imenselor efective angajate și luptelor continui, acțiunea chirurgicală a trebuit să fie tot timpul susținută și activă. S'a putut observa, că împărțirea acțiunei chirurgicale în raport cu designarea formațiunilor sanitare nu corespundea situației tactice în anumite faze a luptelor.

Utilizarea pe o scară întinsă a transportului răniților cu avionul a scurtat enorm distanțele și a apropiat frontul de spitale, care erau menite să facă numai serviciul de zonă internă.

Utilizarea de arme noi și în special utilizarea aruncătoarelor de proectile Brandt, precum și utilizarea pe o scară necunoscută în războaiele anterioare a minelor de suprafață a dat plăgilor un aspect cu totul neașteptat.

Puterea uriașă a armelor de foc actuale a mărit mortalitatea

Conferința ținută la Craiova la 25 Martie 1943, în *Reuniunea medicală regională a Soc. de medicină din Oltenia*, din zilele de 25 și 26 Martie 1943.

pe câmpul de luptă într'o proporţie necunoscută în războaiele precedente.

Efectele destructive ale proectilelor mici şi mari au fost cu mult mai pronunţate decât au fost în războaiele precedente. Din această cauză, chirurgii din zonele de operaţiuni au fost nevoiţi să amputeze cu mult mai mult decât amputam noi în aceiaşi situaţie în războiul mondial.

Descoperirea sulfamidelor şi a imensei lor puteri antiseptice a dus la anumite practici chirurgicale, cari s'au dovedit a nu fi cele mai bune.

Organizarea sanitară

Organizarea noastră sanitară din zona de operaţii a fost destul de bună.

Zona internă organizată de D-l Ministru Tomescu, a funcţionat în condiţiuni cât se poate de bune.

Răniţii, din vecinătatea centrelor mari, Iaşi, Galaţi, Huşi, şi cei transportaţi cu avioanele, din cari mulţi au fost aduşi la câteva ore după rănire şi având numai primul pansament făcut, au putut fi operaţi în spitalele de zonă internă. Domnul Ministru Tomescu a organizat dela începutul campaniei echipe chirurgicale formate din chirurgi calificaţi şi cu materialul necesar, cari au fost transportaţi cu avioanele sau cu autocamioane, ori unde s'a simţit nevoia. Echipele acestea au adus servicii mari tot timpul campaniei şi cu deosebire la începutul războiului. Preconizam aceste echipe încă din 1938.

In adevăr la o conferinţă pe care am ţinut-o la 4 Februarie 1938, în faţa ofiţerilor Şcoalei de Război am început-o cu următoarea frază: „războiul este considerat de foarte mulţi ca apropiat şi inevitabil. Numărul celor cari cred în menţinerea păcii se reduce zilnic. Pretutindenea se fac pregătiri şi problema războiului este studiată din toate punctele de vedere". Din nenorocire, profeţia aceasta s'a realizat.

Eu ţineam să conving prin aceea conferinţă pe militarii activi de necesitatea imperioasă a unui ajutor chirurgical cât mai rapid şi cât mai eficace şi preconizam echipele chirurgicale.

Mai spuneam în aceiaşi conferinţă: „Dacă viitorul război va fi, cum se presupune, un război de mişcare, se înţelege câtă valoare are o bună şi judicioasă aşezare a formaţiilor sanitare". Şi această profeţie s'a realizat.

Arătam atunci, ce s'a întâmplat la noi în 1916, şi ce a scris medicul inspector general francez Mignon, care arată dezastrele cari au fost în Franţa, fiindcă serviciile de organizare au refuzat să dea formaţiilor sanitare mijloacele automotorizate şi le-au dat numai căruţe de rechiziţie. Din nefericire şi în războiul actual s'a petrecut acelaşi lucru.

In ultimul timp diviziile blindate au fost dotate cu ambulanţe automotorizate şi, noi am dispus şi de un spital de campanie motorizat condus de Prof. Moruzi, care a adus mari servicii.

Remarc, că încă din 1915 am propus o sală de operaţie mobilă, care însă n'a fost realizată până acum. In schimb trusa de război

alcătuită de mine a satisfăcut suficient de bine chiar pe chirurgii cei mai exigenți.

Propunerile făcute de mine, mai de mult, și reînnoite în conferința din 1938, ca fiecare formație sanitară să fie înzestrată cu tot ce este necesar pentru a putea opera și chiar ospitaliza pe răniți, s'a verificat exact și de data asta.

In adevăr, ambulanța Diviziei de gardă condusă cu o deosebită competență de D-l Colonel Mustăcescu, a fost obligată să lucreze ca spital de campanie și într'un raport făcut de dânsul asupra primei etape a campaniei noastre din 1941, se scrie: „Pe baza experienței căpătate în această etapă noi putem susține că, atunci când nu există mijloace de evacuare, ambulanța trebue să se găsească dotată cu materialele și personalul necesar pentru a fi prima și importanta formație de tratament".

Domnul Mustăcescu m'a informat că, grație sprijinului Consiliului de Patronaj a putut realiza cele necesare pentru operație și ospitalizare la ambulanța divizionară a Diviziei de gardă.

Acțiunea chirurgicală

Timpul util pentru îngrijirea bună a răniților este de șase ore dela rănire. Cu cât acțiunea chirurgicală întârzie mai mult, cu atât rezultatele sunt mai rele. Frantz, medicul șef al armatei germane din războiul trecut, și profesor la Academia militară dela Berlin, dă următoarele date în ce privește plăgile de război abdominale:

Răniții operați dela 1—4 ore dau o mortalitate de 55%.
Răniții operați dela 4—8 ore dau o mortalitate de 62%.
Răniții operați dela 16—24 ore dau o mortalitate de 66%.
Răniții operați dela 24—36 ore dau o mortalitate de 75%.

In războiul actual, acolo unde s'a putut opera în aceleași intervale, rezultatele au fost cu mult mai bune și au fost formațiuni cari au redus mortalitatea la 40% și chiar 20%.

La ambulanța diviziei de gardă, 27% din răniți ajung în primele 6 ore; 65% în primele 12 ore și 29% după primele 12 ore.

Cifrele acestea au fost supuse la variațiuni foarte mari în raport cu situația tactică și cea strategică, dar în genere ajutorul chirurgical a fost destul de repede.

Eu am făcut o anchetă printre ofițerii răniți în prima parte a campaniei, pe cari i-am îngrijit la Spitalul Brâncovenesc, și am constatat că 75% au primit îngrijiri medicale în primele 6 ore. Trebue să recunosc, că aceste îngrijiri au constat în majoritatea cazurilor în simple pansamente și injecții de ser antitetanic.

Adevărata îngrijire chirurgicală însă nu este aceasta.

Acțiunea chirurgicală, ca să fie eficace în primele șase ore, trebue ca plaga să fie curățită mecanic, rănitul să fie deci operat, imobilizat, ospitalizat dacă se poate sau transportat în bune condițiuni.

Int'un articol publicat de mine în Buletinul Medical Nr. 4, din Piatra-Neamț, prin luna Iulie 1942, intitulat Chirurgicalizarea îngrijirei plăgilor de război, scriam: „Numărul mic al chirurgilor și utilizarea pe o scară foarte întinsă a antisepticelor locali și generali, a

determinat în multe cazuri o anumită conduită chirurgicală. Această conduită a avut şi are încă efecte puţin dorite".

„S'a crezut, că având la dispoziţie sulfamidele, serurile şi soluţiile antiseptice, se poate evita sau temporiza acţiunea chirurgicală".

Profesorul Klages publică în Zentralblatt für Chirurgie din Decembrie 1942, un articol intitulat: „Consideraţiuni critice asupra tratamentului conservator al plăgilor".

El lucrează la un centru de triaj al răniţilor şi constată, că tratamentul conservator a plăgilor de război s'a aplicat pe o scară foarte întinsă. Rezultatele au fost rele.

In concluzie scrie Klages: „Se va recurge la tratamentul conservator al plăgilor numai într'un număr foarte restrâns de cazuri. In toate celelalte cazuri se va recurge la tratamentul chirurgical, care asigură cea mai bună combatere a infecţiunei prin extracţia corpilor streini, a ţesuturilor devitalizate printr'o hemostază şi un drenaj corect".

Rezultă deci, că şi în armata germană s'a produs ceea ce am observat şi la noi.

Prin urmare ajutorul chirurgical aplicat cât mai curând şi cât mai radical se impune şi trebue practicat ori de câte ori împrejurările o permit.

După ce s'a făcut operaţia — plaga poate fi sulfamidată pentru a o putea aseptiza. Cu acelaşi scop se dau sulfamide per os.

Războiul actual, război de mişcare n'a permis instalarea bună a formaţiilor sanitare în vecinătatea imediată a frontului aşa cum a fost în timpul războiului mondial şi cu deosebire pe frontul occidental. Din această cauză sutura primitivă a plăgilor nu s'a făcut şi chiar acolo unde s'a făcut, a dat rezultate foarte rele. Câteva cazuri de suturi primitive sosite la Spitalul Brâncovenesc, au trebuit să fie îndepărtate imediat.

BCU "Dunărea de Jos" Central University Library Galaţi

In schimb, noi am întrebuinţat sutura imediată la accidentaţii de pe urma bombardamentelor aeriene asupra Bucureştiului, şi am obţinut rezultate bune. Aceste rezultate s'au obţinut, fiindcă răniţii ne-au sosit repede, i-am putut opera radical imediat şi i-am putut urmări până la vindecare.

Sutura secundară, care putea să fie aplicată în multe cazuri, nu s'a practicat decât foarte puţin. D-rul Eugen Porumbaru are ocazie să lucreze pe frontul dela Stalingrad alături de un spital german, similar cu spitalele noastre de Cruce Roşie din zona de operaţie. La acest spital lucrează chirurgul Techmacher care are o mare experienţă în chirurgia de război şi care a participat la Campania din Franţa, Balcani şi acum pe frontul de est. D-rul Porumbaru observă că în acest spital se aplică pe o scară întinsă sutura secundară. Această sutură se face în aceleaşi condiţiuni ca şi în războiul trecut, adică după ce fenomenele generale şi locale de infecţie au trecut şi după ce controlul bacteriologic a arătat o aseptizare a plăgei. Sutura secundară scurtează enorm timpul de vindecare şi dă întotdeauna o cicatrice mult mai bună.

In Spitalul Brâncovenesc întrebuinţăm acum pe o scară foarte întinsă sutura secundară întârziată şi la răniţi şi la degeraţi.

Rezultatele obținute sunt cât se poate de bune.

Tratamentul fracturilor a suferit, căci chirurgii s'au bazat prea mult pe extensia Kirschner. Cum am mai scris în Buletinul Medical: „Impresiunea mea a fost că s'a dat prea multă atenție la imobilizare și prea puțină la focarul de fractură. Din această cauză s'au produs multe consolidări vicioase și multe pseudartroze".

Bonturile de amputații n'au fost făcute la locurile cunoscute și stabilite ca utile.

S'au urmat prea mult recomandările cărților clasice de medicină operatorie și s'au ignorat judicioasele indicațiuni date de chirurgii ortopediști din timpul războiului mondial. De aceea eu și cu Porumbaru am indicat unde să se facă amputațiile. Problema protezelor pentru membrul inferior, singura proteză utilă, n'a primit soluția trebuincioasă. Protezele se fac într'un singur loc la București. Rănițiii n'au unde să-și facă educația utilizării protezei. Din cauza acestei lipse de educație și a protezelor prost confecționate, amputații nu pot folosi protezele.

Extracția corpilor streini trebue făcută pe o scară cât mai întinsă. Știm cu toții cât este de dificilă extracția micilor corpi streini rezultați din explozia proectilelor de Brandt, sau a minelor.

Totuși am remarcat și eu, ceea ce au remarcat și chirurgii germani, anume că corpii streini periarticulari dau deseori naștere la artrite tardive și la tulburări funcționale articulare.

Extracția acestor corpi mici este dificilă, de aceea este bine să fie făcută de un chirurg radiolog.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

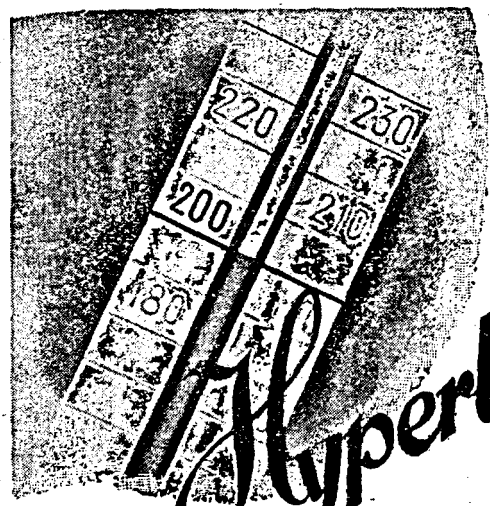
Din cele observate și la mine în serviciu și din cele constatate în cursul inspecțiilor făcute prin diferite spitale reese, că se temporizează prea mult și se aplică și la noi pe o scară prea întinsă tratamentul conservator al plăgilor de război așa cum a constatat Klages și la germani. Acest tratament conservator a plăgilor de război este periculos în zona de operații și foarte costisitor în zona interioară. Vindecarea se face de multe ori în condițiuni precare. Se impune aplicarea unei chirurgii cât mai active atât în zona de operații cât și în zona internă.

Trebue să recunoaștem, că această chirurgie activă s'a aplicat de foarte multe formații, dar ca să fie eficace trebue generalizată.

Pentru aceasta trebue o judicioasă repartiție a chirurgilor. Trebue ca această repartiție să fie echitabilă.

Trebue ca formațiile sanitare din zona de operație să fie dotate cu mijloace de transport rapide și posibilități de operație oriunde și oricând.

Spitalele de zonă internă trebue să fie organizate astfel, ca să satisfacă și trebuințele populației civile și să dea rănițiilor toate îngrijirile care nu se pot da în spitale improvizate.



Hypertensiune

O nouă posibilitate de scoborâre a tensiunei sanguine printr'o asociaţie cu fel fel tauri

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CORITAL

In hipertensiune esenţială, arteriosclerotică şi climacterică

Compoziţie:

Bilă de bou depurată 0.15
Oxisulfonal 0.015
Metilbromat de atropină . . 0.00025
Monoformiat de calciu . . . 0.11

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 dragele. După instalarea unei scoborâri marcate, de 3 ori pe zi 1 dragee. Mai târzie seara 1—2 dragele

Forme de prezentare: Flacon cu 30 dragele
Flacon cu 60 dragele
Flacon cu 300 dragele

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

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

EPIDEMIA DE TIFOS EXANTEMATIC DIN CRAIOVA ANII 1941—1942 IN RELAȚIUNI CU DATE MAI INDEPĂRTATE DATE ȘI CONTRIBUȚIUNI CU PRIVIRE LA SERODIAGNOSTIC

de

D-r N. SCHIOPU
Medic Asistent
al Laboratorului de Igienă
Craiova

și

D-r NINA SCHIOPU-VORNICESCU
Medic secundar
la Spitalul de Boale Contagioase
Craiova

Problema tifosului exantematic este mereu actuală pentru noi, atât în timp de pace cât mai ales în timp de război. Războiul creiază circumstanțe optime, făcând extrem de favorabilă difuzarea tifosului exantematic; așa că pe drept cuvânt i s'a spus că este un satelit al războaielor. In adevăr, războaiele din trecutul apropiat, au fost însoțite de grozave epidemii de tifos exantematic care au decimat și populațiunea civilă și armatele. Expedițiile lui Napoleon au difuzat tifosul exantematic în cele trei continente: Europa, Asia și Africa. Dar cel mai important lucru este că, geniul organizator și strategic al lui Napoleon și forța invincibilei sale armate, au fost înfrânte în Rusia de epidemia de tifos exantematic. Autorii ruși arată că Napoleon a intrat în Rusia cu 400.000 oameni; a ajuns la Barodino cu 160.000, și au ieșit din Rusia numai cu câteva mii. Rușii mărturisesc că au luat în acest război 30.000 prizonieri, dintre care 25.000 bolnavi de tifos exantematic. In războiul Suedo-Finlandez-Rus din secolul al XVIII-lea, tot rușii mărturisesc că armata inamică Suedo-Finlandeză a avut ca pierderi, morți și răniți 64 oameni, prin arme și 6000 morți prin exantematic. Tifosul exantematic urmărește deplasările armatelor și maselor omenești în stare de foamete, mizerie fizologică și lipsă de igienă.

Folosesc această introducere cu date din istoria epidemiilor, arătând prin aceasta pericolul ce ni-l prezintă inamicii noștri din răsărit, nu numai prin armele și ideologia lor socială care ne-o opun, dar și prin virusul exantematic cel mai vechiu și sursa cea mai virulentă din Europa.

Afară de Rusia, unde se găsește în stare endemică în partea sud-vestică și pe țărmul Mării Negre, în Europa se mai găsește în această stare în Balcani și în special în Serbia, iar la noi, în Basarabia.

Virusul exantematic european este de proveniență asiatică și a invadat odată cu invazia popoarelor asiatice către Europa.

In ultimii doi ani, tifosul exantematic datorită circumstanţelor de război, a încercat o oarecare extensiune.

Rezultatul acestei extensiuni este şi epidemia din Craiova, în iarna anilor 1941—1942.

Am găsit necesar a descrie această epidemie, evidenţiind caracterele ei.

Am căutat să stabilim natura şi sursa virusului. Apoi cunoscând aceste date, să evidenţiem mijloacele de depistare în vederea unei cât mai perfecte profilaxii.

In legătură cu această epidemie, pentru stabilirea de relaţiuni mai îndepărtate, vom da numărul bolnavilor de exantematic depistaţi prin examenul de laborator pe cinci ani anteriori anului 1941, pe raza judeţelor din Oltenia, aparţinând inspectoratului General Sanitar Craiova şi Laboratorului de Igienă, precum şi numărul de bolnavi total pe ultimii doi ani, la spitalul de boale contagioase, inclusiv epidemia din Craiova.

In depistarea exantematicului, am folosit numai sero-reacţia de aglutinare W. Felix. Incepând cu anul 1936, redăm pe ani numărul total al examenelor de laborator, cu numărul de rezultate pozitive, după cum urmează:

Anul	Numărul sero-reacţilor W. Felix	totale	şi pozitive pe ani
1936	N-rul total al sero-reac. W. F.	539	sero-reacţii pozit. 23
1937	„ „ „ „ „	406	„ „ „ 22
1938	„ „ „ „ „	375	„ „ „ 10
1939	„ „ „ „ „	464	„ „ „ 29
1940	„ „ „ „ „	940	„ „ „ 91
1941	„ „ „ „ „	689	„ „ „ 68
1942	„ „ „ „ „	1025	„ „ „ 196

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Datele anului 1942, sunt până la 1 Octombrie din 1942.

Deoarece reacţia W. Felix are o valoare ca şi specifică, numărul examenelor pozitive este considerat şi numărul bolnavilor, minus bolnavii la care s'a repetat reacţia de mai multe ori, aceasta întâmplându-se numai în puţine cazuri şi numai pentru epidemia din Craiova. După cum se vede în tabloul de mai sus, numărul bolnavilor pe anii 1936—1939, este aproape constatat. Incepând cu anul 1940, numărul creşte culminând cu 1942, care numără 196 cazuri. Intre aceştia se cifrează şi seroreacţiile efectuate la contracţii celor izolaţi în spital şi bolnavi.

Pentru a vedea modul cum au fost distribuite pe regiuni şi pe ani, am întocmit tabloul de mai jos; de serviciile sanitare care au avut aceşti bolnavi şi care au cerut examenele de laborator, acesta indicându-ne până la un punct topografia exantematicului pe ani şi localităţi.

Sero-reacţii de aglutinare Weil-Felix pozitive

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Spitalul Contragioşi Craiova	3	6	9	23	20	26	94
„ Filantropia „	—	1	—	—	—	1	—
„ Preda „	5	—	—	—	—	—	5
S. S. Judeţul Dolj	—	—	—	—	5	10	2
S. S. oraş Craiova	—	—	—	—	—	6	—
Spitalul Plenița	—	—	—	—	—	—	2
Spitalul Militar Craiova	—	—	—	—	—	—	—
Spitalul Băileşti Craiova	—	5	—	—	25	2	4
„ Filiaşi	—	—	—	—	—	—	2
Circa Melineşti	—	—	—	—	—	—	2
Circa 559	—	—	—	—	—	1	—
Circa Şegarcea	—	—	—	—	7	—	—
„ Măceşu	—	—	—	—	2	2	—
Circa Gângiova	—	—	—	—	—	—	—
Spitalul Caracăl	8	5	—	—	5	2	30
S. S. oraş Caracăl						1	
Spitalul şi oraşul Balş	—	—	—	—	—	1	2
Spitalul Corabia							1
S. S. Judeţul Romanaţi	—	—	—	—	—	—	—
Circa Ştirbei Romanaţi							2
Circa Urzicuţa	—	—	—	—	—	—	2
„ Chelaru	—	—	—	—	1	—	—
Spitalul Turnu-Severin	—	3	—	—	—	—	6
„ Strehaia							1
„ Baia de Aramă	—						5
„ Burila Mare	—	—	—	—	—	—	10
„ Vânju Mare	—	—	—	1	9	5	21
„ Bâcleş	—	—	—	—	—	1	1
„ Balta	—	1	—	—	—	—	—
„ Cuşmir	—	—	—	—	1	—	—
„ Slatina	—	—	—	4	3	6	2
S. S. Judeţul Olt	6	—	1	—	—	—	—
Spitalul Drăgoteşti	—	—	—	—	2	—	—
Circa Pătuţelele Judeţul Mehedinţi	—	—	—	—	—	—	2
Spitalul Lădeşti	—	1	—	—	—	—	—
Circa Vâlcea	—	—	—	—	1	—	—
Spitalul Militar Craiova	1	—	—	—	—	—	—
Particulari							
Gângiova	—	—	—	—	1	—	—
Bălceşti Vâlcea					8		
S. S. Judeţul Romanaţi	—	—	—	—	2	4	—
Total cazuri	23	22	10	29	91	68	196

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Privind acest tablou, vedem localităţi în care apare aproape în fiecare an, tifosul exantematic. Menţionăm spitalele: Contagioşi Craiova, Spitalul Caracal, Vânju-Mare, Mehedinţi, Slatina—Olt, Băileşti—Dolj. Cazurile depistate în aceste spitale aparţin localităţilor respective sau învecinate.

Cu datele de mai sus, precedente şi concomitente epidemiei din Craiova, trecem la descrierea ei. Epidemia numără 58 de cazuri. Ea începe în luna Noembrie 1941, cu primul caz care a făcut boala la domiciliu şi diagnosticat ulterior în convalescenţă, şi se termină în luna Iunie 1942, la 28, când ultimii bolnavi părăsesc spitalul. Primul caz este Const. Neagoe, de 17 ani, din str. Bucium, copil de trupă la Reg. 9 Artilerie. El a făcut boala la domiciliu, unde a fost tratat de medicul regimentului ca de o boală intercurentă. A fost depistat în luna Decembrie în stare de convalescenţă, şi în timpul când alţi patru fraţi ai săi şi mama, erau în plină boală. Tot în luna Noembrie, în ziua de 28, a intrat în Spitalul de boale contagioase, soldatul M. J., venit dela Elisabetgrad-Ucraina în plină boală. La 30 Noembrie, un alt bolnav V. P., tot din str. Bucium, Şcoala Poenaru, a intrat în spital în a 8-a zi de boală; apoi la 1 Decembrie, A. P., din str. Bucureşti. Intre 1—22 Decembrie au mai fost depistaţi şi izolaţi la spital 23 cazuri în plină boală sau în convalescenţă din diferite străzi şi cu deosebire din str. Bucium sau străzile învecinate, în majoritate elevi dela Şcoala Poenaru. In luna Ianuarie epidemia se consideră stinsă, nemai depistându-se niciun caz. La 9 Februarie apare un nou caz de exantematic tot în str. Bucium, casă contaminată. In acest timp se izolează în spitalul de boale contagioase bolnavi din com. Cârcea şi Melineşti—Dolj, în număr de 5. Concomitent cu ultimul caz în str. Bucium din Februarie, se depistează începând cu data de 10 Februarie 1942, cazuri noui în alt cartier al oraşului, şi anume: străzile Leon-Vodă, General Cerchez. Epidemia continuă până în luna Iunie, numărând în total 34 de cazuri, care au fost depistate în străzile următoare: Str. Amărăzii, str. Nisipului, Fundătura Bătrânilor, Mărăşti, Calea Bucureşti, B-dul Romanescu, Regele Ioaniţiu, Voevodul Mihai, Str. Oborului, Păstorului şi Cartierul Faţa Luncii.

