ANUL XVI-lea, No. 5—6 MAIU şi IUNIE 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. CÂNCIULESCU: **Problema medicală, socială şi economică a combaterii tuberculozei în România** 237

REVISTĂ GENERALĂ

I. BĂLĂNESCU şi M. COLIŢA: **Concepţiile actuale ale chirurgiei în tratamentul tuberculozei pulmonare** 243

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

C. V. ANTONESCU: **Problema combaterii tuberculozei** . . 257

GH. BÂJEU: **Consideraţiuni asupra frenicectomiei în tuberculoza pulmonară. Indicaţii şi rezultate** 263

C. DANIEL şi I. MINCIU: **Contribuţiuni la studiul toxicomaniilor în România** 271

V. GOMOIU: **Substratul unor „complicaţii" sau „turburări postoperatorii" în apendicectomii** 287

D. IONESCU-LUPENI: **Vaccinul antigonococic în tratamentul reumatismului** 291

(Urmare pag. 2 cop.)

3178 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

Prof. I. STOICHIȚIA: **Educația igienică în cadrul acțiunei preventive** 297

FOLKLOR MEDICAL

V. GOMOIU: **Medicina populară** 307

CAZURI CLINICE

A. MARINESCU și P. FIRESCU: **Asupra complicațiilor articulare în scarlatină** 323

A. POPESCU-SEVERIN: **Chist hidatic al lojei renale drepte** . 331

NINA VORNICESCU-ȘCHIOPU și N. ȘCHIOPU: **Angina ulceronecrotică scarlatinoasă complicată cu hemoragie faringiană mortală** 335

ORGANIZARE SANITARA

Adunarea g-rală a Consiliului Sup. al Col. Medicilor... pag. 343. — **Organizarea Colegiilor Medicilor și Farmaciștilor în discuția Consiliului Sanitar...** pag. 344. — **Taxele de internare a bolnavilor în spitalele statului...** pag. 345. — **Compunerea Consiliului Sanitar Superior...** pag. 347. — **Comisiunile Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale...** pag. 348. — **Noua delimitare a inspectoratelor generale sanitare...** pag. 349. — **Cursuri de pregătire pentru studenții în medicină care vor activa la sate...** pag. 349. — **Legea pentru organizarea sanitară a statului...** pag. 350. — **Problemele actuale ale farmaciei românești...** pag. 351.

CONGRESE MEDICALE

Reuniunea Medicilor dela Sibiu din 10 și 11 Aprilie 1943. 353

ANALIZE

Activitate de spital... pag. 355 — **Chirurgie...** pag. 356. — **Literatură medicală...** pag. 33.

II.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Colaboratori... pag. 21. — **Din sumarele viitoare...** pag. 22: — **Lucrări primite la redacție...** pag. 24. — **Publicitatea caselor farmaceutice...** pag. 26. — † **Medic Maior D-r Groze Aurel...** pag. 27: — **Condițiile de publicare, publicitate și abonament...** pag. 30. — **Printre bisturiu și foarfece de Andrea Majocchi...** pag... 33. — **Asigurarea națională contra tuberculozei în mediul rural...** pag. 36. — **Diabetul o problemă socială...** pag. 38. — † **A. Yersin...** pag: 38. — **Moartea Profesorului Emile Forgue...** pag. 37.

Biblioteca Universitară "Carol I" Cluj

PARTEA I.

Cronică medicală

PROBLEMA MEDICALĂ, SOCIALĂ ŞI ECONOMICĂ A LUPTEI CONTRA TUBERCULOZEI IN ROMÂNIA

Tuberculoza, un flagel noţional pentru ţara noastră (bântue cu furie în pătura rurală, cea mai numeroasă a populaţiei; printre copii şi adulţi; între cei cu mai puţine mijloace, ca să se îngrijească la timp şi cât trebue), este în continuă progresie. Mor anual 30.000 de persoane din circa 300.000 evolutivi şi aproape un milion tuberculoşi.

Mijloacele opuse până în prezent s-au dovedit inoperante, pentrucă au fost insuficiente şi unilaterale.

Problemă de stat, a fost considerată de ordin privat şi tratată de societăţi particulare; — problemă de ordin medical, social şi economic, a fost combătută parţial şi niciodată în conformitate cu datele cari în alte ţări au dat rezultate favorabile. Cu toate că avertismentele n-au lipsit şi clopotul de alarmă a fost tras de ani de zile de persoane autorizate, în frunte de D-l D-r S. Irimescu, care s-a făcut apostolul acestei nobile cauze.

Combaterea tuberculozei a devenit sub actuala conducere sanitară, obiect de preocupare permanentă. A fost pusă în desbaterile Consiliului Sanitar Superior, care a numit o comisie specială pentru studiul ei şi propunerile de făcut. Rapoarte repetate s'au prezentat.

Nu se mai poate aştepta ca stăvilirea să se facă prin vaccinarea tutulor copiilor cu B. C. G.; — nici ca selecţiunea naturală să elimine pe cei atinşi şi debili; — după cum nu se poate spera ca prin izolarea celor contagioşi să se oprească contagionarea celorlalţi; — niciodată neputând realiza atâtea paturi, câte vor fi necesare, şi avea la dispoziţie atâtea fonduri, câte ar necesita cel puţin întreţinerea lor.

Am făcut oarecari progrese pe terenul medical curativ, ajungând să tratăm chirurgical câteva cazuri din zecile cari aşteaptă; dar în cele câteva Sanatorii ale noastre nici pneumotoraxul nu se practică cât trebue — şi sunt sute care au nevoie de el. Pentru profilaxia socială de abia internăm câteva mii (şi nu pe cei mai pauperi, şi din pătura rurală) şi-şi revendică rândul zeci de mii. Prea puţini primesc ajutor, pentru familia rămasă în suferinţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Depistarea precoce; — izolarea în sanatorii confortabile; — tratamentul prelungit cât trebue; — continuă supraveghere a bolnavului, a familiei lui şi a colectivităţii în care trăeşte; — ajutorarea familiei rămase — sunt principiile de bază pe cari se sprijină lupta cu succes în contra acestei boale, mijloacele actuale trebuind să fie unificate şi puse sub un comandament unic.

Un învăţământ de bază şi o pregătire anumită de specialitate; — dispensarul antituberculos multiplicat; — surori vizitatoare, cari să acţioneze pe teren — sunt agenţii necesari.

Şi indispensabile mijloace largi de finanţare pe cari numai o asigurare generală contra tuberculozei le poate asigura.

Problema tuberculozei şi a combaterii ei în ţara noastră a fost agitată tot timpul prin articole şi monografii de ordin ştiinţific, prin desbateri în societăţi, prin congresele periodice, prin sforţările de a se crea mari sanatorii regionale. Dar aportul real la stăvilirea ei a fost nul. In ultimul timp a fost pusă pe planul prim al actualităţii şi considerată ca problemă de stat. Desbaterile şi rapoartele aduse în faţa Consiliului Sanitar Superior, precum şi întocmirea unui Anteproiect de lege de către M-terul Muncii, de asigurare generală contra tuberculozei — fac dovadă. Căci este momentul suprem ca rătăcirile şi dibuirile din trecut să înceteze şi ca soluţiunile ce vor fi propuse şi hotărîrile ce urmează a fi luate, să fie cele mai potrivite cu scopul şi situaţiile dela noi.

*

Trei lucrări medicale româneşti apărute de curând condiţionează această operaţie. Ele sunt: **Lupta contra tuberculozei — Perspective de viitor în lumina unor noui legiferări** de D-r S. Irimescu, Secretarul general al Ligii contra tuberculozei, Director general al Societăţii pentru profilaxia tuberculozei; — **Realizările Italiei în lupta contra tuberculozei — Tuberculoza în România** de D-r Ovidiu Constantinescu, Medic primar al Sanatorului dela Geoagiu—Hunedoara, fost bursier al Institutului „Carlo Forlanini"; — **Unificarea şi raţionalizarea măsurilor de combatere a tuberculozei în România** de Prof. L. Daniello, noul titular al catedrei de ftiziologie dela Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu.

B.C.U. Cluj / Central University Library Cluj

In prima lucrare, D-l D-r S. Irimescu, care socoteşte că „tuberculoza, mare boală socială, nu poate fi combătută decât printr'o terapeutică socială", expune diferitele aspecte ale problemei, care aşteaptă prea de mult timp ca să fie odată soluţionată integral şi propune ca să fie introdus şi aplicat un Anteproiect de lege al asigurării contra tuberculozei, elaborat de conducătorii actuali ai Asigurărilor Sociale cu colaborarea Ligii contra tuberculozei. Se cuvine să menţionăm aci — şi ca un omagiu adus operei sale contributive timp de 3 decenii, în calitate de secretar general al Societăţii pentru profilaxia tuberculozei, la combaterea tuberculozei în ţara noastră, — cronica documentară, **Bolnavii de tuberculoză asistaţi**, publicată de D-l Prof. D-r G. Proca, în „România Medicală" No. 22/1942, în care faptele semnalate „numeroase şi semnificative, arată ele însile îndreptările necesare".

In a doua lucrare semnalată mai sus, D-l D-r O. Constantinescu, expunând realizările făcute în Italia în lupta contra tuberculozei şi punându-le în faţă cu stările dela noi, indică cari trebue să fie acele îndreptări şi cum să se ia măsurile de asigurarea generală contra tuberculozei.

Pe aceste măsuri, cari trebue să fie unificate şi raţionalizate, le prezintă în mod explicit D-l Prof. D-r L. Daniello, în articolul publicat în „Buletinul Eugenic şi Biopolitic" No. 5—6/1943. Acest articol expune programul minimal de armament antituberculos, prezentat în raportul făcut împreună cu D-l D-r M. Nasta în şedinţa din 27 Aprilie 1942 a Consiliului Sanitar Superior, precum şi raportul personal prezentat de autor în faţa aceluiaşi consiliu, în şedinţa din 23 Martie 1943. In acest raport se arată obligaţia, care decurge pentru ţara noastră, de a aplica normele internaţionale fixate în Asociaţia Internaţională contra tuberculozei, reorganizată la Berlin în 1941 şi la care am aderat, nu numai pentru a nu fi denunţaţi lumii ca „focar european de răspândire a tuberculozei", dar mai ales pentru a remedia starea lamentabilă actuală: — cu dispensare antituberculoase puţine şi funcţionând defectuos; — cu 5000 paturi în sanatorii şi spitale, în loc de cel puţin 15.000; — cu sanatorii, cari au în permanenţă paturi goale; bolnavii repartizaţi după categorii sociale în defavoarea păturii rurale care din cei 33.674 morţi de tuberculoză anual, dă 25.885 cazuri; în cari bolnavii sunt primiţi după alte criterii decât cele necesare; hrana este insuficientă, condiţiile de viaţă sunt, în unele, precum cele constatate de noi personal, şi semnalate în No. 1-2/1943, al acestei reviste; nu se fac radiografii; nici măcar pneumotoraxul nu se practică în măsura necesară; în unele instalaţia de Roentgen nu funcţionează, într'unul nici nu este despachetată (după cum relatează autorul); de cele mici fug bolnavii; în cele mari n-au putinţa să intre — încât, la capătul primei părţi a raportului său autorul conchide:

Concluzia ce se desprinde din cele expuse la acest capitol, este că paturile din sanatoriile şi spitalele noastre de tuberculoză nu sunt utilizate nici măcar cantitativ în întregime, că repartiţia bolnavilor în aceste instituţii este cât se poate de injustă atât din punct de vedere medical cât şi social, că nu se pun în aplicare toate resursele diagnostice şi terapeutice de care dispune ftiziologia modernă, că internările tuberculoşilor se fac în majoritatea cazurilor fără niciun criteriu ştiinţific şi că nu există nicio unitate şi niciun sistem în modul cum funcţionează sanatoriile şi spitalele de tuberculoză.

Fără teama de a fi desmintit pot afirma că aşa cum funcţionează azi la noi profilaxia socială a tuberculozei, cu o activitate limitată aproape exclusiv la internarea pe un timp scurt a unui număr mic de bolnavi în spitale şi fără ca acţiunea de profilaxie să fie dusă pe teren, ea nu împiedecă aproape cu nimic răspândirea infecţiunii tuberculoase în Ţara Românească.

In partea II-a a raportului se indică nevoia raţionalizării modului de funcţionare a organizaţiilor şi instituţiilor antituberculoase existente, care trebue să înceapă prin crearea unui organ central de îndrumare şi control pentru întreaga acţiune de profilaxie antituberculoasă, organ central care trebue să funcţioneze în cadrul M-terului Sănătăţii, organ central de conducere pe ale cărui atribuţiuni le stabileşte.

In partea III-a, care se referă la finanţarea luptei antituberculoase,

care nu se poate realiza decât printr'o asigurare generală a cetăţenilor ţării contra tuberculozei — astfel precum a fost propusă de D-l D-r Irimescu şi prezentată după modalitatea din Italia de D-l D-r O. Constantinescu — autorul face critica obiectivă a anteproiectului de lege stabilit de Casa Asigurărilor Sociale, căruia îi demonstrează insuficienţele de prevedere şi inadevertenţa unor propuneri, terminând cu aceste concluziuni:

Pentru a se pune capăt lipsei de sistem şi unitate ce se constată astăzi în activitatea diferitelor instituţii care se ocupă de combaterea tuberculozei, să se procedeze cât mai neîntârziat la coordonarea tuturor acestor acţiuni disparate şi la unificarea tuturor metodelor de lucru.

Să se realizeze în cadrele Ministerului Sănătăţii un comandament unic al luptei antituberculoase care, cu ajutorul unui comitet constituit din specialişti, să elaboreze un plan sistematic şi ştiinţific de combatere, să controleze aplicarea lui şi utilizarea raţională a fondurilor.

Să se studieze din nou problema asigurării contra tuberculozei, întocmindu-se un alt anteproiect de lege care să definească precis obiectivele profilaxiei sociale şi să găsească modalitatea de a pune în aplicare această asigurare nu prin Casa Asigurărilor Sociale, ci prin Ministerul Sănătăţii.

Se pare că de data aceasta suntem pe drumul cel bun. Nu rămâne decât să se grăbească realizarea noului anteproiect, a cărui traducere în lege şi punere în aplicare să nu întârzie.

* * *

Se pot folosi pentru depistarea precoce a cazurilor de tuberculoză din mediul rural echipele de studenţi, cari vor activa în campania sanitară din vară la ţară; — iar pentru stabilirea unui caz precis se pot trimite instalaţiile mobile de aparate Roentgen, cari chiar când nu pot pune în practică **metoda microfotoradiografică** cu care se pot examina în medie 200 oameni pe oră, uneori 5 ore neîntrerupte — după cum se constată din raportul prezentat de D-l D-r Popescu, cu privire la ancheta ordonată de M-terul Apărării Naţionale, Direcţia Sanitară cu No. 15.135/1943, printre militarii aflaţi în garnizoana Sibiu, în număr de 11.628 — dar prin simpla metodă radioscopică pot da rezultate apropiate, după cum relatează acelaş autor, în raportul său, cu privire la rezultatele comparative obţinute într'o anchetă precedentă efectuată tot de D-sa în 1936, prin examenul radioscopic al tutulor militarilor din Sibiu în număr de 5210.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

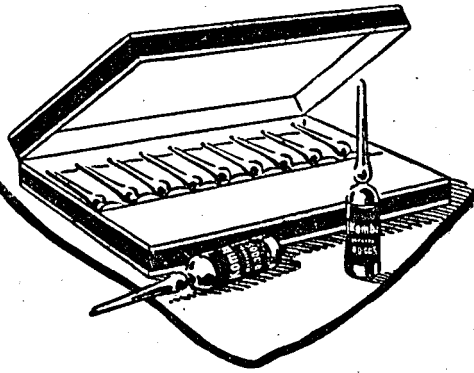
intravenos: KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)

fiole de 0,5 mg

intramuscular: Myokombin

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



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

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzen-sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p-(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

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

CONCEPŢIILE ACTUALE ALE CHIRURGIEI IN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PULMONARE

de

Dr. I. BĂLĂNESCU
Medic General (r)
Fost Director de Sanatoriu

şi

Dr. M. COLIŢA
Medic Căpitan
Fost Chirurg al San. Militar Bucureşti

In ultimul timp chirurgia a intrat adânc în domeniul terapeuticei tuberculozei pulmonare, cu indicaţiuni din ce în ce mai precise.

Până în prezent, intervenţiile chirurgicale n'au putut da un procent mai mare de ameliorări şi vindecări, utilizate în perioade avansate, cu pronostic serios, când practica medicală nu dase rezultate.

De azi înainte, ele vor fi urmate de rezultate tot mai mulţumitoare: se vor aplica, unele de îndată (d'emblée), fără a se mai aştepta încercările metodelor medicale, împiedecate de o serie de incidente şi greutăţi.

De sigur, pneumotoraxul artificial al lui Forlanini este o metodă admirabilă, poate cea mai perfectă, pe care o practică din belşug medicii ftiziologi. De multe ori însă turtirea pulmonului bolnav nu se poate face cum trebue, din cauza unor factori greu de înlăturat; în aceste cazuri, turtirea se realizează mai repede şi mai bine prin metode chirurgicale directe sau indirecte.

Chirurgia pulmonară a încercat o serie de intervenţiuni, ca **drenajul direct al cavernelor, ligaturile vaselor pulmonare (vene şi artere), stenozele bronşice provocate, lobectomiile parţiale, rezecţia parţială a simpaticului, colabarea chirurgicală** directă sau indirectă.

Drenajul direct şi aspiraţia cavernelor a fost studiat de Sauerbruck, care s'a putut lăuda cu rezultate bune.

Metoda aspiraţiei endocavitare a aplicat-o în 1936, medicul american Eloesser, cu rezultate rele.

Ulterior a fost reluată de Monaldi, după sugestia şi îndemnul profesorului Morelli, pe care o consideră ca o intervenţie locală.

Lobectomia sau **pneumectomia** parţială, fără rezultate în mâinile lui Bloch, Ruggi şi Reclus, a fost practicată de Tuffier şi Doyen. Ea constă în extirpaţia părţii bolnave din pulmon. Cu ocazia acestei intervenţii, în 1891, Tuffier şi-a dat seama de decolarea pleuro-parietală,

care a devenit prin insuflaţie cu aer, ultima inovaţie chirurgicală.

De sigur, că prin lobectomie, în cazuri de lobite bacilare bine delimitate, se va ajunge, când tehnica chirurgicală se va ameliora, la rezecţii de pulmon bolnav, întocmai ca la rezecţiile de cot, genunchiu, intestin, atinse de tuberculoză.

Intervenţiile pe simpaticul toracic. Simpaticul toracic începe în ultimii ani să preocupe mintea ftiziologilor în vederea unor tratamente în baciloza pulmonară. Ştim că Sergent şi şcoala lui consideră valoarea frenicectomiei în funcţie de modificările circulatorii, pricinuite prin smulgerea fibrelor simpatice. Primul care încearcă intervenţie pe simpatic, în tuberculoza pulmonară este Celestino Alvarez. Observând o îmbunătăţire la un bacilar, cu ocazia ablaţiei unei tumori toracice, el crede că rezultatul se datoreşte elongării nervilor intercostali. După rezultate nefavorabile, căpătate de Alvarez, metoda este reluată în studiu de Cordier, cu rezultate inconstante.

Având în vedere alegerea greşită a cazurilor (în faze avansate), noi ne-am gândit în 1936, a alege bolnavi cu forme infiltrative difuze incipiente, încercând **simpatectomia toracică superioară,** cu rezultate mulţumitoare (în trei cazuri: expectoraţie diminuată, transpiraţie şi hipertermie dispărute, starea generală îmbunătăţită).

Asupra lor am făcut o comunicare la Societatea de Chirurgie — 1936 (Bălănescu, Adămeşteanu şi Teodoreanu).

Tehnica noastră urmărea găsirea lanţului simpatic toracic, prin incizie paravertebrală, şi apoi rezecţia ganglionilor 2, 3 şi 4.

In ultimul timp Chaise, Mignon şi Mollard propune blocarea ganglionului stelat cu novocaină şi alcool.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin simpatectomie se caută producerea vaso-dilataţiei la nivelul pulmonar bolnav, conform principiilor enunţate de Rindfleisch şi Bier, după care congestionarea în organe, duce la distrugerea agentului patogen al bolii.

De sigur că cele mai multe intervenţii urmăresc turtirea, colabarea pulmonului.

Prin **colapsoterapie** se înţelege totalitatea procedeurilor, care tind la turtirea, reducerea pulmonului bolnav, înlesnind printr'un mecanism special, cicatrizarea leziunilor bacilare. Colapsoterapia se face fie prin insuflaţie (pneumotorax artificial), fie prin intervenţiuni sângerânde, cu plăgi operatorii.

Colabarea nu trebue înţeleasă ca o compresiune obişnuită, cu presiune pozitivă accentuată; din potrivă un pneumotorax eficace şi salutar trebue făcut cu presiuni joase, chiar negative. Ca atare, colabarea nu este o comprimare mare, cu imobilizare pulmonară şi scoaterea din funcţiune a porţiunei turtite; pulmonul colabat se mişcă şi respiră în parte.

In general, prin colabare se caută **relaxarea tensiunii elastice,** la care este supus pulmonul în stare normală. Pulmonii, în mod normal, sunt nevoiţi să ocupe în întregime cuşca toracică şi se găsesc veşnic într'o tensiune, într'o atracţie în sens centrifugal.

Prin colabare se caută eliberarea pulmonilor de acea servitute costală, de acea tensiune, atracţie periferică, care face atât de rău leziunilor, zonelor afectate, infiltrate.

Prin micşorarea tensiunii se înlesneşte o detentă electivă a ţesutului bolnav, dând posibilitate la o închidere a leziunilor, la o cicatrizare.

Pneumotoraxul artificial, prin pătura, salteaua de aer, micşorează tensiunea, nimicind acea corvoadă costală.

Intervenţiile chirurgicale, în special toracoplastiile, urmăresc acelaşi scop; prin turtirea toracelui se înlătură întinderea, umflarea pulmonului bolnav, spre peretele costal.

Dar intervenţiile chirurgicale nu-şi au locul decât în cazurile, unde pneumotoraxul artificial nu poate fi instituit sau unde, chiar instituit, nu poate să-şi ajungă scopul, fie din pricina aderenţelor, fie din pricina formei clinice anatomopatologice a leziunilor (caverne gigante, cu pereţi groşi).

Metodele chirurgicale indirecte, colapsoterapice, sunt cele mai salutare şi mai des practicate.

Până în prezent metodele zise directe n'au ajuns la rezultate prea bune şi deci la indicaţiuni şi concluziuni precise (drenaj, lobectomie).

Metodele indirecte (colapsoterapia, simpatectomia) în deosebi cele colapsoterapice, sunt cele mai bine studiate şi cu indicaţiuni mai precizate.

Colapsoterapia recurge la 3 feluri de procedee:

a) Procedee cu imobilizarea unor muşchi respiratorii prin paralizie (frenicectomia, rezecţia nervilor intercostali), sau prin secţiune (scalenotomia);

b) Procedee cu reducerea cuştii (toracoplastie şi toracoapicoliza);

c) Procedee cu menajarea integrităţii cuştii toratice (pneumotorax, uleotorax, pneumunoliză intra sau extrapleurală).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

In ce priveşte **imobilizarea muşchilor respiratori,** atenţie mai mare s'a dat **diafragmului** şi nervului său motor, frenicul.

Intervenţiile pe frenic au de scop a paraliza diafragmul, care prin ridicare ar determina o colabare a pulmonului, în sens vertical.

O serie de oameni de ştiinţe, în frunte cu Parodi, Dumarest, etc., au demonstrat că pulmonii, din cauza elasticităţii lor şi a mişcărilor cuştii toracice sunt supuşi la adevărate traumatisme, unul static şi altul dinamic. De sigur că traumatismul dinamic, pricinuit de distensiunea inspiratorie, este cel mai periculos pentru ţesuturile bolnave. In inspiraţie, pulmonul este atras de trei forţe în trei direcţiuni opuse. O forţă datorită mişcărilor celor 8 coaste (III—X) atrage în afară părţile pulmonare marginale, o altă forţă datorită ascensiunii primelor 2 coaste, atrage vârful pulmonului în sus şi a treia forţă, cea mai puternică, datorit mişcării diafragmului, atrage pulmonul în jos. Ca atare o paralizie a hemidiafragmului este bine justificată. In plus nervul frenic conţine filete vasodilatatorii (Ungar, Brincourt, etc.). Prin smulgerea acestora, odată cu frenicul, se produce o stază mecanică pasivă, care după Sergent şi colaboratorii săi, are o acţiune terapeutică principală în frenicectomie, colapsul fiind socotit ca accesoriu.

Intervenţiile pe frenic constau în: întreruperea fiziologică **trecătoare,** prin alcoolizare sau formolizare şi **definitivă,** prin secţiunea lui (frenicectomia) sau smulgerea lui, prin frenicectomie parţială sau totală.

Primele intervenţii au fost făcute de Stoertz în 1911 (frenicotomia); în 1922, Felix şi Goetze au propus exereza frenicului pe o porţiune oarecare, iar în urmă Maurer, Rolland şi Valtis au fixat bine tehnica dându-i numele de **frenicectomie** (nume păstrat şi azi).

In România, metoda a fost introdusă de către: Prof. Iacobovici Butoianu, Cosăcescu, Leonte, etc. In sanatoriul militar Bucureşti, până în Aprilie 1939, s'au executat 250 de intervenţii pe frenic, din care 23 frenicotomii, 32 frenoalcoolizări, 60 frenoformalizări şi 135 frenicectomii.

Indicaţiile intervenţiilor pe frenic au în vedere, după cum se face operaţia: autonomă sau complimentară.

a) **In operaţie autonomă,** se ţine socoteală de: **forma** leziunii anatomo-patologică, **localizarea** leziunii (regiunea topografică a pulmonului) şi **starea socială** a bolnavului.

Leziunile pulmonare care beneficiază mai mult de această operaţie sunt:

a) Fibro-cazoase, cavitare de apariţie recentă, localizate de preferinţă la bază;

b) Infiltrative ale vârfului cu tendinţa la retracţie, recente — neescavate, bine stabilizate — (una din indicaţiunile principale în sanatoriul militar);

c) Ulcero-cazeoase cavitare sau nu, localizate la bază (sunt rapid influenţate). In plus, indicaţia majoră mai are în vedere **unilateralitatea** leziunii (celalt plămân să fie indemn cel puţin în aparenţă), **stabilitatea** ei (formele acute evolutive febrile trebuesc ferite) şi **data apariţiei** (leziunilor să fie recente, cele escavate să nu ajungă a forma coaje groasă).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leziunile lobului inferior — baza — dau cele mai bune rezultate (definitive). Leziunile apicale (mult mai frecvente) beneficiază destul de bine. Maurer a avut rezultate imediat bune în 54,3% din leziunile vârfului. Din ele, urmărite mai mulţi ani, au rămas definitive în 14,5%. Din leziunile bazilare au rămas cu rezultate bune, definitive 23,4% (adică aproape dublu faţă de vârf).

In observaţiile noastre am avut 50% rezultate bune în leziunile vârfului; n'am putut urmări câte au rămas definitive.

Indicaţia socială a frenicectomiei a fost pusă şi aplicată pe o scară mare în sanatoriul nostru. In sanatoriu s'au îngrijit mai mult soldaţi, proveniţi din mediul rural, la cari un pneumotorax început şi necontinuat, din cauza lipsei de dispensarii regionale, ar fi dus la rezultate rele; intervenţia pe frenic, fiind o operaţie definitivă, beneficiul s'a văzut a fi mai asigurat.

b) Ca operaţie **complimentară,** frenicectomia era făcută de către Sauerbruck ca test, înaintea oricărei toracoplastii.

Această metodă a fost părăsită de ceilalţi chirurgi, care au pus pe socoteala ei reînsămânţările şi complicaţiile postoperatorii, din cauza imobilizărei bazei şi a lipsei de secreţie bronşică. Se recomandă **frenicectomia de asociaţie,** în anumite forme de pneumotoraxe simfizate la vârf şi bază, cari nu pot fi desfăcute, producând o detentă asupra leziunei (pneumotorax cordé-Poix). Intr'un asemenea caz am executat exereza cu beneficii imediate, micşorându-se vizibil caverna şi dispărând apoi bacilii din spută (rezultat urmărit mai bine de 6 luni).

Rezultatele noastre în intervenţiile pe frenic sunt mulţumitoare. N'am putut urmări bolnavii prea multă vreme. Am întâlnit totuşi câteva cazuri cu ocazia mobilizării actuale, vindecaţi complect. Până la un an am avut 50% rezultate bune, în prima statistică publicată. (Bălănescu, Vartic Adămeşteanu 157 cazuri; Soc. de chirurgie, Buc., 1935). Iar în a doua statistică urmărită dela 6 luni la 2 ani am avut 49% rezultate bune. Dintre aceştia am întâlnit de curând 2 cazuri vindecate perfect. (Bălănescu Colitza; Revista medico-militară 11/1938).

Statisticele străine, în cari s'au urmărit operaţii mai mulţi ani, dau rezultate definitive mai inferioare celorlalte intervenţiuni. De aceea intervenţiile pe frenic se fac din ce în ce mai puţin, cedând locul tot mai mult **pneumotoraxului extrapleural** sau **apicolizei**, în leziunile apicale; ele rămân mai indicate în leziunile bazelor pulmonare.

Dumarest, după o experienţă îndelungată, scrie: „caracterile capricioase nestabile ale rezultatelor frenicectomiei au făcut pe operatori, să considere frecectomia primitivă sau autonomă o indicaţie foarte rară, iar substituţia lui, la un pneumotorax artificial incomplect sau ineficace, mai puţin sistematică.

* * *

PROCEDEE CU REDUCEREA CUŞTII TORACICE:

Toracoplastia a luat în ultimii ani un loc important printre metodele de tratament ale tuberculozei pulmonare. Această intervenţie nu este nouă. Primul care o face este Cereville în 1888; Spengler şi Amique îi fixează principiul terapeutic: „Că rigiditatea arcului osos care, constitue partea superioară a hemitoracelui, este cauza formării cavernelor, fără de care tuberculoza vârfului ar sfârşi, ca şi în alte organe, la formaţii fibroase, cu focare cazeoase şi abcese". De aceia ei propun rezecţii costale şi în formele apicale necavernoase. Rezultatele însă în acea vreme au fost dezastruoase şi metoda a fost părăsită aproape complect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele bune ale pneumotoraxului terapeutic şi progresul chirurgiei toracice, din timpul războiului mondial, au dat un nou avânt toracoplastiei. Tehnica lui Sauerbruch, **paravertebrală**, cu dezosare într'un singur timp, de jos în sus, părea o dogmă definitivă la acea epocă. Din cauza mortalităţii prea ridicate, încep să se facă operaţii în mai mulţi timpi; de ele se ocupă printre cei dintâi Bernou şi Fruchaud, în 1928, recomandând toracoplastia parţială în leziunile vârfului. In 1930, la Congresul Internaţional de tuberculoză dela Oslo, cu toată opunerea lui Sauerbruch şi Raedelli, toracoplastia parţială este impusă, luând astfel majoritatea din indicaţiile celei totale. In acelaşi timp, s'a trecut dela pneumotoraxul masiv, de compresiune pozitivă, la cel negativ şi electiv.

Toracoplastia totală este indicată în empiemele cronice fistulizate, unde dă cele mai bune rezultate cu cât este mai întinsă şi mai rapid executată. In general trebue aplicată în fibrotorax, forme ulcero-fibroase vechi şi întinse, caverne vechi gigante, leziuni situate jos şi rebele la frenicectomie, caverne vechi parahilare.

Toracoplastia totală fiind o operaţie mare, cere ca pulmonul opus să fie indemn sau cu leziuni discrete şi neevolutive. Bolnavii supuşi la

această operaţie, trebue să aibă inima sănătoasă şi starea generală bună, cu vârstă nu prea înaintată (sub 45 ani). Aceste indicaţii de principii nu sunt respectate întotdeauna. Noi am operat un vechi baccilar, cu un empiem cu fistulă pleurobronchică, la care am executat o toracoplastie subtotală (fără coasta întâi), în trei timpi, deşi starea generală era destul de precară, iar cordul mult slăbit. Bolnavul s'a vindecat şi rezultatul s'a menţinut mai bine de 3 ani, cât a fost urmărit de noi.

In prezent însă toracoplastia totală şi subtotală se face din ce în ce mai puţin, datorită faptului că bolnavii se operează mai rapid decât altădată, nu mai aşteaptă să atingă indicaţiile acesteia, şi recurg la alte operaţii mai simple. In orice caz, toracoplastia într'un singur timp, procedeul Sauerbruch se face foarte rar; dezosarea totală în mai mulţi timpi este tot aşa de eficace şi fără riscurile celeilalte. Tehnica cea mai întrebuinţată este cea **paravertebrală**, descrisă de Sauerbruch, la egală distanţă de marginea spinală a omoplatului şi apofizele spinoase. **Anestezia** locală şi regională pe nervii intercostali, e făcută cu novocaină 0,50%, precedată de una sau două injecţii de dilaudid-scopolamină. Incizia Roux-Piquot ne ajută să cădem pe patul costal, apoi în spaţiul sub scapular. Poziţia ventrală a bolnavului ne permite să avem un câmp larg. Se decolează mai întâi coastele începând cu a 3-a sau a 4-a în sus, apoi se rezecă pe rând. Coasta 1-a, fiind profundă şi înapoia celei a 2-a, se decolează cu grijă, ferindu-se pachetul vasculo-nervos. Coastele 4, 3 şi 2 se scot pe o întindere mare, dezarticulându-le dela apofizele transverse (prima pe o întindere de 4—5 cm.). In momentul rezecţiei primei coaste vârful pulmonului se scoboară în jos. Dacă starea generală a pacientului permite, se rezecă şi coasta a 5-a, dacă nu se închide, după ce drenăm cu tub de cauciuc, patul coastelor, pe care-l scoatem prin pielea sănătoasă la partea declivă. Straturile musculare se refac anatomic, iar pielea se prinde cu agrafe. După 15 zile, dacă totul a mers normal, se reintervine şi se scot coastele inferioare; în al treilea timp, apoi pe cale anterioară, se lărgesc rezecţiile până la cartilagiile costale.

Tratamentul preoperator şi postoperator joacă un mare rol în această operaţie mutilantă şi destul de „şocantă". Cu 8—10 zile înainte să tonifică bine cordul bolnavilor prin injecţii de ulei camforat şi digitalină. Cunoscându-se efectul bun al serului glucozat, se administrează intrarectal picătură cu picătură, zilnic bolnavilor câte 500—1000 cc.; în preziua operaţiei se injectează ser fiziologic subcutanat. După operaţie se recomandă tonice cardiace, odihnă absolută, ser fiziologic şi coagulante, etc.

In felul acesta am operat 10 bolnavi cu trei cazuri bune, (unul vindecat complet), 5 staţionare şi 2 letale (unul prin şoc post-operator şi altul după 3 luni).

Toracoplastia parţială a avut multă vreme de luptat din cauza dogmei susţinute de Sauerbruch, că numai o toracoplastie totală este capabilă să vindece tuberculoza, oricare ar fi localizarea ei. S'a observat că bolnavi, la care se executase numai un timp operator superior şi care nu au mai vrut să primească restul intervenţiilor, au beneficiat mulţumitor de operaţie. Sub influenţa ideilor de detentă electivă în pneumotoraxul

terapeutic, chirurgii căutând să se adapteze nouilor teorii, au executat operaţii parţiale şi topografice, observând că rezultatele sunt minunate, iar mortalitatea imediată, din cauza şocului, scăzută până la dispariţie.

Odată impusă această operaţie, pentru leziunile vârfului, s'a trecut în extrema cealaltă, cu economia rezecţiilor; astfel între anii 1930—1935, o mulţime de tehnici propun rezecţia primei coaste, considerată la acea epocă factorul principal în colabare. Profesorul Iacobovici execută prin aceiaşi incizie, anterioară supraclaviculară într'un singur timp rezecţia frenicului şi a coastei I-a, urmărindu-se o turtire bipolară. Alţii rezecă numai coasta I-a pe cale anterioară, sau posterioară toracică, sau pe cale cervicală. Rezultatele nefiind mulţumitoare, apar tehnici speciale de toracoplastie parţială a vârvului, cum este cea **anterolaterală** descrisă de **Monaldi** şi executată de Ascoli sub influenţa concepţiilor de mecanică pulmonară ale lui Parodi, (zonă de expansiune maximă) după liniile dominante de mişcare ale cutiei toracice în timpul respiraţiei. Operaţia Prof. Iacobovici satisface parţial această concepţie. Maurer şi Dreyfus Le Foyer pun la punct toracectomiile prin rezecţie extraperiostală a coastelor anterioare; alţii, prin toracoplastii cu formolizarea patului costal, întârziind osificarea, determină toracoplastii de detentă. Morin din Leysin descrie toracoplastia topografică, la care Semb adăugând decolarea extrafacială satisface aproape complet nouile principii ale pneumotoraxului terapeutic: detentă, hipotensiune şi elecţie.

Din toate aceste tehnici, propuse şi executate cu rezultate unele mai mulţumitoare decât altele, s'a ajuns la două principii:

1. Dezosarea să fie făcută, ţinând seama de topografia leziunii; să nu întreacă mai jos de o coastă, spre a nu da posibilitate cavernelor să migreze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Să fie decolat vârful de aderenţe cu vasele, nervii şi primele vertebre, spre a da o colabare completă şi concentrică în concordanţă cu pneumotoraxul electiv. Aceste principii sunt până azi îndeplinite de **operaţia lui Semb: toracoplastia cu apicoliză extrafascială.**

Ideia decolării vârfului pulmonar, odată cu rezecţia coastelor, o avusese mai înainte şi Maurer. Acesta însă a făcut **decolarea endotoracică,** care bineînţeles, după puţin timp, prin expansiunea pulmonului, revenea repede la starea dinainte. Semb însă face **decolare extrafascială,** adică în afara fasciei endotoracice, secţionând la nevoie cu foarfeca între ligaturi. El a observat că ligamentele domului pleural şi aderenţele învecinate în mod normal, în leziunile vechi, bacilare, sunt îngroşate, înmulţite, prin formaţii noui de coarde sau bande (peri-pleurită adesivă) şi chiar suprafeţe aderente la nivelul primei coaste şi a primei vertebre dorsale. El a mai observat, că cea mai bună toracoplastie superioară lasă o lamă de pulmon paramediastinal, întocmai ca într'un pneumotorax aderent la vârf. Desfăcând aceste aderenţe, a determinat o colabare concentrică a întregului vârf, întocmai ca într'un pneumotorax electiv. Rezultatele i-au dat dreptate. El a operat între anii 1932—1935, un număr de 197 bolnavi, cu o mortalitate de 6,8% şi cu rezultate bune în 109 cazuri (75%, spute fără bacili). Ultima statistică publicată pe 70 cazuri, la care nu s'a rezecat mai mult de 5 coaste, (de multe ori chiar în 2 timpi), arată o mortalitate de 3% şi rezultate bune în 90% din cazuri.

Tehnica operaţiei, după Marc Iselin şi Dubot, constă în doi timpi esenţiali. In primul timp (toracoplastia propriu zisă topografică în raport cu leziunea), se rezecă 5 cm. din coasta a 5-a, apoi coasta a 4-a, a 3-a şi a 2-a (progresiv mai mult), pentru ca apoi scoţând pe 1-a aproape complet, să avem un plan orizontal de secţiune la vârf.

In **al 2-lea timp**, caracteristic, original al lui Semb, se face liberarea extrafasială, o decolare a domului de vasele subclaviculare, de nervi, coloana vertebrală şi mediastin. In acest scop, după dezosare, se leagă şi se secţionează pe rând pachetele vasculo-nervoase intercostale, 4, 3 şi 2, apoi se decolează în sus, rămânând vârful pulmonar spânzurat prin bandele domului. După ce cu grije se secţionează şi ele, se decolează pulmonul sub prima coastă, pe partea laterală a vertebrelor, primei dorsale şi mediastin şi peste tot unde ţin aderenţe sub controlul vizibilităţii se secţionează între două ligaturi, până ce vârful pulmonar se scoboară şi se înfundă singur la nivelul coastei a 6ia. După operaţie, se procedează la refacerea planurilor.

Decolare propriu zisă, în această operaţie nu există decât între faţa mediastinală a pulmonului şi faţa laterală a vertebrelor prime dorsale şi mediastinul lateral corespunzător. In rest se recurge la secţiuni între ligaturi.

Radiografiile, după această operaţie, arată o colabare concentrică, exact ca într'un pneumotorax electiv al vârfului. In această poziţie apoi începe din nou noua osificare, formată foarte încet din cauza lipsei de circulaţie şi inervaţie a regiunei. Credem că această operaţie trebue aplicată mai cu seamă în leziunile vechi apicale escavate, fibro-ulcerate, acolo unde pneumotoraxul extrapleural nu ar putea să fie creat fără riscuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La noi în ţară operaţia a fost executată de către D-r Leonte (care a publicat, împreună cu Nasta, câteva cazuri) şi de D-r Cărpinişanu, în Sanatoriul dela Moroieni, cu rezultate tehnice imediate şi clinice foarte bune. In 1941, D-r Bibicescu, împreună cu D-r Cărpinişanu şi colaboratorii lor, au publicat o interesantă lucrare asupra acestei toracoplastii extrafasciale, executată la sanatoriul mai sus citat, la peste 50 de bolnavi.

Noi am executat această operaţie în cursul anului 1939 pe 4 bolnavi, cu rezultate mulţumitoare. In plus la 11 bolnavi am încercat toracoplastia parţială a vârfului, cu rezecţia primelor 5 coaste. Mai ales bacilari vechi, cu forme fibro-caseoase cu excavaţii, la cari pneumotoraxul a rămas incomplect şi ineficace. La un bolnav, cu o cavernă la nivelul coastei a 3-a, după ce am încercat o decolare extrapleurală fără rezultat, i-am făcut toracoplastia primelor patru coaste, cu decolare extrafasială. Colabarea i-a redus aproape complet caverna, expectoraţia şi febra. După 2 luni a fost evacuat într'un sanatoriu de munte. Din cei 11 bolnavi, urmăriţi între 2—3 ani, n'a fost niciun caz letal. Rezultatele acestei toracoplastii parţiale, sunt bune şi deci superioare toracoplastiei totale. De sigur că toracoplastia parţială se adresează mai mult formelor apicale, bine localizate, excavate sau nu; vârful pulmonar rămâne partea din pulmon asupra căruia se execută cel mai bun colaps. Cu siguranţă, că **operaţia lui Semb, pentru formele cronice vechi şi**

pneumotoraxul extrapleural pentru cele recente, vor ajunge a da cel mai mare procent de vindecare; ambele par a se conforma principiilor actuale colapso-toracice: detentă, elecţie, hipotensiune.

* * *

PROCEDEELE CU MENAJAREA CUŞTII TORACICE.

Procedeele cu menajarea cuştii toracice se reduc numai la manevrele de pneumoliză, pentru a elibera pulmonul fixat de peretele toracic prin lipirea foiţelor pleurale. Separarea pleurei viscerale de cea parietală poartă numele de **pneumoliză intrapleurală**, iar cea a pleurei parietale de peretele toracic, de **pneumoliză extrapleurală**. Pneumoliza intrapleurală are drept scop a reda starea anatomico-normală, adică independenţa completă a celor două foiţe pleurale, restabilind cavitatea. Tuberculoza pulmonară este mai totdeauna generatoare de aderenţe pleurale, de simfiză. Aderenţele sunt constituite fie prin sudura indirectă acelor două foiţe, fie prin neoformaţii fibrinoase, făcând punţi între cele două pleure în momentul când sunt îndepărtate prin pneumotorax.

Bridele, de forme deosebite, cordoane subţiri, alungite, alteori adevărate bride largi şi plate, sau membrane, se localizează după Dihl şi Krammer 95% pe lobul superior. Dacă nu se rup prin hiperpresiunea pneumotoraxului, trebue să intervenim prin aşa zisa pneumoliză intrapleurală. Aceasta se execută în două feluri:

1. Cu torace deschis, având de-a-face cu o operaţie adevărată, în care se rezecă o coastă, se pătrunde în cavitatea pleurală, se secţionează toate bridele între ligaturi şi se închide cavitatea fără drenaj; putem face insuflaţii de aer chiar de a doua zi. Nu este lipsită de complicaţii postoperatorii (pleurezii simple sau purulente).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Cu torace închis, sau **operaţia lui Iacobeus**, având a face cu o operaţie mică, făcută mai mult de medici. De altfel Iacobeus, care a făcut-o primul, a fost medic. Ea cere o aparatură specială de iluminat cavitatea pleurală, pleuroscopul, şi un galvanocauter de secţionat brida.

In practică se cere o îndemânare şi o experienţă, căci imaginea unora în pleuroscop este neclară; pierzi cauterul din câmpul vizual, mergând în sens invers. Operaţia se execută pe o scară mare în toate sanatoriile de către ftiziologi, deşi uneori dă complicaţii, cari au nevoie de intervenţia chirurgului.

In sanatoriul nostru s'a executat 'o secţiune de bridă cu torace deschis. Brida era groasă şi conţinea ţesut pulmonar; a fost secţionată între două ligaturi şi apoi cavitatea închisă fără urmări serioase postoperatorii.

Am executat 35 intervenţiuni Iacobeus pe 25 bolnavi, cu 10 rezultate bune (pneumotorax electiv). Statistica noastră este mică, însă e în concordanţă cu celelalte publicate în ţară şi în străinătate. Statistica lui Iacobeus pe 150 cazuri ne dă rezultate tehnice pe 121; bune pe 99, incomplete pe 29. Statistica Danielo dela Cluj pe 178 intervenţii la 148 bolnavi, ne dă 65 rezultate tehnice perfecte, 73 incomplete. Statistica Sanatoriului Moroeni arată cam aceleaşi rezultate.

Cele mai bune rezultate le are Maurer dela Davos, care secţionează bridele groase, coagulându-le pe peretele costal şi aşezându-le de aci prin curent când diatermic, când galvanocaustic. In felul acesta

Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca Universitară ROMÂNIA

scapă de complicaţia cea mai de temut a acestei intervenţii, pleurezia purulentă, atunci când secţionează o bridă cu ţesut pulmonar. Operaţia este uşoară, de aceea este primită uşor de către bolnavi; dacă se iau toate măsurile de tehnică şi asepsie, nu dă complicaţii. De regulă însă se face un exudat uşor, care se resoarbe în câteva zile.

Pneumoliza extrapleurală constă într'o decolare pleuroparietală, o separare a foiţei pleurale parietale prin spaţul endotoracic de cuşca toracică. Permite realizarea a trei varietăţi de colaps: 1. colaps temporar; 2. colaps permanent; 3. colaps menţinut.

Colapsoterapia temporară este reprezentată prin decolarea pleuroparietală simplă; colapsul rezultat nu persistă decât puţin timp. Aerul introdus în timpul operaţiei se resoarbe repede dacă nu-l întreţinem. Făcută de Tuffier la 1891, apoi de Omodei-Zorini, metoda nu a dat rezultate.

Colapsoterapia permanentă este umplerea cavităţii extrapleurale creiată prin decolare, cu o substanţă nerezolvabilă:

a) **Grefe grăsoase,** ca grăsime proaspătă (nu ţine, se elimină);

b) **Grefe musculare,** cu muşchi din vecinătate.

Govaertz şi Sebrecht umpleau cavitatea cu muşchiul pectoral pediculizat.

Au constatat că muşchii se tolerau dar se retractau puţin.

La noi în sanatoriu s'a executat pe cale paravertebrală cu lambou din muşchiul trapez. Rezultate au fost mediocre în trei cazuri. La autopsia unuia care a sucombat în sanatoriu, s'au găsit lambourile mult degenerate şi sclerozate;

c) **Plombajul cu parafină,** foarte mult întrebuinţat până de curând, (metoda Baer), actualmente este înlocuit de pneumotoraxul extrapleural.

Colapsoterapia menţinută este pneumotoraxul extrapleural întreţinut cu aer prin insuflaţii.

Ea a fost întrevăzută de Tuffier când a făcut prima decolare pleuroparietală. Nefăcând însă insuflaţii cu aer (pe atunci de abia începea metoda lui Forlanini) nu a obţinut rezultate durabile. In 1913, Meyer face prima insuflaţie şi-i dă şi numele de pneumotorax extrapleural.

Şi alţii (Niessen) urmăresc tehnica.

Acei însă cari au pus la punct şi au impus-o ca o metodă recomandabilă, cu rezultate foarte bune, au fost Graf din Dresda şi Schmidt din Heidelberg. Ei au publicat, în 1936, separat primele rezultate, cu câteva zeci de cazuri (Schmidt vreo 40). In urmă metoda a fost adoptată în Franţa prin Dreyfus Le Foyer, care a mers şi a văzut cum operează Graf, Maurer, Neubauer, Pierre Bourgeois, Monod au difuzat şi menţinut metoda. La noi, în ţară, primele cazuri au fost operate de Prof. Popp în Cluj, de Leonte şi noi în Bucureşti, Cărpinişanu la Moroeni.

D-r Cărpinişanu a operat peste 100 cazuri, cu rezultate foarte bune, pe care le-a publicat în colaborare cu D-r Bibicescu într'o lucrare interesantă.

Indicaţia operatorie a pneumotoraxului extrapleural este tuberculoza apicală (Schmidt). Cu siguranţă că leziunile din lobul miljociu vor bene-

Digitized by Central University Library Cluj

ficia de această metodă, cu atât mai mult, cu cât poate fi urmată de o toracoplastie, în caz de nereuşită. De altfel Hautefenille şi Dreyfus Le Foyer explică deslipirea până aproape de bază; se feresc însă de o decolare spre mediastin, pe care o considera periculoasă şi „şocantă". Cărpinişanu decolează tot vârful până la hil, iar în jos cât este nevoe pentru a efectua un colaps electiv, ca într'un pneumotorax artificial.

In afară de leziunile bazilare, care beneficiază de frenicectomie, mai toate celelalte sunt influenţate cu folos de acest pneumotorax, cu condiţia, ca decolarea să se facă uşor, adică leziunile să fie recente, fără aderenţi (peripleurită).

Intre indicaţii se mai enumeră stabilitatea leziunii (afebrilă), starea celuilalt pulmon şi situaţia cavernii (să nu fie prea superficială — pericol de ruptură).

Metoda se bazează pe:

a) Intervenţia chirurgicală, cu decolarea pleuro-parietală (punga de aer);

b) Intreţinerea medicală a pungii prin insuflaţie cu aer sau blocaj cu o substanţă-oleioasă (când apare o tendinţă la simfizare).

Nicăieri, ca în această intervenţie, nu avem un exemplu mai evident de colaborare medico-chirurgicală.

După anestezia locoregională, se rezecă o coastă (4—5) pe linia posterioară homovertebrală (5—6 cm. din ea) şi apoi se pătrunde în spaţiul endo-toracic, executându-se decolarea pleuro-parietală. La început, autorii germani decolau numai cu degetele, anterior până la coasta a doua şi către mediastin cât se poate. Dar decolarea cu degetele creia o pungă, cu o colabare pulmonară incomplectă (pulmonul atârnat în partea anterioară). Câteva cazuri operate de noi, în felul indicat de medicii germani, nu ne-au dus la rezultate bune; punga fiind mică, s'a văzut imediat tendinţa la simfizare. Astăzi chirurgii (Cărpinişanu) pătrund în spaţiul endotoracic pe linia axilară posterioară; după ce face loc cu degetele, continuă colabarea prin tampoane de meşe prinse în două pense lungi. Cavitatea mărită este luminată, pentru a se uşura decolarea vârfului, de jur împrejur, bine înţeles cu prudenţă în spre mediastin (a se evita dispneea şi tusa). Dacă este nevoie, decolarea sa continuă în jos chiar până la bază şi în caz când există un pneumotorax întreţinut se secţionează pleura, mărindu-se cavităţile.

După terminarea decolării, cavitatea se închide fără drenaj; insuflaţiile cu aer încep chiar de a doua zi — dacă e nevoie.

După intervenţie, bolnavii se plâng de oarecari arsuri, tusă, febră — de rezorbţie, — accidente sunt destule, dacă nu se dă atenţie cuvenită. Amintim de perforaţii pleuro-pulmonare (cari duc la pleurezii purulente) şi hemoragii cu rupturi de vase — în timpul operaţiilor.

După operaţie apar **accidente imediate** ca **continuarea spontană a decolării**, cu turburări respiratorii şi dispnee, **asfixie** cu colaps, **hemoragie**, emfizem subcutan sau mediastinal. După Schmidt, hemoragia poate fi mare şi capătă un caracter grav în puţine cazuri (10%).

Printre **accidente tardive** se citează **infecţia şi perforaţia cavitară.** După operaţie, se formează de regulă un exudat, care în unele cazuri (15%) se poate infecta. In caz de infecţie, examenul bacteriologic

descopere bacilii Koch sau chiar microbii piogeni. In caz de fistulizare — o complicaţie serioasă, — se recurge la deschideri şi drenări.

Perforaţia cavitară se datoreşte erodării evolutive a cavernelor prea superficiale sau a empiemului (cu vomică, etc.).

Intreţinerea pneumotoraxului extrapleural priveşte pe medicul ftiziolog. Spre deosebire de pneumotoraxul intrapleural, în cel extrapleural insuflaţiile se fac cu presiune pozitivă. Când punga de insuflaţie se micşorează prin tendinţa de simfizare, se recurge la injecţii cu lichide oleioase. Am recurs la pneumotorax extrapleural în vreo 10 cazuri. La unul a trebuit să intervenim cu toracoplastie, deoarece caverna, fiind prea veche, am dat de aderenţe, cari au împedicat deslipirea. In genere am observat o tendinţă de simfizare după 3 luni, după care am recurs la blocare cu oleu gomenolat.

* * *

In practica noastră, de altfel modestă, am ajuns la o serie de concluziuni în concordanţă cu acelea admise de majoritatea chirurgilor şi ftiziologilor cu practică mai vastă.

1. Intervenţiile chirurgicale, în tratamentul tuberculozei pulmonare, urmăresc colabarea pulmonului bolnav.

2. Frenicectomiile dau rezultate inferioare celorlalte mijloace colapsoterapice în leziunile apicale şi mijlocii. Ele însă îşi păstrează întâietatea în leziunile bazilare, paramediastinale.

3. Toracoplastia totală, executată în mai mulţi timpi, este eficace în empieme cronice şi anumite forme restrânse de tuberculoza pulmonară.

4. Toracoplastia parţială, topografică, cu decolare intrafascială se face cu toate leziunile apicale, unde pneumotoraxul extrapleural nu se poate face.

5. Pneumotoraxul extrafascial este indicat în toate leziunile apicale, recente escavate sau nu, precum şi în acele mijlocii, parahilare şi bazilare interne.

6. Interventiile Iacobeus sunt simple mijloace adjuvante în pneumotoraxul terapeutic.

7. Interventiile pe simpatic, cu toate că nu sunt încă concludente, sunt recomandate în forme recente, cu uşor caracter difuz.

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

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

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

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

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

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

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

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

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

AGOCHOLINE

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

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

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

PROBLEMA COMBATERII TUBERCULOZEI

de

D-r ANTONESCU V. CAIUS
Şef de lucrări Inst. Farmacologie
Cluj-Sibiu
Medic radiolog asistent O. A. S.—Sibiu

Problema combaterii tuberculozei a fost şi este o chestiune de permanentă actualitate a ţării noastre şi a fost de curând relevată prin convocarea Consiliului Sanitar Superior la Ministerul Sănătăţii în ziua de 23 Martie 1943, care a fost chemat de către D-l Ministru al Sănătăţii Prof. D-r P. Tomescu, să dea **soluţiuni imediate şi eficace pentru rezolvarea practică** a problemei combaterii tuberculozei. D-Sa a subliniat că problema combaterii tuberculozei a fost examinată, în trecut, sub toate aspectele ei, dar actualmente se impune o rezolvare practică a ei.

www.biblioteca-digitala.ro

Acest accent imprimat de către D-l Prof. D-r P. Tomescu, face să se înţeleagă, că a sosit timpul când trebue să se pună capăt metodelor din trecut, să se sfârşească cu interminabilele discuţiuni teoretice şi să se treacă la metode de aplicare practică. Nici nu se putea întâmpla altfel; greşit ar fi fost să ne aşteptăm la rezultate practice, căci doar birocratismul şi sistemul comisiilor, subcomisiilor, cercurilor de studii diferite nu puteau da alt rezultat decât cheltuieli inutile din fondurile statului. Aceste foruri desbăteau şi supradesbăteau problemele diferite, la birou şi pe hârtie, încheiau procese-verbale, cari mureau în dosarele archivelor mai repede decât se năşteau. Inghiţeau sume apreciabile, cari raportat la rezultatele obţinute, se transformau în capitaluri moarte pentru interesul statului.

D-l Minsitru Prof. D-r P. Tomescu a înţeles toate acestea şi just a pus chestiunea, când a cerut de data aceasta soluţiuni imediate, eficace şi mai ales practice.

La şedinţa acestui consiliu, D-l Prof. D-r L. Daniello, accentuează cu curajul şi asprimea necesară că, pericolul extinderii tuberculozei este însemnat în ţara noastră şi trebuesc luate măsuri energice pentru a coordona şi raţionaliza sub conducerea unicului comandament, întreaga acţiune. Când un eminent cunoscător al problemei, de talia D-lui Prof. D-r L. Daniello recunoaşte pericolul extinderii tuber-

culozei, cerând măsuri urgente şi energice, ne putem da seama prin ce criză accentuată trece la noi chestiunea tuberculozei, pe tărâmul combaterii ei.

La noi există o **Ligă antituberculoasă** al cărei preşedinte este eminentul D-r St. Irimescu, a cărui muncă nepregetată o cunoaştem, dar dacă rezultatele nu sunt proporţionale cu munca depusă, de sigur că lipsa mijloacelor materiale suficiente este cauza indiscutabilă. Problema tuberculozei este o problemă socială şi deci nu poate fi rezolvată decât numai cu mijloace economic-sociale.

Nu trebue să ne mulţumim cu realizări administrative, edilitare şi de amenajare a cât mai multe paturi sanatoriale; trebue să putem da acestor bolnavi, internaţi în sanatorii, o îngrijire exemplară, care să nu sufere din cauza lipsei fie de specialişti, fie a mijloacelor de examinare, tratament sau lipsei alimentelor suficiente şi adecvate, şi mai ales fără a ataca problema în aspectele sale sociale.

Problema este prea gravă şi acută, pentru a ne mai permite tergiversări şi a ne fi teamă să cerem cele necesare.

Prin funcţiunea de medic radiolog specialist, ce o îndeplinesc în asigurările sociale şi de 2 ani încoace aplicând o metodă nouă de tratament al tuberculozei după indicaţiunile eminentului Prof. D-r V. Papilian, am un contact zilnic cu suferinzii de tuberculoză pulmonară. Vă mărturisesc că uneori sunt îngrozit. Adevărat este, că mediul în care lucrez este un mediu muncitoresc, dar tocmai din această cauză problema o văd mai gravă sau mai bine zis, simt gravitatea ei reală. Ţara noastră are nevoie de braţe de muncă în toate domeniile, aceasta se resimte mai ales acum când suntem în stare de război.

Dar să nu mai pierdem timpul cu consideraţiuni generale, să trecem şi să atacăm problema în plin. De sigur că printr'un articol, nu se poate rezolva o problemă atât de vastă şi importantă, dar credem că putem contribui cu câteva sugestii.

Rezolvarea problemei combaterii tuberculozei prezintă diferite aspecte şi deci pretinde tot atâtea modalităţi de acţiune.

Ce s'a realizat până acum?

1. S'au creat sanatorii, pentru tratarea bolnavilor de tuberculoză pulmonară manifestă.

2. S'a legiferat vaccinarea antituberculoasă.

3. S'au înzestrat serviciile medicale de specialitate, cu mijloacele de diagnostic şi tratament cele mai moderne.

4. S'au creat dispensarii antituberculoase.

5. S'a căutat instruirea a cât mai mulţi medici specialişti.

6. Nu s'a făcut nimic pe tărâmul combaterii eficace a tuberculozei prin depsitarea precoce a afecţiunei.

7. Nu s'a realizat nimic pe tărâm economic-social.

Trebue să fim aspri cu noi înşine, să ne luăm curajul de a ne desprinde de ideea că tuberculoza este o problemă medicală, să trecem la formarea convingerii că tuberculoza este o **problemă socială** de stat.

Problema medicală a tuberculozei este aproape suficient rezolvată. Avem sanatorii mai mult sau mai puţin bine înzestrate şi spaţioase, avem specialişti — **destul de puţini**, — avem personal medical care ac-

tivează pe acest tărâm, mai mult sau mai puţin convinşi de importanţa şi gravitatea problemei sau uneori insuficient pregătiţi; deci de bine de rău, pe cei bolnavi declaraţi îi tratăm, parte din ei îi izolăm şi-i facem inofensivi mediului înconjurător.

Am luptat să atingem — din acest punct de vedere — nivelul organizaţiunilor curative din ţările occidentale şi pare că atingând ţinta, ne-am mulţumit cu atât.

Insă D-l Ministru pune capăt acestei stări de „dolce farmiente", cerând imediate şi eficace soluţiuni de combatere practică a tuberculozei. Credem că suntem în vederile D-Sale, bănuind că sub combaterea serioasă a tuberculozei trebue să înţelegem atacarea acestei boli la origina ei, acolo unde se produce infecţiunea, acolo unde mediul e prielnic pentru a favoriza evoluarea infecţiunei în boală confirmată.

Iată greşeala de până acum; ignorarea depistării precoce a tuberculozei, cu metode serioase şi energice.

Specialiştii încercaţi şi cu vastă experienţă în domeniul ftiziologiei, sunt convinşi că această boală dacă se poate vindeca clinic, nu se poate vindeca până la un grad care să corespundă noţiunei de sănătate. Bolnavii de tuberculoză şi după vindecarea lor clinică, rămân tributarii boalei lor, căci sunt permanent expuşi unei reviviscenţe a afecţiunei, datorită unui organism lipsit de forţele biologice naturale de luptă, la cele mai neînsemnate încercări de boli anergizante răspund cu o reactivare a focarelor vechi. Odată vindecaţi clinic, scapă de sub controlul serios al medicului, iar când revin de bună voie, boala este din nou declarată şi răspândesc cu aceeaşi eficacitate pericolul de infecţiune în mediul înconjurător.

Biblioteca Universitară / Central University Library Cluj

Evident că şi acestor bolnavi suntem datori să le dăm îngrijirile cuvenite, nu-i putem părăsi la voia întâmplării, dar credem că este mai important să creăm organe şi mijloace de depistare precoce a indivizilor purtători de infecţiuni latente, oculte şi să-i împiedecăm de a deveni purtători a unei tuberculoze manifeste, să-i împiedecăm să devie condamnaţi ai societăţii.

Ne amintim de un raport foarte judicios a D-lui D-r St. Irimescu, prezentat la Congresul Naţional de Tuberculoză din Cernăuţi, 1939 — „Folosele diagnosticului timpuriu al tuberculozei pentru combaterea boalei" (Mişcarea Medicală Română No. 11-12, 616, 1939), — în care atrage atenţia asupra importanţei ce trebue să acordăm infimelor leziuni cu caracter exudativ şi cu localizări nespecifice, cari nu determină niciun fel de fenomene clinice şi nu sunt depistate decât radiologic, dar cari sunt capabile de a trece în leziuni infiltrative masive şi apoi ulcerative, într'un mod insidios. Relevă faptul că Brauening reabilitează reputaţia care s'a făcut infiltratului precoce. Ajunge la ferma convingere că o eficace combatere a tuberculozei, nu se poate realiza decât pe teren acolo unde individul îşi duce vieaţa, depistând precoce tuberculoza prin coordonarea condiţiunilor de habitaţiune şi alimentare cu prezenţa radiologică a acestor infime leziuni exudative.

Contemplând asupra acestor fapte, ne reamintim că în practica noastră radiologică, adeseori am observat adeverirea celor spuse de Brauening şi a faptelor expuse în raportul D-lui D-r St. Iri-

mescu la Congresul Național de Tuberculoză din Iași 1935, cari au determinat controverse și o atențiune mai mare pentru studiul debutului tuberculozei în vederea unui diagnostic precoce.

In mediul asigurărilor sociale nu se dă nicio importanță imaginilor radiologice cu caracter patologic, dacă nu corespunde cu simultaneitatea fenomenelor clinice, în speță: temperatură, pozitivitatea sputei, etc. In asigurări nu se concepe existența tuberculozei dacă individul nu prezintă temperatura caracteristic subfebrilă. Ori din experiența noastră, culeasă tocmai în acest mediu muncitoresc al asigurărilor sociale, ne dă curajul de a susține, că atunci când apar subfebrilitățile, leziunile pulmonare nu mai pot fi considerate ca leziuni incipiente, ci ele au trecut din faza lor exudativă în faza a doua, evolutivă infiltrativă. Controlul s'a făcut, deoarece nenumărați ucenici cari urmau să fie primiți în câmpul muncii, la examinările făcute în cadrul consultațiunilor preasiguraților, nedându-se importanța cuvenită leziunilor incipiente, necaracteristice din punct de vedere clinic, au fost primiți în câmpul muncii; apoi după un timp variabil, reveneau la consultațiunile dispensarului antituberculos, de data aceasta radiologic diagnosticându-se leziuni pulmonare cu caracter evolutiv, deși bolnavul încă nu acuza decât dureri de spate și ușoare transpirațiuni nocturne, iar subfebrilitatea s'a depistat numai la serviciul dispensarului.

Aforismul lui Grancher **„Tuberculoza este cea mai curabilă dintre boalele cronice"**, apare acum adevărată numai în măsura depistării precoce a leziunilor tuberculoase incipiente și tratarea lor; cât despre complectarea acestui aforism **„dar este și cea mai cronică dintre boalele curabile"** (Irimescu), ne dăm seama din experiențele culese de-a-lungul anilor.

„Tuberculoza este o boală a săracilor", este foarte adevărat, dar nu mai puțin adevărat este că ea poate fi și boala muncitorilor (cari uneori nu sunt de loc săraci) cari au un deficit de nivel cultural-social, apoi mai este și boala funcționarilor — aici jucând un rol nu numai sărăcia și lipsa nivelului cultural-social adecvat, ci mai ales egoismul patronilor, în majoritatea cazurilor societății particulare comerciale și industriale, cari — trebue să recunoaștem — aproape totdeauna se desinteresează de starea sanitară a angajaților lor.

Iată aspecte diferite ale problemei — prima când comitem greșeala de a primi în câmpul muncii indivizi tineri purtători de mici leziuni pulmonare exidative, pe simplul motiv că trebue să lucreze ca să aibă din ce trăi, — pe de altă parte, al doilea aspect, când patronii datorită egoismului lor și intereselor financiare, neglijează starea sanitară a angajaților lor. Acestea trebue să fie convingătoare, pentru a ne determina la realizarea mijloacelor și organelor de depistare a leziunilor incipiente lipsite de fenomene clinice evidente și de a le da, pe viitor, toată importanța cuvenită.

Din cele expuse până acum, trebue să desprindem următoarele concluziuni:

Cum vedem rezolvarea eficace a problemei combaterii tuberculozei?

1. Crearea cât mai urgentă a organelor și mijloacelor pentru de-

pistarea precoce a tuberculozei, prin examinări în massă a populaţiunii ţării, un fel de recensământ medical.

2. Să se acorde importanţa cuvenită leziunilor tuberculoase incipiente, încă din faza lipsei fenomenelor clinice, în sensul vederilor D-lui D-r St. Irimescu.

3. Crearea organelor şi mijloacelor de tratare imediată a cazurilor depistate precoce.

4. Pe lângă fiecare plasă sanitară să se înfiinţeze un dispensar antituberculos înzestrat cu mijloace mobile, pentru examinarea periodică a întregei populaţiuni din plasa respectivă, în vederea depistării precoce a tuberculozei.

5. Imediata izolare şi tratare intensivă a bolnavilor purtători de leziuni tuberculoase manifeste, în primul rând al acelora cari sunt şi răspânditori de bacili.

6. Tratamentul tuberculoşilor infecţioşi să fie îndreptat în primul rând spre ţinta sterilizării lor bacteriologice şi numai în al doilea rând vindecarea anatomică a leziunilor.

7. Crearea organelor şi mijloacelor de supraveghere permanentă a tuberculoşilor sterilizaţi şi clinic vindecaţi.

8. Legiferarea unei protecţiuni sociale a indivizilor cari au suferit de tuberculoză pulmonară manifestă, când sunt muncitori sau angajaţi publici sau particulari.

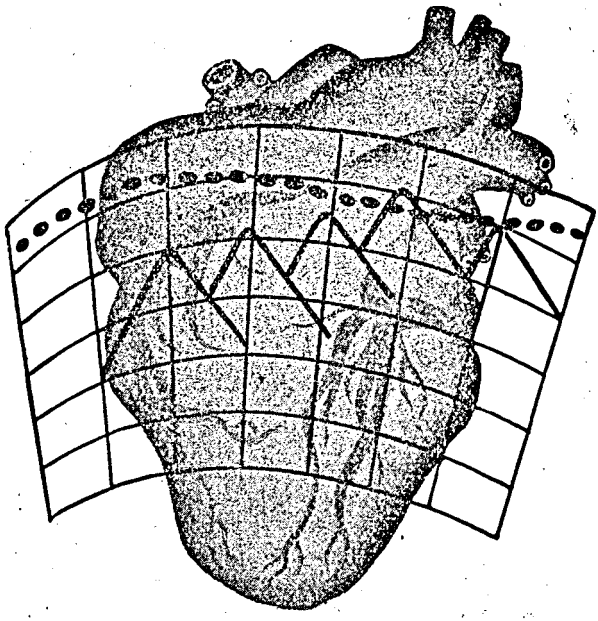
9. Interzicerea strictă a primirii în câmpul muncii a indivizilor cari poartă leziuni pulmonare incipiente, până la complecta lor vindecare.

10. Prohibirea consumului băuturilor spirtoase în mediul rural şi muncitoresc urban.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

11. Ridicarea nivelului cultural-social a mediului rural şi a muncitorilor urbani, prin îmbunătăţirea mijloacelor de existenţă şi obligativitatea realizării unui edilitarism muncitoresc, realizat de marile întreprinderi, prin colonii de locuinţe muncitoreşti igienice şi ieftine, pentru muncitorii şi angajaţii lor.

Problema combaterii tuberculozei trebue atacată din punct de vedere social şi numai ulterior din punct de vedere medical. Până acum a contribuit numai medicina şi rezultatul este **„pericolul extinderii"**, căci medicina nu va putea niciodată rezolva eficace această problemă, fără etatizarea organelor şi mijloacelor de combatere pe tărâm social al acestui flagel, care ne bântuie ţara.



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

Scilloral

BCU Cluj / Central University Library Cluj

posedă faţă de digitală avantajul unei mai mari elasticităţi şi adaptabilitate:

EFECT PROMPT
în urma condiţiunilor favorabile de rezorbţie,
TOLERANŢĂ PERFECŢĂ
DIUREZĂ BUNĂ
sunt caracteristicile produsului SCILLORAL

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

Asta Aktiengesellschaft, Chemische Fabrik, Brackwede

Eşantioane şi literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard" S. A. R. *Str. Sfţ. Ionică, 8 Bucureşti*

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA FRENICECTOMIEI IN TUBERCULOZA PULMONARA. INDICAŢII ŞI REZULTATE

de

D-r GH. BAJEU
Chirurg primar — Spitalul Tg.-Jiu.

Intrevăzută de Duchenne de Boulogne, a fost aplicată ca Frenicotomie de Stuertz, Bardenhaer, Schepelmann [1]), Sauerbruch [2]) şi modificată abia în 1922 de Willy Felix [3]), care, în urma unor studii anatomo-clinice mai precise, propune Frenicectomia — „Frenicusexereza" — Frenicotomia radicală — în fond Frenicotomie cu smulgerea capătului distal al nervului. Cu intenţia de a realiza mai eficace scopul operaţiei în sine: paralizia (imobilitatea şi retractarea) diafragmului. Simpla secţiune a frenicului nu avea decât o acţiune tranzitorie. Hemidiafragmul corespondent — imobilizat momentan, îşi recupera prea repede funcţiunea, care devenea aproape vecină de normal. Felix şi Goetze au avut rolul de a insista asupra rolului capital jucat de anastomozele frenicului în această restaurare rapidă după frenicectomie. Exereza capătului inferior le rupe în mod sigur şi adaugă apoi metodei o permanentizare necesară şi utilă. Principiul în sine pare a fi de natură orthopedică, iar aplicarea lui chirurgicală. Simbioză încercată încă în multe alte părţi ale chirurgiei, dar a cărui acţiune nu pare să fie tocmai aşa de simplistă [4]).

---

1) SCHEPELMANN: Einseitige Lungenimmobiliesierung durch Phrenicusresektion. — München Mediz. Woch. Martie 1913 — pag. 401.

2) SAUERBRUCH: Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch künstliche Lähmung des Zwerchfelles (Phrenicotomie) Münch. Mediz. Woch. 1913. No. 12 pag. 625.

3) FELIX W.: Anatomische, exprimentelle und klinische Untersuchungen über den Phrenicus und über die Zwerchfellinervation, — Deutsche Zeitsch — für Ch. 1922 pag. 282-297.

4) S'au observat cazuri de tuberculoză pulmonară frenicectomizată când nu s'a obţinut colabarea diafragmului şi totuşi vindecarea s'a produs. — E probabil prin cu totul alt mecanism. — De altfel tot Sauerbruch în alt articol critic apărut în Münch. Med. Woch. Nr. 22 din 1923, — atribue diafragmului un rol secundar în respiraţie, principala funcţiune ar fi de a menţine pe loc organele intraabdominale, iar Dunner şi Mecklemburg (die Einfluss der Phrenicusexeräse auf Atmung. — Deutsche Med. Woch. Nr. 34-1926) explică acţiunea frenicectomiei prin întreruperea căilor simpatice, care ar modifica starea pulmonară din punct de vedere secretor şi vasomotor.

Intrebuinţată ca o metodă curentă în tratamentul curativ al tuberculozei pulmonare la început ca operaţie de sine stătătoare, mai cu seamă în ţările germanice (Austria, Germania, apoi Elveţia), unde a fost supusă probelor exigente cerute de timp şi împrejurări — metoda s'a impus ca un capitol important în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare în toate ţările.

Necesitatea şi utilitatea ei a fost mai larg înţeleasă în apus, în combaterea acestei maladii sociale şi sanatoriile specializate în acest sens, s'au grăbit a-şi asigura concursul cihrurgical în permanenţă.

Este evident azi pentru toată lumea că, rezultatele frenicectomiei nu pot trece înaintea pneumotoracelui. Locul metodei pare a fi imediat după. Este situaţia ei fixată definitiv în cadrul celorlalte metode colapsoterapice.

In afară de „autonomia" de început, frenicectomia a mai fost utilizată şi ca „asociată" a pneumotoracelui cu rezultate variabile după autori, dar în general mulţumitoare (Frisch [5]), Mendl [6]), Zadek [7]), etc.). Tot sub formă de asociaţie a fost propusă şi în toracoplastii — cu indicaţii anumite. (Bérard şi Guilleminet [8]), Sauerbruch [9]), etc.).

In fine a mai fost utilizată ca „succedneu" al uneia sau alteia din celelalte metode de colapsoterapie. In acest sens s'a exagerat aşa de mult încât s'a afirmat că toate metodele de colabare pulmonară ar fi reversibile — adică s'ar putea încerca succesiv când una sau alta — au eşuat — ceea ce ar face ca indicaţiile lor să se confunde în cele din urmă. Afirmaţiunea nu rezistă unei analize sumare a faptelor. Mecanismul fiecăreia e diferit şi scopul fiecăreia rămâne diferit. Mai mult decât atâta. Uneori „se complectează" în mod fericit — cu rezultate care exclud orice idee de reversibilitate.

Exagerare ni se pare şi afirmaţiunea că acţiunea frenicectomiei se apropia mai mult de a toracoplastiei decât de a pneumotoracelui şi suntem mai aproape de adevăr când afirmăm eclectic că acţiunea ei însumează proporţional rezultatele ambelor metode.

In frenicectomie se îmbină simultan rolul activ al pneumotoraxului cu rolul mai mult pasiv al toracoplastiei.

Ceea ce ne face să eliminăm dela început o indicaţie de ordin general pusă de Perret şi Piguet [10]), ca o condiţie primă — indi-

---

5) FRISCH (A): Kombination von Pneumotorax und Phrenicotomie als Therapie der Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik der tuberc.. Nr. 53.

6) MENDL: Pneumotorax und Phrenicotomie. — Zeitschr. f, Tuberk. 1923 pag. 30-32.

7) ZADEK: Traitement combiné de la tuberculose pulmonaire par la résection du phrénique et le pneumothorax. — Analizat în Journal de Chirurgie 1924 Nr. 2 pag. 174.

8) BERARD şi GUILLEMINET: La Phrénicectomie seule où associée à la thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire. — Presse Medicale 1926 Nr. 30.

9) SAUERBRUCH: loco citat — crede că frenicectomia prealabilă ar fi un indicator preţios al unilateralităţii leziunilor condiţia primordială a toracoplastiei. —Ar fi capabilă să redeştepte leziuni stinse în partea opusă şi astfel ar constitui un fel de „test" util unei operaţiuni prea traumatizante şi al cărei rezultat ar fi atunci egal cu dezastrul.

10) PERRET (CH) ET PIGUET (CH). L'exérèse du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, Presse Medicale 1925 — Nr. 29 pag. 466.

cație tip împrumutată dela toracoplastie: „Semnele de scleroză cicatricială retractilă" cerute ca o condiție Sine qua non rămân bune pentru toracoplastie și nu constituie pentru frenicectomie o indicație de prim ordin!

Tot ca o indicație de ordin general și evident primordial — s'a cerut pentru frenicectomie ca sediul leziunilor să fie la baza pulmonară.

Este o condiție de succes, dar azi nu mai are interesul ce prezenta odinioară. Leziunile bazei sunt evident foarte bine influențate de frenicectomie, dar, după cum au arătat între alții Bernard [11]), Bérard [12]) și Guilleminet, etc., și tuberculozele ulceroase dela vârf sau din regiunea periscizurală sunt remarcabil ameliorate prin **rezecția** nervului. Concluzia lor este că „nu importă atât localizarea leziunilor cât capacitatea de retracție a țesutului patologic", — capacitate egală pentru pulmonul sănătos și diferită pentru pulmonul bolnav.