Centrul focarelor prin frecvenţa cazurilor au fost: Str. Bucium cu Şcoala Poenaru; Leon-Vodă, General Cerchez şi Faţa Luncii în a doua parte a epidemiei. Concomitent cu aceasta a doua parte a epidemiei din Craiova, s'au mai internat în Spitalul de Contagioşi în luna Februarie şi Martie, 7 cazuri din comuna Lazu, jud. Dolj.

Frecvenţa maximă a epidemiei a fost în luna Decembrie 1941, culminând cu 23 de cazuri; a doua în ordine a fost în luna Mai, care numără 15 cazuri; mijlocia o ţine luna Martie cu 9 cazuri. Se presupune că rezervorul de virus ar fi fost în armată, frontul, şi s'ar fi difuzat prin C. N., primul care a făcut boala şi dela care s'ar fi difuzat prin fratele său N. N., elev la şcoala Poenaru. Această ipoteză nu poate fi valabilă, deoarece concomitent cu boala acestui elev, la acea şcoală mai erau şi alţi elevi bolnavi. Incercările de a stabili o filiaţie a epidemiei nu a reuşit. Al doilea, soldatul bolnav

venit de pe front, M. J., de asemenea nu putea fi responsabil în cauzarea acestei epidemii, pentru motivul că la venirea lui de pe front, erau bolnavi în Craiova în focarul din Str. Bucium. Ipoteza că epidemia ar fi originară din armată şi Ucraina, nu se poate dovedi.

In legătură cu aceasta, unul din noi mobilizaţi în prima parte a campaniei actuale, până la capitularea Odesei, 16 Octombrie, la un regiment de infanterie, ca medic de batalion şi regiment, nu am depistat în unitate, dela 15 Aprilie 1941 şi până la 15 Noembrie 1941, niciun bolnav de tifos exantematic, nici în cazarmă, nici în zona de operaţiuni. N'am auzit că ar fi existat exantematic pe front până la 16 Octombrie, nici la alte unităţi mici sau mari, după cum nici la un spital de campanie din apropierea frontului care a fost vizitat în decurs de 3 săptămâni.

Având în vedere modul cum s'a difuzat epidemia, având un caracter dispersant, afară de cele 3 focare principale, şi făcând legătură cu focarele epidemice din anii anteriori, şi pentru alte motive pe care le vom arăta mai târziu, putem admite că virusul în această epidemie este de origină locală şi mai probabil mixtă, local şi importat. Prin contagiozitatea sa, se identifică ca un virus istoric-european. Dacă pentru caracterizarea epidemiologică ne-am servit de epidemia din Craiova, ca cea mai bine cunoscută, pentru caracterizarea clinică, ne vom servi de totalitatea cazurilor internate şi tratate la spitalul de boale contagioase Craiova, pe întreg anul 1941 şi anul 1942, până în luna Iulie, când epidemia din Craiova este terminată.

Numărul total al bolnavilor în această perioadă este de 89 şi se împart după sex în 48 bărbaţi şi 41 femei. Arătăm câteva simptome mai caracteristice epidemiei exantematice, pentru a ne putea da seama de epidemie în general:

Digitized by Central University Library Cluj

Erupţiile: intensă 21 cazuri; obişnuită 13 cazuri; discretă 10 cazuri; purpurică 2 cazuri; fără erupţie 25 cazuri. Făcând procentul tuturor cazurilor cu erupţie şi fără erupţie, găsim pentru cele dintâiu un procent de 72%, iar pentru celelalte de 28%.

Turburări digestive: constipaţii 32; diaree 8; scaune normale 31.

Simptome nervoase: cefalei 57; mialgii 37; agitaţii 15; delir 19.

Incontinenţă de urină şi materii fecale 7. Conjunctivită catarală 30. Surditate 40. Tremurătura limbi 5. Simptome renale: albuminurii 7; hematurii 2; hemoptizii 2.

Simptome cardiace: impregnare toxică a miocardului 20; aritmii 17; bradicardii 15.

Pentru o evidenţiere şi mai clară a caracterelor clinice, am socotit că e bine să dăm 11 observaţiuni însoţite de curba termică după cum urmează:

OBSERV. 276. — I. Z., 23 ani, din comuna Lazu, satul Caruia, jud. Dolj, intră în Spitalul de Boale Contagioase Craiova în ziua de 21 Martie 1941, suspect de tifos exantematic.

Antecedente personale: A suferit de reumatism poliarticular acut la vârsta de 16 ani, după care a rămas cu o afecţiune cardiacă, pentru care a fost reformat din armată.

Istoric: După declaraţia bolnavului, boala durează de 2 săptămâni. A început cu febră, epistaxie şi vărsături, constipaţie, cefalee, ameţeli.

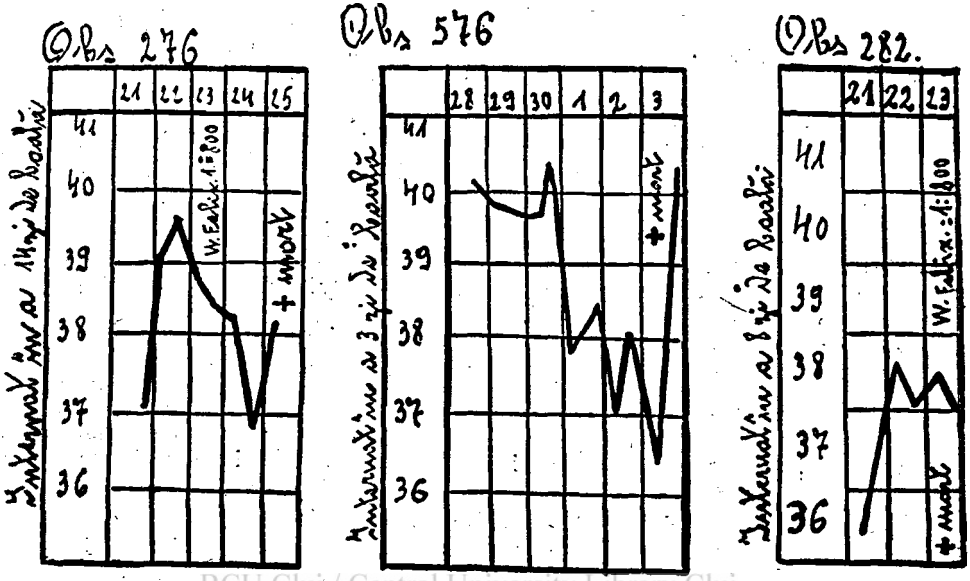
Starea prezentă: Pe tot corpul erupţie cu aspect purpuric.

Tegumentele de culoare galben icteric, conjunctivele de asemenea.

Splina şi ficatul mărite şi dureroase. Limba saburală, constipaţie, dispnee, insomnie, cefalee, mialgii. In a patra zi de spitalizare, sucombă.

Boala a durat aproximativ 18 zile.

Serodiagnosticul: W. Felix = 1 : 800 +; Widal = negativ; în a 16-a zi de boală.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERV. 576. — M. J., de 22 ani, militar în termen, intră în Spitalul de Boale Contagioase la 28 Noembrie 1941, venind dela Elisabetgrad-Ucraina, cu erupţie tipică de tifos exantematic.

Antecedente: Fără importanţă.

Istoric: Boala a început cu patru zile înainte, pe când se găsea la Odesa în drum spre casă, cu slăbiciune generală, cefalee şi febră.

Starea prezentă: Starea generală proastă; cefalee intensă; cu pierdere de cunoştinţă şi delir, agitaţie şi insomnie. Limba arsă, vărsături.

Pulsul slab cu 140 bătăi pe minut. Oligurie, hematurie, pareză vezicală, convulsii epileptiforme. Moare în ziua de 3. XII. 1941.

Serodiagnosticul: W. Felix = 1 : 800; Widal negativ în a cincea zi de boală.

OBSERV. 282. — M. S. de 50 ani, din satul Caruia, comuna Lazu, jud. Dolj, intră în Spitalul de Boale Contagioase în ziua de 21 Martie 1942, în a opta zi de boală.

Antecedente: Fără importanţă.

Istoric: Boala a început la 13 Martie a. c., cu febră, cefalee, epistaxis, astenie, constipaţie.

Starea prezentă: Bolnava inconştientă, în stare de prostaţie, cu erupţie peteşială caracteristică, generalizată pe toată suprafaţa corpului. Splina şi ficatul mărit. Dispneică, cu incontinenţă de urină şi materii fecale, Pulsul radial impalpabil. A treia zi de internare sucombă.

Serodiagnosticul: W. Felix = 1 : 800; Widal = negativ în a 11-a zi de boală.

Aceste trei observaţiuni, le-am redat pentru mai multe motive: 1) Toate sunt letale şi cu încă un caz, formează procentul letalităţii în cele 89 de cazuri din statistica noastră; 2) Unul din ei vine bolnav din zona de operaţiuni şi n'are nicio legătură cu sursa de virus al epi-

demiei din Craiova; 3) Altul cu o insuficienţă cardiacă în urma unui reumatism poliarticular acut avut la vârsta de 16 ani, şi pentru care a fost reformat din armată, şi de a cărei moarte nu poate fi făcut responsabil tifosul exantematic, infecţia din urmă contribuind doar numai pentru a-i grăbi sfârşitul.

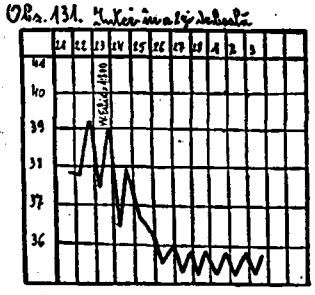
OBSERV. 131. — D. I. de 18 ani, din Craiova, str. Amărăzii 68, intră în spital la 21 Februarie 1942, suspect de tifos exantematic.

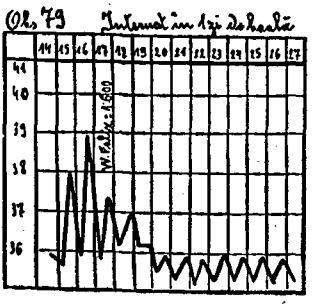
Antecedente personale: Fără importanţă.

Istoric: Bolnava conştientă, declară că n'a fost bolnavă niciodată.

Starea prezentă: Starea generală foarte bună. Nu prezintă nicio erupţie pe corp. Bolnava are apetitul normal şi cere de mâncare. Splina şi ficatul normale.

Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 800; Widal = negativ în a 4-a zi de boală.





OBSERV. 79. — A. C., 34 ani, muncitoare din Craiova, str. General Cerchez, intră în spital la 14 Februarie 1942, ca suspectă de tifos exantematic, având în spital bolnave de exantematic confirmat 2 fiice.

Antecedente personale: Fără importanţă.

Istoric: Declară că n'a fost şi nu este bolnavă.

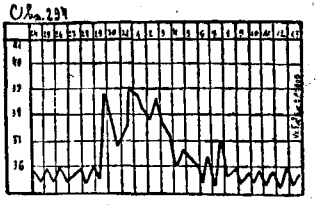
Starea prezentă: Dureri de cap uşoare, apetitul conservat, niciun fel de erupţie pe corp, starea generală foarte bună.

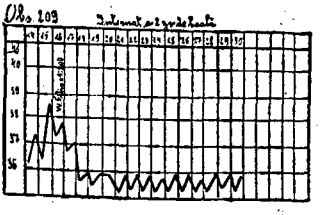
Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 600; Widal negativ în a 5-a zi de boală.

OBSERV. 294. — V. G., de 7 ani, din Craiova, str. Leon Vodă 170. intră în spital la 24 Martie 1942, ca contactă cu fratele bolnav de exantematic.

Antecedente personale: Fără importanţă. In a şasea zi de spitalizare, se declanşează boala exantematică cu febră. In tot timpul febrei, starea generală se menţine bună. Limba saburală, apetitul conservat şi scaune normale. N'are erupţie.

Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 800; Widal 1 : 200 în a 12-a zi de boală.





OBSERV. 209. — I. Vul., de 7 ani, din Craiova, str. Leon Vodă 52. intră în spital la 14 Martie 1942, suspect de tifos exantematic.

Antecedente Fără importanţă.

Istoric: Bolnav de 2 zile cu uşoară febră.

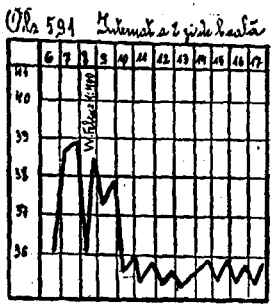
Starea prezentă: Starea generală foarte bună; apetitul conservat, limba şi scaunele normale. Nu prezintă niciun fel de erupţii.

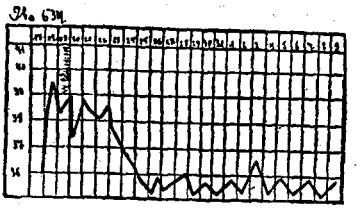
Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 200; Widal negativ în a 5-a zi de boală.

OBSERV. 591. — Fl. N., de 2 ani şi 7 luni, din Craiova, str. Bucium 33, intră în spital la 4 Decembrie 1941, suspect de exantematic, din casă contaminată şi având 2 zile febră.

Starea prezentă: Starea generală foarte bună; prezintă uşor exantem buco-faringian, limba saburală, apetitul conservat, scaunele normale.

Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 400; Widal negativ în a cincea zi de boală.





OBSERV. 634. — V. P., de 10 ani, din Craiova, str. Bucium 28, intră în spital la 17 Dec. 1941, ca contactă împrenă cu familia sa. A doua zi de internare în stare generală destul de bună, face febră. Nu are nicio erupţie.

Serodiagnosticul: W. Felix 1 : 800; Widal negativ în a treia zi de boală.

In aceste 6 observaţiuni, dintre cari 4 sunt copii până la 10 ani, remarcăm că starea de boală exantematică este abia semnalată. Se caracterizează printr'o stare generală bună sau foarte bună şi cu febră care durează câteva zile. Diagnosticul de exantematic este imposibil clinic şi în afară de epidemie şi foarte greu în epidemie şi numai cu ajutorul laboratorului.

OBSERV. 396. — G. B., de 40 ani, din Craiova, str. Nisipului 9, intră în spital ca suspect de exantematic în ziua de 16 Mai 1942.

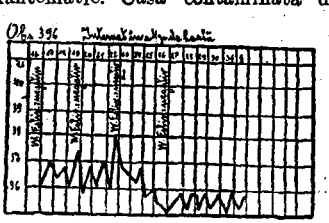
Antecedente: Fără importanţă.

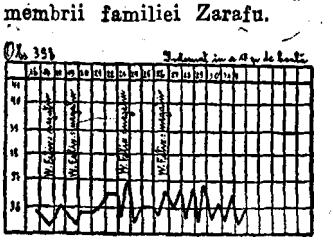
Istoric: Bolnav de 4—5 zile, cu indispoziţie, cefalee, mialgii, durere în lombe.

Starea prezentă: Nicio erupţie pe corp. Splina şi ficatul palpabile şi sensibile. Niciun alt simptom mai evident nu apare.

Serodiagnosticul: Efectuat de 4 ori în cursul maladiei şi în convalescenţă a rămas negativ.

Date epidemiologice: De 2 luni a venit din comuna Breasta în Craiova, str. Nisipului 9, la familia Zarafu, casă contaminată în cartier contaminat de tifos exantematic. Casa contaminată de membrii familiei Zarafu.





OBSERV. 398. — R. Z., de 58 ani, din Craiova, str. Nisipului 9, intră în spital cu tifos exantematic în ziua de 16 Mai 1942.

Antecedente personale: Fără importanță.
Istoric: Bolnav de 18 zile, cu febră, cefalee, delir.
Starea prezentă: Apireptică, stare de prostație accentuată. Erupție intensă, peteșială generalizată. Auzul diminuat, aude și răspunde la întrebări cu mare greutate și numai la insistență. Limba saburală, constipație, ficatul mărit și foarte dureros, splina gradul 2 și dureroasă.
Date epidemiologice: Toți membrii din familie, soți și copii au fost bolnavi de exantematic. Casa, din focarul epidemic din cartierul Fața Luncii, în care s'a contaminat persoane venite din altă localitate citată la observ. 396.
Serodiagnosticul executat de 4 ori în timpul celor 18 zile de boală și în convalescență, a rămas negativ. Diagnosticul de febră exantematică în aceste două cazuri este dat epidemiologic, și clinic fiind foarte puțin caracteristice, iar examenele de laborator repetate fiind negative, nu poate să ne dea confirmarea.

Acest 2 cazuri intră în procentul 2—3%, când seroreacția de aglutinare rămâne negativă pentru motive care nu pot fi cunoscute. Diagnosticul este pus numai epidemiologic și clinic.

După ce am arătat predominența câtorva simptome, repartizându-le numeric și descris în cele 11 observațiuni pe care le-am socotit mai caracteristice, pentru o vedere de ansamblu, am întocmit tablourile de mai jos:

Tablou de tifos exantematic din anii 1941—1942.

	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-65	total	proc.
Forma obișnuită	—	4	4	5	3	3	2	3	3	1	28	31,56%
f. gravă	2	—	2	3	3	—	2	2	1	4	19	20,14%
ușoară	—	6	2	2	—	1	—	—	2	—	13	14,62%
frustă	4	9	5	5	—	—	—	2	1	2	28	31,56%
inaparentă	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1,12%
Total	6	19	13	15	6	4	4	7	8	7	89	99,90
	6,74%	21,35%	14,50%	16,35%	6,74%	4,50%	4,50%	7,87%	8,98%	8,98%	99,00	

Tabloul de mai sus reprezintă statistica pe cele 89 cazuri de exantematic internate și tratate la Spitalul de boale contagioase din Craiova în anii 1941 și 1942 până la Iulie. In acest tablou se poate vedea morbiditatea exantematică după vârstă numeric și procentual și arată totodată și formele clinice cu numărul și procentul lor.

O caracteristică în această statistică este următoarea: Morbiditatea exantematică pe vârste este între 5 și 10 ani, cu un procent de 21,35%. Din punct de vedere clinic, forma frustă egalează forma obișnuită, cu un procent pentru ambele de 31,56%.

Pentru o evidențiere și mai clară asupra caracteristicei exantematicului din anul 1941 și 1942, am găsit de cuviință să facem statistica separată a epidemiei de exantematic din Craiova, al cărui tablou îl redăm mai jos. Epidemia din Craiova numără 58 de cazuri. Caracteristica ei este următoarea: morbiditate exantematică este maximă tot

între vârsta de 5 şi 10 ani, reprezentând un procent mult mai mare de 32,75%; din punct de vedere clinic, forma frustă culminează, atingând procentul de 43,10%. (Vezi tabloul).

ani	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-65	Total	proc. %
obişnuit	—	4	2	3		2	—	—	2	—	13	22,58%
gravă uşoară	1	—	2	1	1	1	1	1	1	2	11	18,78%
uşoară	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	8	13,79%
frusta	4	8	6	4	—	—	—	2	—	1	25	43,10%
inap.	—	—	—	—	—	—	—		1	—	1	1,7%
total	5	19	10	8	1	4	1	3	4	3	58	
	8,62%	32,75%	17,45%	13,90%	1,72%	5,95%	1,72%	5,47%	5,95%	5,47%	99%	

O altă caracteristică a epidemiei din Craiova şi foarte importantă, este numărul mare de ţigani ce iau parte în această epidemie: 30 din 58.

Raportată la populaţiunea Craiovei, care este de aproximativ 79.650 suflete, ei reprezintă un procent de 2,51% faţă de populaţiunea etnică românească. Morbiditatea exantematică în această epidemie, populaţiunea etnică românească participă cu procentul 36 la 100.000, în timp ce populaţiunea etnică ţigănească participă cu un procent de 1500 la 100.000.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceea ce priveşte mortalitatea în această epidemie se ridică la procentul de 4.38%. Această mortalitate însă nu aparţine cu totul epidemiei de exantematic. Unul din ei cu insuficienţă cardiacă pentru care a fost reformat din armată, nu-i putem atribui sfârşitul letal exantematicului, ci maladiei cardiace. Exantematicul numai a grăbit sfârşitul. Al doilea caz a cărui letalitate de asemenea n'o putem atribui ca fiind cauzată de virusul exantematic al epidemiei noastre, este soldatul care a venit bolnav de pe front. Acesta, deşi a făcut boala în spitalul din Craiova, virusul cauzator al boalei este de sursă rusească. Excluzând deci aceste două cazuri, rămânem pentru epidemia din Craiova cu o mortalitate epidemică de 2.24%.

Deci, din punct de vedere clinic, cazurile de tifos exantematic din aceşti ultimi 2 ani, dar mai ales în epidemia din Craiova, reprezintă următoarele caracteristici şi particularităţi:

1. Cea mai mare morbiditate exantematică, se găseşte la ţigani, iar după vârste la copii între 5 şi 10 ani.

2. Forma clinică care predomină este cea frustă, participând în epidemia dela Craiova cu un procent de 43,10%.

3. Mortalitatea epidemică este de 2.24%.

In legătură cu aceste date a epidemiei din Craiova, dăm câteva relaţiuni asupra aspectului ce-l are tifosul exantematic din câteva regiuni din Basarabia, observate de noi în decurs de 6 ani, cât am funcţionat ca medici în acele regiuni. Localităţile cele mai contaminate şi în care apărea exantematicul cu regularitate, erau cele cu populaţiune

Găgăuză. Localităţile învecinate cu populaţiune românească, germană sau bulgară, se contaminau întâmplător şi numărând puţine cazuri. Din punct de vedere clinic, de asemenea am observat deosebiri. In timp ce, la populaţiunea Găgăuză, în epidemie masivă boala prezenta în majoritatea cazurilor forma frustă greu de diagnosticat clinic chiar în timp de epidemie, la populaţiunea românească, germană sau bulgară, boala se prezenta sub formă tipică sau gravă.

Se pare că atât la ţiganii din Oltenia cât şi la Găgăuţii din Basarabia, tifosul exantematic este endemic, virusul perpetuându-se, având optime condiţiuni de transmitere dela om la om.

Prin viaţa nomadă a ţiganilor, prin emigrarea populaţiei Găgăuze în restul ţării, după căutare de lucru, mai ales în sezonul de vară, se realizează difuzarea virusului exantematic în restul populaţiunei din întreaga ţară.

Predominenţa formelor clinice fruste la ambele aceste populaţiuni, pare să fie datorită reinfecţiunilor (regidivelor) foarte frecvente. Cu probabilitate că printre aceste forme fruste să fie şi forme inaparente ale maladiei.

*

Dacă epidemia din Craiova s'a dovedit după natura virusului de sursă istorică, totuşi caracterul clinic şi caracterul epidemiologic al epidemiilor din anii precedenţi din localităţile din Oltenia, ne-ar putea duce cu gândul şi la o altă varietate de virus. Până în prezent, la noi în ţară, în afară de sursa istorică de exantematic, s'a mai depistat şi exantematicul cu virus butunos. Doctorul Sarafide la Constanţa, în 1910, şi Doctorii Bârzănescu şi Vasiliu în 1931, au publicat cazuri de exantematic cauzate de virus butunos. Autorii ruşi, printre cari Rozenberg, atestă prezenţa virusului murin în Rusia Sovietică. De asemenea s'a semnalat virusul murin în toate ţările din Bazinul mediteranian, ca: Franţa, Spania, Italia, Grecia. Dacă în România până în prezent nu s'a identificat prezenţa virusului murin, importarea lui mai ales în împrejurările de astăzi nu poate să fie exclusă şi trebue să ne gândim la ea.

Punând astfel problema, medicii epidemiologici şi infecţionişti*) în prezenţa de cazuri cu caractere de exantematic, trebue să se gândească şi să caute să identifice varietate de virus ce pot da naştere la exantematic. Acest lucru este foarte important, deoarece profilaxia este diferită.