Nici unilateralitatea leziunilor nu mai apare cu aceeași riguroasă exigentă ca altădată. Este însă dela sine înțeles că vom avea rezultate mai bune la un frenicectomizat cu tuberculoză unilaterală decât la un bilateral, dar stricta unilateralitate reprezintă o conjonctură pe care o întâlnim extrem de rar. Când se prezintă un caz cu bilateralitate trebuește studiat în amănunțime, trebue să știm (atât cât ne permit mijloacele actuale de investigație), dacă leziunile sunt evolutive în ambele părți. Uneori leziunile unui pulmon sunt în formă de leziuni de scleroză stabilizate și numai în partea opusă evolutive. Frenicectomia în acest caz se poate face, cu condiția a se ține seamă de raportul real dintre toate metodele colapsoterapice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazuri de leziuni bilaterale evolutive de ambele părți frenicectomia se poate încerca, însă cu rezultate inconstante și fără mari speranțe. (Curti [13]), Dunner [14]), Sauerbruch, etc.).

Evident dacă frenicectomia dă pentru cazurile unilaterale rezultate favorabile — cazurile bilaterale nu trebuesc cu totul înlăturate, ci întotdeauna observate și discutate cu cea mai mare grijă înainte de orice decizie.

Un alt factor de reținut este și evolutivitatea leziunilor, care constituie o condiție imperioasă — cu cât intervenția e mai tardivă, cu atât rezultatele sunt mai puțin bune; cu cât intervenim mai de vreme, cu atât pronosticul e mai favorabil și rezultatele mai puțin inconstante. Uneori suntem îndreptățiți să intervenim și în cazurile neevolutive, care se caracterizează printr'o eliminare bacilară, fie chiar sporadică.

Din participarea pleurală și mai ales în **formele cu aderențe**, s'a făcut o contraindicație pentru pneumotorace și o indicație bună pentru frenicectomie. In formele cu epanșament pleural, frenicectomia este un adjuvant serios și util.

In concluzie, socotim drept indicații generale fundamentale: se-

---

11) BERNARD (F și H): Les effets thérapeuthiques de la phrénicectomie sur les lesions du sommet. — Soc. Med. des Hôpitaux de Paris 29 Avril 1927.

12) BÉRARD și GUILLEMINET: loco citat.

13) CURTI: Resultati a distanza della frenicotomia bilaterale. Il Policlinico Oct. 1927 — pag. 41.

14) DUNNER-SAUERBRUCH: loco citat.

diul leziunilor la bază, unilateralitatea, evolutivitatea şi participarea pleurală — în măsura în care ne-am încercat a o fixa şi cu impresia ce se degajă din orice statistică: pentru frenicectomie în deosebi — mai mult decât pentru orice altă metodă colapsoterapică — limitele nu sunt riguros fixate şi e locul să o întrebuinţăm în speranţa unor rezultate mai bune în toate cazurile în care găsim porţi de intrare în cadrul indicaţiilor generale de mai sus, fără să o consiliem pentru aceste motive „urbi et orbi".

Am amintit la început că frenicectomia s'a impus ca o **operaţie de sine stătătoare**, ca **auxiliară**, preţioasă şi în fine ca **succedaneu** al celorlalte metode colapsoterapice.

Drept **operaţie autonomă** este de încercat (cu observarea regulelor de mai sus) în **formele ulcerocazeoase cronice**, cu mai mult folos în stadiul de început decât în stadiul înaintat al tuberculozei.

Formele ulcero-fibroase sunt şi ele justiţiabile de frenicectomie, repetăm cu condiţia ca leziunile să nu fie prea vechi.

Sunt formele care implicit dau un procent mai mare de vindecări.

In formele **pneumonice acute**, eficacitatea frenicectomiei este mai puţin însemnată decât a pneumotoracelui.

Indicaţia socială (mai ales în mediul rural) intră într'o mică măsură în linie de socoteală, iar imposibilitatea din motive diverse a realizării unui pneumotorax sau unei operaţii mai grave cum este toracoplastia, dă uneori indicaţii pentru frenicectomie.

Ca operaţiune auxiliară o întrebuinţăm când pneumotoraxul e parţial realizat din cauza aderenţelor pleurale, în urmă unei simfize la baza pulmonului, sau când vrem să încetăm insuflaţiile după mai mulţi ani de tratament şi să exercităm cu toate acestea o oarecare presiune asupra pulmonului, frenicectomia, operaţie benignă şi de mică chirurgie, îşi găseşte indicaţia.

Frenicectomia mai serveşte şi ca o probă a integrităţii funcţionale a pulmonului opus, când socotim indicată o toracoplastie (Sauerbruch, indicaţie à rebours?), sau când ne mulţimim cu o toracoplastie susă sau joasă, dar redusă.

Tratamentul chirurgical al empiemului tuberculos este ajutat într'o măsură egală de frenicectomie (Dumarest, Bérard, etc.).

Ca succedaneu a fost încercată în cazurile în care pneumotoraxul sau toracoplastia s'au dovedit a fi ineficace, cu rezultate diferite dela caz la caz.

In afară de aceste indicaţii sistematizate de noi, putem uneori încerca frenicectomia bilaterală succesivă în cazuri de tuberculoză pulmonară bilaterală nu prea întinsă şi nici prea evolutivă cu foloase imediate incontestabile, dar cu rezultate îndepărtate egale neintervenţiei. Cu mai mult folos se pare în **bronşectaziile juxtadiafragmatice**, după o observaţie răsleaţă a lui Rist[15]).

Asociaţia maladiilor organice de natură tuberculoasă schimbă adesea pronosticul în bine sau în rău, iar maladiile organice în general

15) RIST: Un cas de bronchectasie juxta diafragmatique guérie par la phrénicectomie. Bull. Soc. med. Hôp. Paris. 11 Décembre 1942 Nr. 36.

(cord, ficat, stomac, diabet, etc.), nu constituesc o piedecă pentru frenicectomie.

Vom ţine seamă şi de vârstă. La o vârstă înaintată nu se vede folosul real, decât dacă leziunile sunt evolutive.

* * *

Evoluţia tratamentului chirurgical al tuberculozei pulmonare se îndreaptă astăzi către o asociaţie mai accentuată a tuturor metodelor colapsoterapice şi lucrările în acest sent sunt deja destul de numeroase.

Nu numai atât, dar însăşi frenicectomia ca operaţie autonomă, s'a căutat să fie complectată în efectele ei prin adăogirea altor metode cum este de pildă rezecţia frenicului şi a primei coaste (procedeul Iacobovici[16]), sau rezecţia nervilor intercostali (Friederich[17]), ori frenicectomie cu rezecţia scalenului sau ligamentelor pleurale.

Am utilizat frenicectomia simplă prin incizie verticală (tip. Goetze), de 3—4 cm. Uneori a fost nevoie de anestezia în plagă a frenicului, iar consideraţiile de estetism le-am tratat (când nevoia s'a simţit), fie cu aplicarea de mastizol după 24—48 ore cu scoaterea agrafelor, fie, cu incizia orizontală.

In privinţa rezultatelor noastre ne mulţumim să dăm deocamdată numai concluziile la care am ajuns şi pentru o mai amplă înţelegere şi simplificare le-am împărţit (ca de obiceiu) în imediate şi tardive).

Pe 56 cazuri, în care frenicectomia a fost unilaterală, efectuată la Sibiu, 43 cazuri la Craiova şi 5 cazuri la Tg.-Jiu, ca rezultate clinice imediate, am notat:

1) **Temperatura** a scăzut în majoritatea cazurilor după 2—3 zile spre 37°.

2) **Starea pulsului** a urmat temperaturei.

3) **Respiraţia**, după o mărire temporară (1—2 zile) a amplitudinei şi frecvenţei, şi-a revenit la starea dinainte.

4) **Starea generală şi pofta de mâncare** mult ameliorate.

5) **Tusea şi junghiul (durerile)** au dispărut treptat, treptat, la unii complect, la alţii mai puţin.

6) **Expectoraţia** diminuă în cazurile cu leziuni fibroase, iar în caverne după o perioadă de creştere (de „golire a cavernei", cum se zice), a început a diminua.

In aceiaşi măsură au dispărut şi bacilii din câmpul microscopic.

7) Pe 5 cazuri de frenicectomii bilaterale am observat diminuarea temperaturei spre 37°,5, pentru a se ridica din nou după 10—15 zile la nivelul anterior. Frenicectomizaţi în partea opusă, temperatura părea a se fi stabilizat în jurul lui 37°—37°,5. Starea lor generală şi tusea s'a ameliorat uneori fără să ajungă măsura celor frenicectomizaţi uni-

16) Prof. IACOBOVICI: Frenicectomia asociată cu rezecţia coastei I-a Revista Ştiinţelor Medicale. 1925 Nr. 12.

17) FRIEDERICH (P).: Die operative Methodik bei der chirurgichen Behandlung der Lungentuberkulose durch Rippenabtragung, operative Phrenicus und Intercostalennervenlähmung.

Archiv für klin Ch. No. 105 — anul 1914.

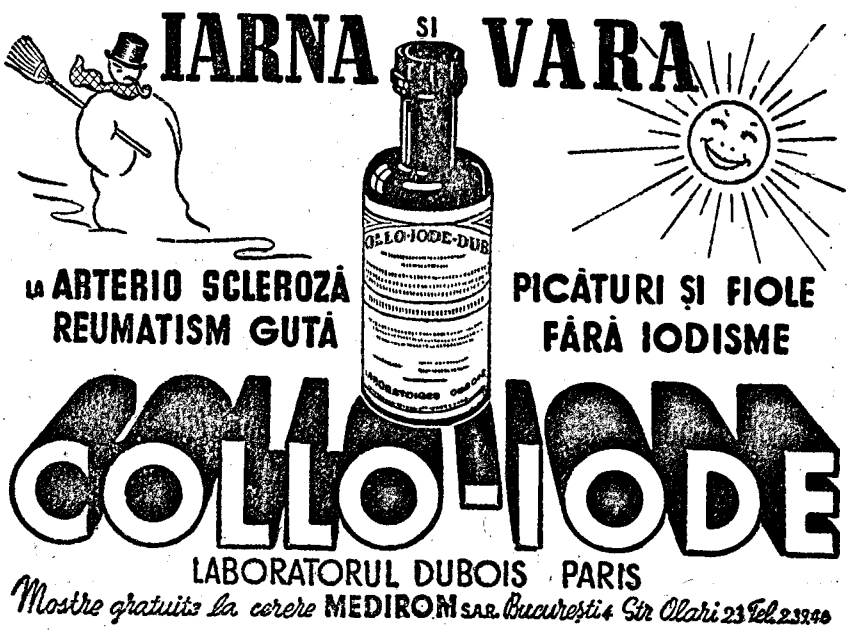
lateral. Rezultatele noastre în formele bilaterale nefiind prea concludente, ne propunem a reveni.

8) **Examenul radiologic** a arătat în toate cazurile o imobilitate imediată cu ridicarea hemidiafragmului corespunzător ce varia dela 3—8 centimetri. Colaborarea a fost mai accentuată la dreapta decât la stânga şi nu am găsit niciun paralelism între lungimea frenicului extirpat şi nivelul ridicărei diafragmului. Intr'un caz de frenicectomie stângă în care s'a extirpat o lungime de frenic de 28 cm., colabarea a fost de 5 cm.

In privinţa leziunilor propriu zise, modificările au fost parţiale, timpul de ospitalizare, variind între 48 ore—2 săptămâni.

9) **Rezultatele îndepărtate** nu le-am putut încă procura. De altfel urmărirea lor cere neapărat condiţii de sanatoriu şi de statistică aproape imposibil de realizat la noi. Ne dăm însă perfect de bine seama, că realizarea unei astfel de statistici cu probe clinice şi de laborator luate înainte şi după, e peste orice obiecţiune şi satisfac toate exigenţele pentru fixarea definitivă a cadrului unei atare operaţiuni. Ceea ce am obţinut până acum ca rezultate imediate, ne face să afirmăm că frenicectomia este o operaţiune utilă şi benignă (şi ca execuţie şi ca rezultat) şi rămâne de încercat alături de celelalte metode de tratament chirurgical în tuberculoza pulmonară cu indicaţiile fixate mai sus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România.

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

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.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL TOXICOMANIILOR IN ROMANIA

de

D-r CONSTANTIN DANIEL şi **D-r ILIE MINCIU**
Asistent Universitar — Asistent Universitar

Problema toxicomaniilor a fost puţin studiată în ţara noastră, mai ales din cauza numărului foarte redus de bolnavi.

Intr'adevăr, comparativ cu alcoolismul, toxicomaniile dau un număr mult mai redus de victime.

Totuşi, din punct de vedere social, elementele din care se recrutează viitorii toxicomani sunt în general intelectuali-medici, liberi profesionişti, pe când alcoolicii sunt în mare parte în ţara noastră muncitori (51%, după statisticile noastre), plugari (18%), iar mici funcţionari (16%).

De aceea consecinţele sociale ale toxicomaniilor nu trebuesc minimalizate, mai ales dacă ţinem seamă că se distrug o serie de plusvalori sociale, greu de înlocuit în ţări cu o elită socială numericeşte redusă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Că aceste consideraţiuni sunt juste, ne-o arată decadenţa Chinei imperiale, condiţionată de abuzul de opiu al claselor conducătoare şi dispariţia civilizaţiei Maya din America Centrală (abuz de Peyotl).

Pe de altă parte, numărul mare de victime pe care îl oferă profesiunile medicale (medici, farmacişti, studenţi în medicină, surori infirmiere, agenţi sanitari, laboranţi, etc.), trebue să ne facă să reflectăm asupra consecinţelor sociale ale toxicomaniilor.

Tot astfel în războiul trecut şi în epoca postbellică s'a putut constata în toate ţările o creştere considerabilă a toxicomaniilor, condiţiile create de starea de război, favorizând întrebuinţarea stupefiantelor. Se cere de aceea o atenţie deosebită actualmente asupra acestei probleme, mai ales fiindcă în alte ţări sunt pe cale de desvoltare toxicomanii noi şi foarte grave (cu barbiturice).

Tocmai din cauza condiţiilor de mediu care conduc la apariţia unei epidemii de toxicomanii, aceste intoxicaţii cronice cu stupefiante, sunt diferite dela o ţară la alta, dela un mediu social la altul, atât prin aspectele lor clinice cât şi prin consecinţele lor sociale.

Ni s'a părut interesant să redăm unele aspecte ale toxicomaniilor în ţara noastră.

Trebue însă să arătăm dela început numărul foarte redus de toxicomani ce îl avem, faţă de alte ţări. Aceasta explică în parte

şi numărul mic de cercetări făcute asupra acestor probleme, căci în afară de cercetările Prof. **Obreja**, D-ri **I. Constantinescu** şi **Gh. Badenschi** (1933), de studiul lui **J. Ghelerter** (1931), de articolul lui **A. Dosios** (1939) şi de tezele lui **T. S. Vasilescu** (1929), **V. Gogan** (1928) şi **V. Antoniu** (1934), nu găsim un număr prea însemnat de publicaţii.

Datele asupra toxicomaniilor au fost luate dela 50 bolnavi care au fost îngrijiţi pentru dezintoxicare în Spitalul Central de Boli Mintale şi Nervoase din Bucureşti.

Bolnavilor li s'a făcut un examen somatic, neurologic şi psihic amănunţit, li s'au făcut o serie de examene şi analize biologice şi la o parte din ei s'au făcut anchete sociale minuţioase.

Naţionalitate

Din cei 50 de bolnavi toxicomani,

78% erau Români
20% „ Evrei
2% „ de altă naţionalitate

Trebue remarcat marea proporţie de evrei printre toxicomani, fapt relevat şi de **Pohlisch**, mai ales că în statisticele făcute asupra alcoolicilor internaţi în spitalele noastre, numai 2% din bolnavi erau evrei.

Acesta este încă un argument în favoarea tezei lui **Pohlisch** şi a lui **Wuth** care descriu rasa, constituţia, temperamentul şi mediul social din care se recrutează morfinomanii în opoziţie cu alcoolicii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V â r s t ă

Bărbaţi

Vârstă	20—29	30—39	40—49	50—59
Nr. bolnavilor	4	17	8	1
Procent	13%	57%	27%	3%

Femei

Vârstă	20—29	30—39	40—49	50—59
Nr. bolnavelor	8	7	4	1
Procent	40%	35%	20%	5%

După cum se vede nu am avut niciun bolnav de peste 60 ani, sau sub 20 ani.

Pe de altă parte, cel mai mare număr de bolnavi au între 30 şi 39 ani, iar cel mai mare număr de bolnave, între 20 şi 29 ani.

Această precocitate mai mare a bolnavelor, se poate datora şi existenţei unor factori constituţionali predispozanţi mai frecvenţi la femei (acelaşi lucru se constată şi în alcoolismul femeilor, unde cel mai mare număr de bolnave au între 20 şi 29 ani), sau sensibilităţii mai mari la toxic a femeilor.

Sex:

Am avut 30 de bolnavi şi 20 de bolnave, ceea ce înseamnă că 40% erau femei. Nu putem confirma astfel datele lui Ghelerter, care arată că în România ar exista un procent foarte mic de bolnave toxicomane, faţă de bolnavi.

Stare civilă

Dintre bolnavi:

56% erau căsătoriţi
37% „ necăsătoriţi
7% „ divorţaţi

Dintre bolnave:

65% erau căsătorite
15% „ necăsătorite
15% „ văduve
5% „ divorţate

Este de remarcat marea proporţie de bolnave care nu au soţi (35%), ceea ce constitue evident un factor predispozant sau o consecinţă a toxicomaniei.

Printre bolnavii noştri am avut trei cazuri când s'au internat pentru dezintoxicare soţul şi soţia.

Copii

Din cei 30 bolnavi:

3 bolnavi au 1 copil
2 „ „ 2 copii
1 „ are 3 copii

In total 20% din bolnavii noştri cu copii iar 80% din ei nu au copii.

Din cele 20 bolnave:

— 3 bolnave au 1 copil
— 1 bolnavă are 2 copii

Numai 25% dintre toxicomane au copii, iar 75% nu au.

Această sterilitate remarcabilă a toxicomanilor (80% dintre bolnavi şi 75% dintre bolnave), este în legătură cu diminuarea instinctului sexual, pe care o exercită în general stupefiantele, şi este în legătură cu impotenţa şi frigiditatea precum şi cu alteraţiile endocrine pe care le produc substanţele derivate din opiu.

E locul să subliniem diferenţa ce există din acest punct de vedere între toxicomani şi alcoolicii zişi profesionali, care au de obicei un număr important de copii.

Această sterilitate a toxicomanilor este într'o măsură compensată de defectele şi tarele cu care se nasc de obicei copii toxicomanilor (e vorba de influenţa asupra phenotipului şi nu asupra genotipului, aceste tare nu sunt deci transmisibile într'un număr infinit de generaţii ca la alteraţii determinând mutaţiuni asupra idioplasmei).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum s'a semnalat, copiii de femei toxicomane fac deseori convulsiuni sau stări grave sincopale după naştere, dacă nu li se administrează stupefiante; e vorba deci de o toxicomanie a copiilor „in utero" determinată de trecerea substanţei stupefiante prin placentă.

Cultură

54% dintre bolnavii noştri au făcut studii universitare sau au urmat cursurile unei şcoli superioare.

16% au urmat cursul superior al liceului sau a unei şcoli superioare.

24% au între una şi patru clase de liceu sau echivalente, şi

6% au patru clase primare.

Se vede şi de aici că toxicomanii survin la indivizi cu o cultură destul de desvoltată şi care fac parte din straturile superioare ale societăţii.

Aceasta poate fi datorit preţului ridicat al stupefiantelor, cum s'a obiectat de autori americani, dar se naşte întrebarea de ce nu apar toxicomanii tocmai la indivizii cu o bună stare materială (comercianţi, proprietari) care dacă preţul ridicat al stupefiantelor ar fi în cauză, ar trebui găsiţi într'o proporţie însemnată printre toxicomani.

Locul de origină

— 62% din totalitatea bolnavilor noştri locuiau în Capitală;
— 12% locuiau în municipii.
— 4% locuiau la ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste date ne arată de asemenea însemnătatea mediului social în determinismul toxicomaniei şi faptul că un aşa de mare număr de bolnavi sunt originari din Bucureşti, ne demonstrează rolul prozelitismului şi al contagiozităţii în apariţia unei „epidemii" toxicomaniace.

Dealtminteri chiar bolnavii care locuiau la ţară, făceau dese călătorii la Bucureşti, erau amândoi proprietari agricoli şi aveau liceul.

In Germania s'a putut arăta că într'o anumită regiune se întâlneşte un anumit fel de toxicomanie şi aceasta pare un argument serios în sprijinul acelora care cred că influenţele mediului social joacă un rol însemnat în declanşarea unei toxicomanii.

Profesiune

Dintre bolnavi:

— 47% aveau profesiuni sanitare
— 12% nu aveau profesiune
— 10% erau avocaţi
— 10% erau artişti
— 10% erau funcţionari
— 6% proprietari agricoli
— 3% erau ofiţeri şi
— 3% erau comercianţi

Dintre bolnave:

— 45% au o profesiune şi
— 55% sunt casnice

Dintre cele cu o profesiune, una era medic, două erau artiste, patru erau surori-infirmiere, una era profesoară şi una era studentă. Dar 57% dintre bolnavele cu o profesiune, au o profesiune medicală.

Trebue să remarcăm proporţia foarte însemnată a profesiunilor medicale printre toxicomani (46% din totalul bolnavilor şi 57% dintre femeile toxicomane cu o profesiune).

Este evident că nu poate exista un factor constituţional mai ales în aceste profesiuni sanitare şi că ceea ce determină instalarea unei morfinomanii este facilitatea de a-şi procura stupefiantul, prozelitismul, cunoştiinţe tehnice, etc., care se întâlnesc în profesiunile medicale.

De aceea aserţiunile unor autori mai vechi care descriu o constituţie specială toxico-maniacă, par puţin veridice în lumina datelor sociale ale morfinomanilor.

Dar tot atât de frapant ca şi numărul însemnat de profesiuni sanitare, apare numărul mare de femei toxicomane care au o profesiune (45%). Acest fapt se constată dealtminteri şi în alcoolism, unde 38% din femeile alcoolice au o profesiune.

Este un argument serios pentru rolul ce-l joacă epuizarea, astenia şi în genere nevoia de stimulente sau de tonice, care a fost incriminat ca fenomen cauzal al toxicomaniilor de orice fel, inclusiv al alcoolismului, în apariţia toxicomaniilor.

Dar marele număr de femei care au o profesiune, este un argument pentru rolul însemnat ce-l joacă mediul social şi factorii legaţi de societate în geneza toxicomaniilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hereditate

Dintre pacienţii noştri, 8 au avut ascedenţi sau colaterali suferind de boli mintale.

Dintre aceştia, numai doi bărbaţi (ceea ce dă 7% ereditate psihopatică pentru toxicomanii bărbaţi) şi 6 femei (ceea ce înseamnă 30% ereditate psihopatică printre femei).

De altminteri şi vârsta tânără la care apar toxicomaniile la femei, numărul mai mare de turburări mintale existente la femeile toxicomane, în afară de această ereditate psihopatică, ne îndreptăţeşte să acuzăm rolul factorului constituţional mai accentuat la femei, decât la bărbaţi.

De altfel, **Pohlisch** găseşte acelaş lucru la femeile alcoolice, şi într'un studiu asupra bolnavelor alcoolice internate în Spitalul Central de Boli Mintale şi Nervoase, am putut confirma această aserţiune.

Faţă de cercetătorii străini, găsim, este drept, o proporţie mult mai mică de taraţi din punct de vedere eredobiologic printre toxicomani.

Pohlisch dă, pe 132 de ascendenţi de morfinomani, 36% cu diverse psihoze, psihopatii şi toxicomanii.

Anchetele asupra hereditătii psihice a bolnavilor noştri au fost făcute în mod conştiincios şi credem că cifrele date reprezintă realitatea exactă în ceea ce priveşte numărul ascendenţilor taraţi.

Dar credem că trebue ţinut seama de un factor pe care mediul social românesc îl oferă într'un grad mai redus; rolul de revelator al unei constituţii psihopatice pe care îl joacă alcoolul, stupefiantele, viaţa de metropolă cu prostituţia, furtul, perversiunea sexuală, existentă în orice oraş mare.

Adică la factori psihopatici ereditari egali, acela care va trăi în astfel de medii sociale, va putea desvolta o serie de manifestaţiuni psihopatice (furt, prostituţie, toxicomanie, alcoolism, perversiune sexuală), grave, pe când acela care va trăi într'un sat de munte nu va putea face dovada constituţiei sale psihopatice din lipsa ocaziilor de a deveni pervers sexual, toxicoman, alcoolic mare, etc.

In ceea ce priveşte bolnavii şi bolnavele care au început să uzeze de stupefiante după 30 ani, toţi ne-au invocat drept cauză a toxicomaniei, o afecţiune organică dureroasă — pe care am putut-o constata de cele mai multe ori în mod obiectiv.

Hereditatea şi turburările mintale

Din cei 8 bolnavi cu ereditate psichotică şi psichopatică, 3 adică (37%) au avut turburări mintale grave consecutive abuzului de stupefiante.

Ori din restul bolnavilor noştri de 42, care nu au antecedente psichotice sau psichopatice în ascendenţă, 7 adică 17%, au prezentat consecutiv toxicomaniei o psichoză manifestă.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Library Cluj

Deci, bolnavii cu tare ereditare psichice au avut de două ori mai des consecutiv toxicomaniei, psichoze tipice decât cei netaraţi.

Rolul acestor tare psihice pare deci evident în determinismul psichozelor toxicomaniace.

Stupefiantele utilizate

Din cei 30 bolnavi:
— 60% (18) făceau morfină;
— 7% (2) „ pantopon;
— 7% (2) „ Eukodal;
— 26% (8) erau politoxicomani;

Din cele 20 bolnave:
— 55% (11) făceau morfină;
— 5% (1) „ pantopon;
— 10% (2) „ Dolantin;
— 30% (6) erau politoxicomane;

După cum vedem, mai mult de jumătate din bolnavi, făceau morfină.

In ceea ce priveşte bolnavii politoxicomani, trebue să arătăm că făceau dozele cele mai ridicate de stupefiante şi deveniseră toxicomani de mai mult timp. De asemenea ei erau acei care aveau o hereditate mai încărcată.

Din punct de vedere al stupefiantelor utilizate, cităm cazul unui bolnav care prezentase o intoleranță la morfină și care făcea actualmente morfină asociată cu atropină.

De asemenea am avut două cazuri de toxicomanie cu Dolantin, prezentând atât din punct de vedere al evoluției cât și a simptomelor fenomene din cele mai interesante. La amândouă aceste bolnave, existau halucinații vizuale, un delir persecutoriu, un delir erotomaniac și turburări cardiace de ritm asociate cu semne de iritație piramidală și un sindrom extrapiramidal.

La un singur bolnav am constatat asociația de morfină cu barbiturice, astfel că toxicomania cu barbiturice și hipnotice (luminal, veronal, phanodorm, bromuri), frecventă în Germania, pare a fi destul de rară la noi.

De asemenea am avut un singur bolnav care era și alcoolic și care făcea de altminteri cantități relativ mici de morfină și intermitent — prezentând un minimum de fenomene de abstinență și de intoxicație.

Acest bolnav era și homosexual și fusese condamnat pentru diferite delicte de drept comun.

In acest caz era vorba de un „polipervers" la care toxicomania morfinică era un simplu episod al constituției sale psihopatice.

Se știe de altminteri raritatea asociației morfinomanie — alcoolism, — atât constituția fizică cât și cea psihică și ereditatea acestor două categorii de bolnavi fiind cu totul diferită.

2 bolnavi făceau pe lângă morfină și heroină și numai o singură bolnavă a avut o perioadă când făcea numai heroină.

Este demn de semnalat lipsa unor toxicomanii (sau cel puțin raritatea lor), care în alte țări sunt foarte frecvente.

Nu am întâlnit bolnavi care făceau hașiș, eter, paraldehidă, benzină, scopolamină, — și mai ales este necunoscută în țara noastră toxicomania cu „Marijuana" (cannabis indica), atât de răspândită actualmente în Mexic și Statele-Unite.

Nu am avut niciun bolnav „fumător de opiu" (este drept că dezintoxicarea opiomanilor este destul de ușoară). Ceea ce predomină în țara noastră este marfinomania.

Cantitățile de stupefiante utilizate

Pentru bolnavi avem următoarele date după declarațiile lor, ale familiei și după constatările din timpul dezintoxicării.

Morfină

Bărbați

1-4 ctg.	5-9 ctg.	10-19 ctg.	20-29 ctg.	30-39 ctg.	40-49 ctg.	50-59 ctg.	60-79 ctg.	80-99 ctg.	100-119 ctg.	120 și peste
—	1	4	5	2	—	1	8	—	3	3
—	4%	15%	18%	7,5%	—	4%	30%	—	11%	11%

Cluj Central University Library Cluj

Femei

1—4 ctg.	5—9 ctg.	10—19 ctg.	20—29 ctg.	30—39 ctg.	40—49 ctg.	50—59 ctg.	60—79 ctg.	80—89 ctg.
—	2	6	4	—	2	—	1	1
—	12%	37%	25%	—	12%	—	6%	6%

Cea mai mare cantitate de morfină era făcută de trei bolnavi care îşi injectau peste 1,20 gr. zilnic, iar un bolnav mergea până la 1,35 gr. zilnic.

După cum se vede, bolnavele noastre au făcut cantităţi mult mai mici de morfină decât bărbaţii, maximum de morfină făcut de o bolnavă este de 0,80 ctg.

De asemenea cei mai mulţi bărbaţi au făcut între 0,60—0,80 ctg. şi peste, cele mai multe din bolnave au făcut între 0,5—0,29 ctg.

Acest fapt se poate pune şi pe seama unei obişnuinţe mai lente la femei (obişnuinţă luată în sensul de nevoia de a creşte dozele).

In ceea ce priveşte celelalte stupefiante:

— *Pantopon* s'a făcut până la 0,20 ctg. zilnic;
— *Dolantin* „ „ „ „ 50 fiole zilnic;
— *Heroină* „ „ „ „ 0,80 ctg. zilnic.

Dezintoxicări anterioare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cei 50 bolnavi ai noştri, 25 (50%) făcuseră anterior cure de dezintoxicare şi au reluat utilizarea de stupefiante după dezintoxicare.

Dintre cele 20 femei toxicomane, numai 8 (40%) făcuseră anterior cure de dezintoxicare, pe când din cei 30 de bolnavi, 17 (57%), au mai fost dezintoxicaţi înainte.

Aceasta vine să confirme pronosticul grav pe care îl au toxicomaniile şi frecventele recidive ale toxicomaniilor, după ce au fost dezintoxicate.

Dacă actualmente un număr mai însemnat de toxicomanii nu mai recidivează (statisticele vechi dădeau 5%—15% vindecări definitive la toxicomani), aceasta credem se datorează faptului că avem de-a-face cu mai mulţi bolnavi de tipul „poliperverşi" la care toxicomania nu reprezintă decât un episod în calea manifestărilor morbide ale constituţiei lor psihopatice.

Durata toxicomaniei

Se cunosc gravele consecinţe ale toxicomaniilor de orice fel şi caşexia cu sau fără tuberculoză pulmonară, ciroză sau asistolie pe care o fac morfinomanii şi mai ales heroinomanii.

De aceea durata vieţii unui toxicoman este foarte redusă şi nu depăşeşte 30 de ani dela începerea toxicomaniei.

In ceea ce priveşte bolnavii noştri, am avut următoarele date:

Bărbați

1 an și mai puțin	2 ani	3—5 ani	6—10 ani	11—20 ani	peste 20 ani
4	9	10	5	1	1
13%	30%	33%	16%	5,5%	3,5%

Femei

1 an și mai puțin	2 ani	3—5 ani	6—10 ani	11—20 ani	peste 20 ani
5	6	2	5	2	—
25%	30%	10%	25%	10%	—

După cum se vede, cei mai mulți dintre bolnavi făceau de 2 până la 5 ani stupefiante.

Bolnavele făceau în cea mai mare parte de mai puțin de un an până la 2 ani.

Se pare deci că femeile au venit mai de vreme pentru a se dezintoxica în spital — aceasta fiindcă accidentele date de intoxicație au fost mai precoce la femei.

De asemenea nu am avut decât un singur bolnav care făcea de mai mult de 20 de ani morfină — de altminteri acest bolnav a sucombat în urma unui icter grav făcut după dezintoxicarea sa în spital.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este absolut excepțional ca un bolnav să suporte peste 20 de ani cantități însemnate de stupefiante.

Cauza incriminată de pacienți a toxicomaniei.

Se știe facilitatea cu care toxicomanii ne dau explicații pe cât de ample și detailate, pe atât de inexacte asupra durerilor și suferințelor pe care au fost siliți să le calmeze prin morfină.

De aceea dăm datele de mai jos sub beneficiu de inventar, și fără să le acordăm o valoare absolută.

Din cei 30 de bolnavi, 22 au declarat că au început toxicomania, vrând să-și calmeze dureri mai mult sau mai puțin violente (operații, nevralgii, hemoroizi).

Din cele 20 bolnave, 16 acuză drept cauză a toxicomaniei, aceleași dureri.

O bolnavă ne-a afirmat că a devenit toxicomană, în urma injecțiilor de morfină ce i le-a făcut soțul ei medic, care se temea ca pacienta să nu divorțeze de el.

Ceilalți ne-au spus că au făcut „din curiozitate, pentru a-și alina suferințe morale, din cauza plictiselii".

Turburări psihice

Vom avea în vedere aici numai turburările psihice existente în afara stărilor de carență (când apar manifestări mintale polimorfe de aspect psihogen).

Din cei 50 de bolnavi ai noştri, 10 (20%), au prezentat psihoze manifeste, 5 femei (25%) şi 5 barbaţi (17%).

Dintre femei:

— Idei de persecuţie, erotomanie, idei megalomanice.
— Psihoză halucinatorie, anxioasă, cu elemente persecutorii.
— Idei de persecuţie megalomanice.
— Delir de persecuţie.
— confuzie mintală.

Dintre bărbaţi:

— Stare confuzivă
— Sindrom schizoid
— Delir de persecuţie şi marital.
— Delir marital, idei obsesive, erotomanie.
— Stare confuzivă.

In afară de aceşti bolnavi, un foarte mare număr au turburări de caracter, stări de obnubilaţie şi stări depresive.

Astfel trei bolnavi au venit cu stări depresive uşoare cu anxietate, idei hipocondriace, etc., şi 11 bolnavi prezentau turburări de caracter care mergeau dela irascibilitate şi violenţe, până la furturi, vagabondaj, homosexualitate.

In total, din cei 30 bolnavi bărbaţi, 19 (65%) au prezentat turburări mintale înainte de dezintoxicare.

Tot astfel, trei bolnave femei, prezentau stări depresive, din care una un sindrom melancolic mai accentuat şi 8 bolnave au avut turburări de caracter unde delictele sexuale, prostituţia, vagabondajul şi furturile predominau.

In total deci 16 bolnave (80%) au avut turburări mintale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburări organice
(la internare)

Bolnavii au prezentat turburări organice care erau mai mult sau mai puţin accentuate.

Din cei 50 bolnavi, 13 nu au prezentat la examenul clinic niciun fel de turburări organice manifeste, ceea ce înseamnă că restul de 37 (74%) au avut turburări din partea organelor interne, mai mult sau mai puţin grave.

Astfel:

— 15 bolnavi au prezentat un ficat mărit, dureros sau fenomene de insuficienţă hepatică marcată (30%)
— 4 bolnavi (8%) aveau tuberculoză pulmonară.
— Turburări cardiace s'au constatat la 9 bolnavi (18%) — hiposistolie, asistolie, hipotensiune marcată, extrasistole.
— Fontă musculară şi caşexie există la 11 bolnavi (22%).
— La 4 bolnavi s'au observat crize de astm (8%).
— Furunculoză şi abcese cutanate aveau 6 bolnavi (12%).

Turburări neurologice

Din punct de vedere neurologic, un mare număr de bolnavi au avut turburări, astfel:

9 bolnavi (18%) aveau reflexul foto-motor foarte slab sau abolit.

17 bolnavi aveau mioză sau midriază marcată şi persistentă.

Inegalitate pupilară s'a constatat la mulţi bolnavi.

Reflexele osteo-tendinoase au fost găsite foarte exagerate la 10 bolnavi (20%).

Reflexele osteo-tendinoase au fost slabe la 8 bolnavi (16%).

In fine, la trei bolnavi s'a găsit fie reflexul achilian, fie reflexele achiliene şi patelare abolite, fiind vorba de leziuni medulare, sau polinevritice produse de intoxicaţia cronică.

Primul din aceşti bolnavi făcea de 4 ani 0,60 ctg. de morfină, prezenta o tuberculoză pulmonară, o splină mărită, turburări cardiace şi neurologic, reflexul achilian drept abolit, cu parestezie în amândouă membrele inferioare şi fără turburări de sensibilitate profundă.

Al doilea şi al treilea bolnav, făceau 0,80 şi 1 gr. morfină zilnic, având reflexele patelare şi achiliene abolite, pe lângă ficat mare, dureros şi o caşexie marcată.

La doi bolnavi s'a constatat un semn a lui Babinsky la internare şi la doi sindrome cerebeloase nete.

La două bolnave (toxicomanii cu Dolantin), am văzut fenomene extrapiramidale — tremurături statice, contractură de tip extrapiramidal, etc.

Ni s'a părut însemnat să semnalăm două fapte în legătură cu turburările neurologice la toxicomaniaci:

1. Turburările neurologice se accentuează mult în perioada de dezintoxicare, mai ales la începutul ei.

2. O mare parte din turburările neurologice (tremurături, turburări pupilare, reflexe vii, slabe, dislalia), se amendează sau dispar total, în cursul dezintoxicării şi examenul neurologic ni s'a părut cel mai bun semn pentru a urmări progresele dezintoxicării.

Fenomene de carenţă

In ceea ce priveşte fenomenele de carenţă, deşi s'a aplicat în 78% dintre bolnavi metoda bruscă, nu am constatat accidente grave.

Turburările psihice existente deja, s'au accentuat mult, stări de agitaţie puternice, manifestări psihogene, delirante, halucinatorii, au apărut însă într'un număr relativ mic de cazuri, mai ales datorită faptului că cea mai mare parte a bolnavilor au primit doze mari de barbiturice un timp îndelungat şi în urma tratamentului prin come insulinice care s'a aplicat la un număr însemnat de bolnavi.

Fenomene grave de intoxicaţie în raport cu dozele de morfină utilizate

Bărbaţi (morfinomani)

Doze zilnice	0,05—0,29 ctg.	0,30—0,79 ctg.	1 gr. şi peste
No. bolnavilor	10	11	6
Psihoze	2	1	2
Sindr. neurol.	2	2	4
Afecţiuni interne	3	10	6

Nu s'au trecut în aceste tablouri decât psihoze marcate, turburări neurologice serioase şi afecţiuni organice tipice.

Femei (morfinomane)

Doze zilnice	0,05—0,19 ctg.	0,10—0,39 ctg.	0,40—0,89 ctg.
No. bolnavelor	18	4	4
Psihoze	1	1	1
Sindr. neurol.	4	2	3
Afecţ. interne		1	3

Nu s'au trecut în aceste tablouri decât psihoze marcate, turburări neurologice serioase constituind un sindrom tipic şi afecţiuni organice constituind o maladie serioasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din aceste tablouri putem deduce sensibilitatea mai mare faţă de morfină a femeilor.

Dar tot astfel se poate vedea că apariţia turburărilor mintale nu este în raport direct cu doza utilizată.

In ceea ce priveşte turburările organice şi întru câtva cele neurologice, ele par să fie în raport direct cu dozele de morfină utilizate.

Se pare deci, după cum s'a accentuat şi de autorii mai vechi, că în unele cazuri, turburările mintale în toxicomanie sunt preexistente abuzului de stupefiante, ele nu sunt deseori decât revelate de toxic şi nu produse în mod direct.

Durata toxicomaniei în raport cu turburările grave de intoxicaţie

Avem următoarele date:

Bolnavi

Durata toxicomaniei	1 an şi până	2 ani	3—5 ani	6—10 ani	peste 10 ani
Nr. total al bolnavilor	4	9	10	5	2
Psihoze	—	1	2	1	1
Sindr. neurol.	—	2	3	2	1
Afecţ. grave interne	—	7	8	4	2

Bolnave

Durata toxicomaniei . .	1 an şi până	2 ani	3—5 ani	6—10 ani	peste 10 ani
Nr. total al bolnavilor .	5	6	2	5	2
Psihoze	—	2	—	2	1
Sindr. neurol. . .	—	3	2	3	1
Afecţ. grave interne .	—	3	2	3	2

Nu s'a trecut decât turburările psihice constituind o psihoză manifestă în aceste tablouri, precum şi turburările neurologice şi interne grave.

După cum se poate constata, nu există un raport între durata toxicomaniei şi turburările psihice, ceea ce arată rolul declanşator şi nu cauzal al toxicomaniei.

Din contră, există un oarecare raport între durata toxicomaniei şi intensitatea şi gravitatea turburărilor neurologice şi psihice — în sensul că la toxicomanii vechi aceste turburări sunt mai frecvente.

Discuţia faptelor

Pare evident, după datele prezentate mai sus, că geneza unei toxicomanii nu poate fi datorită unui factor unic — hereditar, social sau psihopatologic.

In realitate şi aici ca şi în studiul unor psihoze nu trebue să ne întrebăm dacă toxicomania este datorită în mod exclusiv unei tare ereditare, mediului social sau unor factori psihici, ci cât a contribuit fiecare din aceşti factori la determinismul acelei toxicomanii.

Colecţia Muzeului Naţional de Istorie a Medicinei

Intr'adevăr, găsim o serie de fapte care ne îndreptăţesc să afirmăm rolul tarelor hereditare psihice în geneza toxicomanilor:

1. Hereditate psihopatică marcată (mai frecventă la femei ca la bărbaţi).
2. Apariţia de psihoze manifeste la toxicomani care fac cantităţi mici de stupefiante şi de puţin timp.
3. Marea frecvenţă a turburărilor mintale la toxicomanii cu tare hereditare psihice.
4. Apariţia precoce a toxicomaniei la femei mai ales.
5. Marea frecvenţă la evrei, la care bolile mintale sunt mai frecvente ca la creştini.

Pe lângă aceasta, găsim o serie întreagă de elemente care ar pleda pentru etiologia socială şi rolul factorului social în apariţia toxicomaniilor:

1. Gradul de cultură superior al toxicomanilor.
2. Frecvenţa profesiunilor sanitare şi a profesiunilor intelectuale.
3. Originea urbană şi de mare oraş a celui mai mare număr de toxicomani.
4. Contagiozitatea şi epidemiile de toxicomanii.
5. Frecvenţa mare a femeilor cu o profesiune printre toxicomane.

6. Creşterea numărului de toxicomani în perioadele de război, de criză economică, etc.

Tot astfel, pentru rolul factorilor psihici în geneza toxicomaniilor, pledează o serie întreagă de fapte:

1. Apariţia unei toxicomanii consecutive unei stări depresive.

2. Aserţiunile bolnavilor că şi-au făcut stupefiante pentru a-şi alina dureri morale.

3. Relativ uşoara instalare a unei toxicomanii la bolnavii melancolici.

4. Recidivarea toxicomaniilor după un şoc afectiv.

In realitate, toţi aceşti factori au un rol mai mare sau mai mic, dela caz la caz, în geneza unei toxicomanii şi datele statistice prezentate la noi, de altminteri concordând perfect cu datele publicate de cercetători germani (Fr. Pause, K. Pohlisch, Wuth); credem că vin să confirme acest fel de a vedea lucrurile.

Intr'adevăr, am putut arăta importanţa fenomenelor sociale, a mediului social, a profesiunei şi a culturii la toxicomani, dar din datele prezentate reese şi rolul factorului ereditar.

Problema genezei toxicomaniilor are însă nu numai un interes pur teoretic, ci şi unul practic, întrucât întreaga acţiune de profilaxie şi de combatere a acestor afecţiuni într'o mare măsură contagioase, are la bază o cunoaştere exactă a condiţiilor de apariţie a toxicomaniilor într'un mediu social dat (variabil dela o ţară la alta).

Şi este evident că avem atunci o priză mai mare şi o posibilitate de acţiune crescută pentru modificarea condiţiilor care influenţează apariţia toxicomaniilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr, nu numai că e greu de conceput o combatere a toxicomaniilor prin aplicarea unei sterilizări a toxicomanilor; ea ar fi de altfel absolut inutilă faţă de numărul redus al descendenţilor acestor toxicomani.

De aceea marea majoritate a legilor de sterilizare nu prevăd printre cauzele de sterilizare, toxicomania.

Din aceste motive, toxicomaniile trebuesc privite ca maladii ale colectivităţilor, maladii epidemice şi contagioase pe care numai măsuri de combatere în mediul social le vor putea face să dispară.

Că este aşa o dovedesc bunele rezultate obţinute în Germania şi în alte ţări prin aplicarea unor măsuri de terapeutică socială (dificultăţi în calea procurării stupefiantelor, dezintoxicare obligatorie, condamnări penale, etc.).

NOU! NOU!

AVITAMINOZELE C

CITAMINO Dr. Wander

TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamină C

Tuburi cu 20 tablete.

Sulfamidă cu toleranță optimă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree-Pneumonie-Meningită-Strepto-Stafilococie-Colibaciloză-Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete a 0,5 gr.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice,

București II, Bul. Bucureștii-Noi No. 90

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

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

CALCIUM „ICFAL"

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

Perfect stabil și indolor. — Intravenos și intramuscular.

FOSFOVITADOL

VIN ȘI GRANULE
Tonic reconstituant

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

HEPATONAL

Extract de ficat injectabil
Dimethyl arseniat de fier

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

NAJOSOL

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

METOCHIN

Fiole de 2 cc. și 1 cc.
(clorură de tetrametilthionin biclorhidrat de chinin carbomidat)
PALUDISM ȘI SPLENOMEGALIE

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

SUBSTRATUL UNOR „COMPLICAŢII" SAU „TURBURĂRI POSTOPERATORII" IN APENDICECTOMII

de

D-r V. GOMOIU

Apendicita şi apendicectomia au devenit aşa de banale, încât publicul şi chiar unii medici le consideră cu foarte mare uşurinţă, calificându-le drept „moft". S'ar putea crede deci că, asupra lor s'a spus ultimul cuvânt; cu toate acestea, mai sunt anumite rezerve de făcut, sau oarecari noţiuni de retuşat ori de adăugat.

In adevăr. Este impresionant să constaţi că, nu de mult apendicectomia era aproape o raritate, pe când astăzi ea formează majoritatea operaţiunilor, în toate serviciile de chirurgie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Aşa fiind, se pune în mod firesc întrebarea, dacă această schimbare de situaţie se datoreşte faptului că, — ignorând chestiunea, — predecesorii noştri, înglobau apendicita în capitolul „tiflită", — pe care n'o operau; — altmintreli, ar fi de întrebat dacă mulţimea operaţiilor de astăzi nu este cumva o reminiscenţă sau urmare a „modei" americane, care a preconizat —, şi a practicat — apendicectomia ca măsură preventivă.

Dar, dacă admitem prima ipoteză — adică, ignoranţa predecesorilor în materie de apendicită, — se pune tot aşa de firesc întrebarea dacă „tiflita", — care, ocupă un capitol aşa de important în patologia veche, — a existat sau nu în realitate, — ori dacă toate, sau majoritatea tiflitelor n'a fost decât apendicile?

Şi, fiindcă nu se poate face o asemenea afirmaţie, — adică, neputându-se contesta existenţa tiflitei, — se pune întrebarea: cum se face, sau dece, a eşit ea cu totul din preocupările terapeuticei de astăzi? Să fi dispărut ea complect? Iar dacă n'a dispărut, — dece nu se mai vorbeşte de ea, şi se crede că se poate rezolva totul prin apendicectomie?

De altfel, o analiză mai adâncă a chestiunei ar mai putea pune şi întrebarea dacă toate apendicectomiile care se practică, sunt cu adevărat justiciabile de această operaţiune? Şi, tot aşa de bine ar putea să întrebe cineva: dece se continuă cu intervenţia imediată în plină inflamaţie? — care, poate să necesite eventual drenagiul şi

să lase aderenţe consecutive, — când, această conduită a fost când-va la modă, dar s'a părăsit, — şi, când se ştie că mai toate miile de apendiculari care se operează în spitale, au trecut când-va prin faza aceasta fără să moară.

Şi, apoi, — exceptând morţile după, sau prin, purgative, — poate cineva să dea o statistică de apendicularii morţi fără operaţie şi de acei decedaţi în urma operaţiilor grăbite?

Trecând însă peste aceste consideraţiuni şi oprindu-ne asupra multiplelor „complicaţii" sau „turburări postoperatorii" semnalate de alţii, m'am întrebat adesea: care poate să fie cauza sau substratul lor?

Ori. Excluzând apendicitele ipertoxice, peritonitele apendiculare, şi chiar abcesele localizate, — a căror terminare, este destul de justificată; — şi, făcând abstracţie de complicaţiile datorite lipsei de sterilizare a mâinilor, a câmpului, sau a materialului operator, — am ajuns la concluzia că, toate celelalte „complicaţii" sau „turburări" după apendicectomie (fistulă stercorală, hemoragie, aderenţe, dureri, constipaţie, etc.), se datoresc numai technicei, care a fost incomplectă, sau rău înţeleasă şi greşit aplicată, în ce priveşte tratamentul bontului apendicular.

In adevăr. Pentru a satisface grabei reclamate de bolnavi, — care se arată totdeauna foarte preocupaţi de durata operaţiei, — s'a introdus în practică nefericitul obiceiu de a lega apendicele în masă, — a-l secţiona (cu bisturiul sau cu termocauterul), şi a-l lăsa liber în cavitatea abdominală.

Ori. Se înţelege lesne că firul, astfel aplicat, poate să lunece de pe bont şi să dea loc la hemoragie (din pedicul sau mezoapendice), şi la peritonită, cu moartea consecutivă (prin vărsarea conţinutului cecal); — sau, în cel mai fericit caz, să dea loc la aderenţe (prin localizarea procesului) şi la fistulă stercorală.

Această din urmă complicaţie mai poate surveni însă şi prin topirea prea timpurie a firului de legătură, — căci, sudura a două suprafeţe mucoase, chiar atunci când au fost zdrobite şi foarte bine strânse, reclamă un timp destul de îndelungat.

Dar, chiar dacă firul rezistă bine, încă apare foarte riscată secţionarea apendicelui „en saucison" sau „glatt", şi lăsarea bontului, liber, în cavitatea abdominală, — căci, între nivelul firului de legătură şi acela al secţiunei apendicelui, rămâne un cilindru apendicular — oricât de scurt ar fi — a cărui mucoasă este murdară de fecale, — şi ca atare, se explică orice complicaţie inflamatorie. Apoi, chiar dacă secţionarea apendicelui se face cu termocauterul sau cu bisturiul electric, încă nu se exclud complicaţiunile de mai sus, — căci, rezorbţia ţesuturilor necrozate dă şi ea loc la o reacţie locală, cu aderenţe consecutive, iar dacă firul de legătură se rezoarbe mai înainte de eliminarea excarei şi de cicatrizarea bontului apendicular, poate să ducă tot aşa de lesne la abces şi chiar la fistulă stercorală.

Pentru a evita aceste complicaţii, eu leg totdeauna separat şi înainte de orice, pediculul sau mezoul ilio-apendicular, trecând firul prin transfixie. Apoi, folosind o technică veche, secţionez circular cilindrul sero-muşculos al apendicelui, la o distanţă de ca. un centimetru dela implantare, — răstorn acel cilindru, adică „decalotez" apen-

dicele, — apoi, strivesc cu o pensă puternică cilindrul apendicular muco-submucos, şi aplic firul de legătură la nivelul acelei părţi strivite, după care secţionez şi îndepărtez apendicele.

Cele două capete ale firului de legătură sunt trecute, de o parte şi de alta, dinăuntru în afară, prin pereţii cilindrului sero-muşculos care se aduce şi se leagă împrejur, ca gura unui sac sau ca pe un capuşon, pe deasupra bontului apendicular muco-submucos.

Operaţia practicată în felul acesta, oferă mai multă garanţie — sub toate raporturile — căci, dispărând cilindrul apendicular dintre fir şi secţiune, nu mai poate avea loc nici infecţie, nici aderenţe, — şi, cu atât mai puţin, fistulă stercorală. Dar, chiar dacă firul de legătură s'ar rezorbi mai curând, tot nu poate să intervină vre-o complicaţie, căci, mucoasa strivită se resfrânge dela început către interiorul cecului, iar cilindrul submucos şi sacul sau capuşonul sero-musculos, se lipesc foarte repede. Totuşi, fiind-că pe mine mă interesează rezultatul terapeutic iar nicidecum durata operaţiei, — care nu mai joacă niciun rol atunci când se foloseşte rachianestezia, — fac totdeauna şi cunoscuta înfundare a bontului apendicular, în sacul cecal, în jurul căruia se însăilează un fir, care se strânge ca baerile unei pungi.

In sfârşit, — spre mai mare garanţie, — se atrage mezo-apendicele şi se aşează ca o cravată, peste fostul loc de implantare al apendicelui, şi se leagă încă odată, la baza sa, prin firul de însăilare cecală, — iar prin firul său iniţial de legătură, bontul mezo-apendicular se fixează de banda cecală anterioară.

Ori. Se înţelege lesne că, procedând în felul acesta, se exclude posibilitatea oricăreia din complicaţiile amintite (hemoragii, fistule stercorală, aderenţe, etc.).

Cu toate acestea, acolo unde întâlnim un cec enorm, dilatat sau cu tiflită, mai poate să rămână ceva care să întunece rezultatul terapeutic aşteptat, şi anume: poate să perziste staza cecală sau constipaţia, cu tot cortejul ei de turburări.

Ca să obviez acestui neajuns, — adică, pentru complectarea terapeuticei, — în asemenea cazuri fac totdeauna plicaturarea cecului, până la dispariţia lui — adică, practic ceiace s'ar putea numi „Rezecţia fiziologică a cecului", — şi, în felul acesta, conţinutul ileonului trece direct în colonul ascedent.

Graţie acestei technice, aplicată la miile de cazuri pe care le-am operat în ultimele două decenii, — n'am avut să înregistrez absolut niciuna din „complicaţiile" sau „turburările" arătate de alţii, cu inerente sau frequente, după apendicectomie. Şi, deoarece am avut de îngrijit atari „complicaţii", la bolnavi operaţi de alţii, — am ajuns la concluzia că, — făcând abstracţie de cazurile excepţionale, — toată vinovăţia revine technicei operatorii.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

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

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

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

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

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

în 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

VACCINUL ANTIGONOCOCIC IN TRATAMENTUL REUMATISMULUI

de

Dr. IONESCU DUMITRU-Lupeni

Slauck afirmă că 94% din reumatisme sunt de natură infecţioase iar, după Mondor, agentul microbian cel mai frecvent este gonococul, deci tratamentul cu vaccin antigonococic este logic. Eu am obţinut rezultate admirabile cu vaccin antigonococic nu numai în reumatismul blenoragic, dar şi în reumatismul focar toxic, reumatismul cataral şi reumatismul postdisenteric.

Impresionat de articolul lui Mondor din P. M. C. asupra artritelor gonococice am căutat să mă conving de veracitatea celor afirmate.

Am studiat 63 de cazuri, tratate în spitalul Lupeni, cu rezultate foarte încurajatoare.

H. Mondor susţine că gonococul este agentul cel mai comun al artritelor acute, nu numai la vârsta contagiunei venerice, dar şi la sugar, copil şi bătrân. Artrita gonococică poate apărea după o gonoree acută sau cronică, uneori atât de veche că a fost uitată, sau după o gonococie oftalmică, ano-rectală, vaginală, metro-anexială, a prostatei, a veziculelor seminale, etc. In prezenţa oricărei poliartrite să ne gândim la gonococ. Gonococul poate să dea şi artralgii, artrită cu lichid serofibrinos sau purulent, artrită flegmonoasă, artrite prelungite, artrite cu repetiţii şi forme septicemice. La bătrâni, unele artrite gonococice sunt luate drept gută sau reumatism ovarian. Printre reumatismele cronice, gonococul poate da artrita monoarticulară (uscată sau cu lichid), artrită plastică anchilozantă, spondiloze, poliartrite nodoase, pseudogutoase; coxite urmate de luxaţii patologice, deformaţia bazinului şi impotenţă funcţională definitivă gravă. La sugarul mare ne gândim în faţa luxaţiei congenitale a şoldului, că poate este urmare unei coxite post-oftalmie gonococică. Ca tratament pe lângă cel comun al reumatismului să se facă 12—24 inj. cu vaccin antigonococic. H. Mondor nu indică însă ce vaccin a utilizat şi în ce doze, dar citează faptul că sunt peste 15 vaccinuri în comerţ.

I. Hagenau şi Gilbert-Dreyfus vorbind în P. M. C. despre rolul gonococului în reumatismul cronic infecţios spune: „Reu-

matismul gonococic apare în urma unei gonorei acute sau cronice. Uneori apare târziu după perioada uretrală care a şi fost uitată. Cel mai adesea subacut sau acut în momentul instalării sale, reumatismul gonococic are tendinţe la cronicitate şi anchiloze".

După H. şi I. Stoia, reumatismul blenoragic este: „Ansamblul de manifestări clinice articulare şi paraarticulare ce survine în cursul infecţiei blenoragice şi cari sunt direct sub dependenţa gonococului. Anatomiceşte leziunile prind sinoviala articulară, osul, capsula, ligamentele, periostul, cartilagiul şi uneori chiar tecile sinoviale. Stoia remarcă frecvenţa mare a reumatismului gonococic la noi în ţară.

Slauck afirmă că 94% din reumatisme sunt de natură infecţioasă.

Klinge şi Rössle concep reumatismul ca o reacţie iperergică (alergică) a ţesuturilor provocată de cauze microbiene şi nemicrobiene într'un organism sensibil.

Gudzent susţine că reumatismul e o maladie alimentară alergică, unde alerginele nutritive joacă acelaşi rol ca şi alerginele bacteriene.

Mulţi autori susţin teoria focală după care maladiile reumatismale sunt cauzate de metastaze plecate din focare inactive cu localizări mai ales în cavitatea bucală (dinţi-sinusuri-amigdale).

Neergaard crede că maladiile reumatismale, în cea mai mare parte, sunt produse de virusul catarat al lui Kruse-Dochez, care provoacă gripa. Gripa se manifestă printr'o formă acută şi alta cronică. Gripa cronică este numită de Neergaard catar-toxicoză. Neergaard împarte reumatismul cronic în reumatism catarat şi reumatism streptococic, deoarece după el sunt 2 maladii independente cu etiologii diferite.

Unele reumatisme sunt considerate de mulţi autori ca fiind de origină endocrină.

După această scurtă trecere prin literatură să revenim la ce am putut observa şi eu în clinică. La bolnavii cu reumatism poliarticular acut, poliarticular cronic şi artrită flegmonoasă, în care gonoreea apărea în antecedentele mai mult sau mai puţin apropiate ale bolnavului, am avut rezultate rapide şi fericite cu vaccin antigonococic asociat cu 3—5 grame de aspirină pe zi + 1—2 grame de salicilat de sodiu intravenos şi eleudron.

Această asociaţie medicamentoasă a variat dela caz la caz.

Bolnava M. P., cu reumatism poliarticular acut apărut la 10 zile după o gonoree s'a vindecat complect cu repauz la pat, mobilizare uşoară a articulaţiilor prinse, 3 grame de aspirină, pe zi şi vaccin antigonococic făcut la 4 zile subcutanat în dozele următoare: 0,5 cm. 1 fiolă—2 fiole—3 fiole—4 fiole.

La bolnava E. V. cu artrită flegmonoasă a pumnului după 2 luni dela o gonoree acută a trebuit să aplic atelă, şi 3 gr. piramidon pe zi pentru a calma durerile îngrozitoare, 1 gr. salicilat de sodiu i. v. pe zi, vaccin antigonococic în dozele ca la cazul precedent şi după a 3-a inj. de vaccin antigonococic, 2 zile câte 5 grame eleudron. După 20 zile părăseşte serviciul foarte ameliorată. Revine la 10 zile când se reia tratamentul cu vaccin antigonococic, inj. de Ca. şi iod, băi calde şi 2 zile câte 5 gr. eleudron. După 3 săptămâni este complect vindecată fără anchiloză sau impotenţă funcţională.

Bolnavul I. C., cu reumatism poliarticular cronic se tratează de 3 ani cu mijloacele obişnuite. In antecedente a avut o uretrită gonococică vindecată

de mult. Făcând un puseu subacut poliarticular e internat în spital, unde e pus la repaus, 5 gr. aspirină pe zi şi 1 gr. salicilat i. v. Se ameliorează după 15 zile când se duce să facă băi de sulf, contra voinţei mele, dar pentrucă fusese admiş pe tabloul de băi al Asigurărilor Sociale. Revine după 20 de zile complect înţepenit de reumatism poliarticular acut. I se prescrie repaus la pat, 3 gr. piramidon alternând cu 5 gr. aspirină pe zi, 2 gr. salicilat de sodiu i. v., i se scot toţi dinţii cariaţi, gargară. După 2 săptămâni abia o slabă ameliorare. Deoarece în antecedente avea gonoree, continui tratamentul antireumatismal avut şi încep a face la 4 zile vaccin antigonococic. După 25 zile pacientul părăseşte spitalul vindecat şi cu recomandaţie de lucru uşor 30 zile (era minier).

I. H. de 53 ani, cu reumatism cronic evolutiv focar toxic, este tratat 2 luni fără rezultat mulţumitor cu salicilat 1—2 gr. i. v. aspirină, piramidon, băi calde, extracţia dinţilor cariaţi, solganol B 20%, inj. Delbet, inj. de lapte. Neagă să fi avut în trecut gonoree, iar în prezent nu are niciun semn de gonococie. Cu toate acestea, pentrucă starea subfebrilă nu cedase la tratamentul anterior, încep a face şi vaccin antigonococic. Se constată o ameliorare evidentă. După 7 zile pauză reiau inj. de vaccin, băile calde, aspirină, fricţiile. Părăseşte serviciul foarte ameliorat şi capabil să exercite meseria de tâmplar.

Acest caz m'a făcut să aplic în serie vaccinul antigonococic la majoritatea cazurilor de reumatism trecute prin serviciu cu rezultate foarte bune. Timpul de spitalizare s'a scurtat astfel mult şi am putut retrimite la muncă în minele de cărbuni din Valea Jiului, mulţi asiguraţi ce stăteau cu foaia de boală şi ajutor dela C. N. A. S.

Deci vaccinul antigonococic a grăbit vindecarea numai în reumatismele bolnavilor cu antecedente gonococice, dar şi la aceia la care nu se putea descoperi o gonoree în trecutul lor (42 cazuri).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vaccinul antigonococic Cantacuzino a fost binevenit şi în cazurile de reumatism focar toxic (unde extracţia dinţilor cariaţi a adus ameliorări uşoare) şi în cazurile de reumatism cataral. Am avut 10 cazuri de reumatism-extraarticular de natură catarală, în care pe lângă tratamentul clasic, vaccinoterapia antigonococică a fost de real folos, deşi bolnavii nu au avut în trecut gonococie. Reumatismul cataral s'a manifestat sub formă de fibrozite subfebrile sau afebrile, cu astenie, leucocitoză, iar pe faringe sau pe vălul palatin se găseau constant puncte mici roşii sau travee roşii părând a face relief.

In reumatismul cataral am dat: antipirină, chinină urotropină, à 0,5 gr., 3 prafuri pe zi, clorur de calce 20% i. v. 6—10 cm.^{3}, injecţii de vitamină C. concentrată şi vaccin antigonococic. Vaccinul antigonococic mi-a fost de ajutor şi în 2 cazuri de reumatism post-dizenteric. Ca vaccin am utilizat vaccinul antigonococic al Institutului Cantacuzino făcut după normele următoare în injecţii subcutanate: 0,5 cm.^{3} la prima injecţie, apoi tot la 4 zile creşteam doza la 1 cm., apoi 1 fiolă, 2 fiole, 3 fiole, 4 fiole şi rar 5 fiole făcute odată. Creşterea dozelor se făcea după cum reacţiona bolnavul, evitând febra. Dacă uneori bolnavul avea fiori şi febră, atunci scădeam doza sau o repetam, deoarece am observat că rezultatele erau cu mult mai bune atunci, când vaccinul nu dădea decât o mică reacţie locală.

In concluzie, vaccinul antigonococic făcut subcutanat în doze de 0,5 cm.^{3} până la doze de 5 fiole s'a dovedit a fi un mijloc de tratament foarte bun în majoritatea maladiilor reumatismale. Acest tratament este bine să fie făcut în combinaţie cu medicamentele antireumatismale

clasice. Vaccinul antigonococic a ajutat şi acolo unde 4 gr. de salicilat făcute zilnic i. v. nu dăduse rezultate mulţumitoare. Având în vedere că am avut cazuri fericite cu vaccin antigonococic în forme extrem de variate de maladii reumatismale, lucrând într'o regiune unde blenoragia e rară, sunt de părere că această metodă lucrează desensibilizând organismul.

Numai socotind reumatismul ca o maladie alergică putem înţelege efectul vaccinului antigonococic în afara reumatismului blenoragic.

Organismul ar fi sensibilizat de un grup de factori pe care vaccinul antigonococic, făcut în doze mari, l-ar putea anihila şi astfel s'ar restabili starea normală a humorilor.

Dacă 94% din reumatisme sunt de natură infecţioasă şi dacă gonococul este agentul provocator cel mai frecvent, atunci se poate admite şi teoria că tratamentul cu vaccin antigonococic asociat, după cazuri, cu celelalte mijloace antireumatismale ar lucra prin vaccinare şi distrugerea focarelor gonococice provocatoare ale boalei.

Eu personal, înclin să cred că prin vaccinul antigonococic se face o desensibilizare, deoarece sulfamidele antigonococice au fost active numai în reumatismul gonococic flegmonos. In periartrita scapulo-humerală, sciatică, reumatism cronic muşchiular, tendinite, etc., eleudronul nu a adus nicio ameliorare, care însă a apărut evidentă după vaccin antigonococic, aspirină sau piramidon şi căldură locală. Mi s'ar putea reproşa că de ce nu am dat salicilat per os. Am renunţat de mult la această medicaţie, care nu este activă decât în doză de 15—22 gr. pe zi şi pe care bolnavii de obicei nu o iau, înşelând medicul. Am dat, după cum recomandă şi d-l D-r I. Stoia, aspirină şi piramidon în doze mari, iar în cazurile grave de reumatism poliarticular acut, am dat şi 1—4 gr. de salicilat de sodiu i. v. soluţie sterilă de 10% zilnic, fără a avea niciun fel de neplăceri.

Prin acest articol am căutat să atrag atenţia colegilor asupra frecvenţei reumatismului gonococic şi mai ales asupra faptului că prin asocierea vaccinului antigonococic la celelalte arme antireumatismale se obţine o diminuare evidentă a timpului de incapacitate de muncă şi se evită dezastrele provocate de reumatismul flegmonos.

Dr. IONESCU DUMITRU-Lupeni: *Le vaccin antigonococcique dans le traitement du rhumatisme.*

Le rhumatisme infectieux represente 94% des rhumatismes et le gonocoque est l'agent le plus fréquent. Pour ça le traitement par le vaccin antigonococcique est logique dans la majorité des rhumatismes. Le vaccin antigonococcique fait dans les doses de 0,5—1—2—3—4—5—6—7. cm³ donne des bons resultats dans touts les rhumatismes gonococciques ou non, articulaires ou extraarticulaires.

10 comprimate
20 comprimate

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I M I N O L

luat la timp PREVINE accesul iminent de ASTHM

Nu produce obişnuinţă!

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

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

LINIŞTE NOAPTEA

prin

NOCTAL

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

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

BUCUREŞTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EDUCAŢIA IGIENICĂ IN CADRUL ACŢIUNEI PREVENTIVE[1])

de

Prof. D-r I. STOICHIŢIA

Viitorul unei naţiuni se întemeiază, ca singur fundament real şi durabil, pe calităţile şi cantitatea membrilor care o compun şi a generaţiilor viitoare.

Vigoarea biologică integrală a capitalului uman, este suprema bogăţie a unui popor şi singura garanţie solidă şi sigură a viitorului.

Neamul care nu se îngrijeşte la timp de îndeplinirea acestei cerinţe, este sortit pieirii care, mai curând sau mai târziu, se produce în mod iremediabil.

Grecii şi Romanii, popoare mari, întemeietoare de imperii, odată atotputernice, nu au dispărut din lipsă de cultură sau de bogăţie economică, ci au pierit în urma unei degenerări biologice, din lipsa unei procreaţii cantitative şi calitative insuficiente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Teoreticianul fascist Grossi spune cu drept cuvânt că: „pentru o naţiune numărul locuitorilor săi este o condiţie primordială deviată şi problema demografică a sa, îi rezumă destinul".

S'ar părea că neamul nostru românesc este însă departe de a fi ameninţat de perspectivele sumbre ale unei decadenţe numerice şi calitative.

Toată istoria noastră este doar un document şi o mărturie a rezistenţei tenace a poporului român, nepătat încă în ceea ce priveşte calitatea, prin defecte ereditare şi în neîntreruptă creştere numerică prin o mare natalitate. Un popor deci, tânăr încă viguros şi astfel cu suficiente garanţii pentru viitor.

Şi totuşi, durere, nu este aşa!

Dacă analizăm datele statistice din ultimii 10 ani, vom constata cu durere că starea sanitară generală a ţării nu s'a ameliorat în măsura eforturilor depuse şi a sacrificiilor aduse şi că evoluţia demografică a capitalului nostru uman a ajuns într'un stadiu care trebue să ne îngrijoreze în mod serios.

---

*) Conferinţă ţinută la Craiova în 26 Martie 1943, în cadrul Reuniunei ştiinţifice a medicilor din Oltenia.

Natalitatea, a cărei stare înfloritoare constituia pentru noi un titlu de adevărată mândrie naţională, clasându-ne între popoarele cu natalitate excepţională, se găseşte într'o continuă şi foarte accentuată scădere din an în an, marcând în decurs de 10 ani o diminuare dela cifra medie de 35,0 la mie în 1930, până la 25,7 la mie în anul 1941, această diminuare pronunţată ajungând pentru unele provincii şi judeţe chiar la limite catastrofale!

In acelaşi timp trebue să constatăm cu aceiaşi strângere de inimă, că **mortalitatea generală** se menţine în această perioadă aproape invariabil la acelaşi nivel: 19,4 la mie în 1930 şi 19,1 la mie în 1941, iar **mortalitatea infantilă**, barometrul cel mai sensibil al eficacităţii acţiunei sanitare preventive, se menţine la fel la un nivel foarte ridicat, în 1930 fiind de 18,6 la mie, iar în 1940 de 18,9 la mie.

Consecinţa acestui bilanţ demografic pe ultimii 10 ani, este o scădere îngrijorătoare a excedentului natural de populaţie, care dela 15,6 la mie cât era în 1930, a scăzut la proporţia de 6,6 la mie în 1941, această scădere ţinând pas aproape exclusiv numai cu diminuarea cifrelor de natalitate atât de pronunţată în acest deceniu.

Situaţia pe care o constatăm este mai mult decât îngrijorătoare, ea trebue să ne alarmeze pe toţi şi să ne determine la luarea de măsuri urgente şi la începerea unei acţiuni viguroase şi energice, în stare să ne redreseze de pe povârnişul fatal pe care am apucat.

Serviciul sanitar şi de ocrotire al ţării noastre a realizat în ultimile decenii progrese însemnate, iar medicii şi personalul sanitar şi de ocrotire au depus o muncă intensivă, uneori dusă până la sacrificiu, totuşi rezultatele nu s'au produs în măsura aşteptată şi starea generală sanitară a ţării nu s'a ameliorat decât foarte puţin.

Digitized by Cluj University Library Cluj

In aceste împrejurări triste dar reale, se impune ca un imperativ categoric să căutăm cu rapiditate a remedia cauzele insuficienţii organizării noastre sanitare şi să introducem în viaţa sanitară a ţării acel sistem de organizare şi de acţiune, care în alte ţări a dat cele mai bune rezultate.

Va trebui ca în locul tradiţionalei noastre organizări, bazată aproape exclusiv pe tratamentul bolnavilor, să introducem şi să desvoltăm pe o scară tot mai largă, noua achiziţie a ştiinţei moderne: sistemul de medicină preventivă.

Va trebui, ca în loc de a ne ocupa aproape exclusiv cu îngrijirea şi tratamentul omului bolnav, să ne întoarcem privirile şi către cel sănătos pe care trebue să-l ferim de boală şi să-l învăţăm cum trebue şi cum poate să evite influenţele dăunătoare ale mediului în care trăeşte.

In loc de a ne ocupa numai de individ şi numai atunci când el ajunge în suferinţă, va trebui să ne concentrăm acţiunea noastră asupra colectivităţii întregi făcându-i educaţia igienică necesară, creindu-i un mediu de viaţă corespunzător şi înzestrând-o astfel cu armele cele mai eficace pentru lupta pe care trebue să o ducă împotriva boalelor.

In loc de a ne cheltui toate resursele de energie şi de mijloace materiale, pentru a remedia un rău care s'a produs, trebue să căutăm ca pe căile arătate de ştiinţă şi de experienţă, să evităm producerea şi declararea acestui rău, înlăturând prin aceasta mii de suferinţe inutile şi o mare pierdere de energii umane creatoare.

Cu alte cuvinte, scopul principal al acţiunei sanitare nu trebue să se reducă numai la vindecarea individului bolnav şi la alinarea de suferinţe; el trebue să ţintească mult mai departe: la protecţia elementelor sănătoase; la păstrarea sănătăţii lor integrale şi prin aceasta la ridicarea optimală a capacităţii de rezistenţă şi a valorii biologice a capitalului uman, cel mai preţios bun de care poate dispune naţiunea.

Scopul final al organizaţiei sanitare de Stat nu poate fi deci numai vindecarea răului, ci înainte de toate, prevenirea lui.

Nu preocuparea exclusivă faţă de individ, şi ocrotirea colectivităţii, a naţiunei întregi!

Nu alinarea de suferinţe trecătoare, ci ridicarea forţei de rezistenţă şi a capacităţii de producţie şi creaţie!

Va trebui să deplasăm înainte de toate centrul de gravitate al acţiunei noastre sanitare dela oraşe spre sate, care sunt şi rămân cel mai însemnat şi aproape unicul rezervor biologic al neamului.

Pe lângă medicul de circumscripţie acest mucenic fără nume, care este azi unicul factor sanitar pentru toate problemele, va trebui să introducem în viaţa noastră sanitară, competenţa şi acţiunea specialistului în igienă şi salubritate publică; organ nou, chemat să organizeze şi îndrumeze toată acţiunea preventivă de pe un anumit teritoriu.

Pe lângă tradiţionalul nostru agent sanitar, utilizat azi la toate, va trebui să generalizăm instituţia surorilor de ocrotire, aceste admirabile auxiliare ale medicului, chemate să facă educaţia igienică integrală în sânul familiei româneşti.

Va trebui să introducem pentru rezolvirea marilor probleme de medicină socială, — tuberculoza, mortalitatea copiilor, veneriile, — acţiunea salutară a medicului specialist fie prin casele de ocrotire permanente dela centrul plăşilor sanitare, fie prin dispensarele mobile, care vor face posibilă asistenţa diferenţiată prin specialişti competenţi şi pentru populaţia din cele mai îndepărtate şi mai părăsite colţuri ale ţării.

Acestea sunt principiile pe care s'a clădit sistemul actual de medicină preventivă şi care principii se găsesc larg desvoltate şi în legile noastre sanitare.

Prin acest sistem au reuşit numeroase State şi Naţiuni să realizeze în relativ scurtă vreme, progrese aproape nebănuite, reducând în mod impresionant mortalitatea generală şi mortalitatea infantilă; ridicând în mod simţitor media de viaţă a cetăţenilor lor, şi asigurându-şi prin aceasta o prosperitate biologică strălucită.

Iată numai câteva date comparative care ne vor demonstra în mod evident progresul realizat de aceste ţări faţă de situaţia staţionară din ţara noastră.

In România, mortalitatea generală se menţine la o proporţie medie aproape invariabilă în jurul cifrei de 20 decese la mia de locuitori.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

In ţări cari dispun de un sistem de organizare sanitară preventivă bine pusă la punct cum sunt: Italia, Finlanda, Germania sau Elveţia, mortalitatea generală s'a redus în ultimii ani, la proporţia de 14, 13, 12 şi chiar 10 la mia de locuitori, iar în alte ţări îndepărtate, ca: Australia şi Noua Zeelandă, mortalitatea generală a scăzut până la proporţia de 9 decese la mia de locuitori.

Mortalitatea infantilă care la noi se menţine la un nivel ridicat cu o medie de 18 decese la o sută de noui născuţi, în aceste ţări a scăzut în ultimii ani la 12, 11, 7 şi 5%, iar în cele două ţări de peste Ocean, chiar la 4 şi 3%, poate cele mai reduse limite care se pot obţine prin mijloace omeneşti.

Mortalitatea prin tuberculoză în România se menţine la 162 decese pentru o sută de mii de locuitori, până când în ţări ca: Danemarca, Olanda, Australia sau Noua Zeelandă, mortalitatea din această boală a fost redusă cu aproape 70%.

Este interesantă şi instructivă comparaţia mortalităţii prin diferite boli contagioase în România şi în America, ţară în care organizaţia de medicină preventivă nu este veche, dar este introdusă pe o scară întinsă şi aplicată cu multă pricepere şi cu mijloace dintre cele mai bogate.

La noi, mortalitatea din febră tifoidă este de 5 la 100.000 de locuitori, iar în America abia de 0,5 la o sută de mii de locuitori. Scarlatina se prezintă la noi cu o mortalitate de aproape 17 la suta de mii de locuitori, iar în America această cifră a fost redusă la mai puţin ca un mort pentru acelaşi număr de locuitori.