In prezenţa unei epidemii de tifos exantematic, epidemiologul trebue să ţie socoteala odată cu identificarea virusului, de factorii contagiozitate, rezervoarele de virus, transmiţătorii de virus. S'a stabilit că rezervorul de virus pentru tifosul exantematic istoric este omul şi cu probabilitate, câinele, pisica (Ciucă, Bălteanu, Constantinescu), iar agentul transmiţător este păduchele de corp (pediculis vestimenti) Charle Nicolle şi cu probabilitate puricile. Ciclul obligator pentru virus este: omul bolnav — păduche, — omul sănătos, şi cu probabilitate om — câine sau pisică — om în perioadele de acalmie, vara. La om virusul

*) Înţelegem prin medic infecţionist, medicul specialist în boale contagioase.

istoric are predilecție pentru țesutul sanguin, creier, capsula supra-renală splină. Puterea infectantă a sângelui de bolnav a fost dovedită de Charle Nicolle și colaboratorii săi dela Institutul Pasteur din Tunis și de medicul rus Mocikowski care a experimentat pe el însuși. Experiența cea mai demonstrativă asupra infecțiozității sângelui de bolnav, a fost făcută de un medic militar turc, alienat în timpul războiului mondial. El a inoculat la soldați turci sănătoși, în scop profilactic, sânge dela bolnavi și convalescenți exantematici. Din 120 oameni inoculați cu sânge defidrinat de convalescent, s'au îmbolnăvit 5 și a murit 1. Din 310 oameni inoculați cu sânge defibrinat dela bolnavi de exantematici în momentul culminant al boalei, s'au îmbolnăvit 174 și au murit 49. Această experiență dureroasă, este cea mai demonstrativă. Infecțiozitatea este probată pentru tot timpul maladiei și în puține cazuri și în convalescență. Rosenberg citează cazul când contaminarea dela omul bolnav la omul sănătos s'a făcut printr'un ac de seringă întrebuințat pentru extras sânge dela bolnavi.

Virusul exantematic istoric, trăește 8 zile la temperatura de 0^0 și moare la 60^0 după câteva minute. Sursele de virus se pot păstra foarte bine prin infectarea cobailor și treceri succesive la aceștia. Virusul exantematic istoric îmbolnăvește păduchele dându-i o maladie caracterizată prin diaree.

In ceea ce privește virusul exantematic varietate butunoasă, s'a stabilit că este diferit de cel istoric. Autorii români Combiescu, Zota și autorii străini Caminopetros, Blanc, Brumpt și Durand au arătat că rezervorul de virus varietate butunoasă este căpușa, Ripicephalus sanquineus, ce trăește pe câine și numai în timpul verii. Iarna, căpușa se refugiază în locuri întunecoase, umede și călduroase. De asemenea s'a stabilit că virusul butunos se transmite și ereditar la căpușe. Cu ocaziunea epidemiei din Constanța din anul 1931, descrisă de D-r Bârzănescu și Vasiliu, Combiescu a făcut o serie de experiențe, arătând că câinele poate fi un rezervor de virus butunos, făcând boala inaparentă. Cercetările sale au fost confirmate în anul 1932, de Durand în Franța.

Incercările experimentale au stabilit că boala poate fi transmisă la om prin inoculări de sânge virulent, dar conservarea virusului este destul de grea. Ca o caracteristică a tifosului exantematic butunos, spre deosebire de tifosul exantematic de sursă istorică, este aceea că febra exantematică butunoasă aparține sezonului de vară, poarta de intrare se recunoaște printr'un șancru de inoculare care persistă mai mult timp; de asemenea nu există nicio relațiune dela caz la caz, neavând nicio preferință pentru sex sau vârstă. Serodiagnosticul W. Felix este tardiv și inconstant.

In ceea ce privește tifosul exantematic murin, acest virus aparține murideelor. Trece și la om prin intermediul puricilor dela șobolani. Asemănările cu tifosul exantematic istoric sunt așa de mari, încât s'au găsit autori care să susție identitatea acestor virusuri. Caracterul cel mai important este că apare sporadic; în timp ce tifosul exantematic istoric dela cobai, o boală aparentă și numai câteodată boală inaparentă, virusul exantematic murind, dă boala aparentă la șobolani și

inaparentă la cobai. O altă caracteristică a virusului murin este aceea că inoculat la cobai dă leziuni scrotale, traducându-se prin tumefacţia burselor, congestiune, periorhită, câteodată hemoragică, alte ori seroasă (vaginalită). Seroreacţia W. Felix este pozitivă.

*

Cu aceste date pe care medicul epidemiologic trebue să le aibă în vedere în timpul unei epidemii, revenim asupra caracterelor clinice asupra epidemiei din Craiova. Am spus că în afara unei epidemii, formele acestea fruste arătate de noi nu pot fi nici bănuite de tifos exantematic. In plină epidemie însă, sunt luate în consideraţie şi cercetate, Charle Nicolle şi colaboratorii săi din Tunis, arată că exantematicul de sursă istorică din acele regiuni, se prezintă în foarte multe cazuri sub formă frustă foarte greu de diagnosticat. Ajutorul laboratorului este imperios şi numai prin el se pot identifica şi diagnostica. In depistarea şi identificarea virusului exantematic la om, putem utiliza următoarele probe de laborator: 1) Seroreacţia W. Felix; 2) Inocularea la cobai; 3) Infectarea păduchilor pe omul bolnav; 4) Acţiunea preventivă a serului de convalescenţi inoculat la cobai şi care ulterior se inoculează cu virus dela omul bolnav, traducându-se prin acea de a nu face boala; 5) Leziuni specifice histologice vascula creier şi tunică vaginală.

Noi am utilizat în cazurile noastre numai seroreacţia W. Felix, fiind singura uzitată şi cerută. Vedem adesea în publicaţiile periodice medicale, păreri asupra nespecificităţii seroreacţii W. Felix şi ca corolar a acesteia, impresii asupra rezultatelor inconstante a seroreacţiei în tifosul exantematic. Mai mult chiar s'a afirmat că seroreacţia ar apărea şi în alte maladii febrile. Dacă seroreacţia W. Felix nu poate fi considerată ca specifică, ea are însă valoarea unei reacţii specifice.

In cele 89 de cazuri în care am efectuat seroreacţia W. Felix, o singură dată sau de mai multe ori, avem un procent de rezultate pozitive de 97,36% faţă de 2,64%, rezultate negative. Autorii ruşi, printre care şi Rosenberg, dau un procent de rezultate pozitive a seroreacţiei W. Felix de 96,97%. Rezultatele noastre sunt mai favorabile decât acelea ale autorilor ruşi. Apariţiunea seroreacţiei W. Felix, este destul de precoce, evident într'un număr mai restrâns din cazuri. In observaţiunile noastre avem cazuri cu apariţiunea seroreacţiei W. Felix, chiar din a 3-a zi de boală. Apare în tot timpul maladiei şi în convalescenţă.

Aceasta ne arată că seroreacţia negativă în cazuri suspectate clinic şi epidemiologic de exantematic, trebue repetată în tot timpul maladiei şi în convalescenţă.

Dăm următoarele date ale autorilor ruşi cu privire la data apariţiunii reacţiei W. Felix, în raport cu numărul zilelor de boală:

Intre a 4-a—5-a zi seroreacţii W. Felix pozitive 45%. Intre a 6-a zi seroreacţii W. Felix pozitive 70%. Intre a 7-a zi seroreacţii pozitive 86%. Până la 10 zile seroreacţii W. Felix pozitive 95—98%. In convalescenţă seroreacţii pozitive 2—3%.

Noi nu am făcut o statistică şi nu am urmărit în cazurile noastre

datele de apariţiune a seroreacţiei W. Felix pe zile de boală; se pare totuşi că datele de mai sus pot fi modificate în sensul că procentul pozitivităţii este mai mic în primele zile de boală şi mai mare după a zecea zi de boală. Noi am efectuat seroreacţia W. Felix la 16 bolnavi internaţi în spital cu alte maladii febrile după cum urmează: 7 bolnavi de paludism în parte chiar în timpul accesului febril; 2 cazuri de tuberculoză în evoluţie; 1 caz de sifilis terţiar; 1 caz de pleurezie purulentă; alte cinci cazuri cu diferite alte maladii. In toate aceste cazuri seroreacţia W. Felix a fost negativă.

In afară de bolnavii internaţi în spital, au fost carantinaţi 247 contacţi la Spitalul de boale contagioase cu ocazia acestei epidemii. La 104 dintre aceştia, li s'a făcut seroreacţia W. Felix. Numai la 30 din ei s'a găsit seroreacţia pozitivă. Dintre aceştia din urmă s'a putut stabili cu preciziune prin anamneză, că 12 făcuse boala la domiciliu şi erau în convalescenţă. La restul de 18, nu s'a putut stabili nimic din anamneză. Reese că aceşti 18 contacţi, erau fie în convalescenţă după boală formă frustă, fie că erau în stare de boală inaparentă.

Faţă de datele ce le avem asupra infecţiozităţii, aceşti din urmă bolnavi prezintă interes destul de mare pentru profilaxie, fiind purtători de virus. In legătură cu aceasta, menţionăm că în timpul acestei epidemii s'a primit ordin pentru recoltarea de ser de convalescent în scop preventiv. Faţă de datele de mai sus asupra infecţiozităţii sângelui de bolnavi convalescenţi şi faţă de faptul că la majoritatea din contacţi care au avut seroreacţia W. Felix pozitivă fără să se fi putut stabili în antecedentele apropiate maladia, recoltarea de ser dela aceştia şi administrarea în scop profilactic o socotim imprudentă.

Faţă de rezultatele autorilor ruşi cu privire la seroreacţia W. Felix şi faţă de rezultatele noastre credem, că rezultatele pozitive ale seroreacţiei W. Felix observate de unii autori în alte maladii febrile, pot fi datorite infecţiei exantematice forme fruste sau inaparente. In ceea ce priveşte intensitatea, adică titrul de aglutinare, n'are nicio legătură cu formele clinice. In formele inaparente, fruste ca şi în cele obişnuite şi grave, titrul reacţiei poate varia ca intensitate.

De asemenea în cazurile letale, seroreacţia s'a arătat timpurie şi intensă.

*

Seroreacţia W. Felix. Aglutinine. Coaglutinine. Seroreacţia W. Felix este rezultatul aglutinării varietăţilor de proteus X 19, X 2, X k de către aglutininele specifice exantematice. In cazurile noastre am utilizat varietatea X 19, şi numai în câteva cazuri am utilizat şi X 2 şi X k. Aglutinarea varietăţilor X 19 şi X 2 s'a dovedit în cele câteva cazuri de aceiaşi intensitate, în timp ce varietatea X k a fost negativă. Sursa varietăţilor de proteus este „Institutul Cantacuzino".

Aglutininele sunt anticorpii antigenului, care este virusul exantematic. Ele sunt anticorp de infecţie şi se pare că n'au nicio legătură cu imunitatea. Intensitatea reacţiei W. Felix este în raport direct cu intensitatea aglutininelor exantematice în serul bolnavilor. Apariţia şi dispariţia reacţiei este legată de apariţia şi dispariţia aglutininelor din organismul infectat.

Aglutininele fiind rezultatul reacţiei organismului infectat, deci efectul unei cauze, dispar după ce a dispărut mai întâi cauza care le-a determinat.

Pe lângă aglutinine, în serul bolnavilor exantematici, se mai evidenţiază şi coaglutinine tifice. Noi am publicat în „Mişcarea Medicală Română" No. 9 şi 10 din anul 1942, un număr de 11 cazuri de exantematic, în care s'a evidenţiat prezenţa coaglutininelor tifice. Acele 11 cazuri publicate, fac parte din numărul bolnavilor din statistica noastră internaţi şi trataţi la Spitalul de Boale Contagioase în număr de 89.

Prezenţa coaglutininelor tifice în serul exantematicilor participă cu un procent în cazurile noastre de 12,35%. Apariţia coaglutininelor tifice pare să fie mai tardivă decât apariţia aglutininelor exantematice. Poate fie însă şi concomitentă şi în foarte puţine cazuri chiar să preceadă. Autorii ruşi remarcă şi ei cazuri într'adevăr rarisime, în care apariţia coaglutininelor tifice în serul exantematicilor, preced apariţiunea aglutininelor. Aproape toţi autorii care au remarcat prezenţa coaglutininelor tifice în serul exantematicilor, sunt de acord în a crede că ele ar fi preexistente, şi datorite maladiei tifice sau vaccinaţiunei antitifo-paratifice anterioare maladiei exantematice. Noi, în cazurile publicate, nu am găsit în antecedente apropiate sau îndepărtate, nici maladia ebertiană, nici vaccinaţiunea antitifo-paratifică. De asemenea coaglutininele tifice ca şi aglutininele, nu pare să aibă vreo preferinţă pentru vreuna din formele clinice menţionate de noi. Printre bolnavii noştri avem şi de aceia cu vaccinaţiunea antitifo-paratifică şi la care totuşi nu s'a evidenţiat prezenţa coaglutininelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aglutinine, infecţiozitate, imunitate. Se pare că atât aglutininele cât şi coaglutininele n'au nicio legătură cu puterea de infecţiozitate a sângelui cât şi cu imunitatea. Mecanismul imunităţii nu este cunoscut în tifosul exantematic.

Cunoscând datele de mai sus cu privire la aglutinine şi coaglutinine, ne permitem oarecare consideraţiuni asupra interpretării seroreacţiei W. Felix şi Widal, în tifosul exantematic. Seroreacţia W. Felix este cerută de medicii infecţionişti şi epidemiologi, fie pentru confirmarea unui diagnostic clinic, fie pentru depistarea cazurilor suspecte în timp şi în afară de epidemie. Necesitatea serodiagnosticului este cu atât mai necesară cu cât o epidemie cum este aceea din Craiova descrisă de noi, se prezintă cu o predominenţă a formelor clinice frustă; de asemenea este şi mai necesară pentru depistarea formelor inaparente şi convalescenţilor.

Deci în prezenţa unui bolnav cu simptome de tifos exantematic sau numai suspect, confirmarea prin serodiagnostic se poate face în tot timpul boalei şi în convalescenţă.

Conchidem deci: 1) Seroreacţia W. Felix are valoare de reacţie specifică şi nu am găsit-o în alte maladii febrile acute sau cronice; 2) Titrul seroreacţiei trebue să fie luat în consideraţie şi confirmă exantematicul cu 1 : 100 şi chiar cu 1 : 50; 3) Seroreacţia se pozitivează în tot timpul maladiei şi în convalescenţă; 4) In rarisime cazuri de exantematic clinic şi epidemiologic, reacţia rămâne negativă pentru un

procent de 2—3%; 5) O seroreacție Widal pozitivă nu confirmă infecția cu Eberth, după cum nu exclude infecția exantematică. Pe aceste date, medicul epidemiolog și infecționist este îndreptățit să ia măsurile de profilaxie, bineînțeles după ce a identificat varietatea de virus provenienta lui.

Colaborarea între epidemiolog, medicul infecționist și laborator, trebue să fie dintre cele mai strânse în cercetarea și combaterea unei epidemii de exantematic.

Practic, conduita tuturor trebue să fie următoarea: 1) La un bolnav suspect de exantematic, în plină epidemie sau în afară, seroreacția W. Felix negativă în primele zile ale maladiei trebue repetată în restul zilelor de boală și în convalescență; 2) In prezența unui bolnav epidemiologic și clinic diagnosticat de exantematic, seroreacția W. Felix negativă în tot timpul maladiei și în convalescență, este admisă într'un procent de 2—3% maximă; 3) In prezența unui bolnav suspect de exantematic cu seroreacția pozitivă în primele zile ale maladiei, începând cu un titru de 1% 1 : 100, confirmă exantematicul și n'are nevoie a mai fi repetată; 4) In prezența unui contact căruia i se stabilește din anamneză în trecutul apropiat o maladie acută, seroreacția W. Felix pozitivă confirmă maladia exantematică, iar starea prezentă reacției, poate fi diagnosticată ca stare de convalescență; 5). In prezența unui contact căruia nu i se poate stabili într'un trecut apropiat prin anamneză o maladie acută, fie chiar dintre cele mai banale, dar a cărui reacție W. Felix este pozitivă, poate fi suspectat de maladie exantematică, formă inaparentă sau convalescență după o formă frustă ambulatorie. Repetarea și evoluția ei raportată la titru va indica diagnosticul. 6) O seroreacție W. Felix negativă și un Widal pozitiv în primele zile ale unei maladii febrile este suspectă și trebue repetată; 7) O reacție W. Felix pozitivă, însoțită de seroreacție Widal pozitivă, confirmă diagnosticul de exantematic.

Ca corolar asupra datelor și contribuțiunilor expuse mai sus, se impun măsuri de profilaxie adequate. Îi revine în primul rând corpului medical de a colabora la depistarea și identificarea localităților, în care virusul se dovedește endemic. Izolarea acestei populațiuni până la stingerea tuturor focarelor de virus, prin toate mijloacele puse la îndemână de știința medicală și secondată de măsuri severe de poliție sanitară. Impunerea populațiunei nomade și semi-nomade cu vieață socială primitivă și cu standardul de igienă cel mai coborît, de a cantona definitiv și pentru totdeauna în regiuni aparte, separându-se prin aceasta de restul populațiunei. Această populațiune prin felul ei de viață, prin lipsa completă de igienă, constituie un permanent pericol pentru restul populațiunei, fiind mediul unde se perpetuează virusul exantematic și totodată și elementul de difuzare. Aceste măsuri nu aparțin în totul corpului medical. Poporul român cu ospitalitatea-i cunoscută nu merită blamul etichetat de exantematic.

BIBLIOGRAFIE

D. Danielopolu: Tifosul exantematic. Probleme de medicină de război. — Vol. I, 1940. Imprimeria Națională, București.

I. Bălteanu: Tifosul exantematic. Probleme de medicină de război. — Vol. I, 1940. Imprimeria Națională, București.

D. Combiescu: Febrele exantematice. Raportul III. Primul Congres de Boale Contagioase, Craiova. 1934.

Charles Nicolle: Destin des Maladies Infectieuses.

M. Blanchard: Précis d'épidémiologie. — Paris, Vigot-Fréres, Editeurs, 1938.

A. Besredka: Études sur l'immunite dans les maladies infectieuses. — Paris, Masson et C-ie, 1928.

Rozemberg şi Viscowski: Maladii infecţioase (în limba rusă). — Editura statului pentru literatură medicală, Leningrad.

André Philibert: Précis de bacteriologie medicale, Paris, 1938.

A. Besredka: Imunisation locale, 1937.

Prof. D-r **M. Ciucă** şi Prof. D-r **C. Ionescu Mihăeşti;** Starea actuală a vaccinaţiunei contra tifosului exantematic. — România Medicală No. 4/1940.

C. Levaditi et P. Lepine: Les ultravirus des maladies humaines. — Vol. I şi II, Librairie Maloine, Paris, 1938.

GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare

Riguros titrat în unităţi şobolan (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană

Amenoree primară şi secundară. Dismenoree. Turburări de pubertate

Syndromul Adiposo-Genital

Cutia cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 fiole a 250 U. R. şi 5 „ „

O fiolă zilnic în injecţiune intra-musculară în primele 8—10 zile după menstruaţie.

Reprezentanţa p. România: S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.
Telefon 551.51.

CALMAROL

Sirop

Calmant al sistemului nervos central

COFFYLLIN

Injecţii—Supositorii

Afecţiuni Cardio-Vasculare

(In toate îmbolnăvirile sistemului vascular coronarian renal, pulmonar şi cerebral).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SENNA-CARBON

Tablete

GASTRO-ENTERITE

(Gastrite, intoxicaţiuni alimentare, Constipaţii acute şi cronice).

Fabrica **HYGEA-CLUJ** S. A. R.

BUCUREŞTI

Splaiul Unirii, 127 **Telefon 4.22.44.**

Spitalul de boli sociale din Braşov
Medic primar Director: D-r E. Colbazi

ERITEM EXUDATIV MULTIFORM CA MANIFESTARE SECUNDARĂ IN DOUĂ CAZURI DE SIFILIS

de

D-r EMIL COLBAZI şi **D-r EMIL I. BOLOGA**
Medic primar Medic secundar

Prezenţa simultană a două cazuri de eritem exudativ multiform cu reacţia Wassermann intens pozitivă, în care deci exantemul secundar era reprezentat printr'un tablou morfologic tipic de eritem exudativ multiform, ne-a îndemnat să publicăm aceste cazuri, care reprezintă de sigur un fel de manifestare deosebit de rară a sifilisului secundar.

Inainte de a descrie cazurile noastre, vom trece pe scurt în revistă, cunoştiinţele şi ideile cele mai recente în legătură cu această dermatoză cu etiologie neclară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Definiţie. Zumbusch defineşte eritemul exudativ multiform ca o boală cu o evoluţie acută, care este însoţită de un exantem inflamator caracteristic şi de simptome generale. Kumer defineşte eritemul exudativ multiform idiopatic ca o boală infecţioasă cauzată de un agent necunoscut, având o evoluţie acută şi benignă în acelaşi timp, care recidivează predilect şi care este reprezentată la nivelul pielii printr'un eritem şi formarea de vezicule cu o localizare tipică.

Nomenclatura. Eritem exudativ multiform (Hebra), eritem maculos, papulos, tuberculos (Willan), girat (Fuhs), anular (Biett), polimorf (şcoala franceză) sau herpes iris (Bateman).

Clasificare. Hebra a izolat din grupul heterogen al eritemelor, sub numele de eritem exudativ multiform, un complex simptomatic, care poate fi privit ca o entitate morbidă. Apropiindu-se cu aspect mult de exantemele acute şi nefiind nici contagios nici specific, Darier crede că trebue încadrat în grupul „pseudoexantemelor". Gougerot clasează eritemul exudativ multiform (resp. polimorf) în clasa infecţiunilor de origine necunoscută sau discutată. Riecke clasează această dermatoză în clasa turburărilor circulatorii ale pielii. Artz o încadrează împreună cu herpesul, vaccina, eritemul nodos, pemfigusul, dermatita Duhring, acrodermatita continuă Hallopeau şi impetigo herpetiform Hebra, în clasa dermatozelor cauzate de agenţi necunoscuţi. Francezii în grupul dermatozelor neclasate.

Caracterizare. Eritemul exudativ multiform este constituit din efloreşcenţe eritemato-papuloase, veziculo şi bule, uneori din noduli. Astfel

se deosebeşte un tip eritemato-papulos, un tip bulos (hidroa) şi un tip eritemato-nodos. Eflorescenţele se caracterizează prin culoarea şi mai ales localizarea lor. Subiectiv, bolnavii acuză senzaţii de căldură şi rareori prurit.

Forme. Francezii numesc forma obicinuită clinică ca vulgară, deosebind pe lângă această formă sau idiopatică, una simptomatică sau secundară, la care se mai adaugă forma intensă piretică (a lui Lortat-Jacob). Ca tipuri ei deosebesc tipul eritemato-papulos (şi aci face parte eritemul iris Rayer şi eritemul papulo-tuberculos Bazin) şi tipul veziculo-bulos (şi aci face parte herpesul iris Batemann şi hidros veziculos Bazin).

Localizare Hebra spune în tratatul său referitor la eritemul exudativ multiform: „caracterul cel mai important al acestei boli este că survine pe anumite regiuni speciale ale corpului".

Localizarea are o valoare diagnostică foarte mare, mai ales că aproape totdeauna manifestă tendinţa la simetrie. Locurile predilecte de localizare sunt înainte de toate feţele dorsale ale mânilor şi picioarelor, în ordinea frecvenţei vine apoi faţa (mai ales regiunea gurii, fruntea), iar în al treilea rând regiunea genitală. Se observă o predilecţie pentru locurile descoperite, supuse acţiunii luminei. In afară de aceste localizări afecţiunea interesează şi mucoasele, mai ales pe cea bucală (labial inferior).

Mucoase. Evoluţia leziunilor mucoase manifestă 4 stadii: eritematos, eritematos flectenoid, de exulceraţie şi de reparaţie. Afară de mucoasa bucală care este cel mai des interesată, conjunctivele pot fi atinse şi mai rareori mucoasa narinelor. Diagnosticul cu plăcile mucoase sifilitice este de mare importanţă.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Histopatologie. Modificările histologice constau în lărgirea elementelor vasculare (mai ales a venelor şi a capilarelor). In jurul vaselor se observă un infiltrat constituit din celule rotunde, leucocite şi rare eosinofile. Ţesutul conjunctiv apare edematos. Serozitatea care formează edemul este uşor hemoragică, ceea ce explică culoarea leziunilor care apare roşie deschisă. In daignosticul diferenţial anatomo-patologic se pun în discuţie: sifilidele, anumite forme de eczeme, pitiriaza rozată, uneori psoriaza şi lichenul plan. Infiltratul în sifilis este cu mult mai dens şi conţine plasmazellen. In sifilis lipseşte pe de altă parte edemul corpurilor papilare.

Ca modificări dermice deosebim:

a) Leziuni vasculare (vase dilatate-demonstrat capilaroscopic de către Saphier).

b) Infiltrate celulare (la început în jurul vaselor din zona papilară, iar mai târziu extinzându-se asupra foliculilor pilo-sebacei şi a glandelor sudoripare). Constituţia acestor infiltrate variază cu stadiul evolutiv al leziunilor. La început polinucleare şi eosinofile, care apoi sunt înlocuite de mononucleare — tip histiocite.

c) Infiltrate lichide (ele impregnează corpul papilar, dislocând fasciculele conjunctive).

Ca modificări epidermice, Taschau consideră epidermul ca normal. Există totuşi o vacuolizare celulară şi o veziculizaţie intercelulară consecutivă. Conţinutul veziculelor miliare este un exudat sero-fibrinos.

Evoluție. Evoluția este acută. Involuția leziunilor începe în partea centrală, urmează apoi schimbarea culorii leziunilor și apoi descuamarea. Maculele pigmentare au o durată de aproximativ o lună.

Etiologie și patogeneză. Sexul are o influență redusă. Vârsta: statistica arată că eritemul exudativ este o boală a copilăriei a II și a tinereții. Ea poate totuși apare la orice vârstă. În ceea ce privește anotimpul, eritemul exudativ multiform este considerat ca o boală sezonieră cu maximul de frecvență la începutul primăverii și începutul toamnei. S'a vorbit despre un caracter epidemic și contagios al eritemului exudativ multiform. Astefl Gal, semnalează o epidmeie în Bosnia (1857), iar Duhring la Constantinopol 105 cazuri (1896).

Etiologia afecțiunii este multiplă: acțiunea frigului, intoxicațiuni alimentare sau medicamentoase, infecțiuni diferite (reumatism), blenoragie, sifilis și lepră, anginele, autointoxicațiuni. Kobner și Kaposi emit ipoteza anglo-neurotică. Exantemele toxice pot lua aspectul eritemului exudativ multiform. Pe cale autotoxică și în bolile intestinului și stomacului pot surveni exanteme similare. Acest lucru a fost observat și în cursul nefritelor și în uremie. În bolile septicemice datorite strepto-stafilococilor pot surveni exanteme foarte asemănătoare eritemului exudativ multiform. Cu toate că diagnosticul este uneori foarte dificil, acest fapt nu îndreptățește punerea la îndoială a existenței eritemului exudativ multiform idiopatic. Contrar eritemului nodos, patogeneza tuberculoasă a fost presupusă de foarte puțini autori. Mai nou, eritemul exudativ multiform este considerat ca o boală specifică.

Recidivele variază după diferiți autori între 17—50% a cazurilor.

Prognosticul este întotdeauna bun, afecțiunea fiind benignă. Ramel amintește totuși existența unor forme maligne.

În ceea ce privește complicațiunile ele nu există. Au fost descrise cazuri cu albuminurie, flebite, endocardite sau pleurezii.

Simptomatologia și clinica. Incubația este scurtă. Uneori debută cu fenomene prodromale, ca: cefalee, înapetență, dureri reumatice, temperatură subfebrilă și foarte rareori cu angină lacunară. Exantemul apare brusc. Petele și papulele se extind repede spre periferie, iau o culoare roșie lividă și se deprimă în centru, luând forma unui inel. Prin confluarea leziunilor se produc figuri policiclice (e. girat, figurat). Alteori apar în centru recidive (e. iris). Veziculele sunt de obicei mici și plate. Această combinație cu vezicule este foarte frecventă, vorbind atunci despre un herpes iris. Leziunile pot interesa și fețele palmare, realizând astfel un eritem exudativ multiform tipus inversus.

Diagnosticul și diagnosticul diferențial. Diagnosticul se face după aspectul și localizarea leziunilor. Eritemele simptomatice și cele asemănătoare realizează foarte rar tipul clasic al eritemului exudativ multiform. Totuși diagnosticul este dificil, niciun simptom al bolii nefiind patognomonic.

Cauzele de eroare cele mai frecvente sunt:

1. Intoxicațiile exogene (antipirină, derivate barbiturice, ioduri, chinină, etc.).

2. Boli generale:

a) Sifilisul. Vom face diagnosticul foarte important cu plăcile mu-

coase sifilitice. „Dificultăţile pot fi mai mari, datorită prezenţei leziunilor genitale sau a însăşi aspectului obiectiv al anumitor placarde cutanate, care pot avea un aspect figurat sau un contur policiclic. Nu ne vom lăsa induşi în eroare de o coincidenţă posibilă între un eritem exudativ multiform şi un sifilis recent" (Gastinel-Solente); b) Sodoku; c) Lepră; d) Variolă; e) Gripă (eritem circinat gripal); f) Septicemii (eruptiuni polimorfe — de ex. cele meningo — gonococice).

3. Boli de piele: eritem nodos, eritem indurat, dishidroză, pemfigus (de formele buloase ale erit. exud. mult.), dermatită Duhring (altă localizare, sunt dureroase, evoluţie cronică), congelaţii, lupus eritematos diseminat, dermato-stomatită (Baader), erit. exud. mult. vegetant (Herxheimer) sau erit. bulos vegetant (Lipschutz).

Terapia. Etiologia fiind neclară şi tratamentul este cât se poate de obscur. Boala se vindecă de cele mai multe ori dela sine. Tratamentul este simptomatic. Se administrează preparate de salicilat, comprese locale cu Burow, pudrare cu acid salicilic şi oxid de zinc aa., pastă de tigenol 2—5% sau lumenol.

In **Cazul No. 1,** este vorba despre un bolnav, S. A. de 25 ani, român, de profesiune gardian public, necăsătorit, primit în Spital în ziua de 17 Decembrie 1942, cu diagnosticul: **Eritem exudativ multiform.**

Antecedente eredo-colaterale. Tatăl decedat a suferit de cord. Mama trăeşte şi este sănătoasă. Are o soră căsătorită fără copii, şi un frate mai mic sănătos.

Antecedente personale. Neagă în antecedente boli infecto-contagioase. Acum 6 ani sufere de dureri articulare, care se intensificau la schimbarea vremii şi pentru care nu a consultat medic. In 1936, sufere de blenoragie, pe care o tratează la medic. In anul 1942, o nouă blenoragie pe care o tratează, luând eleudron. In ziua de 20 Noembre 1942, în urma unui contact sexual avut cu o prostituată, îi apare pe corpul penisului o leziune, pentru care nu consultă medic şi o tratează cu vaselină. In 1941, reacţia Wassermann negativă.

Boala actuală. Boala actuală datează din ziua de 15 Dec. 1942, şi a debutat cu febră mare, după care a doua zi dimineaţa i-a apărut pe gât şi faţă leziuni însoţite de usturimi locale. In cursul celor două zile care au urmat leziunile, s'au extins pe faţă, frunte, retroauricular bilateral şi pe ceafă. In acelaşi timp a observat leziuni similare foarte reduse pe faţa dorsală a mânii drepte şi a piciorului drept. Bucal a simţit o jenă la nivelul mucoasei obrazului drept.

Văzând că acest eritem se extinde fără a avea tendinţe de vindecaré, s'a hotărît să vie în Spital.

Examinând bolnavul, am observat că este vorba despre un bărbat de talie mijlocie, cu ţesutul celulo-adipos şi muscular normal reprezentate, cu sistemul pilor normal distribuit, cu mucoasele libere prezentând doar o roşeaţă difuză pe mucoasa gurii, ganglionii cervicali fiind tumefiaţi şi dureroşi la palpare. Organele genitale normale, fără leziuni sau scurgere purulentă uretrală, prezintă pe faţa dorsală a corpului penisului o pată brună de mărimea unui bob de linte. Urinele clare şi fără filamente. Ganglionii inguinali nu prezintă modificări.

Pielea. La examenul local constatăm: pe frunte, pe regiunile temporale, pe pomeţi, regiunea mentonieră, pe pavilioanele urechilor, în regiunea retroauriculară şi pe ceafă, se observă leziuni cu un caracter polimorf. Papule de mărimea unui bob de linte, de culoare roşie-vie, denivelând planul pieli, imbibate cu o serozitate abundentă şi lăsând să se întrevadă prin transparenţa epidermului, vezicule miliare multiple. Alte papule mai mari ajungând şi întrecând chiar mărimea unei piese de 1 leu, de formă rotundă cu marginile ridicate, de culoare roşie vie şi cu vezicule transparente. Centrul leziunii este mai scufundat şi are o culoare lividă, unde prezentând la acest nivel o veziculă miliară. Pe pavilioanele urechilor, leziunile confluiază formând

o veziculaţie superficială difuză de culoare alburie lividă. In regiunile retro-auriculare şi pe ceafă, leziunile rotunde se sting sau confluiază, formând figuri policiclice. Izolat pe spate, pe feţele extensorice ale braţelor şi antebarţelor, pe dosul mânilor şi picioarelor, câteva leziuni papuloase cu aceleaşi caractere descrise la început.

Ca stare generală, bolnavul este deprimat, se simte obosit şi slăbit, prezintă o temperatură de 39,2.

Având în vedere antecedentele bolnavului şi clinica leziunilor, am diagnosticat un eritem exudativ multiform şi am început în consecinţă tratamentul obicinuit cu salicilat de sodiu, local comprese cu Burow, repaus la pat şi în ziua de 18 Dec. o injecţie de autosânge (3 cc.).

In ziua de 18 Dec., se recoltează sânge pentru Wassermann, după cum obicinuim la fiecare bolnav internat în serviciul nostru.

Cu tot tratamentul antipiretic şi antiflogistic continuat, leziunile nu prezintă niciun semn de regresiune, temperatura bolnavului menţinându-se în continuu peste 38°.

La 20 Dec., ne soseşte rezultatul reacţiei Wassermann, care este intens pozitivă (††††), Meinicke (††††). Intrigaţi de acest rezultat am reluat examinarea minuţioasă a bolnavului, neputând găsi nimic ce ar fi putut pleda pentru natura specifică a leziunilor. Pata de pe dosul penisului în nivelul pielei, fără nicio induraţie sau infiltraţie. Ganglionii inguinali nu prezintă nicio modificare, care ar putea pleda pentru evoluţia unui sifilom pe dosul penisului. Ganglionii cubitali nu se palpează.

Incepem imediat tratamentul specific, administrându-i în ziua de 20 Dec. o injecţie cu iodobismutat de chinină şi întrerupând totodată tratamentul local şi antipiretic. A doua zi, temperatura scade la 36,6. In 22 Dec., 0.15 neosalvarsan. Starea generală a bolnavului mai bună. In 23 Dec. bismut 2, în 24 Dec. 0.30 neosalvarsan. In timpul acesta, putem observa o schimbare în coloritul leziunilor, care iau un aspect roşu-cărămiziu, aspectul tipic al leziunilor sifilitice. In decursul tratamentului urmat, leziunile dispar, lăsând în urma lor o pigmentaţie lividă şi bolnavul părăseşte serviciul în ziua de 7 Ian. 1943, după ce a primit 1.80 gr. neosalvarsan şi 6 injecţii cu bismut, urmând tratamentul ambulator.

Cazul No. 2. — Este vorba despre o bolnavă, N. M. de 22 ani, maghiară, servitoare, necăsătorită, internată în spital pe data de 18 Dec. 1942, cu diagnosticul de: sifilis secundar, papule ipertrofice şi erosive genitale, adenită crurală bilaterală, eritem exudativ multiform.

Antecedente eredo-colaterale. Tatăl decedat a suferit de cord. Mama trăeşte şi este sănătoasă. Are doi fraţi mai mici, ambii sănătoşi.

Antecedente personale. Neagă în antecedente boli contagioase şi venerice. Nu a suferit de nicio boală de piele. In Dec. 1941, este internată în Spitalul de boli sociale cu diagnosticul sifilis secundar, papule ipertrofice genitale, cu reacţia Wassermann intens pozitivă (††††), dela 16 Decembrie până la 2 Ianuarie 1942. In acest timp i s'au făcut injecţii de neosalvarsan şi bismut. Părăseşte Spitalul fără a termina seria şi nu mai continuă niciun tratament până în 18 Dec. 1942, când este internată din nou în Spital cu diagnosticul amintit mai sus.

Boala actuală. Datează de două săptămâni şi a debutat cu tumefacţia ganglionilor crurali din partea stângă şi cu fenomene inflamatorii accentuate locale. Văzând că această tumefacţie nu cedează şi, că apar concomitent leziuni pe frunte şi nas, se internează în Spital.

Examinând bolnava, am observat că este vorba despre o femeie de talie mică, cu ţesutul celulo-adipos şi muscular slab reprezentate, cu sistemul pilos normal reprezentat şi mucoasele libere. Ganglionii crurali din partea stângă mult tumefiaţi, prinşi într'un pachet imobil de mărimea unui ou de găină, cu tegumentele suprajacente roşii, calde şi cu fluctuaţie în centru, sensibile la palpare. In regiunea crurală dreaptă o adenopatie dură, imobilă, dureroasă la palpare cu fenomene inflamatorii. Genital: labia mare din dreapta uşor tumefiată, dură şi edematiată. Perianal se observă prezenţa a două leziuni (una de mărimea unei migdale, cealaltă de mărimea unei piese de 1 leu), care deniveleză pielea din jur, cu marginile uşor tumefiate, cu fondul neregulat şi

anfractuos, de culoare roşie-surie, uşor centurată la bază. La palpare infiltraţie.

Pielea. La nivelul frunţii se observă câteva leziuni de mărimea unor piese de 2 lei, având o culoare roşie-violacee, cu marginile ridicate din nivelul pielii şi constituite din o mulţime de vezicule miliare, cu centrul mai scufundat de culoare roşie-lividă. Prin atingerea lor, aceste leziuni confluiază, luând forme bizare policiclice. In jurul acestor leziuni principale se observă altele mai mici (de mărimea unor boabe de linte sau mai mici) de culoare roşie vie, îmbibate abundent cu serozitate. Pe dosul nasului, leziunile au confluat, interesând întreaga suprafaţă a nasului şi caracterizându-se printr'o culoare roşie-vie (lucie) şi vezicule miliare multiple. Pe regiunea presternală o leziune rotundă de mărimea unei piese de 10 lei, cu aceleaşi caractere descrise la frunte. Pe restul corpului, afară de leziunile specifice descrise, nu prezintă alte leziuni. Pe dosul picioarelor cicatrice după combustii vechi.

Tratament. In ziua de 18 Decembrie se începe aplicarea de compreze cu Burow pe faţă şi salicilat per os. Se administrează o injecţie cu cianură de mercur 0.005 gr. In 19 Decembrie o.01 cianură. In 20 Decembrie 0.15 neosalvarsan. Temperatura subfebilă. In 21 Decembrie 0.01 cianură. Reacţia Wassermann (†††), Meinicke (††††). Frotiu din uretră şi col leucocite şi epiteliale, floră bacteriană, gonococi absenţi. Deja după aceste puţine injecţii, leziunile prezintă semne de regresiune, devenind mai palide şi mai reduse. Se cnotinuă tratamentul specific. In 22 Decembrie se face incizia adenitei crurale, în anestezie generală cu kelen, evidându-se o cantitate apreciabilă de puroiu sanguinolent. Pe adenita crurală dreaptă, se aplică comprese calde, care în decursul câtorva zile se resoarbe complect. 23 Dec. 0.01 cianură, 24 Dec. 0.30 neosalvarsan. Leziunile aproape complect regresate. 25 Dec. bismut. 27 Dec. leziunile complect regresate. La 1 Ianuarie froriu din uretră şi col, leucocite multiple, epitaliale, gonococi şi floră bacteriană. Se administrează un atac de două zile cu Eleudron (5 grame pe zi), frotiul devenind negativ. Bolnava se găseşte în serviciul nostru şi continuă tratamentul specific.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Importanţa acestor două cazuri clinice reiese din ipotezele care se ridică odată cu discutarea lor. Prima ipoteză care se pune este de sigur aceea a unei coincidenţe între un sifilis secundar şi un eritem exudativ multiform. A doua este aceea a unui exantem secundar sifilitic reprezentat prin tabloul morfologic şi clinic al unui eritem exudativ multiform. Ipoteza care ridică problema posibilităţii unui sifilis secundar de a se prezenta clinic şi morfologic sub aspectul unui eritem exudativ multiform, este susţinută de faptul bine cunoscut în dermatologie, că sifilisul poate imita aproape toate bolile de piele. Buscke consideră eritemul exudativ specific ca foarte rar, fără a exclude însă posibilitatea sa de existenţă. Absenţa unei regresiuni a leziunilor cutanate înainte de începerea tratamentului specific, subliniază de asemenea specificitatea sa. Rapiditatea dispariţiei eritemului după primele injecţii, ne face iarăşi să credem în specificitatea acestor două cazuri descrise. In cazul nostru prim lipsesc orice semne ale vreunui sifilis probabil, şi eritemul prezent dispare după tratamentul specific. In general, în ceea ce priveşte problema sifilisului este cert că eritemul exudativ multiform poate apare uneori în cursul acestei boli. Mauriac (1880), Fournier şi Brocq, au semnalat de mult posibilitatea acestor coincidenţe. Jordan studiind 88 cazuri de eritem exudativ multiform, notează prezenţa a numai 4 sifilitici, şi dintre aceştia numai unul în stadiul secundar. Eritemul exudativ multiform pare totuşi a exista mai ales în faza secundară, odată cu rozeola sau sifilidele cutanate. Tzanck şi Cain publică 2 cazuri de eritem exudativ multiform, în care spirocheţii au putut fi puşi în evidenţă în

însăşi eflorescenţele. Finger nu găseşte în aceste condiţiuni eritem exudativ multiform decât în 3 cazuri la 350 sifilitici, iar Scherer într'un singur caz din 2000. Gastinel mai sceptic conchide că „eritemul exudativ polimorf nu este singura afecţiune capabilă să apară pe un teren sifilitic".

Noi am publicat aceste două cazuri, luând în considerare raritatea lor în literatura dermatologică, ele dându-ne ocazia de a sublinia încă odată extrem de marea importanţă a suspiciunii unui sifilis, în faţa oricărei boli de piele ne-am afla. Nu va trebui deci niciodată în faţa unei dermatoze (oricât de clasic ar fi tabloul clinic şi morfologic), ca bazându-ne pe acest aspect, să renunţăm la reacţia Wassermann, care de multe ori ne aduce cu sine surpriza şi în acelaşi timp elucidarea cazului clinic respectiv.

BIBLIOGRAFIE

Arzt-Zieler: Die Haut und Geschlechtskrankheiten (vol. I, pag. 479; vol. III, pag. 377, 952; vol. IV, pag. 243, 244). — **Darier:** Grundniss der Dermatologie, 1913, pag. 18—20. — **Ehrmann-Fick:** Einfuhrung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. 1905, pag. 5—7. — **Fuhs-Kumer:** Dermatologie. 1941, pag. 182. — **Gougerot H.:** La dermatologie en clientele. 1932, pag. 35, 60, 473. — **Gastinel-Lavente:** Erytheme polymorphe. (Nouvelle pratique dermatologique, vol. VII, pag. 345). — **Halben-Seitz:** Biologie und Pathologie des Weibes. (1929: vol. V, pag. 559; vol. V/2, pag. 1372; vol. VII, pag. 798). — **Jordan:** Dermatologische Zeitschrift. (Vol. XXIX, 1920, pag. 89). — **Jadassohn:** Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 1928, vol. VI/2, pag. 591. — **Kaufmann E.:** Lehrbuch der speziellen Pathologischen Anatomie. 1911, pag. 1252. — **Leloir:** Recherches sur l'anatomie pathologique des erythemes et de l'erytheme polymorphe. (Buletin de la Soc. Anat., 1885, pag. 294). — **Mulzer:** Kompendium der Haut und Geschlechtskrankheiten. 1941, pag. 85. — **Milian Horowitz:** Bull. de la Soc. Dermatologique, 1930, pag. 252. — **Presse Medicale,** 27 Aprilie 1910: Les complications cardiaques au cours de diverses varietes de l'erytheme polymorphe. — **Riecke E.:** Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 1931, pag. 303—307. — **Tzanck-Cain:** Bull. de la Soc. de Dermatologie. 1930, pag. 252. — **Tachau:** Erythema exudativum multiforme. (Hand. Jadassohn. 1929, vol. VI, pag. 610). — **Vignes H.:** Maladies des femmes enceintes. (Maladies de la peau. 1937, pag. 159). — **Zielre-Siebert:** Behandlung der Haut und Geschlechtskrankheiten. 1941, pag. 197—199. — **Finkelstein-Galewsky-Halberstaedter:** Hautkrankheiten und Syphilis im Sauglings und Kindesalter. 1922, pag. 2—4.

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

RECIDIVĂ DE CANCER UTERIN ASOCIATĂ CU UN SINDROM CUTANAT PARTICULAR

de

D-r GH. BUNGEȚIANU

In ziua de 6 Decembrie 1942, am avut ocazia să examinăm într'un sat din jud. Hotin, pe d-na V., de 42 ani, care se plângea de senzații de arsură pe tegumentele regiunii lombare, unde a observat și apariția unei pigmentări persistente, inapetență, flatulență, diskezie și senzație de slăbiciune. Accentul bolnavei era pe arsura ce o simțea în spate și modificările tegumentare dela acest nivel, pe care le vom descrie pe larg.

In antecedentele D-nei V., nu putem descoperi nimic interesant. A fost o femeie sănătoasă până la sfârșitul lunei August 1941. A avut o naștere normală acum 16 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din luna August 1941, a început să prezinte o scurgere vaginală albăgălbue, vâscoasă, care nu era însoțită de niciun semn dureros; cu toate acestea fiind examinată la 6 luni după acest debut de către un medic, acesta a diagnosticat o ulcerație malignă a colului uterin și i-a recomandat histerectomia, astfel că în Februarie 1942, i se face la Secureni extirparea totală a uterului pe cale abdominală. Cu ocazia intervenției și-a făcut analiza B. Wassermann a sângelui, cu rezultate negativ, ca și glicemia, cu rezultat normal.

După intervenție, cicatrizarea s'a făcut repede, femeia a câștigat în greutate, simțindu-se mult mai bine ca înainte.

De pe la jumătatea lunei Octombrie 1942, însă a început să acuze senzații subiective foarte violente de arsură la nivelul părții mediane a fesselor și a regiunii lombare inferioare, senzații care se calmau într'o câtva prin căldură și care au precedat apariția pe tegumente la acest nivel a unei pigmentări caracteristice. In intervalul de timp, dela apariția acestui nou semn și până la examenul nostru, bolnava a slăbit din nou foarte mult și succesiv au apărut și următoarele semne: flatulență, inapetență, diskezie, senzație de slăbiciune.

Examinând bolnava, constatăm că avem de a face cu o femeie încă destul de voinică, cu țesut adipos încă conservat, totuși ne putem da seama, după cutele pe care le formează pielea, că a fost mult mai grasă și a slăbit în ultimul timp, așa cum de altfel o afirmă și ea.

Pe spate în regiunea fesieră și lombară prezintă o pigmentare neregulată, sub formă de marmorizații, a cărei apariție a arătat că a fost observată cu o lună și jumătate înainte de examenul nostru, cu maximum de intensitate în partea supero-internă a fesselor și șanțul interfessier. Regiunea acestui maximum de intensitate este în același timp locul de unde modificările

cutanate au debutat şi de unde au progresat continuu în spre partea superioară a spatelui, astfel că leziunile ne apar de sus în jos în ordine cronologică, dela cele mai recente până la cele mai vechi. In felul acesta ne putem da seama că la început modificările cutanate se aseamănă foarte mult cu nişte vergeturi recente, rozate, apoi coloraţia lor devine tot mai închisă, brună-negricioasă, descriind arborizaţia neregulată ce se poate vedea pe clişeul alăturat. Pigmentaţia creşte în intensitate şi leziunile devin tot mai

BCU Cluj / Central University Library Cluj

confluente, convergând spre plica interfessieră, insinuându-se în ea, mai ales în jumătatea superioară. In jos de plicile fessiere inferioare, leziunile nu se propagă şi nici spre părţile laterale ale fesselor sau abdomenului. Nu se constată nicio îngroşare, induraţie, împăstare sau infiltrare a pielii, supleţea şi elasticitatea ei la nivelul leziunilor rămânând absolut normală.

La examenul genital al femeii se constată prin inspecţie şi palpaţie un bont vaginal foarte corect, fără niciun rest de col (hysterectomia a fost într'adevăr totală). La nivelul fundului de sac vaginal lateral drept se constată o excrescenţă de mărimea unui ou de porumbel de consistenţă elastică, proeminentă în vagin, sensibilă şi făcând impresia de aderenţă la ischionul drept de care nu poate fi dislocat şi nici deplasat pe suprafaţa lui. O a doua excrescenţă de dimensiuni ceva mai mici decât prima, perceptibilă numai prin tact, se află la nivelul fundului de sac vaginal posterior îndreptată spre rect. Aceasta se percepe net şi la tact rectal, fiind dureroasă la apăsare şi cauza diskeziei. La sfârşitul tactului vaginal se constată pe mânuşe o uşoară scurgere sanguină, provenită din prima tumoare descrisă, scurgere care, în afara traumatismului făcut de examenul nostru, nu se manifestă.