Diareele şi enteritele, marea cauză a mortalităţii infantile româneşti, ne dau anual în România 130 decese pentru 100.000 locuitori, pe când în America cifra mortalităţii prin această boală a fost redusă sub 4.

Exemplele s'ar putea multiplica la infinit. Ele dovedesc în modul cel mai evident superioritatea incomparabilă a sistemului preventiv faţă de cel curativ, precum şi a necesităţii imperioase de a proceda şi la noi cu toată urgenţa şi cu toată energia la introducerea acestui sistem binefăcător.

Dintre factorii multiplii cari influenţează mersul sănătăţii publice, cel mai însemnat şi în acelaşi timp cel mai dăunător este ignoranţa, adică necunoaşterea şi nerespectarea celor mai elementare reguli de igienă individuală şi colectivă; insuficienţa ocrotirei mamei şi a îngrijirei copilului mic; nepriceperea în conservarea şi prepararea alimentelor de primă necesitate şi lipsa celor mai elementare cunoştiinţe, din domeniul prevenirei bolilor sociale şi epidemice.

In cadrul acţiunei preventive, această ignoranţă, dominantă cu deosebire în mediul rural, trebue combătută în primul rând cu toată energia şi prin toate mijloacele posibile, acţiunea educativă îndreptându-se mai ales către femeile satelor noastre.

Sănătatea familiei este de cele mai multe ori în mâna femeei, în mâna mamei, în mâna soţiei.

De ea trebue să ne apropiem cu dragoste, cu blândeţe dar şi cu raţiune.

Dacă ea este luminată şi devine astfel factor activ de sănătate, familia va fi pusă la adăpost de primejdiile bolilor.

Dacă ea este însă insensibilă sau ignorantă, vom avea casa lipsită de aer, de lumină, de confort şi de curăţenie, vom găsi o alimentaţie rea şi neigienică, alimente rău alese şi rău pregătite, vom găsi copii debili, anemici, rahitici, murdari şi chiar vicioşi şi — durere, — tot din aceiaşi cauză vom găsi adeseori bărbaţi rău îmbrăcaţi, murdari şi nehrăniţi şi o viaţă familiară profund viciată.

Pleacând dela aceste constatări elementare, s'a ivit necesitatea creierii unui organ special, care să îndeplinească rolul frumos şi util de educator de igienă şi gospodărie în sânul familiei ţărăneşti şi s'a ajuns la concluzia că acest rol nu-l poate îndeplini în mod desăvârşit decât tot o femeie, care pe lângă o bună pregătire tehnică trebue să dispună şi de calităţi de educatoare şi să aibă sădită în suflet dorinţa de a se devota acestei frumoase misiuni.

In acest scop s'a creiat încă din anul 1919, în Cluj, capitala de ieri şi de mâine a Ardealului nostru românesc, instituţia surorilor de ocrotire chemată să pregătească elementele necesare pentru această frumoasă menire.

Instituţia surorilor de ocrotire s'a dovedit a fi de o mare utilitate pentru ridicarea igienică şi sanitară a populaţiunei, durere însă, numărul încă prea mic de surori de care dispunem, a făcut ca acţiunea lor să se desfăşoare pe o rază prea redusă, într'un număr limitat de localităţi şi astfel efectele binefăcătoare ale activităţii lor, să nu poată avea încă repercusiuni mai însemnate asupra mersului general al sănătăţii publice din ţară.

Pentru a se remedia această insuficienţă numerică şi pentru a putea începe o acţiune vastă, o adevărată ofensivă în domeniul educaţiei igienice a populaţiunei, s'a făcut apel la ajutorul corpului didactic primar, care dispune în prezent de numeroase elemente de valoare şi care nu sunt indispensabile învăţământului.

Prin larga înţelegere şi marea bunăvoinţă arătată de actualii conducători ai Ministerului Culturii Naţionale, D-nii Miniştri Prof. Petrovici şi I. C. Petrescu, prin stăruinţele neobosite depuse de D-l Ministru al Sănătăţii Prof. D-r Tomescu, şi prin voinţa Guvernului D-lui Mareşal Antonescu, s'a ajuns la hotărîrea, ca să se pună la dispoziţia Ministerului Sănătăţii un număr de peste 2000 de învăţătoare dintre cele mai capabile şi mai destoinice, pentru a fi pregătite şi apoi utilizate, ca educatoare de igienă şi gospodărie în satele noastre.

Învăţătoarele au fost pregătite pentru această misiune în cursuri speciale organizate de Ministerul Sănătăţii în vara anului 1942, şi începând cu luna Aprilie a acestui an, îşi vor începe activitatea în comunele rurale în care vor fi repartizate.

La 1 Aprilie, 2000 de sate româneşti vor primi tot atâtea educatoare de igienă şi gospodărie bine pregătite şi sperăm, pe deplin devotate misiunii ce li se încredinţează, şi prin ele se va începe o mare acţiune de ridicare igienică şi sanitară a satelor, acţiune de care ne legăm cele mai frumoase şi legitime speranţe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punct de vedere programatic, activitatea învăţătoarelor de igienă şi gospodărie se va îndrepta în următoarele 4 direcţii bine delimitate.

1. Învăţătoarele de igienă vor lua în evidenţă toate familiile din comuna în care activează conducând un registru familiar în care se vor înregistra toate datele biologice asupra familiei respective. Acest registru, un adevărat inventar al capitalului uman, va fi ţinut la zi şi va fi o oglindă fidelă a vieţii fiecărei familii şi a mediului înconjurător în care trăeşte.

Învăţătoarea este obligată a vizita fiecare familie înregistrată, în mod periodic cel puţin de 4 ori în an şi în afară de aceasta de câte ori se va ivi nevoia pentru vreo acţiune sau intervenţie separată.

Cu ocaziunea vizitelor la domiciliu, învăţătoarea va căuta mai întâi să se informeze asupra situaţiei reale a familiei, ca unitate socială şi al fiecărui membru din care ea se compune. Se va apropia cu blândeţe şi cu răbdare de sufletul femeilor şi se va năzui să influenţeze prin sfaturi pricepute şi binevoitoare, buna desvoltare a vieţii familiare. Va sesiza şi va căuta prin sfat şi ajutor efectiv imediat, să repare şi să elimine efectele pe care le va constata, făcând în acţiunea de reparare pe care o întreprinde, toate demersurile necesare pe lângă autorităţile în drept şi procurând la nevoie pe seama familiei în suferinţă şi ajutoarele materiale necesare.

Acţiunea învăţătoarei în sânul familiei se va îndrepta cu deosebire spre domeniul educaţiei igienice, privind igiena corporală şi a locuinţei; instrucţiuni şi demonstraţii practice din domeniul ocrotirei mamei şi a îngrijirei copilului mic şi sfaturi împreunate cu demonstraţiuni practice din domeniul gospodăriei casnice şi a bucătăriei. In caz de boală, învăţătoarea va da primul ajutor, va mijloci intervenţia medicului şi va supraveghea executarea măsurilor luate de aceasta.

Prin această activitate multilaterală şi complexă în sânul familiei, învăţătoarea devine sfătuitoarea şi ocrotitoarea permanentă a familiei ţărăneşti, autoritatea ei se va întări în comună şi va face ca sfaturile date să fie urmate, contribuind astfel în mod hotărîtor la consolidarea vieţii familiare, vatra generaţiilor viitoare, iar prin educaţia igienică şi practică ce o face, ea va aduce o importantă contribuţie la ridicarea sănătăţii publice.

2. Un alt câmp de activitate pentru viitoarele noastre învăţătoare de igienă şi gospodărie, va fi organizată şi conducerea în timpul verii a unor cămine de zi sau grădiniţe de copii preşcolari, o instituţie pe cât de utilă pe atât de necesară.

Ne gândim la sistematizarea şi generalizarea unor frumoase realizări practice pe care le găsim în unele localităţi din Ardeal, cu deosebire în comunele cu populaţie săsească. In aceste comune rurale, familiile cu copii mici îşi angajează pe timpul verii câte o învăţătoare pe care o plăteşte din mijloacele proprii. Învăţătoarea are la dispoziţia sa o parte din edificiul şcolar sau o altă clădire liberă din comună, şi aici în fiecare dimineaţă, înainte de a pleca la munca câmpului, mamele îşi aduc copii şi îi lasă în grija învăţătoarei, care se ocupă de ei ziua întreagă, organizându-le jocuri, ducându-i la baie, făcându-le

plaje şi ocupându-se şi de educaţia lor. La prânz învăţătoarea, care de obicei are şi o ajutoare, le prepară masa din alimentele pe care le dau cu rândul familiile cointereşate; se îngrijeşte de hrănirea copiilor în bune condiţiuni igienice, iar seara la întoarcerea părinţilor, copii se reîntorc la familiile lor, pentru ca a doua zi să revină la cămin sub supravegherea învăţătoarei.

Iată o metodă simplă şi extrem de practică prin care se asigură grija, supravegherea şi putem afirma, sănătatea atâtor copii mici, care altfel ar rămâne izolaţi şi părăsiţi şi expuşi la tot felul de primejdii.

Învăţătoarele noastre de igienă şi gospodărie vor putea organiza în condiţiuni perfecte asemenea cămine de zi sau grădiniţe de copii, care comportă o cheltuială minimală şi în schimb sunt de o mare utilitate sanitară.

3. Un alt domeniu important de activitate pentru învăţătoarele de igienă şi gospodărie, este organizarea cursurilor sistematice pentru fete şi tinerile femei măritate, în scopul de a le completa educaţia în domeniul igienei şi al gospodăriei.

Aceste cursuri se vor organiza în lunile Noembrie—Martie, în orele cele mai potrivite de după masă şi seara, şi se vor face în serii de maximum 10 eleve.

Cursurile vor avea un program teoretic redus la strictul necesar cunoştiinţelor din domeniul igienei corporale, igienei locuinţei, îngrijirei copilului mic, bolilor sociale şi epidemice şi un program practic cât mai desvoltat de gospodărie casnică şi de bucătărie practică.

Putând organiza un număr de 4 serii de câte 10 eleve de fiecare comună, învăţătoarea va putea obţine în fiecare an câte 40 absolvente a acestor cursuri folositoare. Absolventele cursurilor vor deveni cu timpul nu numai gospodine bune şi mame luminate, ci şi ajutoare adevărate ale învăţătoarei, pentru toată opera educatoare şi de ocrotire pe care ea o desfăşoară în localitate.

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

4. In fine, ca o complectare a activităţii preconizate până aici, învăţătoarea va trebui să se încadreze cât mai armonios în viaţa socială a satului în care activează.

Ea va participa la toate acţiunile de ordin social şi sanitar care se organizează în comună şi va lua chiar iniţiativa de a se organiza asemenea acţiuni. Va activa cu deosebire pentru păstrarea sau reintroducerea portului naţional şi prin aceasta pentru animarea industriei casnice, pentru cultivarea cântecelor şi a dansurilor naţionale şi în acest scop va organiza cu tineretul din comună mici serbări sau şezători cu caracter educativ şi distractiv. Cu ocaziunea acestor serbări se vor organiza de două ori pe an, expoziţii de copii mici, premiindu-se într'un cadru sărbătoresc mamele cari prezintă pe cei mai frumoşi şi mai bine îngrijiţi copii din comună.

Pe acest teren de activitate, învăţătoarea va căuta colaborarea şcolii, a căminelor sau cercurilor culturale şi a organelor Consiliului de Patronaj, nizuindu-se a stabili o tradiţie cât mai temeinică, desvoltând gustul sătenilor pentru frumos şi util şi procurându-le în acelaşi timp ceasuri plăcute de distracţie în dumineci şi sărbători.

Acesta ar fi în mod sumar şi concretizat în câteva puncte programul de activitate pe teren al viitoarelor noastre învăţătoare de igienă şi gospodărie din mediul rural.

Sperăm că realizându-se în mod integral acest program, satele noastre vor cunoaşte începutul unei perioade de ridicare igienică şi sanitară atât de mult dorită şi de aşteptată.

In lupta grea pe care trebue să o dăm împotriva întunerecului şi a ignoranţei, cele 2000 de făclii pe care le aprindem deodată, vor proiecta, de bună seamă, o lumină vie şi binefăcătoare.

Cu ajutorul lor acţiunea preventivă din mediul rural va câştiga în consistenţă, iar educaţia igienică a populaţiei ca fundament al acestei acţiuni, va putea deveni o realitate.

Sperăm că medicii noştri sanitari vor înţelege şi vor aprecia contribuţia importantă pe care o pot da învăţătoarele de igienă la opera de ridicare a satelor şi vor şti să utilizeze această colaborare în folosul sănătăţii publice.

Avem toată încrederea că prin bună înţelegere, prin muncă devotată şi perseverenţă şi prin voinţă neînfrântă, vom reuşi să învingem toate dificultăţile pe cari le vom întâlni şi astfel corpul sanitar al ţării, mână în mână cu dăscălimea românească, vor realiza o însemnată operă socială şi sanitară spre binele neamului şi al ţării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.

Reprezentanţa pentru România: S. I. F. S. A. R.
Bucureşti IV, Avram Iancu, 32
Telefon 5.51.51.

Tratamentul ŞANCRULUI MOALE
şi COMPLICAŢIILOR SALE
Prin n ecţiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU — BANCIU"
din surse polivalente de Bacili Ducrey

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

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

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

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
1907-1942

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

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

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

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARAŢEANU

INDICAŢIUNI:
Toate formele pustuloase de ACNEE VULGARĂ facială.
Indicaţiuni secundare: ACNEE ROZACEE.
Toleranţă locală şi generală perfectă

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Asociaţia nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Cholelnat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ
cu efect antispasmodic şi colagog
Menajează ficatul în afecţiunile tubului digestiv
graţie efectului său colagog

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

MEDICINA POPULARĂ [1])

de

D-r V. GOMOIU

Doamnelor şi Domnilor,

Pentru motive, cărora le-aşi zice „tehnice", dacă expresia n'ar fi fost aplicată altor împrejurări, — Direcţiunea Ateneului s'a văzut nevoită să anticipeze asupra programului publicat, — şi, mi-a cerut să rostesc astăzi (la 22 Noembrie) conferinţa ce se anunţase pentru 6 Decembrie, iar pe de altă parte, a fixat-o la ora 5, în loc de cea obişnuită (6 p. m.).

Cinstindu-mă cu însărcinarea de a răspunde acestei schimbări de program, Onoratul Comitet mi-a făcut dovada încrederii sale, — şi, pentru aceasta, îl rog să primească expresiunea întregei mele gratitudini.

Digitized by Academia Romana. www.academiaromana-bibliotheca.ro

Nu mai puţin însă, trebue să constatat că mi-a îngreuiat misiunea, făcându-mă să urmez celui mai preţuit conferenţiar, şi că, în asemenea împrejurări, a luat asupră-şi riscurile legate de insuficienţa mea sau de ingratitudinea subiectului pe care l-am ales.

Absolvirea mea, şi a Comitetului, depinde deci numai de clemenţa D-voastră, — care, ştiţi că nu este uşor să spui tot ce trebue, şi să spui numai ce trebue, dar să-l spui aşa cum trebue; — iar pentru mine, este cu atât mai greu să vă pot mulţumi, tratând o chestiune aşa de veche, care a fost dărăcită de atâţia, şi în toate felurile.

Ba poate că, aflând titlul conferinţei de astăzi, mulţi din obişnuiţii auditori ai Ateneului vor fi fost determinaţi să rămână acasă, iar alţii se vor fi întors dela uşă, ca să facă o treabă mai de seamă, — şi, desigur că, chiar unii din D-voastră, vă veţi fi întrebat: Ce-o să mai spună şi Gomoiu, despre Medicina Populară?

*

Sunt de acord că, despre „medicina populară", s'a vorbit şi s'a scris mult, dar, sper a vă convinge imediat, că nu s'a spus tot, şi nici nu s'a insistat cât ar fi trebuit, sau ar fi meritat. Ba încă, veţi vedea îndată că, nu toată lumea este de acord asupra conţinutului şi a

1) D-r V. GOMOIU: Medicina Populară, — conferinţă la Ateneul Român, 22 Noembrie 1942.

fruntariilor Medicinei Populare, — adică, ea nu este nici înțeleasă, nici considerată la fel, de către toți, sau pretutindeni.

In adevăr. Marele dicționar al știinților medicale, din 1878, (al lui Dechambre), vorbește de medici cantonali, medici coloniali, medici sanitari, medici vaccinatori, medici de epidemii, medici de stare civilă, medici de ape minerale, medici experți, etc., — și, înscrie — ca varietăți — medicina legală, medicină operatorie, etc. —, dar, în cele peste 70.000 pagini de tipar, nu consacră niciun singur rând Medicinei Populare.

Tot astfel, dicționarul cel mai nou — Larousse Médical — vorbește de medicina colonială, medicina dozimetrică, medicina espectativă, medicina homeopatică, medicina operatorie, etc., dar nici nu înregistrează măcar termenul de medicină populară.

Prin urmare. Dacă ne-am lua după acestea, ar însemna să conchidem că, nici nu există „Medicină Populară", sau că, ea n'ar merita absolut nicio considerație.

In schimb însă, — alături de medicina comparată, expectantă, experimentală, legală, militară, mistică, navală, mintală, operatorie, teocratică, etc., — Dicționarul medical din 1902 al lui E. Littré, înscrie și Medicina populară, chiar cu titlul de „Médecine Populaire", căreia îi mai zice și „Médecine de gens du monde" sau „Médecine domestique".

Voind să o definească, amintitul dicționar zice că ea este: „Pratique de la médecine par ceux qui ne savent rien en médecine, pratique dangereuse pour eux et pour ceux qui les entourent", — adăogând că, „Le péril est double: d'abord l'emploi des moyen qui ne conviennent pas; puis la perte d'un temps précieux dans les affections graves et marchant rapidement". Cu alte cuvinte, Medicina populară, ar fi — după Littré — „practica medicinei de către cei care nu știu nimic din ale medicinei"; — ea ar fi o „practică periculoasă pentru ei și pentru cei care-i înconjoară"; iar „pericolul — zice autorul — este dublu: mai întâi întrebuințarea unor mijloace care nu convin", apoi, „pierderea unui timp prețios în afecțiunile grave și cu mers rapid".

Dar, Doamnelor și Domnilor, Oare, aceasta să fie Medicina Populară?

Nu cunosc părerea Dv., dar, în ce mă privește, nu ocolesc a mărturisi că mă găsesc în mare dezacord cu definiția de mai sus. Căci, despre o parte din acei care nu cunosc medicina și totuși o practică, de regulă, ca pe o profesie, — adică, în scop lucrativ, — noi spunem, pur și simplu, că sunt niște șarlatani.

In adevăr. Cum s'ar putea spune că face „medicină populară" acel ignorant X care a deschis „cabinet de tratament cu efluvii" al căror rezultat, firește că era bun pentru el, — fiindcă încasa bani, — dar era nul sau dăunător pentru clienți. Am aflat de existența unui atare profesionist, dela un... tinerel de... 84 ani, care, căutase acolo puterea să urce și să coboare mai ușor scările, căci „încolo — zicea el — era bine de tot".

Sau, ce alt calificativ se poate aplica individului care a deschis „cabinet de raze", unde folosea o simplă lampă electrică, colorată, a

cărei pară o introducea în gura neştiutorului sau o plimba pe spatele său, — şi, încasa banii, — sub cuvânt că făcea radioscopie sau radiografie?

Oare, — prin faptul că numiţii erau ignoranţi în ale medicinei, — se poate spune că practicau medicina populară? — De sigur că nu.

Alături de aceştia există însă o altă clasă — enormă — de neştiutori, care totuşi nu se abţin de a da sfaturi medicale, ori cui, oriunde, şi pentru orice fel de suferinţă, fără să-i întrebe cineva. Pe aceştia însă nu-i putem califica „şarlatani", fiindcă, — în afară de „merci" sau de „recunoştiinţă", — ei nu aşteaptă nicio recompensă materială, şi, nicio lege nu-i urmăreşte pentru bunăvoinţa de care dau dovadă prin „binefacerea" pe care voesc să o facă.

Nu ştiu ce calificativ s'ar potrivi mai bine acestor medicaştri dar, ca să arăt cât de mare este clasa lor, şi în acelaş timp ca să nu supăr pe conaţionali, îmi permit să amintesc o întâmplare sau poveste străină:

Se zice că, într'o bună zi, Sultanul X, a cerut Vizirului să-i spună care este meseria cea mai răspândită din Imperiu, iar acesta, i-a răspuns: MEDICINA. Cum însă Sultanul nu era de aceiaşi părere, — fiind-că nu avea destui medici nici pentru Curte, — s'a supărat de gluma Vizirului şi i-a pretins dovadă. In acest scop, s'au îmbrăcat amândoi în haine sărăcăcioase şi au pornit pe stradă, — vizirul, ducând de mână pe Sultan, care era legat la ochi. Rând pe rând, toţi trecătorii întâlniţi, au oprit în loc pe bănuitul suferind, şi, — fără să-l întrebe ceva, sau să fie întrebaţi, — i-au recomandat câte un leac bun pentru ochi. Ei bine. In felul acesta, Sultanul s'a convins că, în adevăr, practica medicală era cea mai răspândită în oraşul său, — dar, eu spusei că aceasta nu este, şi nici nu se poate numi, Medicină Populară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In afară însă de intervenţia neştiutorilor, nici „întrebuinţarea unor mijloace care nu convin" şi „pierderea unui timp preţios în boalele grave cu mers repede", nu pot să constitue o caracteristică a medicinei populare, căci, ar însemna să considerăm drept Medicină Populară, toate erorile titraţilor academici, care, — înşelându-se asupra diagnosticului, — prescriu remedii nepotrivite, şi pierd timpul, prilejuind astfel agravarea boalei; — iar asemenea nenorociri, s'a întâmplat cel puţin odată în viaţa oricărui savant.

Apoi, cum se poate numi medicina care se practică în anumite cazuri — de pildă, într'o excursie — când, accidentatul sau bolnavul profan se tratează singur, cu ceea ce îşi luase în sac, sau este îngrijit de un medic, care este nevoit să recurgă la mijloace improvizate, fiindcă nu prevăzuse situaţia şi nu se aprovizionase cu nimic?

Iată dar, de ce spusei că mă găsesc în dezacord cu definiţia de mai sus, — pe care, o şi las deoparte.

*

Raportându-mă la noi, sau la ai noştri, — spusei că s'a vorbit mult, fiindcă s'au ţinut atâtea conferinţe, dintre care ajunge să amintesc pe a răposatului Dr. Laugier, rostită chiar aci, sub această cupolă.

Spusei de asemenea că s'a scris mult, căci — începând cu acele „învăţături" pentru popor, tipărite între anii 1800—1807, — au apărut o serie de scrieri, ca: Oglinda Sănătăţii (de Ştefan Episcopescu, în 1829), — Antropologia sau scurtă cunoştinţă despre om şi însuşirile sale, şi apoi Dietetica (de Pavel Vasici, în 1831), — Macroviotica sau regulile pentru păstrarea sănătăţii şi prelungirea vieţii (de Ion Albineţ, în 1938), etc. Ba încă, în 1846, Ştefan Episcopescu a publicat „Practica doctorului de casă", pentru doctor şi norod; — în 1857, Juliu Barasch a publicat un „Curs de igienă populară", — în 1857, Drăghici a tipărit o carte intitulată „Doctorul casnic": — în 1864, A. Bassereau a publicat un „Curs elementar de antropologie şi de medicină populară practică", etc. Dar, deşi se intitulau „populare", acele publicaţii nu erau adevărate scrieri de medicină populară, ci reprezentau mai degrabă rezumatul medicinei ştiinţifice a vremei, — pe care, autorii căutau doar să o difuzeze. Iar ca să vă edific mai bine asupra situaţiei de atunci, — adică, a medicinei ştiinţifice şi a valorii unora din doctorii care o practicau, — îmi voi permite să vă amintesc un singur exemplu, — al Doctorului Tolhausen.

Iată textul diplomei, care ne dovedeşte cum ajunsese numitul individ, doctor în Moldova, la Iaşi:

Titlul său este: „Karte patentă", după care urmează formula de politeţe — „Tuturor celor ce vor vede aceasta, salutăciune". Vine apoi conţinutul intitulat „Heretisire", spunând următoarele:

„Eu Jacob Morizon Igieist, prezident colegiului britanicesc al sănătăţii din Londra, acum întru călătorie la Paris aflându-mă, întemeiat pe rezonuri binecuvântate, numesc şi orânduesc prin această carte patentă pe d. doctorul profesorul Tolhausen, igienist în Iaşi la Moldavie, agent generalnic în Basarabie, pentru a aduce în pomenita provincie panakie vegetală a acestui colegiu al sănătăţii din Londra, împuternicindu-l cu volnicie de a orândui în acest cuprins, supt agenţi din partea sa pe cine va socoti; etc.".

Iată acum, care era ştiinţa acelui T. — zis doctor, şi încă profesor:

„Să ia pătimaşul la început prafuri în curgere de şeasă ceasuri, şeasă la tot ceasul câte o doză. Să ia apoi hapuri în ziua dântâi 8 dela No. 2, a doua zi să ia alte 8 hapuri tot dela No. 2, să ia şi prafuri cinci doză în curgerea zilii, sara în aceiaşi zi să ia 6 hapuri dela No. 1 atria zi să ia 10 hapuri dela No. 2 şi prafuri de patru ori, sara în această zi să ia 8 hapuri dela No. 1. Dacă după lucrarea doftoriei în ziua atria sângele nu va conteni, adoa zi până în ziua al patrule să ia dozile hapurilor precum leau luat în zioa aldoilea, şi în a cincia zi să ia dozile acele ce leau luat în zioa dintâi, din preună şi prafuri trii sau patru doză, iar dacă sângele va conteni în zioa al triile, sau în al patrăle, atuncia în ziua următoare, să înceapă a să pogorî înapoi micşorând dozele hapurilor cu încetul, până ce va veni la 4 hapuri, şi aceste câte 4 hapuri şi dela un N. şi dela altul, să urmeze a le lua până la cea de istov vindecare".

Ei bine. — Toate acestea se pot citi în cartea doctorului Tolhausen intitulată „Instrucţie de prinţipurile igieismului", — pe care, căminarul Konst. Veisa, plin de admiraţie pentru atâta ştiinţă, a tipă-

Digitized by Universitatea "Ion Creanga" Iasi

rit-o cu a sa cheltuială, în anul 1836. Păstrând secretul ştiinţei, nu spune ce conţineau hapurile şi prafurile, — pe care le numeşte „doftorie universală" — dar, le recomandă contra hemoragiei, a dropicei, a oprirei udului şi pentru purgaţie, — căci, zicea el „curăţenia maţelor şi a stomachului este de folosinţă a se face cât de adese ori".

Veţi conveni însă şi Dvs. că, aceasta nu este medicină, — nici ştiinţifică, nici populară.

*

Odată cu progresul medicinei ştiinţifice şi cu perfecţionarea studiilor sale, s'a pornit o adevărată prigoană contra medicinei populare, socotindu-se ca atare, toată practica exercitată de ne-medici, şi s'au instituit o seamă de măsuri restrictive contra celor care o practicau.

Cu timpul însă, dându-şi seama că şi Medicina populară este o comoară a neamului, bunii români — ca S. Marian, G. Dem. Teodorescu, T. Burada, D. Lupaşcu, A. Gorovei, etc., — au întreprins adunarea şi conservarea acelor date, care au crezut că aparţin Medicinei populare, publicându-le sub denumirea de „Folklor". In acest scop s'a fondat chiar o serie de reviste, printre care ajunge să amintesc „Şezătoarea" D-lui A. Gorovei, apărută în 1892, — „Isvoraşul" părintelui Dumitrescu-Bistriţa, apărută în 1919, — „Analele arhivei de folklor" ale Academiei Române, apărute în 1932 (sub direcţia D-lui Muşlea), etc.

Alături de cântece, credinţe, datini, descântece, obiceiuri, superstiţii, vrăjii, etc. — s'au făcut şi însemnări de plante, cu care s'au întocmit lucrări de mare valoare, cum este a D-rului D. Brânză („Prodromul florei Române", din 1879), — a D-rului D. Grecescu („Conspectul florei României", din 1893), — a farmacistului Dumitrescu-Parepa, („Plante medicale care cresc în ţară", din 1907), — aceia a lui O. Zaharia („Dicţionarul plantelor medicinale ce cresc în România", din 1916), şi atâtea altele. Pe de altă parte, practica empiricilor fiind între timp interzisă complect, iar numărul medicilor rămânând mereu inferior celui reclamat de nevoile poporului, — s'a întreprins educarea maselor, prin vulgarizarea cunoştinţelor necesare, şi, sub acest titlu s'au fondat reviste speciale ca „Medicina populară" (a D-rului Grün, în 1888), — „Apărătorul sănătăţii" (al D-rului N. Manolescu, în 1891), — „Medicina Populară" (a D-lui D-r Eraclie Sterian, în 1905), — etc., — şi, s'au scos o serie de cărţi, printre care ajunge să menţionez „Medicina practică populară" (a D-rului Anastase Fătu, din 1871), — „Micul magazin de medicină populară" (a D-rului D. Ionescu-Buzău, în 1892), — „Doctorul de casă sau Dicţionarul sănătăţii" (al D-lor D-ri V. Bianu şi Ion Glăvan, din 1910), — „Medicul nostru" (de D-r Ygrec), — şi, cea mai recentă „Toate leacurile la îndemână" (a D-lui D-r V. Voiculescu), — iar astăzi, chiar unele reviste de modă, publică diferite articole consacrate medicinei obşteşti. Ba încă, făcându-se confuzie între medicina „elementară" şi cea „populară", ea a fost predată în şcoale, sub acest din urmă titlu, tipărindu-se chiar manuale adhoc; — dar, pe când D-rul Ionescu-Buzău numeşte cartea sa, din 1902 „Curs popular de medicină generală", —

http://bcu.lib.ro/ Central University Library

D-rul V. Cristodulo o intitulează pe a sa, în 1905 „Curs elementar de medicină şi farmacie domestică", — iar D-rul I. Puţureanu a tipărit, în 1911 chiar o „Bacteriologie populară". Eu cred însă că, una este cartea populară de Medicină ştiinţifică, şi alta trebue să fie cartea savantă de Medicină populară.

*

Nu ştiu câţi din autori vor fi fiind de acord asupra înţelesului pe care l'au dat, sau asupra celui ce se cuvine dat Medicinei populare. Căci. Lăsând la o parte confuzia ce se face, — sau sinonimia ce se crede existentă, — între medicina babelor, medicina empirică, medicina satelor, şi Medicina populară, — unii, — raportându-se la locul unde se practică, — înţeleg sub această ultimă denumire, toate ajutoarele sanitare — sub orice formă — care se dau la sate, de către alte persoane de cât medicii.

Ei bine. Nu se poate primi această concepţie, şi nu se poate susţine o sinonimie între Medicina populară şi medicina rurală, — în primul rând, fiindcă acelaşi fel de medicină care se practică la sate, îl aflăm şi la oraş, — nu numai la periferii, dar chiar prin centru.

Apoi, nu trebue omis că, între „babă", — care a devenit sinonimă cu profan sau ignorant, — şi între medicul învăţat, există acum, chiar la sate, o clasă mijlocie de agenţi sanitari, moaşe, infirmiere, etc., — care, fără să fie medici, au totuşi oarecari noţiuni, şi practică acolo aceiaşi medicină pe care au învăţat-o în centrele ştiinţifice. Ba mai mult. Alături de cei care au câştigat oarecare cunoştinţe reale, găsim şi la sate, ca şi la oraşe, atâţi binevoitori, care recomandă să te speli cu „interogatorul" — înţelegând prin aceasta, irigatorul — şi, să foloseşti apă „sigilată" — vrând să zică „oxigenată"; — sau, recomandă să te ungi cu „untură de ied" — gândindu-se la tinctură de iod, — ori, cu „sărută-mă în fustă" — necunoscând termenul de ceratum fuscum, — şi, câte alte bazaconii de acest fel. Veţi fi însă de acord, că aceasta nu este şi nici nu se poate numi „medicină populară".

Alţi autori, amintindu-şi de specialiştii de odinioară — a căror majoritate o formau babele, — şi, fiind străini de cunoştinţele celor de atunci, sau, confundându-le cu ignorantele de azi, — se exprimă cu dispreţ despre Medicina populară, numind-o în derâdere „medicina băbească", — vrând să uite că şi la oraş practică încă atâtea babe.

In sfârşit, alţii — referindu-se numai la unele din mijloacele întrebuinţate în Medicina populară, — o numesc, tot în derâdere, „medicina descântecelor" sau „a buruenilor". Nici acesta însă, nu este un criteriu de apreciere, şi nu poate să constitue o caracterizare a Medicinei populare, fiind-că, între sugestia sau psichoterapia savantului şi descântecul babei, nu este o deosebire prea supărătoare. Pe de altă parte, Medicina populară nu foloseşte numai „buruienile", ci recurge deseori la leacuri animale şi minerale, — după cum însăşi medicina ştiinţifică, foloseşte în bună măsură, plantele — cu deosebire că, în loc să le numească flori de tei, flori de muşeţel, sau măsălariţă, — le zice flores tiliae, flores camomillae, hyosciamus, etc., — şi, în loc să

le culeagă totdeauna gratis, din grădina noastră, le aduce uneori din străinătate, plătindu-le cu bani grei.

Iar ca să închei aceste considerațiuni, aşi putea spune că nici termenul „empiric" nu este cel mai potrivit pentru designarea Medicinei populare, fiindcă empirismul nu lipseşte pe alocurea nici din medicina ştiinţifică.

*

Personal, am impresia că,— în ciuda tuturor conferinţelor şi a scrierilor amintite, — noţiunea despre Medicina populară a rămas încă foarte vagă, şi că, nici nu s'au ostenit prea mulţi ca să o lămurească, iar majoritatea s'a mulţumit cu părerea — fondată, sau nu — că este vorba de ceva rău. De aceia, am şi socotit că era necesară o acţiune în acest sens, — şi, aceasta este însuşi mobilul expunerii mele de astăzi.

Doamnelor şi Domnilor,

Poate că ar fi fost deajuns să fi început — şi să mă fi mărginit — a spune că: Medicina populară este origina sau mama medicinei ştiinţifice; — că, în locul „babelor" de odinioară, au rămas puţini care o mai cunosc, şi încă mai puţini care o recunosc; — că, medicina populară trăeşte şi astăzi ca soră bună — dar urgisită — a medicinei ştiinţifice, cu care se şi confundă adeseori; — şi că, în afară de ceiace constitue câştigul sau apanagiul său propriu, medicina ştiinţifică foloseşte adeseori aceleaşi mijloace — psihice, sau fizice (animale, minerale şi vegetale), care i-au fost indicate pe baza experienţei dobândită de medicina populară. Iar ca încheiere, aşi fi putut să vă spun, că nu există decât, o medicină corectă sau bună, — care este aplicată de ştiutori, — şi alta, neroadă sau vătămătoare, — care este aplicată de neştiutori, indiferent de situaţia sau titlul lor.

Având în vedere însă lipsa de înţelegere sau nepotrivirile de păreri asupra înţelesului ce s'a dat până acum Medicinei populare, — se impune o explicare sau mai bine zis o documentare a celor ce afirmai.

In acest scop, — vrând să zic, pentru edificarea D-voastră — aşi fi reuşit poate mai lesne, luând unul sau mai multe exemple din viaţa de toate zilele; — să fi examinat, de pildă, asemănările şi deosebirile dintre restaurantele de diferite categorii, — sau, să fi analizat măcar rostul adjectivului „popular" alăturat substantivului „restaurant", „cantină", „birt" etc. Căci, din analogia pe care aşi fi relevat-o, aţi fi dedus D-voastră înşivă ce este în realitate, — sau, cum cred eu că trebue înţeleasă, — Medicina populară.

Pentru a nu da loc însă nici unei răstălmăciri care să umbrească ceva din importanţa chestiunei pe care o tratez, — vă voi obosi făcând o incursiune în trecutul depărtat, — şi, pentru aceasta, solicit îngăduinţa D-voastră.

*

Desigur că, pe vremea lui Adam n'a existat niciun fel de medicină, — nici umană, nici veterinară, — căci exemplarele prime s'au bucurat de perfecţiunea creaţiunei; iar ca să împlinească porunca

Scripturei, femelele au născut şi s'au moşit la început singure, — aşa cum fac chiar astăzi cele animale. Cu timpul însă, femeia cu experienţă şi mai isteaţă s'a oferit, sau a fost chemată, ca să asiste pe altele, şi astfel s'a creiat „moaşa", căreia i se zice „empirică" şi este luată în derâdere, făcându-ne a uita că omenirea s'a perpetuat dealungul mileniilor, fără concursul învăţământului obstetrical „ştiinţific", care este de dată aşa de recentă.

Apoi. De îndată ce s'a părăsit raiul şi s'a pornit lupta pentru existenţă, — adică, de îndată ce maşina a fost luată la purtare, — au început şi deranjerile ei, şi s'a ivit nevoia de a le repara. Ibisul, simţindu-se constipat, şi-a administrat singur clisma, introducându-şi apă în rect, cu ajutorul ciocului; — ipopotamul s'a sângerat singur ca să scape de pletoră; — leul rănit şi-a spălat singur rănile, în apă curgătoare, — şi, desigur că tot astfel a procedat şi omul primitiv, condus tot numai de instinct.

Dar, pe când animalele au rămas până astăzi la aceiaşi practică de autoterapie ancestrală, din contră, omul, — mânat de un sentiment discutabil —, a pornit să ajute şi pe ceilalţi, iar experienţa, — cu rezultatele ei, bune sau rele, — a creiat pe învăţat. Cu timpul, desigur că, acei care erau mai isteţi sau mai îndemânateci, ori mai experimentaţi, şi-au creiat o oarecare faimă, pe baza căreia a fost chemaţi în ajutorul altora, şi astfel s'a creiat profesiunea medicală.

Fără îndoială că atare experienţă se câştigă într'un timp îndelungat, — fiind bazată numai pe observaţiune, — şi de aceea vechii profesionişti erau mai toţi bătrâni, adică „moşi" sau „babe". Dar, mă întreb: ce erau acei profesionişti primitivi (moşi sau moaşe)? Erau ei nişte empirici, fiindcă nu aveau diplome? sau erau adevăraţi savanţi, fiindcă printre ei se găseau de acei care posedau toată ştiinţa timpului? Dar medicina lor? — Era ea „populară", fiindcă era profesată de nemedici? — ori era „ştiinţifică", fiindcă cei care o profesau erau singurii învăţaţi ai vremii?

SSC Cluj Central University Library Cluj

*

Judecând lucrurile superficial, sau ignorând trecutul — ca şi prezentul, cu împrejurările lor, — ne credem foarte îndreptăţiţi atunci când compătimim pe înaintaşii noştri, pentru lipsa lor de medici şi de îngrijiri medicale. In realitate însă, ei nici n'au simţit toate nevoile noastre, — căci, prin felul lor de viaţă, ei se bucurau din plin de idealul către care tindem astăzi prin medicina preventivă, pe care o considerăm ca invenţie a modernismului. Desigur că, primitivii nu aveau atâţi neurastenici câţi numărăm astăzi; — şi nici nu sufereau de gută, sau de intoxicaţii alimentare, fiindcă mâncau doar puţine verdeţuri proaspete şi carne crudă, ne-cunoscând toate artificiile culinare care ne îmbie; — ei nu sufereau nici de colici saturnine, fiindcă nu se ocupau cu tipografia, sau culorile; — apoi, necunoscând electricitatea, şi neexistând maşinăriile de azi, nu sufereau nici urmările lor; — iar în ce priveşte epidemiile — considerate ca o necesitate naturală pentru menţinerea echilibrului vital, — nu pot spune nimic, căci epidemia de sifilis a apărut foarte târziu, şi, se poate ca însăşi epidemiile de ciumă şi holeră să nu fi apărut de cât după ce a început deplasarea popoarelor; iar dacă

ştiinţa a reuşit să le înlăture pe toate, tot ea a înlesnit şi războiul modern, care s'a însărcinat să le suplinească.