Examenul celorlalte aparate dă următoarele rezultate:

Aparat respirator şi cardiac nimic anormal.

Ficat: depăşeşte cu un lat şi jumătate de deget marginea costală, este sensibil la presiune la nivelul cholecistului.

Abdomen flasc cu tegumentele încreţite din cauza micşorării considerabile a ţesutului adipos, prezintă o cicatrice subombilicală de laparotomie.

Se constată timpanism pe tot cadrul colic. Durere la nivelul colonului descendent şi a sigmoidului.

Splina: nepalpabilă, nepercutabilă.
Lojile renale libere, nedureroase.
Urinile normale.
Sistem nervos: nimic de semnalat.

Am publicat acest caz pentru existența sindromului cutanat particular descris, curios prin el însuși luat ca ceva independent, și, mai curios, dacă este pus în legătură cu neoplasmul uterin al pacientei. In toată literatura, pe care am putut-o consulta, n'am găsit niciodată citată vreo asociație asemănătoare între cancer uterin (sau recidive ale lui) și semne cutanate care să se apropie de cele constatate în cazul nostru. Totuși suntem tentați a stabili o legătură între aceste două afecțiuni, având în vedere că:

1. Apariția sindromului cutanat coincide cu semnele de recidivă neoplazică (turburări în defecație, alterarea stării generale, etc.).

2. Locul intensității maxime și locul de unde a pornit manifestarea cutanată coincide cu nodulii recidivați; se poate observa și pe clișeu cum leziunile cutanate sunt mai confluente pe cele două buze ale șanțului interfessier până la orificiul anal și la nivelul ischianului drept. (Amintim că nodulii recidivați se găsesc unul, în cloazonul recto-vaginal, celălalt, aderent de ischionul drept).

Dar, dacă impresiunea noastră, bazată mai ales pe dispoziționea leziunilor, este a unei legături între cele două afecțiuni și nu ne oprim la explicații unele mai mult sau mai puțin simpliste, cum este cea pe care era familia tentată să o dea (și anume că ar fi o arsură datorită faptului că pacienta a utilizat — poate chiar cu exces de zel — căldura, fiind singurul mijloc sedativ eficace contra senzațiilor dureroase, care am amintit că au precedat apariția semnelor cutanate), totuși, în explicarea legăturii patogenice dintre acestea două ne simțim foarte încurcați. O infiltrare directă a cancerului la piele este exclusă prin faptul conservării consistenței și elasticității normale a pielii. Propagarea limfangitică a celulelor canceroase nu pare nici ea probabilă fiindcă, după situația nodulilor recidivați, această propagare ar fi trebuit să se facă spre ganglionii iliaci externi și interni și ganglionii pre- și juxta-aortici sau spre ganglionii presacrați.

Faptul că n'am găsit o explicație care să ne satisfacă nici pe noi-înșine, în ceea ce privește legătura patogenică dintre sindromul cutanat și tumoră, nu l'am socotit ca o piedică pentru publicarea cazului, pe care îl redăm aici pentru a provoca și pe alți medici care au făcut eventual observații asemănătoare să le dea publicității sau pe cel care eventual ar putea interveni cu o explicație plauzibilă să o facă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT

CHEMISCHE FABRIK

BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București

REUNIUNEA MEDICALĂ DELA CRAIOVA

In zilele de 25 și 26 Martie a. c., a avut loc la Craiova, în prezența D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale, și Autorităților locale în frunte cu Inalt P. S. S. Mitropolitul Nifon, D-l General D. Popescu, Primarul Municipiului Craiova, și D-l Colonel Florescu, Prefectul jud. Dolj, o întrunire a Corpului Medical din Oltenia, **I-a Reuniune Medicală Regională din Țară**, ținută în conformitate cu noua Lege de Organizare Sanitară a Statului, Lege datorată actualei conduceri sanitare și care a fost promulgată zilele acestea.

Această reuniune medicală a avut loc în cadrul **Societății de Medicină din Oltenia**, înființată în anul 1934, și care a fost reorganizată în ultimul timp pe noi baze ca să reprezinte secțiile științifice ale Colegiilor Medicale din Oltenia.

Ședința a fost deschisă printr'un cuvânt introductiv rostit de D-l D-r C. Cosmuță, Inspector General Sanitar al Regiunei, Președinte al Societății.

Domnul General D. Popescu, Primarul orașului Craiova, a urat bun sosit D-lor Profesori Universitari în frunte cu D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătății, care au venit să ție un **Ciclu de conferințe** în cadrul acestei Societăți științifice medicale. D-sa a expus situația sanitară a Municipiului Craiova, care pentru importanța și trecutul său istoric și cultural este aptă a adăposti o Facultate de Medicină care să fie a Olteniei.

Inalt P. S. S. Mitropolitul Nifon a dat binecuvântarea Sa Arhierească desbaterilor acestui **Congres Medical Oltenesc**, care se face în spiritul legăturilor spirituale dintre Biserică care aduce alinarea sufletului și medicină care vindecă trupul. Inalt P. S. S. vede necesitatea creerei unui Așezământ de Invățământ Medical Superior la Craiova, pentru ridicarea Culturală nu numai a Craiovei, Capitala Olteniei, dar pentru folosul populației acestei regiuni a Țării care reprezintă leagănul Românismului etnic.

D-l Docent D-r M. Cânciulescu, Secretar General permanent al Societății, face o **Dare de seamă asupra Organizării și Activității Societății de Medicină din Oltenia**, care a creiat din vreme atmosfera științifică necesară înființării unei Facultăți de Medicină la Craiova.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății, ia act de revendicările prezentate de Corpul Medical Oltenesc, susținute de înalta autoritate spirituală a I. P. S. S. Mitropolitul Nifon și administrativă a

D-lui Primar al Municipiului, relevă importanța acestei prime reuniuni medicale regionale din țară, în conformitate cu noua lege sanitară, anunță că această lege de organizare sanitară a Statului aprobată de D-l Mareșal Ion Antonescu, Conducătorul Statului, a fost promulgată zilele acestea și expune câteva din prevederile legii, care apără cu mai multă eficacitate ca în trecut sănătatea publică, dă mai multe drepturi medicilor și favorizându-le inițiativa le mărește responsabilitatea. D-sa expune ideile fundamentale, care au servit ca norme generale de-a-lungul tutulor capitolelor: simplificarea administrativă și consolidarea instituțiunilor sanitare; — unificarea tutulor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătății; — descentralizarea administrației sanitare; — desvoltarea vieței medicale locale; — rolul medicilor în acțiunea sanitară; — întocmirea unui cod sanitar complect, prin legiferarea tutulor problemelor sanitare.

In partea 2-a a programului de dimineață urmează prezentarea unui **Memoriu asupra creerei unui al patrulea centru de Invățământ Medical Superior la Craiova**, memoriu întocmit de Colegiul Medical de Dolj, însușit de toate Colegiile Medicale din Oltenia și revendicat de întreg Corp Medical Oltenesc.

In susținere au luat cuvântul D-nii D-r N. Hasnaș, Președintele Colegiului Medical de Gorj; D-r Vlădescu, Președintele Colegiului Medical din Vâlcea; Președinții celorlalte Colegii Medicale din Oltenia și D-l D-r A. Metzulescu, care spune că această revendicare a făcut obiectul năzuințelor permanente ale Corpului Medical din Craiova.

D-l Prof. D-r V. Papilian dela Sibiu-Cluj, complectează motivele cari pledează pentru înființarea unei Facultăți de medicină a Olteniei, care nu va putea fi decât la Craiova; această nouă facultate trebue să fie de sine stătătoare; să fie o facultate complectă, începând deocamdată cu primii 2 sau 3 ani.

Se depun la birou numeroase **Rapoarte asupra Organizării și Funcționării Instituțiilor și Serviciilor Medico-Sanitare din Oltenia**, care vor fi supuse D-lui Ministru și publicate în Buletinul Societății.

Se fac **Comunicări științifice** de D-nii D-r A. Popescu dela T.-Severin și de D-l Prof. D-r V. Papilian dela Sibiu.

La ora 16 după prânz a început **Ciclul de Conferințe Medicale** anunțate, care au continuat și a doua zi, anume: Prof. D-r I. Iacobovici: Considerațiuni chirurgicale din războiul actual; — Prof. D-r P. Niculescu: Contribuțiuni românești la combaterea epidemiilor de război; — Prof. D-r V. Papilian: Concepția rasială și concepția etnică în studiul antropologic al românilor; — Prof. D-r V. Ciocâlteu: Importanța laboratorului în practica medicinei; — Prof. D-r E. Crăciun: Patogenia icterului epidemic; — Prof. D-r P. Niculescu: Eroismul medicilor români în ultimele două războaie; — și D-l D-r I. Stoichiță, Secretar General al Ministerului Sănătății: Educația igienică în cadrul acțiunei preventive.

In toamnă va avea loc **al II-lea Ciclu de conferințe.** Aceste conferințe vor fi publicate în Buletinul Societății care este „Oltenia Medi-

cală" şi vor forma adevărate Cursuri de perfecţionare pentru medicii oltenî, cari se vor ţine după un program stabilit, pe subiecte de interes medical general din întreaga patologie medico-chirurgicală.

*

DARE DE SEAMĂ ASUPRA ORGANIZĂRII ŞI ACTIVITĂŢII „SOCIETĂŢII DE MEDICINĂ DIN OLTENIA"

Societatea de Medicină din Oltenia a luat fiinţă în anul 1934, printr'un Act de fundaţie, întocmit în ziua de 29 Iunie 1934 la Caracal şi semnat pe rând de 72 medici în întruniri locale, cari au avut loc în oraşele de reşedinţă ale Olteniei.

Statutele şi regulamentul de funcţionare au fost votate într'o şedinţă plenară de constituire care a avut loc la Craiova în ziua de 30 Septembrie 1934.

Luându-se în desbateri Expunerea de motive făcută şi explicaţiile complimentare date, reprezentanţii Corpului Medical Oltenesc au declarat în Procesul-verbal al şedinţei „că se constituesc într'o Societate denumită Societatea de Medicină din Oltenia" cu sediul la Craiova; — că înţeleg ca Noua Societate expresie a Corpului Medical Oltenesc, să nu activeze decât pe terenul ştiinţific al Medicinei Oltenești, promovând prin toate mijloacele Regionalismul Medical Oltenesc. Au mai declarat că aceia, cari sunt membrii ai altor societăţi cu caracter local sau general, îşi păstrează această calitate, considerând colaborarea acestei noui Societăţi cu celelalte ca unul din mijloacele eficace de înălţare a Ştiinţei Medicale Oltenești.

S'au legat, deci, să promoveze „Regionalismul Medical Oltenesc". In „Expunerea de motive" făcută atunci se spunea:

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

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

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

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

Pământul şi sufletul oltenesc prezintă un specific al lor.

Nuanţează acest Specific Oltenesc, de sânge şi temperament, şi întocmirile sale sociale? de ordin cultural deocamdată?; — în speţă, prezintă Regiunea noastră sanitară, care înglobează 6 judeţe, sub aspectul sanitar ceva care să o distingă de celelalte? — Ne întrebam în acea expunere de motive.

Este de cercetat, dacă în cadrul medicinei românești și în acel al organizării noastre sanitare, **Oltenia medicală** prezintă ceva deosebit.

In orice caz, dacă nuanțele se desprind mai greu, dar regiunea aceasta — și ca ea orișicare alta — își are un **Istoric medical** al ei, al medicinei practicate pe pământul său, al epidemiilor cari l-au bântuit, istoric de făcut prin desgroparea arhivelor locale aflate în cancelariile serviciilor sanitare județene și orășenești, în cartoanele serviciilor tehnice, în mărturiile transmise prin grai și scris ale oamenilor de altădată; — prezintă o **Stare sanitară proprie**, determinată de boalele cari o bântue în deosebi, de gradul de cunoștințe, trai și alimentație higienică ale populației, de nivelul științific al medicinei preventive și curative practicate aci; — are o **Organizație sanitară** a ei, constituită în regiunea sanitară civilă sau corp de armată, priveghiate de un Inspector general sanitar sau Medic șef militar, cu instituțiile ei medicale și medicii ei; — mai are un Folklor medical, făcut din medicină populară empirică, atât de bogat în Oltenia, **Folklorul Medical Oltenesc**, care a precedat toate dregătoriile și legiuirile sanitare și aforismele medicale, prin a cărui albie putem să ne întindem la acela al popoarelor înconjurătoare sau să ne ridicăm la acel al raselor suprapuse.

Toate aceste desgropări și constatări se pot face prin comunicări și conferințe în ședințe, prin monografii la tipărirea cărora Societatea aceasta va căuta să contribue, prin reuniuni locale, cari în felul acelor „Assemblées départementales des Assises générales de la médecine française" își vor propune a studia la fața locului diferitele aspecte și probleme ale **Medicinei Oltenești**; bineînțeles alături de expunerile de ordin științific, de lucrări originale, de cazuistică, documentări personale, — cari stau la baza programului nostru și pe care îl vom complecta cu referate expuse în ședințe.

Prin urmărirea țintelor expuse mai sus; — prin gruparea în jurul Societății noastre, a tutulor valorilor cari ajunse pe treptele cele mai înalte ale erarhiei medicale românești, nu uită de unde au plecat și se mândresc a fi Olteni; — prin sforțarea în comun a tutulor și prin sacrificiile neprecupețite ale unora, cari înțeleg a pune în slujba acestei Societăți desinteresare, abnegație, mintea și toată energia lor — va putea astfel **Societatea de Medicină în Oltenia**, prima Societate medicală regională la noi, să se înființeze; să dureze și să progreseze.

Dar Societatea aceasta va mai avea un **rol de îndeplinit**; și acela trebuește socotit ca o datorie de împlinit pentru ridicarea culturală a Olteniei noastre: statisticile arată în diferitele țări că instituțiile de învățământ medical superior (Școale și Facultăți de medicină) sunt în număr mai mare decât 3 la o populație de 18.000.000 locuitori; va veni timpul când și la noi se va pune **Problema înființării unui al 4-lea centru de învățământ medical**; și acela nu va putea fi ales decât **aici**, la noi, **în Oltenia**, pentru motive ineluctabile de ordin geografic, etnic și național și de sigur **la Craiova**, centrul și oarecum capitala Olteniei, care face pătratul cu Clujul, Iașul și Bucureștiul.

Va fi rolul Societății de medicină din Oltenia să creeze din vreme

atmosfera ştiinţifică necesară, care să justifice la momentul oportun pretenţia de a organiza aci un „Aşezământ Oltenesc de Invăţământ Medical Superior".

Acestea se scriau în 1934.

Societatea astfel constituită a început să funcţioneze, ţinând şedinţe în câteva din capitalele judeţelor. Dar, nu după mult timp, întrunirile locale au încetat, activitatea manifestându-se numai sub forma Publicisticei care a avut loc necurmat în coloanele revistei „Mişcarea Medicală Română", pusă la dispoziţia Societăţii.

Fenomenul petrecut a dovedit odată mai mult că întregul se bazează pe parţial — cum este şi normal. Noi săriserăm la regional fără a fi organizat localul. După o expresie foarte potrivită, Societatea de Medicină din Oltenia, constituită în spiritul de atunci, reprezenta un cap prea mare care se sprijinea pe membre subţiri. Activitatea ei se baza pe imboldul pornit dela centru, adică de sus în jos, nu pe avântul pornit de jos în sus, cum este necesar într'o întocmire de ordin social. Se făcuse astfel dovada şi pe calea unei simple alcătuiri de ordin ştiinţific că hipercentralismul este de regulă vătămător şi că viaţa trebue stimulată local.

Ne-a condus la această nouă concepţie însăşi concepţia actualei conduceri sanitare care, dela început, şi-a pus în program promovarea problemelor medico-sanitare locale. Corpul medical din judeţul Dolj a păşit pe această nouă cale încă de acum 2 ani, când într'o Reuniune medicală care a avut loc tot în această sală în prezenţa D-lui Ministru al Sănătăţii (tot a D-tră D-le Ministru), a expus sub formă de rapoarte documentate o serie de Probleme locale, propunând şi mijloacele de rezolvat. In anul următor, în 1942, sub influenţa evoluţiei însăşi a concepţiei D-tră, care dela local s'a întins la regional — şi una dintre primele manifestări în acest sens a fost compunerea pe bază corporativă a Consiliului Sanitar Superior, în care aţi introdus reprezentanţi ai diferitelor regiuni şi provincii ale Ţării — Corpul medical al judeţelor Olteniei care între timp îşi organizase viaţa lui locală, s'a întors la vechile năzuinţe de desvoltare a unei activităţi ştiinţifice în cadrul unei societăţi regionale de medicină în Oltenia. Şi-a refăcut statutele şi a întocmit Regulamentul în spiritul acestei concepţii, păşind la regional după consolidarea localului ştiinţific.

In noua Expunere de motive care însoţeşte întemeerea de Societăţi medicale în fiecare judeţ, prin organizarea secţiilor ştiinţifice ale colegiilor medicale se spune:

„Societăţile de medicină constituesc o necesitate pentru profesiunea medicală.

Medicul trebue să se aplece necontenit asupra noţiunilor de bază ale medicinei şi să se ţină la curent cu progresele ei.

Aceste noţiuni el nu şi le poate reîmprospăta şi căpăta decât în cadrul acestor societăţi, graţie prezentării de cazuri clinice şi a discuţiilor ce comportă, graţie conferinţelor la care asistă, graţie referatelor şi analizelor ce ascultă. In Societăţile de medicină se prezintă situaţia boalelor locale şi regionale, se discută asupra măsurilor de luat. De asemenea se ia cunoştinţă de întreaga viaţă medicală regională de ordin

social şi profesional care îşi are particularităţile ei. Unul dintre scopurile de seamă ale acestei societăţi este ca împreună cu celelalte societăţi medicale judeţene să promoveze Regionalismul medical Oltenesc Societăţile îşi constituesc o bibliotecă la curent cu revistele de specialitate şi cărţile pe care un singur medic nu şi le poate procura.

Dispoziţiunile regulamentare actuale prevăzând o desvoltare de activitate ştiinţifică în sânul instituţiunilor şi serviciilor Medico-sanitare, — pe care Ministerul le-a şi abonat din oficiu la numeroase periodice medicale româneşti — asemenea activitate câştigă când este efectuată şi coordonată într'un singur cadru precum o Societate de medicină.

Toate Societăţile de medicină din judeţele Olteniei constituite pe baza aceloraşi motive, statute şi regulament, se vor putea la rândul lor confederaliza — adică grupa — realizând „Societatea de Medicină a Olteniei cu sediul la Craiova".

Aceste Societăţi de medicină înfiinţate în conformitate cu art. 158 din Anteproiectul de Decret-Lege pentru Organizarea Statului, Colegiul Medicilor, au primit o ORGANIZARE specială.

Societăţile de medicină de ordin ştiinţific trebue să îndeplinească anumite condiţiuni de organizare şi de funcţionare pe care şi le asigură prin Statute şi Regulamente proprii. Nimic nu omoară mai sigur aceste societăţi decât indiferenţa, nefrequentarea lor de către membrii, neparticiparea unora, ţinerea în rezervă a altora. Societăţile de medicină, mai cu seamă în centrele cu medici puţini, trebue să-i cuprindă pe toţi — ceea ce este cazul oraşelor din provincie. Asemenea societăţi trebue să se sprijine pe instituţiuni sau organizaţiuni oficiale cari grupează câţi mai mulţi medici sau pe toţi, precum sunt spitalele mari dintr'o localitate şi Filialele Colegiului medicilor. Dispoziţiunile în vigoare prevăzând pentru Colegiu desvoltarea unei activităţi de ordin ştiinţific, societăţile de medicină constituite pe bază de Statute şi Regulamente speciale — după cum se obişnueşte, vor reprezenta secţiilor ştiinţifice ale Colegiului, conduse de un Comitet, în care vor intra reprezentanţi ai tutulor categoriilor de medici, pentru ca coeziunea să fie desăvârşită şi o participare cât mai numeroasă să fie asigurată. Astfel s'a procedat când s'au constituit Societăţile de medicină din cele 6 judeţe ale Olteniei, în Comitetele lor prezidate de Preşedinţii Colegiilor intrând reprezentanţi ai Serviciului de judeţ, ai Serviciilor sanitare urbane, ai Spitalelor, ai Circomscripţiilor rurale, ai Medicilor practicieni, ai Medicilor militari, ai Medicilor instituţiunilor autonome — reprezentanţi pe care şi-i aleg însuşi medicii. O parte din aceşti aleşi se impun dela sine prin situaţia lor oficială, prin vârsta lor, prin gradul lor erarhic, prin prestigiul lor personal în sânul corporaţiei — aşa că alegerea lor se face fără jigniri de susceptibilităţi; prin schimbările care fatal au loc în situaţia tutulor — premeneala necesară se face, anchilozarea este evitată, principiul alegerii este păstrat, un caracter oficial observat. Şedinţele vor avea loc la date care pot strânge cât mai mulţi medici, precum conferinţele trimestriale ale medicilor de judeţe şi oraşe, sau lunare ale medicilor de spitale. Un program variat va pune la ordinea zilei anumite chestiuni medicale, Probleme sanitare care interesează

pe toți, Cazuistica care interesează pe fiecare. Societățile de medicină își vor publica activitatea în Buletin propriu, care pentru această regiune va fi „Oltenia Medicală" sau în alte periodice medicale.

Un spirit de înțelegere reciprocă și o disciplină liber consimțită se stabilește cu vremea. Devotamentul unora și tactul tutulor le vor asigura propășirea.

Societățile de medicină favorizează profesiunea medicală și ridică prestigiul medicinei. Astfel organizate, Societățile de Medicină vor fi de cel mai mare folos medicinei, organizației sanitare a țării și corpului medical românesc.

FUNCȚIONAREA acestor societăți locale trebue să se conducă după directivele pe cari D-l Ministru al Sănătății le-a formulat și Consiliul Sanitar Superior le-a fixat în ședința din 10 Februarie a. c., în ce privește Organizarea vieții medicale pe județe și regiuni din punct de vedere științific, profesional și medico-social, — directive cari stabilesc Reuniuni științifice anuale la reședința regiunii, precum este această Reuniune științifică dela Craiova, care este prima Reuniune științifică medicală regională din țară condusă după aceste norme, și lunare județene.

Societatea de Medicină din Oltenia este în măsură să se conformeze acestor directive, pe cari și le-a fixat dela origine.

Ca ACTIVITATE, după activitatea întreprinsă în trecut, Societatea de medicină din Oltenia în Reuniuni trimestriale, cari au coincidat cu conferințele trimestriale ale medicilor de orașe și plăși, întocmite după un program unitar, a desbătut în anul 1942, în diferitele reședințe din județe, **Epidemia de Colită dizenteriformă** care a bântuit cu furie în toate județele Olteniei, insistându-se în primul rând **Asupra datelor epidemiologice și rezultatelor tratamentului cu preparate sulfamidate**, în deosebi cu Eleudron; — precum și Practica ilicită a medicinei care bântuie cu furie nestăvilită în toată țara. In I Reuniune trimestrială din 1943, a fixat la ordinea zilei: **Tratamentul gastro-enteritelor infantile; — Metodele practice de desinfecție și deparazitare în mediul urban și mediul rural; — Fișa Medico-socială familiară.** Iar în programul acestei reuniuni de caracter regional și anual a prevăzut în program: **Prezentarea unui memoriu asupra creerii unui al 4-lea Centru de Invățământ Medical Superior la Craiova; — Prezentarea de rapoarte asupra organizării și funcționării institutiunilor și serviciilor Medico-sanitare din Oltenia; — Comunicări de ordin științific cu privire la boalele din Oltenia; — Diverse propuneri.**

In cadrul acestei Reuniuni medicale regionale se va ține și **Ciclul de conferințe** la care au binevoit să participe D-nii Profesori D-ri Iacobovici, Petre Niculescu, Victor Papilian, Decanul Facultății de Medicină din Sibiu, Vintilă Ciocâlteu, Decanul Facultății de Medicină din București, Emil Crăciun, Directorul Institutului „Victor Babeș" și D-r Stoichiția, Insp. General Sanitar, Secretar General al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Am expus în această Dare de seamă, pentru a cărei lungime obligatorie cer scuze Onor. public, în calitatea mea de Secretar General permanent al acestei Societăți, Istoricul, Organizarea și Activitatea ei de până în prezent.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puțină 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 — AGITAȚIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — 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

MEMORIU ASUPRA CREERII UNUI CENTRU DE ÎNVĂȚĂMÂNT MEDICAL SUPERIOR LA CRAIOVA*)

1. CONSIDERAȚIUNI CARI DICTEAZĂ NECESITATEA ȘI URGENȚA CREERII DE NOUI FACULTĂȚI DE MEDICINĂ

Reorganizarea sanitară, care se întreprinde în prezent sub dinamismul creator al actualei conduceri sanitare, ține seamă de toți factorii medico-sociali ai țării în exercitarea medicinei preventive și curative, medicină care are ca obiect sănătatea publică și comandă apărarea patrimoniului biologic al națiunii.