*

Spusei că, pe măsură ce maşina umană a fost supusă la mai multe încercări, — dictate de ritmul activităţii introdus de progresul civilizaţiei, — s'au înmulţit şi suferinţele şi s'a accentuat nevoia alinării lor.

Ei bine. Purtându-ne gândul la câteva mii de ani înainte de Cristos, aflăm că preoţii egipteni, — mânaţi de sentimentul binefacerii sau de dorinţa câştiguluĭ şi a stăpânirei, — au dat unora din membrii castei lor, însărcinarea specială de a trata bolnavii, şi, astfel s'a oficializat profesiunea medicală; iar prin faptul că s'a rezervat în templu un loc anume pentru adunarea şi consultarea bolnavilor, — s'a creat ceiace numim astăzi „cabinetul de consultaţii".

In acest scop, acei preoţi terapeutişti — adică, medici, — au instituit câte un registru numit „embria" sau cartea sfântă, în care notau identitatea bolnavului, simptomele boalei, leacurile întrebuinţate şi rezultatele obţinute; — cu alte cuvinte, făceau exact ce facem şi noi în spitalele de astăzi. Ba încă. Spre a obţine cât mai multe date, au recomandat — şi, la un moment dat, chiar au obligat — ca fiecare bolnav să fie expus cât mai în văzul trecătorilor, iar aceştia trebuiau să declare: Dacă au mai văzut vre-un caz asemănător? Cine, şi cu ce, l'a tratat? Şi, ce s'a întâmplat cu el? — adică, făceau ceva oare cum asemănător cu ce se petrece în Societăţile noastre ştiinţifice, — cu deosebire că — exceptând pe cei câţiva secretoşi — noi împărtăşim imediat ori ce cunoştinţă nouă, pe când amintiţii terapeuţi egipteni păstrau secrete toate cunoştinţele dobândite, spre a le exploata moralicește sau materialicește. Dar mă întreb: Ce calificativ merită medicina acelor preoţi? Era ea „ştiinţifică" din cauza cadrului în care o puneau şi a ritualului cu care o aplicau? — sau era tot „populară", fiindcă o învăţaseră dela moşul sau dela baba X sau Y?

Ei bine. La un moment dat, ca să scape de concurenţa nepreoţilor, — care continuau să aplice ştiinţa-lor acolo unde se ivea cazul şi nu se putea ajunge la învăţaţii templului, — numiţii preoţi au instituit un fel de monopol al vindecării — adică, au anticipat legii de astăzi pentru oprirea exerciţiului zis „ilegal" al medicinei. Ca şi cea românească însă, nici legea egipteană n'a reuşit să împiedice pe pricepuţii localnici ca să dea ajutor celor bolnavi, — căci, unii din aceştia se găseau prea departe de preotul specialist — adică, de doctor, — iar alţii, fiind prea săraci, nu-şi puteau traduce recunoştinţa, adică nu putea plăti.

Atunci, — ca să poată face tot binele dorit, sau ca să acapareze toată clientela, — amintiţii preoţi au oferit chiar găzduire în jurul templelor, — adică au creiat un fel de spitale — iar fiecare din ei şi-a rezervat tratamentul boalelor în care s'au dovedit mai pricepuţi — adică, au creiat specialităţile medicale.

Dar, iarăşi mă întreb: însăşi medicina pe care o profesau numiţii specialişti, — era ea tot populară? sau devenise ştiinţifică?

Ei bine. S'ar putea spune foarte bine că era de amândouă, — fiindcă pe vremea aceia ele încă se confundau, — dar tot aşa de bine se poate susţine că nu era de nici una, în senzul în care le considerăm astăzi. In realitate, era vorba de o medicină care îşi merită mai de grabă numele de locală, iar eu îi voi zice „naţională", — şi, veţi auzi îndată motivarea.

*

Câtă vreme oamenii au fost mai rari, şi, găsind alimentaţie suficientă, nu s'au deplasat prea departe, — nici n'au suferit decât anumite boale, provocate de împrejurările loco-regionale; iar pentru lecuirea lor, n'au folosit alte mijloace decât pe cele locale.

Mai toţi primitivii au cunoscut răniţile capului, — căci spre el ţintea lemnul, sau piatra, care consitţuia arma de atac şi de apărare, — şi, de aceia învăţaseră ei pretutindeni ca să practice aşa de bine trepanaţiile, — iar dovada acelei ştiinţe ne-o dau urmele descoperite pe unele cranii preistorice. De altfel, ca şi la animale, — exceptând bătrâneţea şi eventualele epidemii, — suferinţele cele mai frequente ale oamenilor primitivi, au fost traumatismele, — care, erau determinate prin felul de viaţă respectiv. De aceia, însăşi ştiinţa lor a fost generală şi aproape egală la toate neamurile, — deosebindu-se doar prin sagacitatea indivizilor şi prin mijloacele de care au dispus; — Căci, pentru contenţiunea fracturilor de pildă, locuitorii Sudului nu erau să întrebuinţeze scoarţa de stejar pe care n-o aveau, după cum nici ai noştri, nu erau să folosească bambusul, pe care nu-l cunoşteau, — ci, vice-versa.

In schimb. Strămoşii Laponilor nu aveau cum să cunoască frigurile galbene, sau conjunctivita provocată de praful Sudului, — după cum nici ai noştri nu s'au temut de muşcăturile cobrei, cu care sunt familiarizaţi Indienii din regiunile pe unde trăeşte acel şarpe; — şi, desigur că nici Egiptenii n'au suferit prea mult de degerături, — şi, aşa mai departe. Tot astfel în ce priveşte terapeutica, spusei deja că, fiecare seminţie a folosit la început numai mijloacele locale, rămânând complect străini de celelalte. De pildă: Peruvienii au cunoscut şi au folosit foarte de mult, contra frigurilor, praful făcut din coajă de cincona, care creşte la ei; adus în Europa, de unii călători, abia în secolul XVIII, acel leac eminamente popular în Peru, a fost exploatat mai întâi ca un secret, sub numele de pulberea contesei sau pulberea călugărului, — până ce regele Franţei a cumpărat misteriosul praf, plătindu-i secretul, cu sumă aproape fabuloasă, şi, l-a răspândit în Franţa, de unde a ajuns până la noi, sub numele de zuma sau hina, — şi astfel a devenit el tratamentul antimalaric cel mai ştiinţific, sub numele de chinină sau alcaloid peruvian.

Tot astfel, Laponii au întrebuinţat grăsimea de focă şi lichenul Nordului, după cum strămoşii noştri au folosit sarea, petrolul, şi diferite burueni locale; — iar Egiptenii au întrebuinţat, între altele, fragmente de mumie, tot aşa după cum ai noştri au folosit lemnul din crucea Domnului, sau părul smuls din blana ursului. Interesant este că, după ce a fost luată de Greci şi mai apoi de Veneţieni, şi amestecată cu capete de vipere, cu grăsime de crocodil, cu ienubahar, şi

încă alte condimente, cu care s'a compus preparatul numit „tiriac", — populara practică egipteană, a devenit un tratament „științific", universal, ca și panagia lui Tolhausen.

Prin urmare, Doamnelor și Domnilor,

A existat dela început o patologie și o terapie oare cum comună tuturor neamurilor — aceia a traumatismului și îngrijirea lor manuală, — și o alta, specială sau regională, determinată sau subordonată condițiilor de viață ale mediului în care s'a desfășurat aceasta. Dar, toată medicina a fost la început populară, — în senzul că, a fost creiată și aplicată de poporul respectiv, prin sagacitatea membrilor lui, și cu mijloacele locale. — Pentru aceste motive, prefer eu să o consider și să o numesc „medicină națională".

De îndată însă, ce a început migrațiunea popoarelor, medicina — indiferent dacă o veți numi populară sau științifică, — a încetat de a mai fi absolut locală sau pur națională, — căci, odată cu credințele sau cu obiceiurile lor, noii veniți au adus cu ei, nu numai anumite boale, dar și leacurile de aiurea, — introducând, de pildă, în medicina noastră: smirna, tămâia, numia, etc., și, ducând dela noi la alții: sarea, petrolul și buruienile noastre.

In asemenea condițiuni, se înțelege lesne că, un spirit ceva mai ager, — care, umblând mult, avusese prilejul să cunoască mai multe leacuri străine de localitate, — apărea în ochii localnicilor, ca un adevărat savant.

*

Fără să mă preocup de mobilul acțiunii unora, sau altora, — ajunge să amintesc că, — imitând acțiunea preoților egipteni, — laicii, — care erau și mai umblăreți, — i-au depășit prin mulțimea cunoștințelor adunate, — pe care au pornit apoi să le împărtășească pretutindeni, și ori cui.

Unii din aceștia au fondat școala din Alexandria, în care se făceau chiar disecții și la care a profesat anatomistul Hierophil, a cărui descoperire este menținută ca atare, în toate cărțile de azi. Pentru motive însă, pe care zadarnic le-am cerceta, școala alexandrină a avut aceiași soartă ca și vestita bibliotecă; — totuși, odată cu ea a început acordarea certificatelor sau diplomelor, adică, au apărut titrații academici. Iar peste toți laicii învățați ai timpului, a rămas, — devenind tot mai strălucitor, — numele lui Hippocrat, care a fondat celebra școală din Cos. Cu genialitatea și cu spiritul lui de observație, Hippocrat a pus bazele medicinei care-i poartă numele, și pe care, toată lumea o consideră dintre cele mai științifice.

Dar, dacă toți vorbesc de știința lui și de locurile peste care se întinsese faima lui, până în Asia, — mie îmi place să amintesc — și încă cu mândrie — declarația lui Hippocrat, care a mărturisit în fața ucenicilor, că multe din cunoștințele sale, le-a cules din țara hyperboreenilor, adică, de prin meleagurile noastre.

Prin urmare. Este bine să reținem că, încă depe vremea aceia, strămoșii noștri, — sau, dacă vreți, locuitorii ținuturilor pe unde se întinde țara noastră, — cunoșteau o medicină din care a găsit și

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Hippocrate să culeagă ceva. Aplicată de ei, aceea medicină era populară — adică era a poporului, — dar, odată ce a fost transplantată, sistematizată, adaptată, sau modificată și consemnată de Hippocrat, — ea a devenit medicina științifică.

Doamnelor și Domnilor,

Chiar dacă țara hyperboreenilor nu s'ar fi întins prin aceste locuri, — și ca atare, mărturisirea lui Hippocrate nu ne-ar privi, — avem o altă mărturie, indiscutabilă, despre starea medicinei noastre din vremea când oștile romane au venit în acea Dacie, — care se pare că era „felix", nu numai prin bogăția ei materială, ci și prin cea trupească și sufletească.

In adevăr. Ca însoțitori ai armatelor romane, au venit și câțiva medici, iar după plecare, unul din ei s'a apucat și a scris o carte, în grecește, intitulată „Despre materia medicală", în care, — după cum spune singur în prefață, — n'a făcut altceva decât să consemneze cunoștințele pe care le aflase la poporul din Panonia. Ori. Acea carte constitue baza Botanicei de astăzi, și autorul său a devenit celebrul Dioscoride al medicinei științifice, iar conținutul cărții, — adică medicina poporului nostru de atunci, — cuprinde însăși „buruenile" pe care le disprețuim noi astăzi cu atâta ușurință.

*

Dacă opera lui Dioscoride este prețuită în toată lumea, ea are pentru noi o valoare nemăsurată, deoarece găsim într'însa unele plante cu aceleași denumiri și cu aceleași întrebuințări, care se mai păstrează încă la poporul nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin urmare, cel puțin acele cunoștințe recunoscute, — care constituiau pe vremuri știința noastră medicală — nu sunt împrumutate de nicăeri, ci sunt o creațiune a poporului nostru, bazată pe observația lui și pe încercările de veacuri, care i-au format experiența. Și, desigur că același a fost procesul pentru atâtea din bogățiile solului și subsolului nostru, — care, au constiutit bazele medicinei noastre din trecut, dar, din care, puține ne-au fost recunoscute, — ca de pildă, sarea, ce a trecut în prescripțiile medicale turcești, sub numele de „sare de Valachia".

De altfel, — fără să o fi descris cineva în amănunt, — avem totuși o serie de mărturisiri, — și încă destul de apropiate, — care dovedesc starea sănătății poporului nostru din trecut, iar pe de altă parte, atestă cunoștința lui asupra mijloacelor de a se apăra de boale.

De pildă. Scriitorul polon Oricoviu, vorbind de Moldoveni, zicea că sunt sălbateci, de sănătoși ce erau.

Apoi. La 1718, italianul Antonio Mario del Chiaro scria că, „Valachii și mai ales femeile cunosc leacuri mai simple și mai practice pentru vindecarea bolnavilor, — care, după părerea lor, nu mor decât în urma intervenției doctorilor". Tot astfel, în 1766 francezul Jean Claude Flachat, — referindu-se la ignoranța medicilor pe care i-a întâlnit aici, și făcând comparația între cunoștințele lor și ale poporului, — se întreba: „Oare această ignorare funestă nu s'ar

putea imputa cupidităţii medicilor care vorbesc cu dispreţ de ele (adică de cunoştiinţele poporului) şi le critică fiindcă pe ale lor (zise ştiinţifice) le folosesc mai avantajos pentru ei, deşi cu mai puţin succes pentru bolnavi?". Tot astfel, austriacul Frantz Sulzer scria în 1781 că: „Experienţa şi cunoştinţa plantelor pe care le deţin dela strămoşi, a învăţat (pe Români) remedii cu mult superioare acelora prescrise de (medicii) empirici", — etc.

*

Desigur că în vremurile de bejenii ale repetatelor năvăliri, strămoşii noştri n'au putut să ţină piept progresului altor neamuri, nici în ce privea studiul medicinei, — căci, tipografia nu putea să funcţioneze când erau mereu călări, şi nici biblioteca nu avea loc în desagi.

Dar, după ce s'au liniştit apele, posibilităţile n'au lipsit complect. Din nefericire însă, — fie că am căzut victima modei, sau a nătângiei, — fapt este că, — în loc să îngrijim comoara pe care ne-au lăsat-o strămoşii, — ne-am luat după toţi Tolhausenii, — de toate naţiile şi de toate calibrele, — care au năpădit ca în ţara nimănui. Până şi lani plăcintarul, fostă gazdă a fostului meu Profesor D-r Severeanu, — plictisit de tava cu bogace, — a plecat cu banii adunaţi la Turnu-Severin, şi, după câteva luni de plimbare, — pe unde va fi fost, — s'a înapoiat cu o serie de sticluţe, din care trata orice fel de bolnavi, iar ca să recruteze mai multă clientelă, se opria la poarta fie cui, strigând „kalòs iatròs, kalòs iatròs", — adică, „doctor bun, doctor bun".

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta a fost, în cea mai mare parte, medicina zisă ştiinţifică, ce s'a profesat la noi de către porecliţii doctori, până după anul 1800, şi chiar mai aproape.

Legându-se de unele descântece, farmece, vrăji sau anumite practici, — împrumutate de aiurea, sau aparţinând şarlatanilor noştri de clasa II-a, — şi, voind să fie confundată cu ceiace a fost odinioară medicina reală, a poporului nostru, — corul liftelor exploatatoare, a pornit adevărată prigoană contra medicinei populare şi a practicanţilor ei. Iar astăzi, nu mai există nimeni, — ori au rămas foarte puţini indivizi, moşi sau babe, — de calitatea vechilor ştiutori, şi, nu se mai ştiu de cât prea puţine din vechile leacuri bune, şi din întrebuinţările lor folositoare..

Aşa se face că, ne mândrim, — şi, pe drept cuvânt, — cu muzica sau cu arta noastră populară, şi recunoaştem un „costum naţional", dar, ne complacem a uita că avem şi o medicină populară, — care, este în acelaşi timp ştiinţă şi artă, tot naţională.

*

Aşi fi total desamăgit dacă din spusele mele ar conchide cineva că mă războesc cu medicina ştiinţifică, — pe care am cultivat-o atâtea decenii, cu toată pasiunea tinereţei, şi mă trudesc să o apăr, cu tot prestigiul bătrâneţii.

Căci. Ar fi fără rost să ceară cineva întoarcerea la „punerea

în salcie" sau la practica populară „a fumurilor" — cu mercur sau arsenic, — când metoda ştiinţifică a tratamentului antisifilitic ne oferă toate avantajele, — sau, să renunţăm la serul antidifteric pentru a reveni la „suflatul în gât". Din contră. Trebuia să urmăm exemplul medicinei ştiinţifice, care a renunţat, fără ezitare şi complect, la vechiul tratament al ciumei şi holerei, — prin afumarea cu pucioasă, cu ardei, sau cu oase arse, şi alte mijloace care ne apar astăzi atât de ridicole, — şi a adoptat tratamentul eficace prin seruri — (antipestos, antiholeric, etc.)

Regret însă că noi, — în loc să o curăţăm, îndepărtând din Medicina populară numai practicile fără rost sau dăunătoare, şi să cultivăm ceiace era bunul ei şi al nostru, — din contră, am ironizat-o şi am aruncat-o cu totul, pentru a deveni tributarii mintali şi materiali ai altora.

Iar ca să arăt ce am pierdut şi cât am pierdut, voi cita numai câteva exemple, care, în acelaş timp, vor demonstra încă odată, deosebirea dintre ceiace este în realitate, şi felul greşit cum a fost considerată Medicina Populară.

De pildă. Incă din anul 1712, J. Klotz a semnalat întrebuinţarea petrolului în terapeutica populară românească. Totuşi, în loc să studiem acţiunea lui sub toate raporturile, din contră, l-am exclus împreună cu tot ce aparţinea disprețuitei medicine băbeşti. Astăzi însă, după ce s'a arătat congresului din Bruxelles că petrolul este un foarte bun tratament în contra reumatismului, fiindcă evită complicaţiile cardiace, — îl folosim şi noi ca metodă ştiinţifică.

De asemenea. Toţi ţăranii ştiau că înţepăturile de albine fac să dispară anumite artralgii şi mialgii, sau aşa zisele dureri reumatoide? Dar, care medic a îndrăsnit — sau a voit — să propună asemenea tratamente băbeşti? Astăzi însă, când eficacitatea veninului de albine a fost arătată de străini, aplicăm cu toţii acest tratament, care a fost eminamente popular, şi a devenit astfel ştiinţific.

Apoi. Incă din 1717 Samuel Käleseri a arătat că, în Transilvania, aurul era folosit ca medicament, sub formă de pulbere, tinctură sau elixir, şi era întrebuinţat singur sau însoţit de alte elemente. Dar, de când a început prigoana contra medicinei populare, mai pomenit-a cineva de aşa ceva? In schimb de curând, după ce a fost experimentat de străini, l'am introdus şi noi în practica ce se numeşte acum ştiinţifică.

Şi, cine nu ştie că odinioară România făcea un comerţ foarte mare cu lipitori, şi că acum 60—70 ani, însăşi medicii au chiar abuzat de folosinţa lor? Cu toate acestea, fiindcă aparţineau medicinei populare, lipitorile au fost cu desăvârşire scoase din uz, până ce s'a dovedit că saliva lor conţine hirudină, — capabilă să împiedice formarea chiagurilor inflamatorii sau topirea lor, — şi, după aceia, au reintrat în uz, ca metodă ştiinţifică.

Dar, cine n'a râs de gogoşile de tufă, pe care le întrebuinţau ţăranii noştri, — rase sau arse şi pisate — contra arsurilor? Cu toate acestea, astăzi tanizarea constitue unul din tratamentele ştiinţifice cele mai moderne.

Dar despre minunatul diuretic popular, compus din coade de cireş sau de vişine, din mătase de porumb, şi din seminţe de pepene,

— pe care le folosim în terapeutica actuală, — se mai întreabă cineva dacă este leac băbesc sau medicament ştiinţific?

Dar infuzia de foi de digitală, — pe care am folosit-o, şi o folosim încă în terapeutica medicală, — n'a fost ea un leac popular până ce s'a extras digitalina, care se prezintă ca un remediu ştiinţific?

Mai interesantă decât toate este situaţia popularului ceai de sunătoare (Hipericus), de a cărui eficacitate se convinsese profesorul D-r Teohari şi îl prescria în clinica sa, ca pe un tratament ştiinţific; — dar, fiindcă Teohari n'a apucat să publice cartea care avea să-l consacre în ştiinţă, ceaiul de sunătoare a rămas tot „popular".

*

Dar, câte instituţii minunate de ale poporului nostru n'au devenit mai târziu răsunătoare descoperiri ştiinţifice?

De pildă. Incă din timpuri străvechi, poporul nostru a tratat o seamă de leziuni, acoperindu-le cu pânză roşie şi expunându-le la soare, Dar, care medic, sau învăţat român,, a dat vre-o atenţiune acestei practici?, până ce colegul Finsen dela Copenhaga a înlocuit pânza roşie prin sticlă roşie, şi a creiat apoi ceiace se chiamă astăzi „Finsenterapia".

Iar dacă tratamentul prin aplicare de ser pe ulceraţiile atone a apărut ca o noutate ştiinţifică, — mă întreb: ce altceva făcea poporul nostru când acoperea rana cu jumătăţile sângerânde ale unei ciori, sau pisică proaspăt spintecată de viu? In loc să judecăm însă acţiunea terapeutică, — noi am considerat numai barbaria sau ridicolul practicei, şi am îndepărtat-o disprețuitor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Aş putea să lungesc la infinit lista acestor exemplificări, — căci medicina este vastă, — dar, nu vreau să abuzez de îngăduinţa pe care mi-o acordaraţi. Sper însă a vă fi edificat asupra deosebirii dintre ceiace cred unii, şi ceiace este în realitate, medicina poporului nostru, pe care o numii „naţională".

De aceia. Mă opresc aci, mulţumindu-vă pentru bunăvoinţa cu care m'aţi ascultat, şi recomand tuturor, — în special tinerilor mei colegi, — să nu disprețuiască tot ce se prezintă sub eticheta neclară de până acum a Medicinei populare, — ci, să izoleze partea ei reală, şi să o cultive sârguitor, — pentru mândria şi chiar bogăţia noastră naţională.

TERAPIA DERMATOZELOR

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

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

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

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

CJ Cluj Central University Library

ASUPRA COMPLICAŢIILOR ARTICULARE IN SCARLATINĂ *)

de

D-r AURELIA MARINESCU
Medic secundar.

D-r PETRE FIRESCU
Medic de circ.

Poliartrita este o complicaţie relativ frecventă care se întâlneşte în scarlatină survenind precoce, sau tardiv în cursul convalescenţei.

Intâlnită mai adesea la adulţi, nu sunt rare cazurile când o găsim şi la copii.

Sennert în 1619, a fost primul care a descris poliartrita în scarlatină. Apoi cercetători ca Wood şi Kresig, Graves şi Murrey în Anglia, Chomel, Pidoux şi mai cu seamă Trousseau s'au ocupat în deosebi de formele şi patogenia reumatismului scarlatinos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In epoca lui Trousseau au fost discutate 3 doctrine principale:

1. Doctrina care o susţine Blondeau şi care tindea să accepte analogia sau aproape identitatea reumatismului scarlatinos şi a reumatismului poliarticular acut.

2. Doctrina susţinută de Bouillaud, Peter pentru care reumatismul în scarlatină nu era decât superpoziţia reumatismului adevărat la scarlatină.

3. Doctrina lui Jaccoud, pentru care reumatismul scarlatinos era consecinţa enantemului în seroasa articulară.

Controversele au continuat până când Bouchard a etichetat ca pseudoreumatism infecţios sau poliartrită infecţioasă toate localizările articulare constatate în cursul stărilor infecţioase specifice sau nu.

Va fi foarte greu să apreciem rolul real al scarlatinei atâta vreme cât nu se cunoaşte virusul acestei maladii. In acelaş timp nu putem îndepărta posibilitatea ca scarlatina să fie ocazia desvoltării unei crize de reumatism adevărat.

Ţinând însă seama că în etiologia scarlatinei joacă un rol de primă importanţă streptococul şi că chiar în reumatismul poliarticular acut specific, i se atribue de unii autori streptococului un rol de seamă,

---

*) *Comunicare* făcută de *D-r Aurelia Marinescu*, medic secundar şi *D-r Petre Firescu*, medic de circ., la *Cercul Medico-Farmaceutic Craiova* în ziua de 15 Iunie 1943.

foarte probabil că streptococul are rol şi în producerea reumatismului scarlatinos. Probabil însă că în reumatismul scarlatinos pe lângă infecţia bacteriană ar contribui în aceiaş măsură şi toxina secretată de microb. O parte din autori susţin că şi virusul filtrant ar juca un rol important în producerea manifestaţiilor articulare scarlatinoase.

Dat fiind că nici etiologia scarlatinei, nici a reumatismului nu este lămurită până în prezent, rezultă că nici reumatismul scarlatinos nu va avea o etiologie precisă şi e foarte probabil după cum reese din părerile multor autori, ca Marfan, Ollivier, Chevalet, Bokay, etc., că la baza manifestaţiilor articulare ar fi fără îndoială streptococul.

Se descriu în reumatismul scarlatinos 3 forme principale:

1. **Formă de poliartrită acută** a cărei varietate cea mai benignă răspunde manifestaţiilor artralgice simple, formă mai ales frecventă la femei.

2. **Formă de artrită seroasă** cu tendinţă posibilă către supuraţie.

3. O formă mai gravă de **artrită purulentă d'emblée.**

Forma artralgică simplă constă din dureri mono sau poliarticulare în mijlocul unui sindrom, uşor febril cu o durată foarte scurtă dela câteva ore la câteva zile. Apariţia artralgiilor e de obiceiu precoce (5—7 zile); simetrică în majoritatea cazurilor, cu predilecţie la articulaţiile mici.

Artritele seroase survin la sfârşitul săptămânei I-a (8—10 zile), atunci când angina persistă, uneori în perioada de convalescenţă între a 18-a—25-a zi când poate să reapară angina. Obişnuit pronosticul este bun, fenomenele articulare cedând complect după 4—5 zile, excepţional 1—2 săptămâni, fie că e vorba de o artrită cu apariţie precoce, fie mai tardivă.

Cluj / Babeş University Library Cluj

Bokáv a descris totuşi o formă de sinovită seroasă cu mers subacut şi cronic care poate să se termine ca o tumoră albă.

Uneori aceste forme de artrită seroasă în decurs de câteva zile se transformă în artrite purulente.

Ca simptome în artrita seroasă se remarcă: tumefacţia articulaţiilor, durere intensă la nivelul acestora, provocată de cele mai mici mişcări şi presiune. Interesează articulaţiile mici — ceea ce constitue un caracter propriu — dar nici cele mari nu sunt respectate. De obiceiu sunt simetrice.

Această formă de reumatism scarlatinos deşi se aseamănă foarte mult cu reumatismul poliarticular acut nu are mobilitatea acestuia şi ceea ce îl caracterizează este că niciodată nu revine asupra articulaţiei deja atinsă şi vindecată.

Temperatura însoţeşte fenomenele articulare deşi nu putem spune că are un caracter special, uneori întâlnind subfebrilităţi, alteori fiind ridicată.

Artritele supurate pot fi consecinţa unei artrite seroase, când aceasta în decurs de câteva zile în loc să tindă către rezoluţie, fenomenele generale se accentuiază desvoltându-se veritabile stări ataxo-adinamice corespunzătoare unei stări septico-pioemică sau artrite purulente d'emblée care se întâlnesc în formele de scarlatină septică. Acestea sunt forme de artrite tipice purulente cauzate de streptococ, spre deosebire de celelalte forme produse de toxina microbiană sau de virus.

Sunt cazuri rare pe care Schmith şi Sturge le-au observat la 9 din cele 5000 cazuri studiate.

Apar în decursul celei de a 3-a sau a 4-a săptămână rapid (d'emblée) cu dureri violente, tumefacţie, împăstare profundă şi difuză pe una sau mai multe articulaţii; de obiceiu atacă o singură articulaţie mare; după Johmann cotul, după Schmith şi Sturge genunchiul, Fritsch, coapsa.

Pronosticul este sombru, totuşi s'au văzut cazuri de vindecări fără restitutio ad integrum producând distrugerea părţilor articulare de unde rezultă o anchiloză fibroasă sau osoasă consecinţa distrucţiei cartilagiului şi osului.

DIAGNOSTIC

In majoritatea cazurilor, diagnosticul reumatismului scarlatinos se face destul de uşor mai ales când simptomatologia este complectă. In sprijinul diagnosticului avem următoarele argumente clinice:

1. Apare consecutiv unei boale fundamentale specifice care este scarlatina.

2. Semne clinice: interesează în special un număr redus de articulaţii şi mai ales articulaţiile mici.

3. Sunt de obiceiu mono sau poli-articulare, au fixitate pronunţată, durată mai lungă şi pot rămâne localizate pe aceiaşi articulaţie dela apariţie şi până la vindecare. Adesea supurează şi duc la anchiloză, rar dau complicaţii cardiace. In lipsa tumefacţiei dela nivelul articulaţiei, diagnosticul se face mai greu şi numai ţinând seama de simptomele subiective (durerea care imobilizează bolnavul).

TRATAMENTUL

Tratamentul manifestaţiilor articulare în scarlatină variază după formele clinice.

1. In artritele seroase: a) Tratament local; b) Tratament general.

a) Tratamentul local constă din imobilizarea articulaţiei bolnave, ungerea lor cu vaselină salicilată sau liniment calmant şi învelirea cu manşoane.

In inflamaţiile acute se recomandă comprese cu apă rece sau cu alcool. După disparitia fenomenelor acute se va face mobilizarea articulaţiilor bolnave prin toate mijloacele posibile: gimnastică mecanoterapie, faradizări, curenţi de înaltă frecvenţă.

b) Tratament general. Se administrează salicilat de sodiu ca şi în reumatismul poliarticular specific deşi nu are caracterul de specificitate ca în acesta. După cedarea fenomenelor acute doza de salicilat va fi scăzută treptat. In cazurile când există intoleranţă pentru salicilatul per os, se recomandă administrarea acestui medicament pe cale parenterală sub forma diferitelor specialităţi.

2. In artritele supurate:

Tratament local: a) Puncţie evacuatoare şi spălături consecutive cu substanţe antiseptice; b) Artrotomie cu închiderea imediată fără drenaj urmată de mobilizare precoce.

In localizările la articulațiile șoldului, cot, umăr, se va face rezecție pentru drenaj.

Tratament general: seroterapie, vaccinoterapie și diferite substanțe chimice (prontozil, rubiazol, deseplil, albucid, eleudron, etc.).

In Spitalul de Boale Contagioase Craiova, în decursul anului 1942, dintr'un număr de 155 bolnavi de scarlatină, majoritatea copii având numai 2 cazuri la adult, am constatat un număr de 8 complicații articulare.

In cursul anului 1943, dela 1 Ianuarie până la 1 Iunie au fost internați 159 bolnavi de scarlatină cu un număr de 7 complicații articulare.

Vom reda pe scurt formele artralgice simple survenite în cursul scarlatinei și vom da mai mare importanță cazurilor mai interesante și demne de menționat.

CAZUL 1. — Margareta P., de ani 30, intră în spital în ziua de 26 Dec. 1942, în a 5-a zi de boală, prezentând: febră 40°, erupție eritematopunctată generalizată, exantem faringian, amigdalele mult hipertrofiate și congestionate, limba caracteristică. Starea generală bună.

Sistem nervos, Ap. digestiv: normal. — Ap. pulmonar: discrete raluri bronșice generalizate. — Ap. cardio-vascular: tachicardie, pulsul bine bătut.

A doua zi dela internare acuză dureri la articulațiile pumnilor cu diminuarea mișcărilor active. Mișcările pasive se execută complect. Se aplică local manșoane cu salicilat. După 10 zile — în care interval de timp febra a oscilat între 37°—38°, — fenomenele articulare dispar împreună cu temperatura.

CAZUL 2. — Bolnavul Petre P., de 11 ani, intră în spital la 9 Dec. 1942, în a 8-a zi de boală prezentând descuamație furfuracee pe torace și abdomen, în lambouri pe membre. Hipertrofie ganglionară cervicală bilaterală discretă, enantem faringian, limba descuamată, febră 38°. Apatic, adinamic, starea generală ușor alterată.

Sistem nervos: reflexele normale; apatic, adinamic. — Ap. pulmonar, Ap. digestiv: normal. — Ap. cardio-vascular: sgomotele cardiace asurzite; suflu în primul timp la vârf fără propagare în axilă.

A doua zi dela intrarea în spital acuză dureri la articulațiile pumnilor și coatelor fără a fi tumefiate. Mișcările active și pasive sunt păstrate. Se aplică manșoane cu salicilat. Fenomenele articulare se amendează după 5 zile. Suflu dela mitrală persistă și la ieșirea din spital.

CAZUL 3. — Adrian Ș., de 5 ani, intră în spital la 30 Martie 1943, a doua zi de boală, cu erupție scarlatinoasă generalizată, enantem buco-faringian, amigdalele puțin hipertrofiate și congestionate, limba smeurie, ușoară hipertrofie ganglionară cervicală bilaterală.

Sistem nervos, Ap. pulmonar, Ap. digestiv, Ap. cardiac: normale. — Ap. cardiac: tachicardie.

A 9-a zi de boală prezintă: febră 38°, dureri articulare generalizate. La cord se percepe un suflu la mitrală în primul timp ce nu se modifică cu poziția; „en jet de vapeur". Se face tratament cu salicilat per os și manșoane cu salicilat. După 10 zile, febra revine la normal, durerile articulare dispar, suflu persistă încă la ieșirea bolnavului din spital.

Cazul de față arată o scarlatină formă obișnuită, la care a survenit artralgii în a 9-a zi de boală care cedează după 10 zile. Fenomenele cardiace ce au fost remarcate la apariția durerilor articulare persistă la ieșirea din spital.

CAZUL 4. — Bolnava Elena C., de 5 ani, este adusă la spital, în ziua de 27 Noemb. 1942, în a 10-a zi de boală, prezentând descuamaţie furfuracee pe corp, ganglionii cervicali măriţi, sensibili la presiune, dureri în gât. Subfebrilă; starea generală bună.

Ap. pulmonar, Ap. cardio-vascular, Ap. digestiv, Ap. sistem nervos, Ap. urinar: normale.

La această formă obişnuită de scarlatină apare a 14-a zi dela debut, dureri articulare la articulaţiile coatelor, febră 37^4 care cedează după 4 zile.

Am observat încă un număr de 7 artralgii simple apărute în a 6-a—10-a zi, care au cedat fie spontan, fie după aplicarea manşoanelor cu salicilat după un interval de 4—5 zile.

CAZUL 5. — Bolnava Adriana A., de 9 ani, intră în spital în ziua de 8 Dec. 1942, în a 6-a zi de boală prezentând erupţie scarlatinoasă discretă generalizată, uşoară angină, limba smeurie. Afebrilă, starea generală foarte bună. Nimic patologic din partea diferitelor aparate.

A 12-a zi de boală prezintă temperatură care se urcă progresiv în zilele următoare, atingând a 16-a zi 38^4. Fenomenele anginoase reapar, fiind însoţite de dureri articulare la articulaţiile coatelor şi pumnilor, tumefacţie la acest nivel şi reducerea mişcărilor active.

La cord se percepe un suflu în primul timp la mitrală fără propagare în axilă (suflu ce dispare după 6 zile), tachicardie. Se începe tratamentul cu salicilat per os, iar local se aplică manşoane cu salicilat. Nefiind tolerat, se înlocueşte tratamentul salicilic cu injecţii de Naiodin, în urma cărora după 4 zile, temperatura scade la normal, durerile cedează complect, mişcările din articulaţii normale.

Părăseşte spitalul complect restabilită.

In cazul de faţă complicaţiile articulare au apărut în a 16-a zi de boală sub formă de artrită seroasă în urma reapariţiei fenomenelor anginoase într'o formă de scarlatină uşoară. E vorba de o complicaţie benignă, simetrică, cu o durată de 6 zile şi restabilire.

CAZUL 6. — Bolnava Cleopatra I., de 17 ani, intră în spital în ziua de 4 Febr. 1943, în a 2-a zi de boală cu erupţie scarlatinoasă generalizată intensă, cu aspect hemoragic pe coapse şi abdomen, masca lui Filatow, ochii congestionaţi, plica echimotică prezentă. Enantem buco-faringian intens, amigdalele mult mărite congestionate, limba smeurie. Febra 40^0, starea generală alterată.

Sistem nervos: apatie, somnolenţă. — Ap. cardio-vascular: tachicardie, puls frecvent bine bătut. — Ap. pulmonar: normal. — Ap. digestiv: greaţă, vărsături, scaune diareice 3—4 în 24 ore; ficatul şi splina în limite normale. — Ap. renal: normal.

In a 7-a zi dela debutul boalei prezintă dureri la articulaţiile tibiotarsiene cu tumefiarea acestora, mişcările active şi pasive reduse. Se instituie tratament cu salicilat per os şi manşoane locale. Fenomenele articulare cedează după 5 zile.

Intr'un caz de scarlatină formă toxică, se constată în a 7-a zi de boală apariţia unei artrite seroase la nivelul articulaţiilor tibiotarsiene care cedează după 5 zile cu tratament general şi local.

CAZUL 7. — Bolnava Maria L., de 25 ani, intră în spital în ziua de 23 August 1942, fiind transferată dela Secţia Maternitate a Spitalului Filantropia Craiova, unde născuse, cu 5 zile înainte; se prezintă cu febră 40^7, erupţie eritemato-punctată generalizată foarte pronunţată cu placarde hemoragice pe faţa internă a coapselor, flancuri şi părţile laterale ale toracelui, angină pronunţată, limba încărcată cu marginile şi vârful roşii. Starea generală alterată.

Sistemul nervos, Ap. pulmonar: normale. — Ap. cardiac: sgomotele cardiace asurzite, tachicardie. — Ap. digestiv: limba saburală, haleina fetidă. Apetitul mult diminuat; scaune diareice. Abdomenul suplu, uşor sensibil în hipocondrul drept, cu predominanţă în punctul cistic. Ficatul întrece cu un lat de palmă falşele coaste. Splina palpabilă, moale.

Ap. genital: la tuşeul vaginal se constată că parametrul stâng este inflamat, dureros, uterul deviat spre stânga; lochiile de aspect normal, nemirositoare.

A doua zi dela internare i se instituie un tratament cu ser antistafilococic (100 cc. intra muscular) şi se provoacă un abces de fixaţie cu oleu de terebentină la coapsa dreaptă.