In primul rând se ia în considerare problema numărului. Pentru prima oară s'a conjugat randamentul facultăților noastre de medicină și al școalelor de personal sanitar auxiliar cu nevoile sanitare și s'a constatat că lipsa de personal medico-sanitar este catastrofală. Este nevoie de câte o moașe și un agent sanitar în fiecare sat și nu avem decât 1—2 pe circumscripția cu mai multe sate. Ne trebuesc câteva mii de asistente sociale și nu avem decât câteva sute, iar anual ies câteva zeci. Avem nevoie de un număr îndoit de medici și de 680 anual, dar facultățile noastre de medicină nu scot niciun sfert. Pentru aceasta, s'au înființat numeroase școale sanitare pe tot cuprinsul țării; și-au deschis cursurile, pe data de 1 Octombrie 1942, 5 școale de surori de ocrotire, 28 școale de surori-infirmiere, 4 școale de agenți sanitari, 16 școale pentru eleve moașe și 5 școale pentru laboranți.

In ceea ce privește Corpul Medical, luându-se ca bază datele recensământului făcut în 1941, și constatându-se insuficiența numărului total al medicilor, mai cu seamă a celui de origină etnică românească, s'a tras concluzia logică că înainte de toate trebuește favorizată intrarea studenților în facultățile de medicină. In România mutilată (vom cita după „Apelul" îndreptat spre tineretul studios de către D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătății, apel în care îndeamnă pe băieții buni să se înscrie la facultățile de medicină, iar pe fetele serioase să intre în școlile de surori), aveam la 15 Martie 1941: 5671 medici români, la care se adaugă 490 medici germani, 71 unguri ș. a., în total 6232 medici arieni. Dintre aceștia ocupau funcțiuni publice 4138 medici (3377 în serviciul sanitar al Statului, 761 în cadrul armatei), 6,5% din medici oficiali părăsesc anual funcțiunile prin pensionare, demisii sau decese, pentru a-i înlocui este nevoie anual de circa 270 medici noui. In mediul rural avem 1520 medici, ceea ce revine un medic la 7057 locuitori. Dar se impune ca la țară să fie un medic la 3500 locuitori. Ne trebuesc deci 1500 medici noui, care repartizați pe 5

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*) Acest *Memoriu* întocmit de Colegiul Medical al județului Dolj, însușit de celelalte Colegii medicale ale Olteniei și revendicat de întreg Corpul medical Oltenesc, — a fost prezentat în *Reuniunea medicală regională dela Craiova* din zilele de 25 și 26 Martie 1943, de către D-l *Docent D-r M. Cânciulescu*, Secretar general permanent al Soc. de medicină din Oltenia, Președinte al Colegiului medical de Dolj.

ani, după un plan quinquenal, revine anual 300 medici noui. In Basarabia şi Bucovina, ca să putem avea un medic măcar la 7000 locuitori în mediul rural, trebuesc încă 540 medici, care repartizaţi pe 5 ani după acelaşi plan quinquenal, revine la 110 medici noui anual. Pentru ca să-şi asigure numărul de aceşti 680 medici anual (270 pentru menţinerea cadrelor actuale; 300 pentru înmulţirea treptată a medicilor din ţară; 110 pentru Basarabia şi Bucovina), trebue să se primească în anul I cel puţin 1000 de studenţi, (pentrucă dintre aceştia cam 30% se retrag dela medicină în timpul studiilor). Pentru aceste motive de importanţă capitală pentru apărarea în viitor a sănătăţii neamului românesc, s'a adresat D-l Ministrul al Sănătăţii către tineretul studios din ţară, îndemnându-l să se înscrie la facultăţile de medicină.

Este aceasta o concepţie de număr, bazată pe date statistice, riguros exacte, care nu a preocupat niciodată pe conducătorii din trecut ai organizaţiei noastre sanitare, şi cu atât mai puţin pe foştii Decani ai Facultăţilor de Medicină cari, strâmtoraţi îşi croiau haina pe corp, restrângând numărul studenţilor admişi în facultăţi la posibilităţile capacităţii de instruire a clinicilor şi laboratoarelor facultăţilor lor. Care a fost rezultatul? Nu cunoaştem cifrele pentru celelalte facultăţi; dar la Fac. de Medicină din Iaşi, s'au înscris în anul I din anul şcolar 1941—42, un număr de 172 (dintre cari 74 studenţi şi 98 studente, şi au ieşit doctori 52 băieţi şi 30 fete. Mult prea puţin. De aceea în 2 Consilii de Miniştri întrunite anul trecut sub Preşedinţia D-lui Profesor Mihai Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri, faţă de situaţia învăţământului medical şi farmaceutic expusă de D-nii Profesor D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale şi Profesor I. Petrovici, Ministrul Culturii Naţionale, şi faţă de nevoile de personal medical, s'a stabilit că Facultăţile de Medicină vor putea să primească începând din toamna anului 1942, câte 2000 studenţi. Toate spitalele mari din centrele universitare vor organiza clinici. O comisie ad-hoc va cerceta situaţia spitalelor şi măsurile cari trebuesc luate împreună cu Eforia spitalelor civile din Bucureşti şi Spiridonia din Iaşi, pentru dotarea învăţământului medical cu mijloace clinice în vederea sporirii capacităţii de învăţământ a Facultăţilor de Medicină şi Farmacie.

Dar, vor putea? Şi, va fi bine? In descentralizarea care constitue la noi o etapă imperioasă a reorganizării administrative, culturale şi sociale, rămânerea la cele 3 Centre Medicale Universitare de până în prezent nu mai este posibilă, iar umflarea lor până să poată primi 1—2000 studenţi anual, este de-a-dreptul periculoasă. Se plâng de ani de zile Decanatele Facultăţilor noastre de Medicină de lipsa de local, de lipsa de material pentru clinicile şi laboratoarele existente. Iar transformarea în anexe de învăţământ medical superior a tuturor spitalelor dispensariilor şi policlinicilor medicale din Capitală, din Iaşi şi din Sibiu, va prezenta riscurile improvizaţiei, neajunsurile împrăştierii şi nu va asigura selecţiunea necesară, nu întreg corpul medical al acestor instituţiuni fiind apt a îndeplini oficiul universitar impus.

In alte ţări se favorizează crearea de centre universitare în

oraşele cu trecut cultural. Această armătură regională, de ordin cultural, întăreşte edificiul social în toate privinţele.

Consideraţiile de mai sus dictează şi urgenţa de realizare a unor noui instituţiuni de cultură medicală universitară la noi. Ne aflăm încă în preajma sguduirilor sociale dela începutul anului 1941. Domnul Mareşal Antonescu a inspirat ţării suflet nou în trup, care să cere regenerat în toate funcţiunile lui. Instituţiuni noui, în ţară nouă.

2. FORMA SUB CARE SE POT PREZENTA NOUILE ŞCOALE DE INVĂŢĂMÂNT MEDICAL SUPERIOR

Crearea de noui centre medicale de învăţământ superior se impune, aşa dar, din multe puncte de vedere. Militează în favoarea lor nu numai insuficienţa actualelor centre de a da numărul necesar de medici şi de a-i asigura întreţinerea permanentă, dar evitarea unui hipercentralism medical universitar care, în mod normal, cere o facultate de medicină la circa 4.000.000 locuitori şi desvoltarea unui regionalism cultural sănătos, care recomandă utilizarea elementelor de valoare culturală superioară în tot cuprinsul ţării.

Nouile şcoale de învăţământ medical supetior pot funcţiona cu toţi anii de studii, ca o facultate de medicină completă; sau pot fi reduse la primii 4 ani, în felul şcoalelor de medicină din Franţa, sau din Rusia, unele celebre în trecut ca cea din Montpellier, altele mai de curând ca cea din Clermond Férrand; absolvenţii lor putând fi utilizaţi în mediul rural, dar având dreptul a-şi desăvârşi studiile medicale pentru a obţine diploma de doctorat în medicină. In orice caz, la început pot funcţiona cu primii 2 ani, cari cer discipline pregătitoare în continuare. Corpul lor profesoral va fi recrutat după toate normele legii universitare şi a selecţionării celei mai riguroase.

3. AL 4-lea CENTRU DE INVĂŢĂMÂNT MEDICAL SUPERIOR ROMÂNESC

Pentru început nu poate fi vorba de crearea decât a unui singur Centru nou de Invăţământ Medical Superior.

Acest Centru nu va putea lua fiinţă decât la Craiova. Craiova are dreptul, căci merită, să fie ridicată la rangul de Centru Medical Universitar. Din punct de vedere geografic, Craiova face patratul cu Cluj-Sibiu, Iaşi, Bucureşti şi este capitala Olteniei. Ca trecut istoric, Craiova este cetatea vechilor Bani, iar Oltenia este leagănul românismului etnic şi vital. Economiceşte, Oltenia este una din cele mai bogate regiuni ale ţării, în situaţie a desvolta cel mai intens regim de descentralizare ad-tivă, şi a asigura întreţinerea instituţiunilor sale. Cultural, Craiova are la spate un frumos trecut; a dat ţării mari cărturari, unii savanţi în tot înţelesul cuvântului, în toate domeniile.

Mărginindu-ne numai la domeniul medical, Craiova a dat celorlalte facultăţi de medicină din ţară numeroşi profesori universitari, printre cari actualii Decani ai Facultăţii de Medicină din Bucureşti şi Sibiu, în persoana eminenţilor medici, D-nii Prof. D-ri V. Ciocâlteu şi V. Papilian. Craiova are numeroase spitale mari, în frunte cu Spitalul Filantropia cu capacitate până la 500 paturi şi cu posibilităţi de a

creia adevărate Clinici Universitare; Dispensare, printre care se va aşeza în curând măreaţa instituţie a Casei Asigurărilor Sociale; Policlinici, printre cari cea grandioasă în prezent în construcţie la Spitalul Filantropia; Centre şi Azile care vor putea cuprinde tot materialul uman necesar instrucţiunei studentului în medicină. La Craiova se respiră de mulţi ani o atmosferă medicală prielnică prin existenţa de Societăţi şi Publicaţiuni medicale ştiinţifice, precum Cercul Medico-Farmaceutic înfiinţat în anul 1902; — Societatea de Medicină din Oltenia, cu Filiale în toate Capitalele de judeţ, întemeiată în 1934, şi cari îşi publică activitatea în buletine proprii; — Revista „Mişcarea Medicală Română", care a intrat anul acesta în al 16-lea an de existenţă, are colaboratori de frunte în Corpul Universitar al tuturor Facultăţilor noastre de Medicină, şi este răspândită în străinătate prin schimbul cu zeci de publicaţiuni medicale din toată lumea. La Craiova a avut loc acum câţiva ani un Congres Naţional de boale contagioase, care a fost prezidat de un distins medic local.

La Craiova funcţionează 2 licee teoretice de băieţi şi nu mai puţin de 4 licee teoretice de fete — pe lângă numeroase alte şcoale militare, normale, industriale, de comerţ — cari de ani de zile scot şomeri şi şomere intelectuale, inadaptaţi şi inadaptate la condiţiile materiale şi naţionale ale vieţii de azi ale statului românesc. Se poate afecta unul din localurile acestor şcoli pentru o şcoală de medicină, care rămâne tot în patrimoniul educaţiei şi culturii naţionale. Se va face numai un schimb de destinaţie în sânul aceluiaşi departament, satisfăcându-se nevci sociale mai imperioase şi mai urgente. Se va da şi o justă compensaţie Ministerului Sănătăţii Publice, care a fost deposedat în favoarea Ministerului Instrucţiunii Publice, acum câţiva ani, de localul faimosului Ospiciu de alienaţi Madona-Dudu dela Craiova cu trecut istoric, care deservea întreaga regiune a Olteniei şi care va trebui odată şi odată restituit destinaţiei sale.

Din timp se va putea organiza această şcoală nouă în localul uneia din şcoalele vechi mai sus menţionate, de care Craiova are de prisos. Oficialitatea a indicat dela sine acest local adequat din toate privinţele cu ocazia vizitei recente făcută la Craiova, de către D-na Mareşal Antonescu şi D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii, care a anunţat cu această ocazie oportunitatea creării la Craiova a unei Facultăţi de Medicină. D-l D-r V. Papilian, Profesor de Anatomie şi Decanul Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, oltean de baştină şi fiu sufletesc al Craiovei, va putea organiza în scurt timp Institutul de Anatomie şi noua Şcoală de Medicină va putea să funcţioneze din chiar toamna aceasta, spre marea bucurie a părinţilor, cari în prezent îşi trimit copii să înveţe cartea de medicină la distanţe de sute de kilometri, spre mai marele folos al tutulor.

Şcoala va putea fi instalată în clădirea imensă din care în prezent nu este folosită de către Liceul externat secundar de fete „Regina Elisabeta" nici jumătate, clădire care posedă săli de cursuri şi amfiteatre spaţioase şi, care este în situaţia a cuprinde şi un Cămin pentru studentele şi studenţii bursieri, săraci şi merituoşi, astfel precum în ultimii 2 ani a adăpostit Liceul militar „Regele Ferdinand" din Chişinău cu efectiv de câteva sute de elevi.

In prezent, localul acestei şcoale situat în Centrul Medical al Municipiului, se ruinează; nu posedă mijloace suficiente nici pentru întreţinere necum pentru terminare, cari se ridică la zeci de milioane.

Afectarea lui la noua destinaţie realizează operă de gospodărie pentru apărarea patrimoniului statului şi operă de cultură naţională.

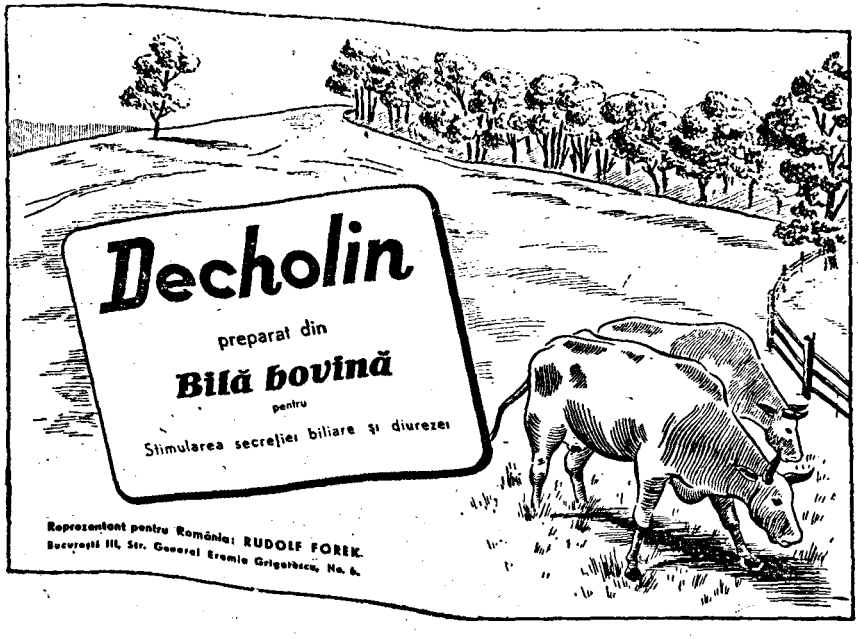
In concluziuni:

a) Organizaţia sanitară a ţării are nevoie în mod urgent de un Corp Medical mult mai numeros decât în prezent, Corp Medical ale cărui cadre trebuesc întreţinute în mod permanent.

b) Cele trei Facultăţi de Medicină actuale nu pot asigura aceste efective, afectarea lor forţată la acest scop nu este posibilă şi nici recomandabilă.

c) Municipiul Craiova, Capitala Olteniei, prezintă indicaţiuni multiple de ordin cultural şi medical şi va găsi cu ajutorul statului şi contribuţia tuturor judeţelor din Oltenia, posibilităţile materiale de a creia un Centru de Invăţământ Medical Universitar la Craiova.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

AGOCHOLINE

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

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE
Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate
Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

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

AL DOILEA AN DE ACTIVITATE LA MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI OCROTIRILOR SOCIALE *)

După primul an de activitate la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale (1941), am socotit de datoria noastră să prezentăm opiniei publice medicale, într'o dare de seamă succintă, activitatea desfășurată, ideile generale ce am urmărit, înfăptuirile realizate și proiectele de acțiune ce urmăream să desvoltăm.

După al 2-lea an de activitate (1942), înfățișem a doua dare de seamă anuală, pe care o închinăm corpului medical românesc, a cărui competință, devotament și înalt patriotism sunt mai presus de orice elogiu.

Tot ceea ce s'a putut înfăptui în anul 1942, an în care țara s'a aflat în plin efort de război, cu toate consecințele de ordin economic și social, a impus Departamentului Sănătății o dublă datorie, aceea de a-și spori la maximum vigilența și acțiunea în scopul păstrării unei bune stări sanitare generale, și aceea de a menaja în același timp cât mai mult cu putință finanțele publice, afectate în primul rând purtării războiului național.

Un întreg program de construcții și de investiții noui, fără de care nu se poate concepe o reorganizare de mult timp necesară a serviciului sanitar public, mai ales în sectorul preventiv, a trebuit să cedeze pasul unor necesități mai mari și mai urgente impuse de războiul nostru silindu-ne să renunțăm și în acest an, la unele din măsurile reformatoare cu caracter fundamental pe care intenționam să le realizăm la acest Departament.

Dacă totuși, precum se va vedea din cele ce urmează, anul 1942, s'a caracterizat la Departamentul Sănătății printr'o vie și continuă activitate în toate sectoarele de acțiune sanitară, realizările au putut să fie obținute, nu atât prin utilizări de mijloace financiare deosebite, cât mai ales printr'o mare schimbare a metodelor de lucru tradiționale, prin spiritul nou de acțiune și răspundere care s'a introdus în serviciile noastre sanitare și de ocrotire și prin destoinicia și devotamentul pe care l-a manifestat Corpul medical al țării.

Desvoltând mai departe descentralizarea administrației sanitare

*) Din «*Darea de seamă*» a D. D. Prof. D-r P Tomescu, M-trul S. O. S. și D-r I. Stoichiția, Secretar g-ral al M-terului, publicată în «România medicală» No. 4 | 1943.

introdusă în anul trecut, stimulând şi încurajând iniţiativa şi energia creatoare a medicilor conducători de servicii şi instituţii şi sensibilizând în acelaşi timp bunăvoinţele locale, am reuşit, credem, să obţinem din organizaţia sanitară actuală un randament maxim care a garantat nu numai o bună stare sanitară normală a populaţiei, dar a marcat adeseori un însemnat progres faţă de anii trecuţi.

In acelaşi timp, iniţiind diverse măsuri şi atacând diverse probleme de organizare, care de mult timp trebuiau rezolvate, am reuşit prin mijloace normale, să schimbăm în multe domenii, aspectul şi sensul acţiunei noastre sanitare şi de ocrotire.

Ca şi în anul trecut, ne-am condus în acţiunea noastră de principiul, de a favoriza cât mai mult buna stare sanitară şi evoluţia demografică mai ales a populaţiei rurale, întărindu-i şi desvoltându-i instituţiile sanitare preventive şi curative care o deservesc. Am avut cea mai mare grijă în acelaşi timp de a desvolta şi de a dota în permanenţă toate spitalele noastre, pentru a face faţă în condiţiuni cât mai bune necesităţilor de spitalizare în timp de războiu. Am veghiat totodată ca prin concursul nelimitat şi dat în timp util Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, să contribuim în cât mai largă măsură la opera de asistenţă socială şi la rezolvirea multiplelor probleme pe care le-a impus războiul în acest domeniu.

Expunerea ce urmează va reda în mod succint, realizările mai însemnate ale Ministerului Sănătăţii în anul 1942, în principalele sale sectoare de activitate şi anume: **organizarea sanitară a ţării, activitatea în domeniul pregătirii şi selecţionării cadrelor medicale, medicina preventivă, asistenţa curativă şi ocrotirile sociale.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dupe ce expun în detaliu realizările efectuate în aceste domenii, realizări pe care ne mărginim a le menţiona nominal:

I. Activitatea în domeniul organizării sanitare

1. Reorganizarea serviciilor centrale şi exterioare.
2. Descentralizarea administraţiei sanitare.
3. Administrarea bunurilor Ministerului.
4. Amenajarea şi dotarea.
5. Recrutarea personalului auxiliar şi administrativ.
6. Inlesniri de ordin material pentru personalul sanitar.
7. Opera de coordonare şi colaborare.
8. Problema farmaciilor:

a) Românizarea farmaciilor;
b) Unificarea regimului farmaciilor;
c) Infiinţarea de noui farmacii în mediul rural;
d) Finanţarea nouilor farmacii;
e) Sporirea numărului de farmacişti în ţară.

II. Activitatea în domeniul pregătirii şi selecţionării cadrelor medicale necesare organizaţiei de stat şi practicei profesionale

1. Recensământul medicilor şi al specialiştilor.
2. Numărul necesar de medici noui pentru menţinerea cadrelor actuale.
3. Nevoia de medici în raport cu programul de desvoltare al organizaţiei sanitare a statului.

4. Mărirea randamentului facultăților de medicină.
5. Activitatea studenților în medicină în cursul stagiului de vară.
6. Aplicarea legii pentru selecționarea cadrelor medicale.

III. Activitatea în domeniul medicinei preventive

1. Prevenirea și combaterea bolilor infecțioase:
a) Considerațiuni epidemiologice;
b) Măsuri de profilaxie și combatere;
c) Săptămâna curățeniei.
2. Prevenirea și combaterea bolilor sociale.
b) Bolile venerice;
c) Malaria.
3. Alimentația cu apă potabilă.
4. Organizarea sanitară preventivă.
5. Educația igienică și propaganda sanitară.
6. Reorganizarea serviciului sanitar al capitalei.

IV. Activitatea în domeniul medicinei curative.

1. Organizarea spitalelor de stat.
2. Organizarea spitalelor DE Z. I.
3. Dotarea și aprovizionarea spitalelor.
4. Activitatea spitalicească.

V. Activitatea în domeniul Ocrotirilor Sociale

Autorii termină ampla dare de seamă care face dovada activității sanitare în continuare ce au întreprins la Ministerul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale, în ultimii 2 ani, cu următoarea:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INCHEERE

Făcând bilanțul de un an la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale vom putea constata că aparatul sanitar al țării a continuat să funcționeze și în cel de al doilea an de război în condițiuni satisfăcătoare putând face față nu numai marilor nevoi legate de starea de război, dar a putut să înregistreze o activitate și rezultate însemnate și în domeniul desvoltării progresive a instituțiilor și serviciilor noastre sanitare și de ocrotire.

Continuând pe aceiași linie de acțiune, preconizăm pentru anul care urmează următorul plan de lucru:

1. Prin promulgarea proiectului de lege pentru organizarea sanitară a statului, care se găsește în discuția Consiliului Legislativ, aparatul central al Ministerului va continua să se transforme tot mai mult într'un organ de gândire, de concepție și de tehnică științifică, eliberându-se cât mai complect de sub imperiul unei activități administrative rutinare și a unui biurocratism formalist, lipsit de perspective.

2. Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, ca autoritate centrală de conducere, îndrumare și control pentru toate problemele de sănătate publică, va trebui să realizeze ideia de comandament unic în aceste probleme, imprimând tuturor serviciilor sanitare și de ocrotire din țară, norme unitare de organizare și acțiune în toate domeniile sănătății publice.

3. Pentru stimularea și întărirea inițiativelor locale și pentru introducerea unui spirit real de răspundere a conducătorilor diferitelor insti-

tuţii şi servicii sanitare, credem că este necesar să lărgim tot mai mult sistemul de descentralizare introdus mergând până la o completă autonomie administrativă a instituţiilor şi serviciilor sanitare exterioare.

4. Va trebui să se asigure pe toate căile posibile cadrul necesar de personal medical şi sanitar de toate categoriile. In acest scop este necesar ca Facultăţile de Medicină şi Şcolile de învăţământ sanitar să lucreze cu un randament sporit în anul care urmează.