Temperatura începe să cedeze menţinându-se în zilele următoare între 38—38,6°. A 6-a zi dela instituirea serului apare o maladie serică cu erupţie urticariană, pruriginoasă, generalizată foarte pronunţată. A 9-a zi dela provocarea abcesului de fixaţie se face incizia acestuia. A 11-a zi febra se ridică dela 38,2— la 39°, însoţită de dureri articulare la articulaţiile coatelor, pumnilor şi genunchilor cu diminuarea mişcărilor active. Se aplică manşoane cu salicilat. După 5 zile, toate fenomenele articulare se amendează, temperatura revenind la normal.

Bolnava părăseşte spitalul vindecată.

Se pune întrebarea în acest caz — în care e vorba de o scarlatină formă septică, — dacă complicaţiile articulare ce au survenit sunt datorite scarlatinei sau sunt artralgii în cursul maladiei serului?

Credem totuşi că poate fi vorba de o artrită scarlatinoasă, deoarece fenomenele anginoase au persistat în tot acest interval de timp.

CAZUL 8. — Bolnavul Marin I., de 4 ani, intră în spital în ziua de 10 Aprilie 1943, cu erupţie scarlatinoasă generalizată pronunţată (a 5-a zi de boală), amigdalele mult hipertrofiate cu aspect ulcero-necrotic, limba smeurie cu mici ulceraţii cu depozit gris-murdar pe margini şi vârf. Hipertrofie ganglionară cervicală bilaterală, mai accentuată de partea stângă (de mărimea unui ou de găină). La palpare se constată de această parte o massă ganglionară dură, aderentă şi foarte sensibilă la presiune. Mişcările de rotaţie, extensie şi flexie ale capului mult reduse.

Tegumentele palide, ţesutul celulo-adipos păstrat, starea generală relativ bună. Febril, temperatura 38°—39°.

Sistemul nervos, Ap. pulmonar, Ap. uro-genital: normale. — Ap. cardiovascular: sgomotele cardiace asurzite; tachicardie, pulsul fregvent bine bătut. — Ap. digestiv: apetitul scăzut, scaun regulat. Abdomenul suplu nedureros. Ficatul şi splina în limite normale.

Se aplică tratamentul general al scarlatinei: antisepsia buco-faringiană, nazală, otică, tonice cardiace, tratament higieno-dietetic.

Temperatura 38°, dela internare continuă să se ridice ajungând în ziua 4-a dela data prezentării la 40°, starea generală începe să se altereze din ce în ce mai mult, uşoară adinamie alternând cu stare de agitaţie, insomnie nocturnă. La nivelul ambelor articulaţii ale coastelor se constată un edem dur în jumătatea inferioară a braţelor şi a antebraţelor în întregime până la nivelul articulaţiilor pumnului; pielea de aspect normal. Mişcările active imposibile; mişcările pasive se fac cu foarte mare dificultate producând dureri violente.

I se aplică local prişniţ la temperatura camerei la început, apoi după 2 zile cald. Ca tratament general: ser antistreptococic intramuscular timp de 3 zile consecutiv, doza zilnică fiind 40 cc. şi în acelaş timp Eleodron per os câte un gram zilnic. A 5-a zi dela fenomenele susmenţionate, edemul dela nivelul antebraţului şi braţului începe să dispară localizându-se la articulaţiile coatelor unde se remarcă: tumefacţie, roşeaţă, căldură locală, impotenţă funcţională; la palpare, fluctuenţă.

In tot acest interval de timp, temperatura se menţine în platou pentru ca după 15 zile dela apariţia fenomenelor articulare să ia caracter de su-

puraţie. Se face o puncţie exploratrice şi se extrage 5 cc. de puroi galben verzui bine legat.

Bolnavul este trimis la Spitalul Filantropia, Secţia Chirurgicală, unde i se face o dublă artrotomie, lăsându-se deschis pentru drenaj. Se readuce în serviciul nostru. Aci i se face pansament de 2 ori pe zi timp de o săptămână, apoi odată pe zi. In acelaşi timp se face mobilizarea articulaţiilor prin mişcări pasive.

După intervenţie, temperatura scade fiind apiretic timp de 2 zile după care febra se ridică având oscilaţii zilnce între 36,8—40°. Se observă în treimea superioară a coapsei faţa antero-internă, o tumefacţie de mărimea unei mandarine, pielea întinsă, tegumentele roşii, căldură locală, fluctuenţă. Articulaţia coxo-femorală nu este interesată. Prin puncţie se extrage un lichid purulent galben verzui. Bolnavul este evacuat la Spitalul Filantropia, Secţia Chirurgicală, pentru intervenţie cu stare generală foarte gravă. După incizia colecţiei este ridicat de familie şi dus la domiciliu.

In acest caz este vorba de o ortrită purulentă a articulaţiilor coatelor, care survine în a 10-a zi de boală la o formă de scarlatină septică cu punct de plecare un focar ulcero-necrotic amigdalian şi întovărăşită de o colecţie purulentă la coapsa stângă.

CONCLUZII:

1. Dintr'un număr de 314 cazuri de scarlatină internate în Spitalul de Boale Contagioase Craiova, în cursul anilor 1942 şi 1943 până la 1 Iunie, au fost 15 cazuri cu complicaţii articulare, adică un procent de 4,07%.

2. Majoritatea acestor complicaţii s'au manifestat ca artralgii simple (12 cazuri), artrite seroase 2 cazuri şi un caz de artrită purulentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3. In ceea ce priveşte repartiţia pe vârste nu se poate trage o concluzie evidentă, deoarece complicaţiile au survenit la toate vârstele între 2—15 ani.

4. Data apariţiei complicaţiilor articulare este mai totdeauna sub 10 zile (3,82%) şi numai 0,95% peste 10 zile.

5. In majoritatea cazurilor complicaţiile articulare au fost precedate de reluarea anginei şi ascensiune termică.

6. Durata în medie este de circa 10 zile în formele de artrite seroase mai lungă în cele purulente.

In formele artralgice simple, deşi până în prezent s'a descris o durată foarte scurtă — în majoritatea cazurilor numai câteva ore — în cazurile studiate de noi fenomenele articulare au persistat între 3—5 zile.

7. S'a constatat că în cazurile benigne şi tipice de scarlatină, complicaţiile survenite au fost artralgii simple şi seroase şi numai într'un singur caz cu punct de plecare un focar ulcero-necrotic amigdalian s'a remarcat o artrită purulentă.

BENZOTROPIN CEPHALO

FIOLE

Indicat în afecțiuni colibacilare, infecțiuni ale căilor urinare și biliare precum și în septicemii.

SUPOZITOARE

Indicat în afecțiunile prostatei, congestiuni prostato - vesiculare, uretrite, cistite, pielo-nefrite.

TABLETE

Asociație cu efect sigur dând urinei reacție acidă. Indicat în afecțiunile urinare și biliare.

MOSTRE GRATUITE LA CERERE **MEDIROM** S.A.R. STR. OLARI 23 BUCUREȘTI IV - TEL. 2.39.46

CHIST HIDATIC AL LOJEI RENALE DREPTE. EXTIRPARE. VINDECARE

de

D-r AUREL POPESCU-SEVERIN

Ecchinococoza, cu diferitele ei localizări, nu e prea frecventă în ţara noastră, şi în special în Oltenia. Referindu-ne numai la Spitalul din T.-Severin, cazurile de chiste hidatice tratate în serviciul chirurgical se urcă, în ultimii 7 ani, la un număr destul de mic: 9, repartizate astfel: 4, hepatice, 4, pulmonare şi 1 în loje renală. Dacă raportăm această cifră la numărul total al internărilor în acest serviciu, rezultă un procentaj de 1 ‰, care comparat cu statistici din alte servicii spitaliceşti, este foarte scăzut. In acest mod, cazurile de chiste hidatice pot fi considerate cazuri rare, cu atât mai mult cu cât, uneori, pot avea o localizare puţin obişnuită. Redăm mai jos observaţia unui caz clinic, care poate fi considerat ca excepţional.

www.digitalmuzeu.ro

OBSERVAŢIE. — Bolnavul Floricel Ilie de ani 52, Căpitan de vapor, intră în Spitalul „Ion St. Grecescu" din T.-Severin, în ziua de 9 Februarie 1939, pentru o tumoră în regiunea lombară dreaptă.

Ant. heredocolaterale şi personale fără importanţă.

Istoric, boala a început cu 3 ani înainte de internarea în spital, prin dureri în regiunea lombară dreaptă — dureri ce se accentuau în timpul eforturilor. A fost examinat atunci de un medic, care i-a făcut şi o radiografie. I s'a spus atunci că are o tumoră cât o mandarină pe rinichiul drept.

A trecut un timp în care bolnavul n'a mai suferit. In ultimele luni însă, tumora a crescut deformând regiunea lombară şi provocând jenă şi greutate în timpul mişcărilor.

Stare prezentă, bolnavul e de constituţia bună, tegumentele şi mucoasele palide. Nu prezintă prurit sau leziuni urticariene.

Ţesutul celuloadipos, bine desvoltat.

Aparatul pleuropulmonar, aparatul cardiovascular, abdomenul, ficatul şi splina, normale.

Aparatul urogenital, bolnavul nu are şi nu a avut turburări de micţiune.

Urina, nimic deosebit.

Sânge: a) Formula hemoleucocitară, 14% eosinofile; b) Ureea, 0,64 la mie; c) Reacţia Weinberg-Pârvu, negativă.

Examenul local. Regiunea lombară dreaptă este tumefiată. La palpare se simte o tumoră cât un cap de făt, cu contact lombar. Tumora este renitentă, indolentă, cu mobilitate redusă.

Radiografia, arată o tumoră rotundă, de mărimea unui cap de făt, cu

marginile bine circumscrise, semiopacă şi suprapunându-se rinichiului, în poziţia anteroposterioară.

Radiografia, după injecţie cu perabrodil nu arată deformaţiuni ale bazinetului.

Puncţia dă un lichid clar ca apa de stâncă. Nu s'a produs niciun accident anafilactic.

Bazaţi pe rezultatele puncţiei, eosinofiliei şi ale radiografiei, punem diagnosticul de chist hidadic renal.

După o pregătire preoperatorie de câteva zile, intervenim în ziua de 14 Febr. 1939.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rahianestezie.

Lombotomie dreaptă. Se cade pe o tumoră chistică, cu pereţii subţiri şi transparenţi. Se puncţionează cu trocarul şi se evacuează o cantitate destul de mare de lichid clar, în care înnoată numeroase vezicule fiice.

Se disecă pereţii chistului, care în partea sa posterioară aderă de faţa anterioară a rinichiului. Nicio altă modificare ca aspect, poziţie, formă, mărime, din partea acestui organ.

Tumora se extirpă în întregime.

Bolnavul ese vindecat din spital, în ziua de 1 Martie 1939.

Observaţia de mai sus pe lângă raritatea sa, mai ridică o serie de probleme, diagnostice şi terapeutice.

O primă întrebare: E vorba de un chist hidatic renal? E vreo legătură între acest chist hidatic din lomba dreaptă şi rinichiul drept?

Radiografia a arătat o suprapunere a chistului pe rinichi. La intervenţie însă, afară de aderente strânse între faţa posterioară a chistului şi faţa anterioară renală, n'am găsit nicio leziune destructivă a parenchimului renal.

De altfel nici radiografia după injecţia cu perabrodil, n'a arătat

vreo deformaţiune renală sau bazinnetală. Acestea sunt datorite lezării acestor organe prin sediul intrarenal şi bazinetal al chistului *).

Localizarea echinococozei se face de preferinţă în substanţa corticală, în jurul corpusculului lui Malpighi; localizarea în substanţa medulară sau în capsula adipoasă este excepţională.

Când chistul are o origină centrală profundă, tinde în general să evolueze spre periferie, împingând şi distrugând ţesutul renal şi deschizându-se uneori în bazinet.

Dimpotrivă, alte kiste cu sediu în corticală se exteriorizează aşa de repede, încât nu ţin de rinichi decât printr'un pedicul foarte subţire, ceea ce îngădue separarea lui rapidă de organ.

In cazul nostru, chistul hidatic, prin raportul strâns cu suprafaţa anterioară a rinichiului are o origină renală.

Având la început o localizarea superficială, a invadat ulterior capsula adipoasă unde a început să se desvolte, a trecut apoi în regiunea lombară tinzând să se exteriorizeze.

Metodele de tratament se pot împărţi în două capitole:

A. **Metode conservatoare.**

1. Marsupializarea, după ablaţia membranei proligere, şi rezecţia maximă a adventicei.
2. Puncţie şi reducere fără drenaj, cu fixarea la perete a pungei.
3. Capitonaj.
4. Enuclearea totală a chistului.
5. Enuclearea parţială a chistului, cu capitonaj pe rinichi a restului din adventice.
6. Heminefrectomie ori nefrectomie parţială.

B. **Metode radicale, nefrectomia.**

Indicaţiile acestor diferite procedee sunt ordonate de gravitatea leziunilor anatomo-patologice.

In cazul nostru fiind vorba de un chist aseptic liber cu implantaţie limitată, cu rinichiu intact, s'a putut face enuclearea totală a chistului, păstrându-se rinichiul de care avea nevoie organismul unui bolnav cu 0,64‰ uree în sânge.

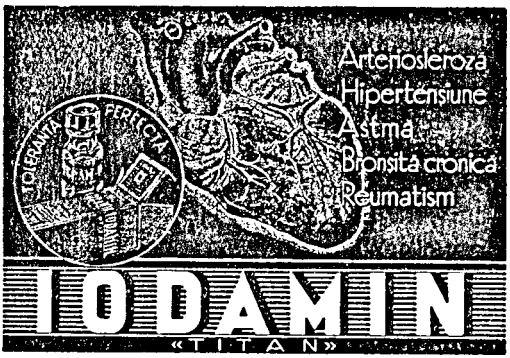
Chistul hidactic renal constitue o localizare rară a echinococozei. Procentajul statisticilor oscilează între 1—5%.

Cazuri analoage cu al nostru, nu s'au publicat până acum în literatura noastră, majoritatea cazurilor fiind chiste hidatice deschise în căile urinare.

---

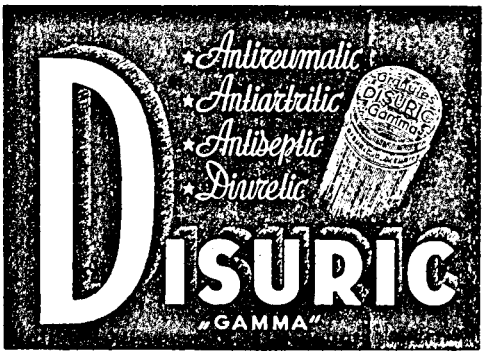
*) Surraco (Annales de la Faculdad de Medicina de Montevideo, 1938), descrie patru semne particulare pielografice: 1. Semnul cupei: imagine rotundă regulată continuându-se cu o dinie ce reprezintă pereţii chistului. 2. Semnul cornului cu luna. 3. Imagine areolară, care apare când chistul hidatic e plin de vezicule fiice şi când substanţa opacă accentuează contururile acestora. 4. Semnul nivelului de lichid, care se observă în pneumokist.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare și excitație 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 și 10 ccm

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

ANGINA ULCERO-NECROTICĂ SCARLATINOASĂ, COMPLICATĂ CU HEMORAGIE ARTERIALĂ FARINGIANĂ MORTALĂ

de

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

și

D-r N. SCHIOPU
asistent
Laboratorul de Igienă Craiova.

Angina ulcero-necrotică, scarlatinoasă este una din complicațiile de temut, dând un procent al mortalității scarlatinoase mare. Când această complicație este însoțită și de hemoragie arterială, moartea este de neînlăturat.

Am asistat la Spitalul de Boale Contagioase în două cazuri la scene într'adevăr dramatice de moarte, la scarlatinoși cu angină ulcero-necrotică și complicată cu hemoragii arteriale. Am mai descoperit în Arhiva Spitalului o foaie de observație asupra unui caz despre care personalul auxiliar își amintește foarte bine. Am cercetat literatura medicală românească precum și cea franceză atât cât mi-a fost în putință, asupra acestei chestiuni, dar n'am găsit decât menționându-se în treacăt de hemoragii prin ulcerarea amigdalelor sau chiar a marelor vase ale gâtului. Autorii ruși pomenesc de aceste hemoragii arteriale care complică angina ulcero-necrotică scarlatinoasă. Motivați de cele de mai sus, am socotit că publicarea celor două cazuri observate de noi în spital și acela găsit în arhiva spitalului prezintă un interes deosebit. Toți autorii sunt de acord în a remarca hemoragii frecvente în scarlatină, fie prin fragilitatea vasculară, fie prin leziuni renale și hepatice în cazuri de hemoragii tardive. Sindromul hemoragic în scarlatinele maligne, se traduce prin apariţiunea purpurei sub formă peteșială sau echimotică, epistaxis, hematurii, melenas, hemataneză, care foarte adesea sunt mortale. Hemoragia arterială cu moarte consecutivă, se pare că este favorizată de existența anginelor ulcero-necrotice. In cele două cazuri văzute de noi și în cel găsit în arhiva spitalului, angina ulcero-necrotică a fost prezentă. Doctor A. Stroe și Hortopan în lucrarea „L'Angine necrotique primitive" din 1935, relevă frecvența anginelor ulcero-necrotice în scarlatină. Aceste angine ulcero-necrotice se complică cu otite supurante, septicemii, septicopicemii, flegmoane metastatice, adeno-flegmoane gazoase. Căderea escarelor provoacă ulcerații întinse

şi profunde, provocând hemoragii, lezând vasele amigdaliene prin ulcerarea marelor vase ale gâtului. Ei dau un exemplu în persoana copilului unui olandez, de 10 ani, cu angină ulcero-necrotică primitivă şi în a cărui floră, s'au găsit prin cultură, vibrionul septic şi perfrigensul. Copilul considerat vindecat în urma sero-terapiei anti-gangrenoase, cu ulceraţiile cicatrizate aparent, îi survine într'o seară un epistaxis abondent din ambele narine, care n'a putut fi oprit cu nimica şi de pe urma căruia a sucombat în 3 ore. Rozenberg crede că 'angina scarlatinoasă sub acţiunea streptococului îşi schimbă aspectul, dând pe amigdale un depozit fibrinos. In a 3-a zi de boală, acest depozit plecând din lacuna mijlocie se poate întinde pe toată suprafaţa amigdalei şi chiar a depăşeşte. Această fibrină pătrunzând adânc în ţesutul amigdalian turteşte vasele sanguine ducând la ischemia ţesutului şi favorizând necroza mai ales prin asociere cu infecţia fuzo-spirilară. Ea apare de obicei după a patra zi de boală. Necroza se întinde şi poate să perforeze vălul palatului la locul de inserţie a pilierului anterior. Când procesul distructiv cuprinde întreaga glandă până la loja amigdaliană, procesul de necroză distruge artera tonzilară a cărei ramificaţie are timp, să se trombozeze. Dacă însă procesul de necroză atinge artera palatină ascendentă, pericolul de moarte este iminent. Cu aceste date trecem la foile de observaţie a cazurilor noastre:

OBSERV. X. — Const. Dobr., 12 ani, elev în clasa I-a liceală din Craiova, intră în Spitalul de Boale Contagioase din Craiova, la 22 Sept. 1933, bolnav de scarlatină în a patra zi de boală.

Istoric: Boala a început de patru zile, cu febră, vărsături şi dureri în gât.

Starea prezentă: Copilul de constituţie bună. Starea generală proastă. Erupţie scarlatinoasă intensă pe tot corpul. Angină ulcero necrotică a ambelor amigdale, cu false membrane de culcare gri care ridicate, lasă ulceraţii neregulate şi sângerânde. Examenul bacteriologic pentru difterie negativ.

Tratament: Antisepsia gurii, nasului şi urechilor. Tonice cardiace, electrargol, ser Dick în cantitate de 160 cc. Omnadin. Ganglionii submaxilari sunt în creştere. Temperatura se menţine în jurul lui 39° până în ziua de 27 Noembrie, când febra scade cu oscilaţii, fără a ajunge la normal. După două zile de stare subfebrilă, febra în caracterul supurativ cu oscilaţii mari. Angina continuă să evolueze. Examenul bacteriologic arată prezenţa bacilului Loeffler al secreţiei faringiene.

In ziua de 5 Oct. survine brusc hemoragia arterială faringiană, care se opreşte dela sine, continuând însă din când în când cu semne de sângerare mică. I se administrează hemostatice, ca: Hemostyl, Calciu Sandoz, Coagulen, „Cibo" ergotină. Această stare menţinându-se, este consultat un oto-rino-laringolog care-i face cauterizări cu nitrat de argint în loja amigdaliană. In noaptea de 7—8 Oct., după 60 ore aproximativ dela începutul hemoragiei, survine hemoragie arterială puternică care omoară copilul în câteva minute. Diagnostic: scarlatină şi difterie amigdaliană cu hemoragie arterială faringiană.

OBSERV. 521. — M. St., 10 ani, din comuna suburbană Romaneşti din Craiova, intră în Spitalul de Boale Contagioase în ziua de 21 Oct. 1941, cu scarlatină formă septică complicată de angină-necrotică şi otită stângă supurată.

Ant.: Rujeolă la vârsta de 4 ani.

Istoric: Boala actuală a început acum cinci zile, brusc, dureri în gât şi delir.

Starea prezentă: Erupţie scarlatinoasă intensă şi generalizată pe alocuri cu caracter hemoragic. Amigdalele sunt hipertrofiate, congestionate, cu ulceraţii neregulate şi acoperite cu depozit de culoare gri murdar de aspectul ţesutului cauterizat cu nitrat de argint. (Angină ulcero-necrotică). Enantem buco-faringian intens. Ganglionii retro maxilari şi sub maxilari măriţi de ambele părţi

cu tendinţă de a forma un bloc comun împrejurul gâtului. Sunt dureroşi la presiune. Febra 39°,8, agitaţie, insomnie, delir, stare generală rea. In articulaţia cotului drept prezintă o colecţie purulentă superficială care nu interesează articulaţia. Pulsul frecvent. Sgomotele cardiace asurzite, dispneică, nu tuşeşte şi nu expectorează. Otită medie supurată stângă. Coriză abundentă muco purulentă.

Timp de patru zile s'a menţinut în această stare, în care timp i s'a făcut 220 cc. ser antigangrenos şi 100 cc. ser antistreptococic polivalent; la 25 Oct. în a cincea zi de spitalizare, starea puţin ameliorată, doarme, se alimentează şi răspunde bine la întrebări. Otită medie supurată bilaterală.

26 Oct. Starea generală foarte îmbunătăţită. Impresia unanimă este că bolnava a trecut peste momentele critice. In noaptea de 26—27 Oct., face o hemoragie arterială faringee, abondentă care se opreşte dela sine. La ora 9 seara în aceiaşi zi survine o a doua hemoragie arterială, după care moare în câteva minute.

Diagnostic: Scarlatină formă septică complicată cu adeno-flegmon şi angină ulcero-necrotică prin maltratare T. B. C. pulmonar cu hemoptizie mortală.

OBSERV. 585. — M. B., de 13 ani, din comuna Căpreni, jud. Dolj, intră în spital în ziua de 3 Decembrie cu scarlatină complicată cu angină ulcero-necrotică în a 9-a zi de boală.

Ant.: Rugeolă tusă convulsivă.

Istoricul boalei: Maladia a început cu vărsături, febră, cefalee, dureri în gât, exantem generalizat şi intens.

Starea prezentă: Starea generală alterată; febra în jurul lui 38°,6, descuamaţie. Amigdalele hipertrofiate, congestionate şi ulcerate, acoperite cu depozit de fibrină gris murdar (angină ulcero-necrotică). Secreţia nazală abondentă; ganglionii retromaxilari din partea stângă hipertrofiaţi. Pe zi ce trece, starea generală ca şi cea locală se agravează. Ganglionii retromaxilari stângi sunt în creştere, se observă ulceraţii pe buze şi limbă. In noaptea de 6—7 Dec., are o emoragie arterială faringiană bruscă şi puternică, dar care se opreşte dela sine. A doua zi dimineaţa, ganglionii retromaxilari stângi crescuţi într'o noapte dela mărimea unui ou la mărirea unui pumn. Pielea regiunii tumorale este roşie lucioasă, iar tumora fluctuentă. Este însoţită de treneu de limfangită. Gura rău mirositoare. Starea bolnavei este destul de rea. Paliditatea tegumentelor accentuată, adinamică şi disneică, i se recomandă ca tratament în caz de reapariţiune a emoragiei, calciu intravenos şi morfină parenteral. In aceiaşi zi la ora 11 a. m., sunt chemată de personalul auxilar dela salonul cu bolnava. In salon asist neputincioasă la drama care s'a desfăşurat în câteva momente fără a-i putea da cel mai mic ajutor. Bolnava conştientă pe marginea patului cu gura căscată, plină de sânge care gâlgâia şi ţâşnea din gură ca pe cep şi erea aruncat pe pat, pernă, cearşafuri, perete şi pardoseală, dând naştere unei scene dintre cele mai impresionante. Moartea a survenit aşa de repede, încât nu i s'a mai putut face nicio injecţie.

Inainte de a trece la discuţia acestor cazuri, găsim necesar să recapitulăm datele importante ale acestor trei observaţiuni:

1) Toate cazurile sunt diagnosticate de scarlatină. Prima observaţie este o asociaţie de scarlatină cu difterie având în vedere examenul de laborator.

2) Toate au angină ulcero-necrotică instalată pe angina scarlatinoasă, cu complicaţii septcie: otite, adene-flegmoane, etc.

3) Toate sunt mortale prin emoragie arterială faringiană, diagnosticul de hemoptizie în unul din cazuri nu este cel real.

4) Tratamentul aplicat în cele trei cazuri, este următorul: a) Antisepsia nasului, gurei, urechilor, ca la orice scarlatinos; b) Seroterapie în primul caz ser Dick 160 cc. şi în al doilea caz ser antigangrenos 220 cc. şi ser antistreptococic polivalent 100 cc.; c) Omnadin şi Electrargol.

Tratamentul local şi general al hemoragiei arteriale: în primul caz s'a chemat un medic oto-rino-laringolog şi i s'a administrat emostatice, ca: hemostyl, calciu, cuagulen, ergotină, cauretizări cu nitrat de argint în loja amigdaliană. In celelalte două cazuri nu s'a aplicat niciun tratament local, recomandându-se doar calciu şi morfină.

In toate trei cazuri cu intervenţia şi fără intervenţia oto-rino-laringologului, cu seroterapia antigangrenoasă, antiseptecocică şi antitoxică, cu emostatice locale şi generale, evoluţia cu sfârşit letal n'a putut fi înlăturată.

Cu siguranţă că emoragia arterială faringiană este datorită necrozei acestor vase, prin procesul ulcero-necrotic grefat pe angina scarlatinoasă. Autorii ruşi au observat asemenea emoragii arteriale faringiene şi la necropsiile făcute, au găsit necroza arterei palatine ascendente, ramură a maxilarei externe. Această arteră de numai câţiva milimetri lungime, când este retezată de procesul de necroză, prin retracţie dispare şi face gaură directă în maxilara externă. Cazul olandezului cu epistaxis mortal menţionat de D-r Stroe şi Hortopan în lucrarea amintită mai sus, se clasează printre hemoragiile arteriale, cu siguranţă datorite proceselor ulcero-necrotine.

Ei au găsit prin examenele bacteriologice în angina olandezului, floră microbiană anaerobă, bacilul, vibrionul septic şi perfrigensul. Autorii ruşi au observat că pe angina scarlatinoasă se grefează streptococul şi bacilul fuzo-spirilar al lui Vincent. D-na D-r Lăzărescu Bacaloglu a găsit diferiţi microbi anaerobi în anginele ulcero-necrotice.

Plecând dela aceste observaţiuni şi constatări, evidenţiem caracterele anatome-clinice a acestor anaerobi şi a microbilor găsiţi mai frecvent în anginele ulcero-necrotice scarlatinoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Vibrionul septic, agent de putrefacţie, se găseşte constant în tubul digestiv şi deci şi în gură la om şi animale. Are predilecţie pentru ţesuturile vii şi dă naştere la adeno-flegmoane gazoase şi putrede, gangrene pulmonare şi pleurezii putrede. Focarul de gangrenă comunică pielei o culoare brună verzuie, cu edem al regiunei şi răspândeşte un miros de putrefacţie caracteristic.

Leziunea de atac este reprezentată prin necroza ţesuturilor, cu predilecţie a ţesutului muscular, care este lichefiat, putrezit şi infiltrat cu gaze.

Leziunea de apărare pare să fie un exudat de serozitate albuminoasă, lipsind reacţia purulentă. Caracterul microscopic al exudatului este de a fi constituit dintr'o cantitate nenumărată de germeni (vibrionul septic) cu foarte puţine sau de loc celule.

2) Bacilul perfrigens ca şi vibrionul septic, oaspete obişnuit al tubului digestiv, întâlnit foarte frecvent în flegmoanele gazoase a rănilor de războiu. Are predilecţie pentru ţesuturile mortificate (albumine). Reacţia de apărare a organismului se traduce prin producţia de edem însoţită de o diapeză importantă şi formaţie de puroi.

3) Bacilul fuziform al lui Vincent asociat cele mai adesea ori cu spirocheta, dă necroze superficiale a mucoaselor bucale, stomatită ulcero-membranoasă a lui Vincent. Leziunea pură unde bacilul este singur în cauză, este caracterizată prin necroză foarte activă a ţesuturilor, fără

producţie de gaze şi fără miros de gangrenă. Leziunile de apărare nu produc nici edem nici supuraţie.

Cu aceste date anatomo-clinice şi cu cercetarea bacteriologică a acestor angine scarlatinoase ulcero-necrotice care este imperioasă, se poate întrevedea pronosticul până la un punct oarecare. Dacă anginelor ulcero-necrotice scarlatinoase cu floră asociată anaerobă, li se poate aplica tratamentul medical prin asepsie locală şi generală şi prin seroterapie, emoragiile arteriale faringiene, nu se pot preta la un tratament medical cu rezultate apreciabile. Rămâne de văzut dacă tratamentul chirurgical, nu ar putea da rezultate şi în ce condiţiuni şi în ce mod. Pentru aceasta găsim necesar a da câteva date de anatomie descriptivă şi topografică a regiunei, insistând în special asupra glandei, amigdala palatină şi a vaselor ce o irigă, precum şi a celor învecinate. Amigdalele palatine organe limfoide situate pe pereţii laterali ai faringelui între cei doi pilieri palatini. De formă ovalară şi turtită, alungite în sens vertical, orientată de sus în jos şi dinainte în urmă. Suprafaţa neregulată şi presărată de cripte care pătrund în masa limfoidă a amigdalei până la capsulă, dând naştere unor cavităţi virtuale şi care în stare patologică sunt pline cu produse fetide şi care expulzează spontan. Faţa internă este acoperită de epiteliu faringian, iar faţa externă este acoperită cu capsula fibroasă de unde pleacă nişte prelungiri fibroase şi care împarte corpul amigdalian în mai multe loje. Amigdala este aşezată într'o loje triunghiulară scobită în peretele extern al farinxului, având ca pereţi: anterior, pilierul anterior; posterior, pilierul posterior; peretele extern sau fundul lojei amigdaliene, este format din aponevroza faringiană şi stratul muscular subiacent. Faţa externă este în raport prin intermediul peretelui faringian cu spaţiul maxilofaringian în special, cu lojele pre şi retro stiliană. In două treimi anterioare faţa externă a amigdalei răspunde ţesutului grăsos interpus între pterigoidianul intern şi peretele faringian.

In treimea posterioară ea răspunde dinainte înapoi la muşchiul stilo-glos care este străpuns de vasele palatine ascendente; la muşchiul stilo-hioidian, carotida externă, nervul gloso-faringian şi artera facială.

Deoarece este vorba de o emoragie arterială, să vedem arterele mai principale ale amigdalei, precum şi trunchiurile arteriale care le dau naştere. Prin aceasta putem până la un punct să ne dăm seama de vasele mari lezate de procesul necrotic şi care dau hemoragia arterială atât de rapid mortală.

Artera tonsilară principală sau palatina ascendentă este o ramură a facialei. După ce a perforat constructorul superior al farinxului se divide într'un număr mai mare de ramuri şi abordează amigdala, pătrunzând în capsulă, la partea sa inferioară.

Artera tonsilară superioară, ramură a palatinei descendente, ramură din maxilara internă, abordează amigdala la nivelul feţei anterioare. Grupul tonsilar inferior, ramuri din artera dorsală a limbei, abordează amigdala la nivelul polului inferior. Cum aproape toate anginele ulcero-septice ale amigdalei sunt însoţite de adenite cervicale, retro-maxilare şi sub maxilare, socotim că vasele limfatice eferente ale amigdalei palatine trebuesc menţionate. Limfaticele eferente ale amigdalei merg

la ganglionul tonsilar care face parte din grupul ganglionar sub-sterno-cleido-mastoidian, care în stare patologică depăşeşte rebordul anterior al muşchiului sterno-cleido-mastoidian şi devine accesibil la palpaţie şi tinde să se plaseze dedesubt şi în urma unghiului maxilar inferior. In această poziţie patologică poate fi luat ca aparţinând grupului sub-maxilar.

Limfaticile aferente ale amigdalei sunt independente de ganglionii submaxilari, la aceştia din urmă mergând limfaticile dinţilor, gingiilor şi limbei.

Fragilitatea vasculară în scarlatină este cunoscută; în lezarea vaselor amigdaliene, dacă este probabil că flora anaerobă este aceia care are cel mai mare rol, terenul pregătit de streptococ, pe care l-au remarcat autorii ruşi aproape în toate anginele ulcero-necrotice, pare să fie dintre cele mai importante. Şcoala românească în frunte cu Cantacuzino a arătat de asemenea rolul important al streptococului hemolitic în etiologia scarlatinei. Procesul de necroză şi destrucţie glandulară prin microbii aerobi şi anaerobi depăşind capsula fibroasă a amigdalei palatine, secţionând artera palatină ascendentă una dintre cele mai principale ale glandei, care după cum au observat autorii ruşi la necropsia acestor cazuri, prin retracţie face corp cu faciala, dând acele hemoragii mortale în câteva minute. Cu siguranţă că pachetul vasculo-nervos al gâtului cu maxilara internă ar putea fi în unele cazuri interesată, având în vedere apropierea ei. In ceea ce priveşte flora microbiană anaerobă, credem că cariile dentare se pretează admirabil la cantonarea unor microbi anaerobi şi de aici s'ar putea grefa pe anginele scarlatinoase. Ar fi interesant de cercetat cariile dentare şi flora microbiană în cazuri de angine ulcero-necrotice scarlatinoase. Cercetarea bacteriologică a anginelor ulcero-necrotice scarlatinoase poate da reale informaţii asupra agenţilor ce îi dau naştere sau îi favorizează naşterea, precum şi informaţii cu privire la tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu datele de mai sus putem trece la tratamentul ce se impune în atare cazuri.

Tratamentul medical prin asepsia gurii, nasului şi urechilor, prin seroterapie, se pare că nu poate fi eficace în cazurile de hemoragii arteriale faringiene. In cazurile noastre cu hemostatice generale şi locale cu cauterizare locală într'un caz, sfârşitul letal n'a putut fi înlăturat. Faţă de aceasta, ne punem întrebarea dacă intervenţia chirurgicală prin legătură vasculară, nu ar preîntâmpina această hemoragie arterială? Timpul dela prima hemoragie, care este semnalul de alarmă până la ultima care este mortală variază. Astfel în primul caz din observaţiile noastre a fost de aproximativ 60 de ore; în cele două cazuri văzute de noi a fost între 8 şi 20 de ore. In toate aceste cazuri timpul este suficient pentru examenul bolnavului şi intervenţia chirurgicală.

Rămâne de văzut, ce aport poate aduce chirurgia în aceste cazuri şi dacă i se poate cere concursul.

Recto-Serol

MERZ

Antihemoroidal

Heliobrom

MERZ

Antipruriginos

Acykal

MERZ

Antigonococic

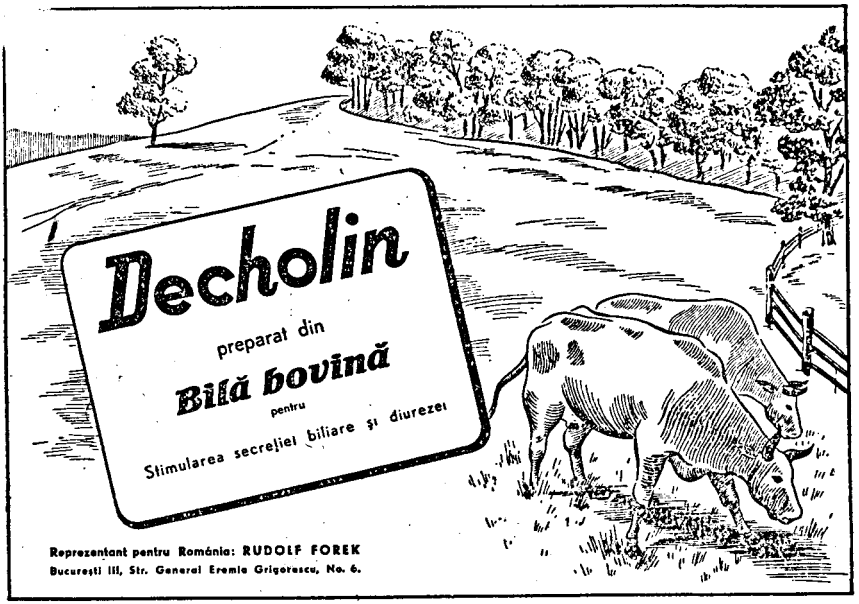
Exclusivitate pentru România:

CHIROPTICA

Romulus Popescu s.a.r.

Bucureşti I, str. Carol 22, Telef. 3.32.10

BCU Cluj / Central University Library Cluj



FACTORUL HEMOSTATIC IZOLAT DIN CORPUL GALBEN

COLUTOID

Acţiune energică în hemoragiile genitale de origină endocrină

FIOLE şi TABLETE

TIROIDA

„GEDEON RICHTER"

Extract pur stabilizat

Tablete, conţinând substanţele active din 0,10 gr., 0,30 gr. şi 0,50 gr. glandă proaspătă.

Fiole, conţinâd substanţele active din glanda proaspătă. (conţinut în Jod, 3 mgr. pe cc.)

fabrica de produse chimice
gedeon richter

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

ŞEDINŢA CONSILIULUI GENERAL AL COLEGIILOR MEDICILOR

In ziua de 18 Aprilie s'a ţinut în prezenţa D-lui Ministru Tomescu, **Adunarea generală a Consiliului superior al Colegiilor medicilor din ţară** la sediul său din Spl. Independenţei, 49.

A prezidat D-l Agr. D-r Gh. Marinescu, preşedintele Colegiului.

Au fost prezenţi preşedinţii celor 60 secţiuni judeţene ale Colegiului.

D-l D-r Gh. Marinescu, luând cuvântul, a spus în rezumat următoarele:

S'au împlinit doi ani de când mi s'a încredinţat conducerea Colegiului de Ilfov şi a Comitetului executiv al Colegiului medicilor cu indicaţia de a împăca, de a netezi asperităţile din breaslă şi a contribui la strădania Ministerului Sănătăţii în spiritul de solidaritate, de autoritate, de dreptate, de corectitudine a actualei forme statale.