Pentru selecţionarea în condiţiuni cât mai bune a personalului sanitar necesar ţării, se impune continuarea sistemului introdus prin concursuri şi examene de clasificare, care au dat cele mai bune rezultate. De asemenea este necesar ca recrutarea întregului personal în deosebi al medicilor, precum şi repartizarea lui, să se facă numai prin Ministerul Sănătăţii după normele unitare stabilite în noua lege pentru organizarea sanitară a statului.

5. Va trebui să se facă toate eforturile pentru sporirea numărului de medici şi personal sanitar din mediul rural, pe de o parte prin raţionalizarea şi unificarea serviciilor sanitare uneori hipertrofiate, dela oraşe şi prin asigurarea unor însemnate avantagii de ordin material pe seama personalului medical şi sanitar care activează permanent în mediul rural.

6. In sectorul preventiv, va trebui să sporim tot mai mult numărul surorilor de ocrotire chemate să activeze în domeniul educaţiei igienice a populaţiei şi în problema combaterii mortalităţii infantile. Până la asigurarea numărului necesar de surori de ocrotire, credem util şi necesar să se utilizeze pentru această misiune pe o scară cât mai largă, învăţătoare de igienă şi gospodărie pregătite prin cursuri speciale.

La fel este necesar să se intensifice prin toate mijloacele propaganda sanitară şi să se organizeze cu tot aparatul necesar cât mai multe plăşi sanitare, ca organizaţiuni de medicină preventivă.

7. In sectorul curativ va trebui să se continue opera de completare şi modernizare a spitalelor noastre, urmărindu-se ideia de a se creia Centre spitaliceşti mari şi bine utilate în toate Centrele vitale ale ţării.

8. Pentru combaterea tuberculozei este necesar să se creieze cât mai largi posibilităţi de izolare şi internare ale bolnavilor tuberculoşi, prin creiarea de spitale şi sanatorii de T. B. C. şi în acelaşi timp este necesar ca în regiunile care dispun de posibilităţi mari de internare să se execute o largă acţiune de depistare a tuberculoşilor prin mijloacele moderne de microradiografii.

9. In domeniul ocrotirilor preconizăm legiferarea Problemei ocrotirei familiei, a mamei şi copilului mic şi intensificarea acţiunei de combatere a mortalităţii infantile. In acest scop, vom spori numărul consultaţiilor de puericultură şi vom reorganiza şi augmenta Centrele pentru ocrotirea copiilor.

Înfăţişând opiniei publice medicale activitatea desfăşurată în cursul unui an la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, ţinem să aducem D-lui Mareşal Antonescu, mulţumirile noastre cele mai recunoscătoare pentru interesul deosebit ce îl poartă tuturor problemelor de sănătate publică, la soluţionarea cărora a adus întotdeauna o hotărîre promptă şi eficace.

* * *

NOUA LEGE PENTRU ORGANIZAREA SANITARĂ A STATULUI

Asupra nouei legi pentru organizarea sanitară a statului, d-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a făcut într'o conferință de presă ținută la Ministerul Sănătății, următoarele declarațiuni:

Noua lege era din ce în ce mai necesară, pentrucă structura organizației noastre sanitare trebuia să sufere o dublă adaptare la progresele pe care știința le face în mod continuu.

Noua lege se bazează pe următoarele idei fundamentale, care au servit ca norme generale de-a-lungul tutulor capitolelor:

1. SIMPLIFICAREA ADMINISTRATIVĂ ȘI CONSOLIDAREA INSTITUȚIILOR SANITARE

Prin prevederile nouei legi am urmărit simplificarea aparatului administrativ și consolidarea aparatului tehnic, atât în organizația centrală cât și în cea exterioară.

Prin modificările aduse Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, se va transforma într'un organ de gândire de concepție și de tehnică științifică, eliberându-se cât mai complect de sub imperiul unei activități administrative rutinare și a unui biurocratism formalist, lipsit de perspective.

Prin noua constituire ce s'a dat Consiliului Sanitar Superior, prin atribuțiunile ce s'au conferit membrilor săi ca și prin comisiile de specialitate pentru studiul și rezolvarea diferitelor probleme de mare interes medico-social, credem că s'a realizat o mai bună organizațiune științifică a departamentului sănătății și ocrotirilor sociale.

Organizarea serviciilor și instituțiilor exterioare a fost concepută conform principiilor moderne științifice în această materie și corespunzător necesităților reale de pe teren, dar și potrivit cu posibilitățile noastre de realizare.

2. UNIFICAREA TUTUROR SERVICIILOR MEDICALE SUB AUTORITATEA MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Noua lege prevede directive unitare pentru organizațiunile sanitare ale țării, indiferent de autoritatea sau instituția de care ele depind din punct de vedere bugetar.

In felul acesta se realizează pe planul sanitar un comandament unic atât de necesar pentru ca toate instituțiunile sanitare să se desvolte unitar și armonios, ținându-se seama numai de interesele generale ale sănătății publice.

Pe viitor, așezămintele sanitare, indiferent de instituția și autoritatea care le administrează, vor trebui să se desvolte ținând seama de nevoile sanitare locale sau regionale, de mijloacele materiale de care pot dispune și de posibilitatea de a avea la dispoziția lor, un personal medical specializat și un personal auxiliar bine pregătit.

Din această cauză, legea prevede că întemeierea noulor așezăminte sanitare să se facă de acord cu Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, iar selecționarea întregului personal medical la toate autoritățile și instituțiunile publice sau particulare, care primesc subvențiuni dela Stat, Județ sau Comună, să fie făcută prin examene și concursuri ținute de acest Departament.

3. DESCENTRALIZAREA ADMINISTRAȚIEI SĂNITARE

Prin legea de față se consolidează descentralizarea administrației sanitare, care a fost experimentată cu succes în ultimul an.

Pentru stimularea și întărirea inițiativelor locale și pentru introducerea unui spirit real de răspundere a conducătorilor diferitelor instituții și servicii sanitare, am crezut că este necesar să lărgim tot mai mult sistemul de descentralizare introdus, mergând până la autonomia administrativă a instituțiilor

sanitare exterioare, sub un control riguros şi sub integrala răspundere a conducătorilor lor.

Urmărind ideea ca medicii să fie eliberaţi de răspunderi şi de activitate administrativă având numai rolul de conducere, am luat dispoziţiunea ca ei să se ocupe numai de problemele ştiinţifice medicale şi de directivele generale, trecând sarcinile de ordin administrativ asupra funcţionarilor de carieră.

Ţinând seama de faptul că spitalele au făcut progrese însemnate, graţie legii care le-a dat dreptul să utilizeze veniturile lor proprii pentru ameliorări locale şi imediate, am generalizat acest sistem la toate instituţiile sanitare.

Lucrând pe aceste baze noui, credem că Eforiile sanitare judeţene vor putea desfăşura o activitate mult mai puternică şi mai eficace decât în trecut.

4. DESVOLTAREA VIEŢII MEDICALE LOCALE

Legea a stabilit norme generale pentru desvoltarea unei vieţi ştiinţifice şi profesionale mai intensă în toate judeţele ţării. In acest scop am prevăzut ca problemele medico-sociale să fie studiate şi rezolvate prin activitatea medicilor specialişti, cari îşi vor extinde acţiunea pe teritoriul unui judeţ, în ceea ce priveşte specialitatea lor.

5. ROLUL MEDICILOR IN ACŢIUNEA SANITARĂ

O lege de organizare sanitară a Statului trebue să urmărească adaptarea normelor generale ale ştiinţei contemporane la împrejurările de ordin social, cultural, economic şi psihologic, ale ţării, unde legea urmează să se aplice.

Această adaptare trebue să se facă în conformitate cu politica socială a ţării.

Noua lege de organizare sanitară se bazează pe aceste principii şi credem că reprezintă un progres asupra trecutului.

Aplicarea pe teren a normelor stabilite de lege va depinde însă de capacitatea de entuziasmul, de vigilenţa şi de patriotismul medicilor români.

Am convingerea că ei vor şti aşa cum au arătat-o în trecut şi aşa cum au dovedit-o în războiul actual, că dincolo de interesele lor personale, să activeze pentru binele general cu toată priceperea şi cu tot devotamentul de care sunt capabili.

Această lege a urmărit să dea medicilor posibilităţi mai mari de activitate în folosul lumei suferinde şi în acţiunea de prevenire şi de combatere a boalelor epidemice şi sociale.

Suntem convinşi că ei vor şti să înţeleagă atât drepturile cât şi obligaţiile lor care au fost mult sporite.

Totodată legea de faţă a căutat să dea autorităţii de stat posibilitatea să acţioneze puternic şi prompt în domeniul sănătăţii publice.

6. CODUL SANITAR

Legea de organizare sanitară a Statului fixează cadrele generale ale organizaţiunei sanitare de Stat şi stabileşte norme unitare de organizare şi funcţionare a tuturor instituţiunilor care se ocupă de sănătatea publică, atât în domeniul curativ, cât şi în cel preventiv.

După promulgarea şi aplicarea acestei legi, vor trebui tratate în legi speciale, marile probleme de sănătate publică ale ţării, combaterea tuberculozei; combaterea boalelor venerice; ocrotirea mamei şi a copilului; combaterea boalelor sociale.

Toate aceste legi vor forma împreună Codul Sanitar al Statului, care va trebui întocmit cât mai repede.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, prin consiliul sanitar superior şi prin comisiunile sale, cu ajutorul tuturor specialiştilor reputaţi, va începe lucrul pentru înfăptuirea codului sanitar.

Desinfectant pulmonar
Calmant al tusei
Expectorant
Recalcifiant

ERIGON Dr. WANDER

SIROP

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiţi

Bronşite cronice şi subacute
Bronşectazii Tuberculoză

Calmant al tusei

Cluj / Central University Library Cluj

CODELUM forte

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM Dr. Wander

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

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

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi 90

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

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

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

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

NEALGYL

Cloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină.

Comprimate: 1 — 2 la nevoe.

Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

Ozon şi oxigen în stare născândă

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

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

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

UNIFICAREA ŞI RAŢIONALIZAREA LUPTEI IMPOTRIVA TUBERCULOZEI

La Ministerul Sănătăţii s'a ţinut în ziua de 23 Martie 1943 şedinţă a Consiliului Sanitar Superior, în care s'a examinat Problema unificării şi raţionalizării măsurilor de combatere a tuberculozei.

D-l Prof. D-r Tomescu, Ministrul Sănătăţii, a arătat că problema combaterii tuberculozei a fost examinată în trecut, sub toate aspectele ei, dar actualmente se impune o rezolvare practică a ei.

De aceea am adus în discuţia Consiliului Sanitar Superior pentru a o examina şi a se propune soluţii imediate şi eficace.

D-l Prof. D-r Daniello, raportorul problemei, arată realizările însemnate făcute de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, prin amenajarea a peste 2000 de paturi în anii 1942 şi 1943, pentru îngrijirea bolnavilor de tuberculoză, prin achiziţionarea unui însemnat număr de aparate de radiologie şi prin pregătirea unui număr de medici specialişti în tuberculoză.

Dar trebue soluţionată o problemă importantă, — a arătat d-sa — aceia a coordonării tuturor eforturilor şi a raţionalizării întregului aparat medico-social în lupta împotriva tuberculozei.

Pericolul extinderii tuberculozei este însemnat în ţara noastră şi trebuesc luate măsuri energice pentru a coordona şi raţionaliza întreaga acţiune.

In concluzie, D-l Prof. D-r Daniello, cere realizarea unui comandament unic al luptei antituberculoase, care să ducă o acţiune ştiinţific studiată de specialişti şi coordonată de combatere, prevenire şi tratare a tuberculozei.

D-l D-r St. Irimescu face un istoric al luptei împotriva tuberculozei în ţara noastră şi arată rolul pe care l-au jucat diferitele instituţii de combatere a tuberculozei.

D-l D-r M. Nasta arată că pentru a obţine rezultate este necesară o acţiune coordonată şi susţinută, care să plece dela dispensarul anti-tuberculos, până la sanatoriul şi spitalul de izolare. Această acţiune nu se poate realiza decât prin crearea unei asigurări împotriva tuberculozei.

D-l Prof. D-r N. Gh. Lupu, arată că organul central de luptă antituberculoasă va trebui să funcţioneze în cadrul organizaţiei sanitare de stat.

D-l D-r Dem. Lazăr-Galaţi, arată necesitatea de a se lua măsuri de izolare şi depistare a bolnavilor de tuberculoză în toate instituţiile şi organizaţiile de stat..

D-l Prof. D-r Gh. Banu, arată că asigurarea contra tuberculozei este în realitate crearea unor surse de venituri dela alte categorii decât dela salariaţi. Şi atunci nu mai este vorba de asigurare, ci de un aport al tuturor, deci al statului..

D-l Ministru D-r P. Tomescu, încheind desbaterile, mulţumeşte pentru interesantele expuneri făcute şi arată că este necesar să se legifereze măsurile ce trebuesc luate pentru realizarea unificării şi coordonării luptei antituberculoase în scopul obţinerii unor rezultate imediate.

Consiliul Sanitar Superior aprobă în unanimitate instituirea unei comisiuni formate din d-nii: Prof. D-r I. Daniello, Prof. D-r Gh. Banu și Conf. D-r Marius Nasta, care va elabora normele de coordonare și unificare a acțiunii antituberculoase ce vor fi supuse apoi desbaterilor consiliului sanitar superior.

* * *

ORGANIZAREA VIEȚII ȘTIINȚIFICE ȘI PROFESIONALE MEDICALE

In ziua de 10 Febr. 1943, a avut loc la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, ședința Consiliului Sanitar Superior, la care au participat în frunte cu D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, toți membrii acestui Consiliu, reprezentând toate specialitățile medicale și toate regiunile țării.

S'a examinat și discutat problema organizării vieții medicale pe județe și regiuni din punct de vedere științific și profesional.

EXPUNERILE D-LUI MINISTRU AL SĂNĂTĂȚII

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, arată că o viață științifică și profesională intensă și rodnică nu se poate întemeia prin măsuri legislative, ci prin crearea unui spirit nou de care să fie animat fiecare medic în slujba sănătății publice.

Dacă este adevărat că o viață profesională prea intensă nu s'a putut desvolta până acum din cauza individualismului prea marcat în profesiunea noastră, nu este mai puțin adevărat că această colaborare între medicii de toate categoriile, este menită să aducă cele mai însemnate foloase organizației sanitare.

Trebue să stabilim prin concursul tuturor, starea de spirit necesară unei vieți medicale intense, în care toți medicii să se preocupe în de aproape de problemele sanitare ale regiunei lor și în care ei să colaboreze efectiv pentru rezolvarea acestor probleme.

Cred că este necesar ca un profesor al unei Facultăți de Medicină să conducă în fiecare județ viața medicală, științifică, într'adevăr medicul este un om care studiază toată viața și Facultățile de Medicină trebue să continue și după obținerea diplomei de doctor să îndrumeze studiile, pregătirea și formația tehnică a fiecărui medic.

Dorim ca în fiecare județ, medicii să se întrunească odată pe lună pentru a desbate chestiunile științifice și profesionale și pentru a contribui prin eforturi colective la rezolvarea unor probleme dificile ale sănătății publice în județul Deva.

Tot astfel va fi foarte util ca medicii unei regiuni să se întrunească cel puțin odată pe an, spre a desbate problemele sanitare ale regiunei lor și spre a asculta rezultatul studiilor și cercetărilor făcute de cei mai iluștri medici ai țării.

Intr'adevăr formația profesională a medicului trebue să fie la curent cu tot ceea ce știința a descoperit în ultimul timp. De aceea am socotit că este absolut necesar ca pe lângă aparate, instrumente și medicamente să le punem la dispoziție și informația științifică necesară prin cărți și reviste medicale.

De aceea, Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a inițiat anul acesta crearea pe lângă fiecare spital de specialitate sau serviciu sanitar, a unei biblioteci de cărți medicale.

La spitalele mari de specialitate aceste biblioteci, vor fi mai desvoltate. vor cuprinde toate tratatele curente și toate revistele utile.

Prin această acțiune suntem convinși că literatura medicală română va fi ajutată și stimulată.

Tot astfel am crezut necesar ca fiecare spital mare să-şi publice anual rezultatul muncii, eforturilor şi a activităţii sale de orice fel, într'un anuar. Aceasta va fi un îndreptar pentru cele ce vor trebui realizate în viitor şi va constitui un document însemnat asupra celor ce s'au putut înfăptui.

Crearea acestui spirit nou în viaţa medicală nu se va putea face prin legi şi regulamente, prin ordine şi circulări, ci numai medicii înşăşi o pot iniţia îndrumaţi de profesorii Facultăţilor de Medicină.

DISCUŢIUNILE URMATE

D-l Prof. D-r Tudoranu, Decanul Facultăţii de Medicină din Iaşi, exprimă satisfacţia sa pentru iniţiativa Ministerului Sănătăţii. Arată apoi că trebuesc în primul rând înzestrate şi consolidate bibliotecile medicale ale instituţiilor sanitare, întrucât se va contribui în mod hotărîtor la perfecţionarea practică şi ştiinţifică a medicilor.

D-l Prof. D-r P. Niculescu, propune ca profesorii Facultăţilor de Medicină să facă şi prelegeri cu subiecte medicale în diferitele regiuni ale ţării.

D-l Prof. D-r St. Bogdan, cere ca reuniunile medicale regionale să se organizeze la centrul Colegiilor Medicale.

D-l D-r St. Irimescu, arată că medicul trebue să fie şi un bun cetăţean, de aceea el trebue să fie un element social activ.

D-l Prof. D-r Gh. Banu, arată că este imperios necesar ca să apară un număr mult mai însemnat de tratate medicale româneşti. Nu trebue să încurajăm apariţia de traduceri, atunci când avem în ţară posibilităţi de a publica tratate de valoare.

D-l Prof. L. S. Daniello, arată că Facultatea de Medicină din Sibiu, aprobă cu atât mai bucuros iniţiativa organizării de reuniuni medicale regionale şi judeţene, cu cât în trecut ea, a iniţiat astfel de reuniuni. Împrejurările au impus încă suspendarea acestor conferinţe regionale.

D-l Prof. D-r D. Danielopol, cere ca să se publice cât mai multe cărţi româneşti medicale şi eventual chiar un mare tratat de medicină internă şi de chirurgie.

D-l D-r Pătrăşcanu-Bacău, cere ca la reuniunile regionale medicale să se facă şi demonstraţii de chirurgie practică.

D-l Doc. D-r M. Cânciulescu-Craiova, arată însemnătatea problemelor ştiinţifice şi profesionale în viaţa medicală.

D-l Prof. D-r M. Ciucă, îşi exprimă satisfacţia sa pentru iniţiativa luată, arătând că se vor putea obţine rezultate din cele mai bune şi în alte domenii decât în cel profesional.

D-l D-r O. Lupu-Cernăuţi, arată că organizarea bibliotecilor instituţiilor sanitare este bine venită.

D-l Prof. D-r N. Gh. Lupu, cere ca să se procedeze la unificarea tuturor instituţiilor din ţară, întrucât numai în acest fel se va putea obţine o colaborare permanentă şi activă a tuturor medicilor şi a tuturor serviciilor sanitare.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, încheind desbaterile, mulţumeşte membrilor Consiliului pentru contribuţia ce au adus la stabilirea programului de acţiunea organizării vieţei medicale din punct de vedere ştiinţific şi profesional.

Consiliul Sanitar Superior a aprobat întru totul planul de acţiune prezentat de Minister pentru organizarea vieţii medicale din ţară: În fiecare reşedinţă de judeţ, vor avea loc reuniuni medicale lunare; o reuniune medicală anuală va avea loc în fiecare regiune; bibliotecile tuturor serviciilor sanitare vor fi consolidate şi îmbogăţite; se vor publica anuare medicale ale serviciilor sanitare care vor prezenta activitatea acestor instituţiuni; membrii Consiliului Sanitar vor colabora în de aproape la organizarea reuniunilor regionale şi a vieţii medicale în genere.

Analeptic **Cardiotonic**

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru rețeptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulațiunii sanguine

In insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

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

Mostre și literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
București II, Bul. Bucureștii-Noi 90

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COLEGIUL MEDICAL
ORGAN DE DISCIPLINĂ ŞI OCROTIRE PROFESIONALĂ [1])

de

D-r H. MAKELARIE—C. Lung

Colegiu medical român îşi are obârşia în legea sanitară din anul 1930, alcătuită sub ministeriatul profesorului Moldoveanu, partea tehnică şi inspiraţia; cât priveşte indicaţiunea legiferării Colegiului medicilor, aparţinând profesorului Iacobovici.

Este vorba astfel de o situaţiune de fapte cunoscută timp de mai mult ca un deceniu, şi nu-i cazul şi nici locul vreunui comentariu în această privinţă.

Este sau nu folositoare această instituţie? Trebue păstrată în forma actuală sau modificată în vreun fel? Sunt chestiuni care s'au desbătut cu tenacitate anterior şi în preajma acestei legiferări, iar timpul care s'a scurs de atunci, a arătat cu obiectivitatea vieţei trăite, că înfiinţarea şi în ţara noastră a acestui organ disciplinar medical a fost fericită şi a dat roadele cele mai desăvârşite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste fapte rees şi din aceea că asemenea organe disciplinare profesionale există şi în alte ţări cu o civilizaţie superioară nouă, cum de exemplu Franţa, unde promotorul necesităţei unui asemenea organ legal a fost profesorul Baltazard, cunoscutul profesor de medicină legală al facultăţii de medicină din Paris, cât şi în Belgia şi Italia. In Germania asemenea organe disciplinare, numite „camere medicale" într'un început, datează încă din anul 1877, şi în regulamentele respective sunt indicate condiţiuni şi sancţiuni penale cu mult mai grave ca în legiferările similare ale ţărilor de origină latină.

Având onoarea a fi în decursul îndelungatului timp de peste un deceniu, ales în trei rânduri ca preşedinte al Colegiului medical de Muşcel şi tot în atâtea rânduri ca membru al Comisiunii de apel a Comitetului executiv al Colegiului general al medicilor din ţară, am avut astfel ocaziunea să cunosc cât de frecvente erau cazurile de vină cât priveşte etica profesională, printre medicii noştri, multe din aceste cazuri cu asemenea infracţiuni ajungând prin evoluţiunea actului de judecată la comisiunea de apel.

Câtă lipsă de decenţă şi de logică din partea unor oameni (medici) învestiţi cu frumoasa şi înălţătoarea mantie de medic! încât cu drept cuvânt, membrii comisiunii de judecată, cât şi preşedintele nostru d-l Ceaur Aslan, preşedinte la „Curtea de Apel" din Bucureşti pe

1) Cuvântare ţinută membrilor Colegiului medical de Muşcel.

atunci, magistrat de o înaltă valoare, om superior şi de o probitate exemplară, rămâneam uimiţi de cele ce astfel auzeam.

Asemenea procese aveau deliberări publice. Sentinţele astfel date au fost publicate în revista „Colegiul Medicilor" şi cazurile au fost făcute astfel cunoscute întregului corp medical.

Asemenea abateri grave dela etica profesională erau destul de numeroase în primele timpuri ale activităţii „Comisiunii de Apel" de care vorbim şi prin sancţiunile juste şi legale pe care cu adânc regret Comisiunea de judecată în apel a trebuit să le aplice, asemenea greşeli profesionale cât priveşte etica medicală s'au rărit în aşa fel încât vădit lucru, folosul astfel obţinut a fost fructul chemării la răspundere a celor ce în acest fel s'au făcut vinovaţi.

Invederat că, corpul medical român cu distinşii lui membri au fost şi sunt în afară de scăderile sufleteşti mai sus arătate.

Fiecare pădure oricât de frumoasă ar fi îşi are şi ea uscăturile ei.

Influenţa nefastă a unor asemenea rele înclinaţiuni are însă repercursii asupra valorii morale şi ştiinţifice de care trebue să se bucure în faţa societăţii „Corpul medical" care, prin valoarea superioară atât morală cât şi ştiinţifică a marelui număr de membrii, ce-l compun, reprezintă organizaţiunea cea mai de seamă ca corp constituit, corp de elită în viaţa societăţii noastre.

Morala, spune profesorul Minovici, este o condiţiune esenţială a vieţii. „Ea este prin excelenţă această lege generală, care adresându-se „sufletului, constitue ansamblul tuturor regulelor, care în orice moment „trebue să guverneze conduita noastră faţă de noi înşine, şi faţă de „membrii colectivităţii".

Biblioteca Centrală University Library Cluj

Practica medicală comportă un înalt caracter de moralitate, de desinteres, de devotare şi sacrificiu.

Pentru a exercita cu succes profesiunea spre binele tău şi al altuia, trebue să avem aptitudinile morale şi intelectuale care caracterizează pe savant, artist şi preot (P. Le Gendre).