D-sa cere apoi să se păstreze un minut de reculegere pentru medicii căzuţi pentru apărarea hotarelor ţării şi repunerea la locul meritat al prestigiului, o clipă umbrit, a neamului care de totdeauna a stăpânit de fapt şi de drept teritoriile pe care înţelepciunea conducătorilor şi bravura armatei a reuşit să le reuneasca.

Face elogiul personalităţii doctorului I. Constantinescu, fost membru în Comitetul executiv al Colegiului medicilor, care a încetat din viaţă.

Inainte de a trece la citirea dării de seamă, spune d-sa, ţin să aduc mulţumiri D-lui Ministru P. Tomescu, la care întotdeauna am găsit înţelegere şi sprijin pentru interesele Colegiului şi, care, în solicitudinea ce a avut totdeauna pentru breaslă, ne-a însărcinat să aducem azi în desbaterea dvs. ante-proiectul Decretului-Lege al organizării Colegiului şi Casei de credit, ajutor şi pensiuni a Corpului medical.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii mulţumeşte călduros D-lui Preşedinte al Colegiului pentru frumoasele cuvinte ce i-a adresat şi pentru admirabila activitate ce desfăşoară în strânsă colaborare cu preşedinţii Colegiilor din toată ţara.

D-l Ministru face apoi o expunere asupra nouei legi sanitare, arătând că ea se bazează pe următoarele idei fundamentale:

Simplificarea administrativă şi consolidarea aparatului tehnic atât în organizaţia centrală cât şi în cea exterioară;

Descentralizarea administraţiei sanitare;

Unificarea tuturor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătăţii;

Desvoltarea vieţii medicale astfel ca activitatea ştiinţifică şi profesională să se desfăşoare intens în toate regiunile ţării.

Totdeodată noua lege a căutat să satisfacă unele din vechile revendicări ale medicilor, stabilind norme obiective de selecţionare pentru personalul medical, o evoluţie erarhică în raport cu însuşirile personale şi o situaţie materială socială la nivelul corespunzător.

Din nefericire aceasta din urmă nu s'a putut realiza decât parţial.

Astfel s'au acordat prime de reşedinţă de câte 10.000 lei lunar, medicilor de circumscripţie rurală şi medicilor specialişti care au sediul în regiuni sărace.

S'a sporit diurna de transport dela 5000 la 8000 lei lunar, s'au legiferat primele de activitate pentru medicii de circumscripţie şi se vor dota serviciile sanitare rurale din două judeţe cu mijloace proprii de transport. Dacă experienţa va reuşi, ea va putea fi generalizată în anii viitori.

După promulgarea legii sanitare, care a stabilit normele generale de funcţionare şi cadrele tuturor serviciilor, vor trebui soluţionate legislativ marile probleme sanitare ale ţării: combaterea tuberculozei, combaterea boalelor venerice, combaterea celorlalte boale sociale, ocrotirea mamei şi copilului. Toate aceste legi vor forma Codul sanitar al ţării.

Din cod va face parte şi legea de organizare a Colegiului medicilor, pentru a cărei redactare au fost convocaţi azi preşedinţii tuturor Colegiilor din ţară. O inovaţie foarte necesară o va constitui legiferarea Caselor de ajutor a Corpului medical care va funcţiona în cadrul Colegiului.

D-l Ministru a încheiat, mulţumind Corpului medical în general şi preşedinţilor Colegiilor judeţene în special pentru munca rodnică ce o desfăşoară pentru progresul sănătăţii publice.

S'a citit apoi, darea de seamă a activităţii, situaţiei contabile şi raportul Comisiunei de verificare pe care adunarea le aprobă şi dă descărcare.

Se discută apoi pe larg ante-proiectul de lege al organizării Colegiului care cuprinde şi capitolul Casei de credit, ajutor şi pensiuni a medicilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

ORGANIZAREA COLEGIILOR MEDICILOR ŞI FARMACIŞTILOR IN DISCUŢIA CONSILIULUI SANITAR

La 19 Aprilie a. c., a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, şedinţa Consiliului Sanitar Superior, unde s'a examinat principiile şi dispoziţiunile Ante-proiectelor de lege pentru organizarea Colegiilor medicilor şi ale farmaciştilor.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, luând cuvântul a arătat că ante-proiectele prezentate au fost întocmite de Colegiile Medicilor şi de Colegiile Farmaciştilor.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a considerat util să se dea în sarcina organizaţiilor profesionale elaborarea acestor ante-proiecte.

Lucrările întocmite vor fi examinate, a continuat D-l Ministru, de membrii Consiliului Sanitar Superior în scopul de a se pune de acord interesele de ordin profesional ale corpului medical cu acelea de ordin general ale Statului.

Ante-proiectele de faţă prezintă o inovaţie fericită prin organizarea Casei de Credit, de Ajutor şi de Pensiuni a Corpului Medical şi al Farmaciştilor. Această instituţie va veni în ajutorul medicilor şi farmaciştilor în mod efectiv, cu atât mai mult cu cât toţi medicii vor contribui la înfiinţarea şi organizarea acestor Case.

D-l Ministru cere membrilor Consiliului Sanitar Superior să examineze aceste ante-proiecte şi să aducă obiecţiunile care le vor crede necesare, spre a se putea elabora norme cât mai utile pentru organizarea Colegiilor Medicilor şi Farmaciştilor.

D-l D-r E. Suciu, Preşedintele Colegiului Medicilor din Timişoara, subliniază rolul preponderant al corporaţiunii profesionale în organizarea actuală de Stat, arătând ca ante-proiectele prezentate sunt dominate de această concepţie. D-sa arată apoi tripla misiune a Colegiilor, şi anume: acea de ordin etic, acea de ordin ştiinţific şi acea de ordin sanitar. Ante-proiectele trebue să ţină seamă de aceste directive în activitatea Colegiilor.

D-l D-r Gh. Marinescu, Preşedintele Comitetului Executiv al Colegiilor Medicilor, arată că ante-proiectul ce se prezintă a fost studiat de comitetele judeţene ale Colegiilor Medicilor din toată ţara şi a fost amplu desbătut într'o şedinţă specială ce a avut loc în Capitală şi la care au participat cei 60 de preşedinţi ai Colegiilor Medicilor din ţară.

Se citeşte apoi ante-proiectul de lege pentru organizarea Colegiilor Medicilor şi Farmaciştilor, luând parte la discuţii d-nii: Prof. D-r I. Iacobovici, Prof. D-r D. Danielopol, Prof. D-r Gh. Banu, Prof. D-r Bazil Teodorescu, Prof. D-r Bogdan, precum şi d-nii D-r Pătrăşcanu, D-r V. Dimitriu-Brăila, D-r Michiu-Buzău, D-r Hasnaş-Tg.-Jiu şi D-r C. Dăniţă.

S'a hotărît după ample discuţiuni să se institue o comisiune care să examineze în amănunte proiectele depuse şi pé baza principiilor generale de organizare şi funcţionare a Colegiilor Medicilor şi Farmaciştilor, stabilite în şedinţa Consiliului să dea redactarea definitivă acestor ante-proiecte.

Comisiunea instituită se compune din d-nii: Prof. D-r I. Iacobovici, Prof. D-r D. Danielopol, Prof. D-r Gh. Banu, D-r Gh. Marinescu, preşedintele colegiilor medicilor din ţară, Prof. D-r Ştefan Bogdan, preşedintele colegiilor farmaciştilor, Prof. D-r I. Stoichiţia, farmacist D-r Velescu, D-r C. Săvescu, şi D-r C. Dăniţă, Director General al Asigurărilor Sociale.

* * *

TAXELE DE INTERNARE A BOLNAVILOR IN SPITALELE STATULUI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In conformitate cu dispoziţiunile art. 104, 113, 114 şi 128 din legea pentru organizarea sanitară a Statului din 25 Martie 1943, s'au luat următoarele dispoziţiuni:

Art. 1. — In spitalele, sanatoriile şi toate aşezămintele Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, bolnavii săraci sunt examinaţi şi îngrijiţi gratuit la cl. III.

Art. 2. — Pentru examenele şi îngrijirile acordate în spitalele, sanatoriile, laboratoriile de orice fel şi ambulatoriile aparţinând acestui departament, bolnavii care dispun de mijloace materiale sau familiile lor, vor plăti **taxele arătate în prezenta deciziune.**

Medicul conducător al instituţiei poate acorda, după aprecierea sa, reduceri de taxe până la suma de 5000 lei, pentru fiecare caz în parte.

Art. 3. — Asistenţa medicală în cazurile urgente şi grave, nu poate fi refuzată niciunui bolnav, indiferent de starea lui materială.

Art. 4. — Funcţionarii publici, ofiţerii activi, pensionarii públici, precum şi familiile lor (soţie şi copii minori), plătesc jumătate din taxele de spital, când în cadrul instituţiunii în care funcţionează nu există o casă oficială de asigurări mutuale sau sociale, având de scop acordarea de asistenţă medicală în caz de boală.

Funcţionarii Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi toţi medicii, precum şi familiile lor (soţie şi copii minori), se bucură de internarea gratuită la clasa pentru care au carnet de reducere pe C. F. R.

Art. 5. — Bolnavii care au adus servicii însemnate ţării sau localităţii lor, vor putea fi îngrijiţi gratuit la cl. I sau a II-a. Internarea lor în aceste clase se va face în baza unui proces-verbal, motivat încheiat de medicul director al spitalului şi de medicul primar al serviciului în care este internat bolnavul.

Art. 6. — Lumea I. O. V. R., precum şi familiile lor, vor primi îngrijirile medicale în instituţiunile acestui minister, la clasa care aŭ carnetul de călătorie pe C. F. R. şi numai în baza carnetului lor de identitate.

Internările acestora se fac în contul I. O. V. R., căreia i se vor debita, după norme ce se vor stabili şi comunica.

Art. 7. — Pentru bolnavii aparţinând C. N. A. S. C. F. R., P. T. T. şi a altor instituţiuni publice sau particulare, ce se vor notifica ulterior, se vor percepe taxele prevăzute în prezenta decizie în condiţiunile şi sub forma ce se va stabili prin convenţiile respective.

Art. 8. — Internaţii ce dispun de mijloace materiale, plătesc o taxă zilnică de spitalizare (taxă de întreţinere şi de căutare zilnică) după cum urmează:

Pentru clasa I-a 600 lei; Pentru clasa II-a 400 lei; Pentru clasa III-a 100 lei.

Art. 9. — Bolnavii internaţi la cl. I-a şi a II-a, precum şi bolnavii ambulanţi, care au mijloace materiale, vor plăti taxe pentru:

a) Intervenţii chirurgicale şi obstetricale; b) Examene radiologice şi electroterapice; c) Transfuzii de sânge; d) Analize de laborator; e) Dé vaccinări şi inoculări; f) Imbălsămări.

Toate aceste taxe sunt prevăzute în tabloul anexat prezentei deciziuni.

Art. 10. — Sunt scutite de taxe, analizele cerute de către medicii oficiali ai Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, pentru stabilirea diagnosticului de boli contagioase, venerice şi boli sociale; pentru controlul sanitar al alimentelor, băuturilor şi obiectelor uzuale, cum şi acelea efectuate din iniţiativă proprie a laboratorului în aceleaşi scopuri.

Sunt scutite de taxe examenele pentru descoperirea bolilor venerice.

Art. 11. — Pentru bolnavii internaţi în contul diferitelor departamente, regii publice, Case autonome, instituţiuni publice şi particulare de orice fel, taxele speciale enumerate la art. 9, sunt global cuprinse într'o taxă suplimentară convenţională de 120 lei pe zi la bolnavii internaţi în cl. II-a şi de 180 lei pe zi la bolnavii internaţi la clasa I-a.

Art. 12. — Bolnavii ambulanţi care se prezintă la serviciile de consultaţiuni externe şi dispun de mijloace materiale vor plăti o taxă de consultaţii de: 40 lei în municipii; 20 lei în celelalte oraşe.

© Colegiul Medicilor din Romania. Sursa: Colegiul Medicilor din Romania

In spitalele din mediul rural nu se percep atari taxe pentru consultaţiunile externe.

Art. 16. — Taxele încasate de spitale, sanatorii, laboratorii şi ambulatorii dela 1 Aprilie 1943, în conformitate cu dispoziţiunile legii Nr. 189, pentru organizarea sanitară a Statului din 25 Martie 1943, fac parte din veniturile proprii ale acestora.

Taxele încasate se repartizează în două grupe:

Grupa I-a este alcătuită din taxele de spitalizare de cl. III-a, din 3/4 din taxele de spitalizare ale claselor I-a şi a II-a, precum şi o cotă de 50% din: Taxele de operaţii, de radiologie, de tratamente fizioterapice, de transfuzii de sânge, de analize, de vaccinări şi inoculări şi de îmbălsămări. Această grupă este destinată în întregime pentru investiţii, reparaţii, procurarea de materiale de orice fel, pentru angajări de personal temporar şi în caz de nevoie pentru îmbunătăţirea alimentaţiei.

Grupa II-a este alcătuită din 1/4 din taxele de spitalizare ale claselor I-a şi II-a, din taxele de consultaţiuni externe, precum şi o cotă de 50% din: taxele de operaţii, de radiologie, de tratamente fizioterapice, de transfuzii de sânge, de analize, de vaccinări şi inoculări şi de îmbălsămări.

Sumele alcătuite din grupa II-a, se vor repartiza personalului din cadrele serviciilor ce au realizat venitul respectiv în felul următor:

40% primă (cotă) şefului serviciului respectiv;

20% primă (cotă) personalului medical şi farmaceutic, medici secundari, medici asistenţi, farmacişti şefi, farmacişti, interni şi externi;

20% primă (cotă) personalului sanitar şi de serviciu; un sfert din aceste sume se vor repartiza personalului din gospodăria generală a spitalului (portar, bucătar, spălătorese, băeş, etc.);

20% Casei de Credit şi Ajutor a funcţionarilor M. S. O. S.

Toate primele (cotele) personalului sunt scutite de impozit, în conformitate cu art. 104, paragraful b, din legea Nr. 189 de organizare sanitară a Statului.

Art. 17. — Taxele suplimentare zilnice convenţionale arătate la art. 11 al prezentei deciziuni, se vor face venit în părţi egale la cele două grupe fixate prin art. 16.

Art. 18. — Cheltuielile făcute din aceste taxe, justificarea, verificarea şi contabilizarea lor se va face în conformitate cu dispoziţiunile şi normele arătate în decizia de descentralizare cu Nr. 69.637 din 3 N-vrie 1941.

In cazul instituţiilor cu buget propriu, în sensul art. 104 din legea de organizare sanitară a Statului din 25 Martie 1943, gestionarea taxelor se va face potrivit prevederilor acelui buget, la a cărui alcătuire instituţiunile vor ţine seamă de normele şi directivele deciziunii de faţă.

Art. 19. — Prezenta deciziune intră în vigoare pe data de 1 Mai 1943.

* * *

COMPUNEREA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

Au fost numiţi pe termen de 3 ani, următorii Membri în Consiliul Sanitar Superior ce funcţionează pe lângă Ministerul Sănătăţi:

D-r Iuliu Haţiegan, rectorul universităţii din Sibiu; D-r Vintilă Ciocâlteu, decan al facultăţii de medicină din Bucureşti; D-r I. Iacobovici, profesor de clinică chirurgicală şi ortopedică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Iuliu Moldovanu, profesor de igienă şi de biopolitică dela facultatea de medicină din Sibiu; D-r D. Daniolopolu, profesor de clinică medicală la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r C. Ionescu-Mihăeşti, profesor de medicină experimentală la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Mihail Ciucă, profesor de bacteriologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r N. Gh. Lupu, profesor de clinică medicală la facultatea de medicină din Bucureşti; Prof. D-r Ştefan Nicolau; D-r P. Niculescu, profesor de farmacologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r D. Manolescu, profesor de clinică oftalmologică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Titu Gane, profesor de puericultură la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Al. Ciucă, profesor de bacteriologie la facultatea de medicină veterinară din Bucureşti; D-r N. Hortolomei, profesor de clinică chirurgicală şi urologică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Gh. Băltăceanu, profesor de clinică balneologică şi dietetică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r I. Niţescu, profesor de fiziologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r L. Baliff, profesor de clinică neurologică şi psihiatrică la facultatea de medicină din Iaşi; D-r I. Goia, profesor de clinică medicală la facultatea de medicină din Sibiu; D-r D. Dumitrescu-Mante, profesor de clinică medicală terapeutică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r E. Crăciun, profesor de anatomie patologică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Gh. Banu, profesor de medicină socială la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Iosif Stoichiţia, inspector general sanitar Sibiu; D-r Al. Cosăcescu, profesor de clinică chirurgicală şi ortopedică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r N. Ionescu-Sişeşti, profesor de clinică neurologică la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r St. Irimescu, medic primar, director al Sanatoriului T. B. C. Filaret, Bucureşti; D-r C. Tătaru, profesor de dermatologie şi sifiligrafie la facultatea de medicină din Sibiu; D-r Emil Ţeposu, profesor de clinică chirurgicală şi urologică la facultatea de medicină din Sibiu; D-r Bazil Theodorescu, profesor de clinică medicală la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Th. Vasiliu, profesor de medicină legală la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r I. Bălteanu, profesor de clinica boalelor contagioase la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Dan Theodorescu, profesor de stomatologie şi chirurgie maxilo-facială la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r I. Ţeţu, profesor de oto-rino-laringologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r L. S. Daniello,

profesor de ftiziologie la facultatea de medicină din Sibiu; D-r M. Nasta, conferenţiar şi medic primar al serviciului de T. B. C. la Spitalul Pantelimon din Bucureşti; Profesor D-r Ştefan Bogdan, farmacist; D-r Iuliu Niţulescu, profesor de patologie generală la facultatea de medicină din Iaşi; D-r Gh. Marinescu, medic primar şi agregat la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r Marius Georgescu, medic primar al serviciului de obstetrică şi ginecologie din Spitalul Colţea, Bucureşti; D-r N. Gruia Ionescu, medic primar al spitalului de boli interne din Ploeşti; D-r E. Lazeanu, conferenţiar de radiologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r I. Jovin, conferenţiar de radiologie la facultatea de medicină din Bucureşti; D-r O. Lupu, directorul sănătăţii şi ocrotirilor sociale din Guvernământul Bucovinei; D-r D. Lazăr, medic primar chirurg, Galaţi; D-r Eugen Suciu, medic primar radiolog, Timişoara; D-r C. Ceapă, medic primar chirurg, Chişinău; D-r N. Nandriş, medic primar de otorino-laringologie la Spitalul Central Cernăuţi; D-r M. Cânciulescu, medic primar; D-r S. Ţovaru, medic primar chirurg, Bucureşti; D-r Cornel Radu, medic primar de puericultură la Spitalul de Copii, Arad; D-r V. Pătrăşcanu, medic primar chirurg al Spitalului „Pavel şi Ana Cristea" din Bacău; D-r P. Râmneamţu, şef de secţie la Institutul de igienă, Sibiu.

Fac parte din Consiliul Sanitar Superior, ca membrii de drept, d-nii: Medic general D-r M. Capitanovici, medic şef al armatei; D-r O. Burileanu, efor al Eforiei Spitalelor Civile, Bucureşti; D-r E. Christide, epitrop al Aşezămintelor Brâncoveneşti; Profesor D-r Gh. Tudoran, epitrop al Epitropiei „Sft. Spiridon", Iaşi; Profesor D-r Gh. Plăcinţeanu, epitrop al Epitropiei „Sft. Spiridon", Iaşi; D-r V. Săvescu, director medical al C. F. R; D-r I. Apostolescu, reprezentant al Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale; D-r C. Dăniţă, director general al Casei Naţionale a Asigurărilor Sociale

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COMISIUNEA MINISTERULUI SĂNĂTAŢII ŞI OCROTIRILOR SOCIALE

In conformitate cu dispoziţiile legii de organizare sanitară a Statului, Consiliul Sanitar Superior a ales în şedinţa sa dela 19 Aprilie, următoarele Comisiuni care vor funcţiona pe lângă Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

1. **Comisiunea Bolilor Sociale:** 1. Prof. D-r Moldovanu. 2. Prof. D-r Ştefan Nicolau. 3. Prof. D-r Tătaru. 4. Prof. D-r Baliff. 5. Prof. D-r Gh. Banu. 6. Prof. D-r Danielo. 7. Conf. D-r Marius Nasta.

2. **Comisiunea Ocrotirilor mamei şi copilului:** 1. Prof. D-r Moldovanu. 2. Prof. D-r Gh. Banu. 3. Prof. D-r T. Gane. 4. medic primar D-r Radu. 5. D-r Râmneamţu.

3. **Comisiunea Bolilor infecţioase:** 1. Prof. D-r Ionescu Mihăeşti. 2. Medic g-ral D-r Capitanovici. 3. Prof. D-r Moldovanu. 4. Prof. D-r M. Ciucă. 5. Prof. D-r Bălteanu.

4. **Comisiunea Administrativă** (Membrii titulari): 1. Prof. D-r Ciocâlteu, Decanul Facultăţii de Medicină. 2. Prof. D-r Ţeţu. 3. D-r V. Săvescu, director medical al C. F. R. (Supleanţi): 1. Inspector general sanitar D-r Apostolescu. 2. Medic primar D-r Ştefan Popescu. 3. D-r Vasilescu Alexandru, medic primar director.

5. **Comisiunea Farmaco-Terapeutică:** 1. Prof. D-r Dumitrescu Mante. 2. Prof. D-r I. Niţescu. 3. Farmacist D-r Goina. 4. Farmacist Velescu.

6. **Comisiunea de Igienă Industrială şi salubritate:** 1. Inspector g-ral sanitar D-r Apostolescu. 2. Inspector general sanitar D-r P. Nistor. 3. Avocat Alexandru Ionescu. 4. Ing. Mihai Constantinescu.

* * *

NOUA DELIMITARE A INSPECTORATELOR GENERALE SANITARE

In conformitate cu dispoziţiunile legii de organizare sanitare a Statului, s'au dat următoarele Delimitări Inspectoratelor Generale Sanitare:

Inspectoratul General Sanitar şi de Ocrotire regional I al Capitalei, cuprinde Municipiul Bucureşti, aşa cum este delimitat de legile în vigoare:

Inspectoratul General Sanitar şi de Ocrotire regional II, cu reşedinţa în Bucureşti, cuprinde judeţele: Argeş, Brăila, Buzău,, Constanţa, Dolj, Gorj, Ialomiţa, Ilfov, Mehedinţi, Muscel, Olt, Prahova, R.-Sărat, Romanaţi, Teleorman, Tulcea, Vâlcea şi Vlaşca.

Inspectoratul General Sanitar şi de Ocrotire regional III, cu reşedinţa în Iaşi, cuprinde judeţele: Baia, Bacău, Botoşani, Covurlui, Fălciu, Iaşi, Neamţ, Putna, Roman, Tecuci, Tutova şi Vaslui.

Inspectoratul Regional Sanitar şi de Ocrotire regional IV, cu reşedinţa în Sibiu, cuprinde judeţele: Alba, Arad, Braşov, Bihor, Caraş, Făgăraş, Hunedoara, Severin, Sibiu, Târnava-Mare, Târnava-Mică, Timiş-Torontal şi Turda.

Inspectoratul General Sanitar şi de Ocrotire regional V, cu reşedinţa în Chişinău, cuprinde judeţele: Bălţi, Cetatea Albă, Cahul, Chilia-Nouă, Ismail, Lăpuşna, Orhei, Soroca şi Tighina.

Inspectoratul General Sanitar şi de Ocrotire regional VI, cu reşedinţa în Cernăuţi, cuprinde judeţele: Câmpulung, Cernăuţi, Dorohoi, Hotin, Rădăuţi, Storojineţ şi Suceava.

* * *

CURSURI DE PREGĂTIRE PENTRU STUDENŢII IN MEDICINĂ CARE VOR ACTIVA LA SATE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Absolventele Facultăţii de Medicină precum şi studenţii şi studentele din anii VI şi V ai Facultăţii de Medicină, din ţară urmează să activeze în cursul verei anului curent la circumscripţiile sanitare rurale.

Acest **stadiu** va dura până la 1 Noembrie a. c. şi studenţii în medicină vor desfăşura în mediul sătesc o acţiune sanitară coordonată sub conducerea inspectorilor generali sanitari şi a medicilor şefi de judeţ.

De asemenea, membrii Consiliului Sanitar Superior vor îndruma şi supraveghea activitatea studenţilor la sate.

Pentru ca să desfăşoare în cele mai bune condiţiuni, activitatea sanitară a studenţilor medicinişti şi pentru ca ea să dea cele mai bune rezultaté, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a organizat în cele trei centre universitare, cursuri de pregătire unde studenţii sunt iniţiaţi în principalele probleme sanitare ce vor avea de rezolvat în cursul stagiului la circumscripţii.

La Bucureşti, **cursurile de pregătire** pentru studenţii cari vor activa la circumscripţiile sanitare rurale au început în ziua de 3 Mai crt., conferenţiind asupra chestiunilor practice de sănătate publică în mediul rural, d-nii: Prof. D-r Gh. Banu, Prof. D-r Ţeţu, Prof. D-r Combiescu, Prof. D-r I. Stoichiţia, Prof. D-r Niţulescu, D-r Cornelson, D-r S. Teodorescu, etc.

De asemenea s'au făcut demonstraţii practice pe teren précum şi vizita la dispensariile sanitare rurale, pentru a se arăta modul cum trebue organizat şi cum trebue să funcţioneze un serviciu sanitar de circumscripţie rurală.

In afară de aceste cursuri, studenţii cari pleacă la sate vor primi o **lucrare imprimată cu instrucţiuni asupra activităţ'i lor şi cu expuneri practice** asupra principalelor probleme de sănătate publică în mediul rural.

* * *

LEGEA PENTRU ORGANIZAREA SANITARĂ A STATULUI

Dispoziţiunile tranzitorii

Publicăm câteva din Dispoziţiunile tranzitorii din noua lege pentru organizarea sanitară a statului.

Astfel se prevede că:

— Actualele consilii, comisii şi comitete, cari prin dispoziţiunile legii sunt desfiinţate sau îşi schimbă scopul şi componenţa, se consideră disolvate la publicarea legii.

— Apelurile împotriva hotărîrilor comisiunilor de autoirzări şi a consiliilor de igienă rămase nejudecate, trec în competenţa comisiilor regionale de apel şi a comisiei de igienă industrială şi salubritate din minister, urmând a fi judecate în conformitate cu dispoziţiunile noului legi.

— Intregul personal tehnic superior, personalul de asistenţă şi ocrotire socială, precum şi personalul sanitar, ca şi cel administrativ din serviciile centrale şi exterioare ale Ministerului, care nu corespunde prevederilor legii, îşi păstrează gradul şi salarizarea actuală în funcţiunile ce le vor fi atribuite.

— Actualii medici asistenţi definitivi de spitale şi de laboratorii îşi păstrează toate drepturile câştigate.

— Dispoziţiunile privitoare la inamovibilitatea şi disciplinarea personalului, prevăzute în lege, se vor pune în vigoare la data ce se va hotărî prin jurnal al Consiliului de Miniştri.

— Operaţiunile de revizuire şi încadrare a medicilor, pendinte azi de celelalte instituţiuni şi cari trec sub dependenţa Ministerului Sănătăţii, vor fi făcute de comisiunea administrativă a Ministerului Sănătăţii, care va lucra după normele noului legi şi în conformitate cu tipurile de salarizare ale codului funcţionarilor publici.

Această operaţiune va fi executată până cel mai târziu la 31 Martie 1944, în tabela de încadrare şi salarizare a tuturor medicilor publici şi se va aproba printr'un jurnal al Consiliului de Miniştri.

— Medicilor cari la recensământul din Martie 1941, au făcut declaraţii de specialişti şi au fost revizuiţi de comisiunile speciale instituite de Minister, li se recunoaşte acest drept — de specialişti — în baza încheerilor acelor comisiuni, prin decizie ministerială publicată în Monitorul Oficial.

— Actualii medici de spitale mixte devin medici sanitari de circumscripţie cu spitale mixte.

— Actualii medici şefi de municipii devin medici şefi de oraşe, păstrându-şi toate drepturile de salarizare.

— Actualii medici de dispensare, medici de penitenciare şi medici consultanţi pentru asistenţa medicală a funcţionarilor devin medici de consultaţii generale.

— Actualii medici preparatori de laborator devin medici secundari de laborator.

— Candidaţii la concursurile şi examenele de medici şcolari, de medici şefi de judeţe şi de medici şefi de laborator, ce vor avea loc în anii 1943 şi 1944 vor fi admişi, chiar dacă nu au diplomă de specializare în igienă, în cazul când îndeplinesc celelalte condiţiuni.

— Dreptul acordat medicilor de lege de a li se introduce în calculul gradaţiilor şi timpul cât au funcţionat ca interni de spitale, va intra în vigoare începând cu bugetul exerciţiului 1943/1944.

— Medicii din provinciile recucerite, cari ocupă posturi în mod provizoriu, vor putea fi definitivaţi pe locurile ce ocupă dacă au trecut sau vor trece examenul de clarificare, sau concursul pentru posturile respective în cursul anului 1943, şi vor fi obţinut media cel puţin 15.

— Farmaciştii cari au obţinut cu titlu provizoriu concesii de farmacii până la 1 Febr. 1942, în teritoriile recucerite, vor fi definitivaţi în acele concesii dacă vor obţine media de cel puţin 15 la examenele şi concursurile de farmacii ce au loc în cursul anului 1943.

Digitized by Centrul Național al Literaturii

— Farmaciştii refugiaţi din teritoriile cedate în 1940, şi care au obţinut concesiuni, li se va confirma concesionarea acestor farmacii prin decret.

— Farmaciştii care în baza examenelor de clarificare ce s'au ţinut până la data publicării noului legi au primit concesii de farmacii publice, se confirmă definitiv prin efectul prezentei legi, în locurile ce li s'au atribuit.

— Actualii medici consultanţi specialişti, cari ocupă locuri în instituţiunile de stat, regii autonome şi Casa Naţională a Asigurărilor Sociale vor putea fi definitivaţi, ca medici primari de specialitate în serviciile ce ocupă, cu avizul comisiunii administrative şi pe baza examenelor de clarificare pentru medici primari pe care l-au trecut la Ministerul Sănătăţii.

— Numirile de medici primari de spital, făcute fără respectarea normelor legale, care prevedeau publicarea locurilor vacante şi numirea prin decret, se anulează pe data publicării prezentei legi.

Posturile devenite astfel vacante se vor ocupa conform prevederilor legale.

— Drogheriile ce funcţionează pe bază de concesiuni legale la data promulgării prezentei legi, îşi păstrează toate drepturile câştigate.

* * *

PROBLEMELE ACTUALE ALE FARMACIEI ROMÂNEŞTI

Noua lege de organizare sanitară a statului a sistematizat **Normele de funcţionare ale farmaciei româneşti**, stabilite prin legile din 1941, şi a adus unele modificări.

Printre acestea este şi **transformarea institutului chimico-farmaceutic existent, în Institut de ştiinţă aplicată** cu un rol mult mai mare decât în trecut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In conformitate cu noua lege a fost numit director al institutului d-l Prof. D-r C. N. Ionescu, titularul Catedrei de Farmacie galenică dela Universitatea din Bucureşti.

Institutul are o comisiune ştiinţifică în care au fost numiţi d-nii: Prof. D-r I. Vintilescu, decanul facultăţii de farmacie, Prof. D-r Gh. Băltăceanu, Prof. D-r Bogdan, Prof. D-r C. N. Ionescu şi Prof. D-r Bordeianu.

Instalarea noului director şi a comisiei s'a făcut Vineri 2 Aprilie la institutul chimico-farmaceutic în prezenţa personalului ştiinţific.

D-l Ministru Tomescu a arătat că vechiul institut chimico-farmaceutic a luat prin noua lege o foarte mare desvoltare şi un rol precumpănitor în conducerea ştiinţifică a farmaciei româneşti.

In special institutul va studia şi va iniţia desvoltarea industriei naţionale de medicamente chimice şi opoterapice va căuta să înlocuiască produsele vegetale exotice prin produse indigene, va redacta Farmacopeea Română şi va acţiona pentru ridicarea farmaciei în stat la un nivel cât mai înalt.

Pentru ca acest program deosebit de important să poată fi realizat, Institutul va fi condus de D-l Prof. Ionescu şi va avea pentru studiul problemelor ştiinţifice, o comisiune de specialişti care îşi încep activitatea astăzi.

D-l Ministru mulţumeşte profesorilor care au acceptat greaua sarcină pe care noua lege le-a dat-o şi le urează cel mai desăvârşit succes în misiunea ce au.

Biblioteca Universitatii Regele Ferdinand I. din Cluj ROMANIA

FARMACIA IN NOUA LEGE SANITARA

Cu acest prilej, D-l Ministru al Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a arătat care sunt principiile fundamentale ale nouei legi în ceea ce privește farmaciile.

Unificarea regimului farmaciilor și românizarea lor, au fost măsuri reformatoare absolut necesare pentru a așeza practica acestei profesiuni pe baze naționale și științifice.

Interzicerea vânzărilor și arendărilor în farmacia românească au ridicat prestigiul unei profesiuni care se cere practicată de oameni care și-au valorificat meritele prin activitate personală prin examene și concursuri, nu prin cumpărare sau închiriere.

Pentru a forma și consolida tradiția de familie în farmacia românească, legea acordă dreptul de moștenire copiilor farmaciști și soțului supraviețuitor, dacă este farmacist.

Noua lege a căutat să dea formă legală unei stări de fapt, stabilind că școalele, fabricele și în general instituțiunile cu un personal numeros vor putea distribui gratuit medicamente uzuale elevilor și personalului lor.

De asemenea în comunele rurale lipsite de farmacii, se vor putea debita la căminele culturale sau la magazine, pansamente și medicamente uzuale netoxice, care se vor fixa prin decizie ministerială.

Sunt informat că unii farmaciști sunt nemulțumiți de aceste prevederi.

Ele corespund însă intereselor permanente ale sănătății publice. Experiența ne-a arătat cât de folositoare sunt farmaciile școlare care s'au întemeiat pe o scară întinsă în ultimii doi ani și ce rezultate bune au dat farmaciile organizate în fabrici, alături de dispensariile medicale.

Iar măsura ca în cele mai îndepărtate comune rurale ale țării să se găsească un pansament sau o chinină, cred că va fi bine apreciată de orice cercetător obiectiv al chestiunei.

Este natural ca în fața problemelor noui ce se pun, ideile inovatoare să întâmpine unele rezistențe. Ele însă își vor face drum, deoarece corespund intereselor generale și se bizue sus pe oamenii de știință ai farmaciei românești și jos pe tinerele generații de farmaciști cari vin plini de elan într'o profesiune unde vor găsi locuri multe și bune pentru munca lor productivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Prof. D-r C. N. Ionescu, mulțumește D-lui Ministru pentru încrederea ce i-a acordat prin această numire.

D-l Prof. D-r Vintilescu, Decanul Facultății de Farmacie, adresează D-lui Ministru toate mulțumirile pentru noua așezare a institutului care va aduce reale servicii țării prin îndrumarea pe care o va da producției de medicamente în țară și pentru controlul sever pe care-l va exercita asupra medicamentelor din comerț.

Au mai vorbit D-nii Prof. D-r Ștefan Bogdan, în numele colegiului farmaceutic, D-l D-r N. Petrescu, fostul director al Institutului, în numele funcționarilor Institutului chimico-farmaceutic, precum și D-l Prof. Gh. Băltăceanu.

REUNIUNEA MEDICILOR DELA SIBIU

In zilele de 10 şi 11 Aprilie crt., a avut loc la Sibiu, reuniunea medicilor din Transilvania, în prezenţa I. P. S. Mitropolitul Ardealului şi a D-lor Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Prof. D-r I. Haţieganu, Rectorul Universităţii, Prof. D-r Iuliu Moldovan, preşedintele Astrei, Prof. D-r Papilian, Decanul Facultăţii de Medicină Sibiu, Prof. D-r Tudoranu, Decanul Facultăţii de Medicină din Iaşi, Prof. D-r Iacobovici, Prof. D-r Banu, Prof. D-r Niţescu dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, Profesorii Facultăţii de Medicină din Sibiu şi a numeroşi medici din tot Ardealul.

D-l Prof. Haţieganu, Rectorul Universităţii, deschizând şedinţa, a arătat că reuniunile medicale iniţiate de Ministerul Sănătăţii, au menirea nu numai de a da prilej medicilor din regiune de a prezenta diferite probleme locale şi profesorilor universitari de a face expuneri asupra chestiunilor ştiinţifice actuale, dar mai presus de aceasta de a stabili legături puternice între medicii din toată ţara.

Faptul că la această reuniune medicală au luat parte Profesorii Facultăţii de Medicină din Bucureşti, Decanul Facultăţii de Medicină din Iaşi, alături de Profesorii Facultăţii de Medicină din Sibiu, face ca această reuniune să fie o frumoasă manifestaţiune a Universităţilor româneşti.

D-l Prof. D-r Papilian, Decanul Facultăţii de Medicină salută pe Profesorii celorlalte Facultăţi şi pe medicii din Ardeal, elevi ai Facultăţii de Medicină din Cluj, cari desfăşoară în serviciile publice pe care le deţin o activitate atât de frumoasă.

I. P. S. Nicolae Bălan, Mitropolitul Ardealului, luând cuvântul arată că biserica Ardealului este alături de acţiunea pe care medicii o desfăşoară, prin opera de asistenţă şi de ocrotire pe care caută s'o îndeplinească.

In ceea ce priveşte marile probleme de actualitate, pe care medicina contemporană le abordează, biserica a luat şi ea măsurile care-i incumbă, mai ales în ceea ce priveşte igiena rasei.

In acest domeniu, biserica a ajutat ca să se păstreze puritatea rasei noastre, căutând pe calea credinţei să se păstreze intacte virtuţile neamului nostru, ferindu-l de amestecuri cu alte rase.

I. P. S. Mitropolitul Ardealului felicită corpul medical ardelean şi din toată ţara, care cu atâta abnegaţiune luptă pentru progresul sănătăţii publice a poporului nostru.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, luând cuvântul, mulţumeşte înaltelor personalităţi, care prin prezenţa şi prin cuvântările înălţătoare pe care le-au ţinut au dat o deosebită strălucire reuniunei medicilor din Ardeal.

Atât organizaţia sanitară a ţării cât şi acţiunea naţională se bizue în Ardeal pe cele trei instituţii fundamentale: Biserica, Astra şi Universitatea.

Intr'adevăr, Biserica Ardealului a jucat în trecutul neamului nostru un rol esenţial în apărarea drepturilor naţionale şi astăzi biserica activă, condusă cu atâta înţelepciune de I. P. S. Bălan al Ardealului, stă în sprijinul marilor ideaturi naţionale şi sociale ale neamului nostru.

Societatea Astra, prin trecutul ei glorios ca şi prin acţiunea puternică pe care o desfăşoară sub conducerea D-lui Prof. D-r Moldovan, ajută foarte mult lupta naţională şi organizaţia socială.

Universitatea din Cluj-Sibiu, care a desfăşurat în trecut o activitate atât de frumoasă nu numai pe plan ştiinţific şi didactic, dar şi pe acela al extensiunii universitare, este în măsură să dea un sprijin foarte important în acţiunea de progres sanitar pe care o urmărim.

D-l Ministru al Sănătăţii a făcut apoi o expunere asupra principiilor noii legi pentru organizarea sanitară a