Aceste calităţi sufleteşti, de care trebue să se împodobească în plus de ştiinţa tehnică respectivă medicul, rees şi mai clar din următoarea definiţiune dată medicinei de celebrul bacteriolog german R. Koch, care spune: „Medizin ist in diesem Sinne, (arta de a vindeca) eine Grundfunction der Lebendigen, zumal eine Grundfähigkeit des Menschen und vor allen eine Kunst dazu besonders behähigter und geschulter Menschen mit geeigneten Augen, geeigneten Gedanken, geeigneten Händen und vor allen mit geeigneter Gesinnung". In traducere românească textul de mai sus este următorul: Medicina este în acest sens o funcţiune principală a celor vii, deoarece la ea este necesar o aptitudine (talent) a omului şi înainte de toate este arta oamenilor capabili, cu mâini capabile şi înainte de toate cu un sentiment capabil [2]).

La aceste frumoase definiţiuni, corpul medical român, a răspuns cu cele mai înalte calificative sufleteşti. Practica medicală constitue însă un complex, care trebue privit şi sub un alt aspect. Acest aspect

2) Citat de prof. D-r M. Kernbach = Colegiul medical. Tipografia Transilvaniei-Cluj.

îl definește eticianul Levy Brühl [3]), care spune: „Etica medicală trebue „să se refere la ansamblul tuturor concepțiunilor, judecăților, senti- „mentelor, obiceiurilor relative la drepturile și datoriile medicilor față de „ei, bolnavi, confrați de societate și a acestora față de medici".

Opiniunea în general optimistă asupra unei splendide situațiuni materiale a medicilor și deci a unui altruism fără margini din partea acestora, este de multe ori greșită. Există un foarte mare număr de medici și mai ales în orașe care nu pot avea folosul remunerativ al costisitoarei pregătiri și muncii titanic dusă, pentru a se forma în această carieră. Și în fața imposibilității de trăit viața, la care au dreptul, cu dreptate se pune întrebarea: Care sunt garanțiile pe care le pot oferi niște înfometați [4]).

Infracțiunile la o exactă practică medicală își pot lua naștere atât prin lipsa calităților morale și a conduitei sacerdotale ce trebue să o aibă medicul în profesiune, cât și prin dificultățile de care este presărată calea practicei medicale.

Astfel a născut ideia acestui organ disciplinar, colegiul medicilor care să vegheze la împlinirea corectă a practicei medicale. Îi incumbă însă și obligațiunea să studieze și îndepărtarea dificultăților întâlnite în calea acestei practice medicale.

Medicul este dator să lucreze conform conștiinței și științei sale celei mai bune. Între aceste două știință și conștiință, sunt spune profesorul Kernbach, diferite împrejurări care cer medicului noi obligațiuni. Între acestea sunt imperativele deontologiei medicale: datoriile medicului către societate, justiție, confrați, organele sanitare și în fine datoriile medicului către el însuși.

Cu privire la datoriile medicului către el însuși, este și aceea a continuii instrucțiuni profesionale. Cu drept cuvânt spune profesorul Kernbach, medicul care nu ține pas cu progresul, reprezintă din punct de vedere moral perspectiva unui criminal, el neputând face într'un moment dat intervențiunea necesară, necunoscută în timpul școlarității lui și contribuind astfel în mod real la moartea unui individ.

Probitate profesorală, onestitate științifică, imparțialitate, constitue schema eticei medicale.

Câte abateri dela aceste înălțătoare apoteozări a noțiunii de medic!

Onoarea medicală este de sigur o realitate, grevată totuși uneori de mari scăderi. Așa mai mult de jumătate din certificatele medicale date în justiție sunt lipsite de adevărul și sinceritatea cuvenită, o spune prof. D-r Kernbach, încât certificatele medicale în fața justiției au în această privință un mare scăzământ.

Probitatea profesională, o definim spunând, cinstea profesională. Înțelegeți de sigur valoarea acestor înălțătoare cuvinte când ne aducem aminte de dârza luptă dusă de profesorul N. Minovici contra enormelor cascade de reclame medicale ce apăreau zilnic în diversele gazete, anunțând vindecarea hemoroizilor în 4 ore, a sciaticei cronice și lumbagoului în 2 ore, etc. Apoi radioscopiile improvizate pentru diagnosticarea boalelor de rinichi, ficat și de stomac; radioscopii făcute adesea fără pre-

3) Citat de prof. D-r M. Kernbach idem.

4) Citat din: Elements de Phylosophie médicale par Le D-r N. Hallé Paris, 1926.

zenţa substanţei de contrast; iluziuni de diagnostic, date unor asemenea pacienţi în scop speculativ. In fine, instalarea de pneumotoraxe artificiale inutile practica avorturilor şi multe alte asemenea inequităţi, care vatămă în plus şi pe practicianul onest, în practica profesională.

Ce să mai vorbim despre cazurile de înverşunată ură profesională de actualitate şi de totdeauna între medici.

Remedierea acestor cauze vătămătoare practicei medicale cade în atribuţiunile Colegiului medicilor.

Dificultăţile practicei medicale sunt multiple şi de multe ori inexplicabile. De o parte medicii apţi pentru a servi colectivitatea cât priveşte sănătatea cetăţenilor ce o compun; de altă parte aceşti cetăţeni care au asemenea nevoi de împlinit. Din schimbul de servicii reciproc aduse, nasc posibilităţile traiului pentru toţi. Cât priveşte însă colectivitatea populaţiunii noastre a celei rurale în special, ea este o putem spune, lipsită în mare măsură de posibilitatea de a înţelege pe medic. De sigur că nu suntem chiar în vremurile directoratului sanitar al profesorului „Felix", când medicii ce prestau servicii la ţară erau acompaniaţi de un călăraş, a-i feri de eventuala agresiune a acelora cărora urma să le fie de folos. Dar nici prea înaintaţi nu suntem cât priveşte cele ce trebue să facă această populaţie cât priveşte îngrijirea sănătăţii. Populaţiunea noastră rurală cât şi mahalele oraşelor se găsesc încă sub dominaţia obscurantismului şi misticismului. Ei sunt ca şi aiuriţi, neştiind ce să creadă despre posibilităţile artei medicale, despre care de atâtea ori li se vorbeşte şi în care ei ar vrea să vadă o magie. De aici persistenţa încă destul de răspândită a empirismului şi posibilităţile încă destul de fructuoase ale şarlatanismului, cât priveşte oferta ce se face populaţiunii mai sus arătate asupra îngrijirii sănătăţii.

Aceste stări de fapte răpesc practicei medicale corecte şi legale, mai mult de 80% din posibilităţile ei de existenţă. In aceste categorii de fapte iau naştere atâtea incorectitudini, din care nasc atâtea practici necorecte medicale şi extra-medicale. Este greu să le analizăm pe toate în cadrul acestei şedinţe. Ele au făcut obiectul unor discuţiuni multiple în sânul vechei Asociaţiuni generale a medicilor români, dar când însă, a fost vorba de luat măsuri de reprimare, mijloacele întrebuinţate au fost un adevărat foc de pae, răul nefiind de loc înlăturat. Să vorbim de un singur asemenea fapt al dificultăţilor vieţii profesionale, luând cazul din vastul capitol al medicinei ilicite.

Livrarea de medicamente în farmacii, prin sfatul dat la cererea clientului de către personalul respectiv al farmaciei, sunt cazuri frecvente. Şi dacă socoteşti numărul mare de farmacii presărate pe de-a-rândul şi chiar în acest judeţ, ai imaginea reală a neajunsului astfel creiat practicei medicale prin această comportare. Greutatea mare a luptei în această privinţă vine în mare parte şi dela neloialitatea farmaciştilor, prietenii şi colaboratorii medicilor am putea spune, care în atari cazuri de boli în familia lor consultă pe medici şi nu fac ei singuri tratamentele necesare; cât şi dela obscurantismul de care am vorbit al populaţiunii noastre, care nu înţelege, aşa cum lumina civilizatoare a secolului al XX cere, cum să fie înţeles medicul în serviciul societăţii. Adesea ori am avut ocaziunea să povăţuesc spunând în atari împrejurări clienţilor mei: de ce cereţi consultaţiuni medicale farmaciştlior, când medicii sunt

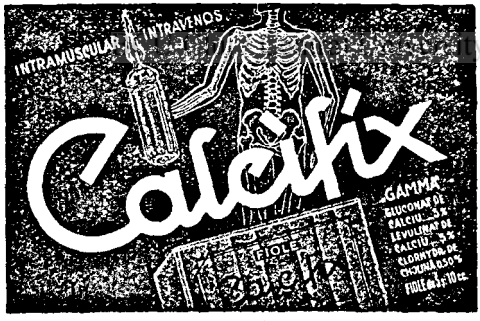
chemați la aceste îndatoriri. Iar răspunsul dat a fost întotdeauna același: „apoi de domnule doctor, socoteam că dacă le are pe mână (medicamentele) le știe și rostul". Dar cele spuse cu o infimă parte a dificultății practicei medicinei, nu constitue decât o singură și mică verigă din lungul lanț al impedimentelor diverse ce se desfășoară în dificilul drum al practicei medicale corecte. Să înșirăm unele din acestea: modul exagerat sub care se înțelege socializarea medicinei, cu tot ce decurge ca grevare pentru medicul profesionist exploatat tocmai de colectivitatea care este obligată să-și asigure cât mai multe asemenea elemente ca absolut necesare acestei colectivități. Vorbind încă asupra acestor dificultăți întâlnite în practica medicală, ce să spunem de lipsa educațiunii, îngrijirea sănătății a marei masse a acestui popor, despre a cărui instrucțiune teoretică pentru a avea folosul, nimeni nu se ocupă. Așa îmi explic de ce în plin secol al XX-lea, când puterea minții trebue să lumineze creerele tuturor oamenilor, în următorul exemplu, ce l-am văzut mai zilele trecute, se vede toată dificultatea acestei probleme: adult cu înfățișare agreabilă, care știa să scrie și să citească, care făcuse armată și știm că armata „e marea școală a națiunii", ins care trecuse de mai multe ori prin spitale, spitalul fiind și el o mare școală de sănătate în viață, își tratase icterul, de care suferea timp de o săptămână, tăindu-și sub limbă și pentrucă nu se vindeca, a înțeles să vină și la medic.

Ca să nu apar o casandră în mijlocul D-stră, întrerup aici drumul încă lung al dificultăților, de care vorbim, întâlnite în practica medicală și mă întreb, dacă în fața acestor stări de fapte putem rămâne cu mâinile încrucișate. Răspunsul este de sigur acela: că o luptă trebue dusă și de corpul medical alături de oficialitățile de stat pentru luminarea minților și îndreptarea cauzelor de care vorbim. Pentru a se prevala de victorie, această luptă trebue s'o ducă corpul medical după un piedestal anume, sortit să-i aducă cu siguranță victoria și înfăptuirea dreptății ce o are. Acest piedestal îl constitue solidaritatea medicală. Netezindu-și reciproc calea asperităților diverse și multiple ce astfel le încearcă, corpul medical își va apropia mediul, în care trăește și și-l face utilizabil. Prin solidaritate această legătură liberă și conștientă, putem activa fructuos în slujba unui ideal, unui principiu, unui scop comun: „Unirea face puterea!" Solidaritatea medicală este stânca de granit menită să asigure medicilor sfintele lor drepturi și nu numai obligațiuni.

Am găsit necesar incursiunea, ce am avut ocaziunea să o fac în reuniunea noastră de azi, considerând cele spuse ca o prefață la activitatea ce urmează să o ducem de aici înainte în sânul „Colegiului Medical de Muscel". In asemenea reuniuni ulterioare, vom trece astfel în revistă rând pe rând tot ce se referă la activitatea medicală ca studiu științific social, cât și tot ce se leagă de practica medicală însăși. Aștept în această privință sugestiuni din partea D-stră, pentru programul ce-l vom înfăptui în acest scop. D-l Ministru al Sănătății Publice, D-l Profesor P. Tomescu, om de mare valoare științifică și înaltă probitate medicală, crescut ca să zic astfel în sfera năzuințelor medicilor pentru revendicările drepturilor lor și apărător înfocat al medicilor, urcând în erarhia medicinei științifice, ca medic primar de spital

şi profesor universitar, şi treapta unanimităţii sufragiilor medicilor români, găsindu-se mult timp Preşedintele Asociaţiunii generale a medicilor, asociaţiune care are la activul ei lupte active şi isbânzi frumoase pentru corpul medical, ne-a indicat în parte acest program. In consecinţă, urmează să ne gândim să aducem în sânul reuniunii noastre şi comunicări ştiinţifice şi cu caracter social cât şi chestiuni care să intereseze şi latura profesională, comunicându-ne din timp subiectele ce astfel voiţi a le desvolta, pentru a le eşalona în programul acestor şedinţe cu ocazia reuniunilor noastre ulterioare.

Un lucru care socotesc încă că trebue să-l facem este şi acela al contribuţiunii ce trebue cu toţii să o facem la educaţiunea şi îngrijirea sănătăţii acestui popor. Propun să înfiinţăm pentru judeţul Muscel şi anume pentru populaţiunea rurală aşa numitele „zile medicale", când împreună cu d-l medic primar al judeţului şi cu d-nii medici de circumscripţie vom înfăptui adevărate sărbători sanitare în mijlocul populaţiunii rurale, vorbindu-le despre marea nevoie a îngrijirii sănătăţii. Fastul cu sosirea medicilor veniţi în număr mare în mijlocul unei localităţi săteşti va avea astfel o înrâurire prielnică asupra înţelegerii acestor datorii pentru sănătatea fiecăruia dintre săteni şi rezultatul cred să fie cu mult mai convingător, decât atunci când aceste învăţăminte despre îngrijirea sănătăţii sunt date în felul monoton al sfaturilor ocazionale şi poate incomplecte date dela individ la individ. Aceste Zile medicale rurale le-aşi compara cu „Cercurile învăţătoreşti", dela care reuniuni învăţămintele au dat roadele cele mai bune.



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.

ANALIZE

Activitate ştiinţifică

Prof. D-r G. BUZOIANU: **Expunere rezumativă a activităţii.** — Sibiu, Tip. „Cartea Românească" 1941.

Cităm printre altele,, din „Cuvânt înainte": Cariera noastră este veritabila noastră existenţă... Profesoratul nostru este chemarea noastră predestinată... Această puternică chemare profesorală a fiinţei noaste... Conflictul dintre normele terestre şi cele spirituale ne-a impus Comandamentul: să devii ceea ce eşti... Cosmosul nostru particular este dinamic... Am întărit şi definitivat spiritul românesc în locurile unde am fost indicat ca un adevărat misionar al românismului.

Işi însuşeşte, dupe Portmann, concepţia că „Les grandes directives de la chirurgie spéciale sont les mêmes que celles de la chirurgie générale. Tout oto-rhino-laryngologiste qui désire porter avec dignité ce titre sedoit d'être avant tout un anatomiste et un chirurgien.

Ca „Titluri": din 5 concursuri medicale la 3 a fost clasificat I-iul. Ca principale distincţiuni: Profesor de clinică O. R. L., Preşedinte al Soc. Rom. de O. R. L., Premiat de 2 ori al Academiei Române, Directorul Revistei St. O. R. L., Autor a 6 volume ştiinţifice şi a 330 lucrări scrise singur sau în colaborare până la Oct. 1941, Membru în Comitetul de redacţie la Arch. Balkaniques med.-ch.-et spéc., 6 decoraţiuni acordate drept recompensă în viaţa militară şi civilă. 15 reviste străine au referat asupra lucrărilor sale şi în 3 volume străine i-au fost citate lucrările.

O intensă activitate didactică. O şi mai intensă activitate operatorie, 2392 operaţii efectuate până la acea dată, fiind în favoarea clinicei din Cluj-Sibiu în comparare cu oricare Centru universitar european. O variată activitate clinică. O bogată activitate publicistică prin conferinţe ţinute în faţa microfonului, în oraşele din Transilvania, prin articole paramedicale ş. a.

Docent D-r C. C. DIMITRIU: **Memoriu de titluri. Activitate didactică şi Lucrări ştiinţifice.** Vol. I. (1915—1942). — Bucureşti, Tip. „Cultura", 1942.

Memoriul, prezentat cu ocazia chemării sale ca Profesor de Clinică medicală la Facultatea de medicină din Iaşi, a fost analizat în esenţă la pagina 239.

D-r I. RADVAN: **Memoriu de titluri, activitate şi lucrări ştiinţifice.** — Bucureşti, Tip. „Göbl Fii", 1942.

Autorul, medic militar, a desvoltat o bogată activitate de spital în spitalele militare şi în Clinica I medicală din Bucureşti, în calitate de medic secundar şi de asistent benevol, cari i-au permis să-şi constitue o bază solidă de cunoştinţe medicale şi, fiind dotat cu un spirit de cercetător ştiinţific

avizat, să facă numeroase lucrări din domeniul întregei patologii, unele impregnate de originalitate.

O parte din aceste lucrări au fost analizate la timp în coloanele acestei reviste, iar altele publicate.

D-r P. RAMNEANȚU: **Expunere de titluri și lucrări științifice.** — Tip. Cartea Românească, Cluj-Sibiu, 1942.

Autorul — premiat în 1936, 1937 și 1940 de Academia Română, pentru valoroase lucrări efectuate pe material medical românesc, Șef de secție la Institutul de Igienă și Sănătate publică de sub conducerea D-lui Prof. I. Moldovanu, Membru în Consiliul Sanitar Superior — este un specializat în bio-statistică ale cărei cursuri le-a urmat în calitate de bursier al Fundației Rockefeller la Universitatea Iohns Hopkins din America făcând stagii de studii în Secția de statistică a Societății Națiunilor dela Geneva, în Institutul biotipologic-ortogenetic și în Institutul central de statistică din Roma, făcând și vizite în numeroase centre din peninsula balcanică.

A primit din partea Ministerului Sănătății numeroase însărcinări de specialitate, a desvoltat o activitate didactică folositoare pentru studenți în cadrul de specialitate al fac. de medicină din Cluj-Sibiu, a publicat 119 lucrări în cea mai mare parte de Eugenie și Biopolitică, a căror prezentare pe larg o face în prezentul Memoriu, cari i-au adus încredințarea unei conferințe universitare în cadrul Catedrei de Igienă și Sănătate publică dela acea facultate.

M. C.

Infecto-contagioase

LAMPERT: **Die Bewertung des Weissen Blutbildes bei Fleckfieberkranken.** (Determinarea formulei leucocitare la bolnavii de tifos exantematic). — Deutsche Med. Wschrift Nr. 1, 1943.

1. Devierea spre stânga a formulei leucocitare în primele zile ale unei maladii acute febrile (25—40% stabkern.), pledează pentru exantematic; de asemenea valori ridicate ale indicelui de intoxicație al lui Kalf-Kalif care are variații paralele cu formula leucocitară după Schilling „Toate stările febrile neclare de maladii acute, în care se mențin valori ridicate pentru febră timp de 5—6 zile, în vreme ce indicele de intoxicație depășește 6, trebuesc socotite ca tifos exantematic".

2. Indicele de intoxicație, ca și formula leucocitară nu este expresia întinderii leziunilor (a gradului de intoxicație), așa cum pare să-l arate numele, ci al forțelor de apărare ale organismului, de aceea el devine adesea normal înainte de exitus ca și în timpul convalescenței, adică atunci când lupta organismului încetează, fie prin epuizare, fie prin faptul vindecării.

LAMPERT: **Der Blutdruck Fleckfieberkranker und seine Beeinflussung durch das Ueberwärmungsbad.** (Presiunea sanguină la bolavii de exantematic și influențarea ei prin băi fierbinți). — Deutsche Med. Wschrift Nr. 2, 1943.

Băile fierbinți produc o ridicare a tensiunii arteriale prin hipertonia reflexă a capilarelor nu o scădere, așa cum se admite de obiceiu, ridicare care se manifestă chiar spre sfârșitul băii (după o foarte scurtă perioadă de hipotensiune și care se menține durabil, de aceea sunt indicate în tifos exantematic pentru a preîntâmpina colapsul periferic, asociate cu transfuzii zilnice. Articolul este ilustrat cu 3 curbe alese dintre cele câteva mii de cercetări întreprinse, dar cum autorul nu specifică dacă pe lângă băi nu s'au administrat și alte tratamente și cum se poate presupune — având în vedere recomandările lui de a asocia aceste băi cu transfuzii — că și acestea au contribuit la modificările tensiunii, dovada cea mai evidentă în sprijinul articolului rămâne ultima schemă reprezentând 4 curbe, înainte, în timpul și după baie.

SCHAEFER W.: **Ueber eine Methode zur Schnelldiagnose des Fleckfiebers am Krankenbett.** (Asupra unei metode de diagnostic rapid al tifosului exantematic la patul bolnavului). — Deutsche Med. Wschrif Nr. 3, 1943.

Se pune o picătură din serul de cercetat pe o lamă pe care se află o emulsie de cultură de Proteus X 19 omorîţi cu alcool 50% sau sol. Formalin 3% şi uscată. După ce se lasă un minut, se face amestecul cât mai omogen cu colţul unei lame. După 10 minute apare aglutinarea. O aglutinare macroscopică evidentă corespunde unui rezultat pozitiv la un litru de cel puţin 1/50 făcut cu acelaşi ser după metoda Weil-Felix clasică.

Metoda reprezintă un mare avantaj pentru diagnosticul rapid, lamele cu emulsie uscată de Proteus putând fi difuzate până la formaţiunile sanitare cele mai simple. Fabrica de produse chimice Labopharma din Berlin-Charlottenburg a anunţat punerea în comerţ în curând a astfel de lame sub numele de „Typhognest".

Gh. Bungeţeanu

Inimă

TURBURARILE DE RITM ALE INIMEI

Clinică — Electrocardiografie — Tratament

de

D-r EMIL VICIU

Editura „Prometeu", Bucureşti, 1942.

Un **Tratat de electrocardiografie clinică**, în care autorul, fost şef al Laboratorului de electrocardiografie al Clinicei medicale dela Cluj-Sibiu, şi în prezent Asistent al Clinicei IV medicale a Facultăţii de medicină din Bucureşti, expune în circa 400 pag., ilustrate cu numeroase scheme, fotografii, traseuri, **Turburările de ritm ale inimei** din punct de vedere clinic, electrocardiografic şi al tratamentului.

Această admirabilă lucrare, care onorează medicina românească şi-i îmbogăţeşte pentru prima oară literatura cu un tratat asupra acestei materii — este prezentată într'o „Prefaţă" elogioasă de D-l Prof. D-r I. Haţieganu, patronul său.

In „Cuvânt înainte" autorul expune spiritul eclectic în care a conceput această lucrare şi condiţiile dificile în care a trebuit să o elaboreze, în refugiu.

Pe lângă erudiţia vastă ce cere orice lucrare nouă asupra aritmiilor cardiace, în cari fantezia de interpretare înlocueşte cel mai adesea greutăţile de a se sprijini pe probe valabile de ordin patogenic, autorul dovedeşte un spirit de cercetător original eminamente ştiinţific şi foloseşte o metodă critică, care îi permite a se ridica la o clasificaţie personală sintetică.

Azi, când la noi asemenea cărţi nu ne mai vin din străinătate, şi când electrocardiograful portativ ajuns pe mâini de amatori nu în deajuns de specializaţi joacă rolul de exhibiţie şi rentabilitate al aparatelor de radiografie, se impunea apariţia unui asemenea tratat medical românesc bine venit din punct de vedere ştiinţific, practic şi naţional.

Vom reveni asupra acestei lucrări, pentru a o ţine în mod permanent sub ochii corpului medical românesc.

M. C.

Pediatrie

A B C-ul
îngrijirii copilului mic

cu 143 fotografii în text

de

Doc. univ. AXENTE IANCU

Editura Libr. Cioflec, Bucureşti, 1942.

Această carte de format portativ, de înţeles uşor şi de cuprins practic, trebue adresată direct mamelor, şi incumbă medicilor să facă oficiul de a o recomanda, căci în ea „pot găsi mamele sfatul cuvenit la nevoie", până să meargă la dispensarul de copii (atât de rar la noi), sau să o viziteze sora de ocrotire (ca şi inexistentă la oraşe şi la sate).

Asemenea broşuri de sfaturi practice, şi de medicină vulgarizată în mod eminamente ştiinţific, nu pot fi scrise cu succes decât de stăpânii pe materie care au la spate un trecut imens de experienţă personală. D-l Docent D-r Axente Iancu este printre fruntaşii pediatriei la noi în această privinţă şi cărţile semnate de D-sa oferă cea mai sigură garanţie.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă **Insomnie nervoasă Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse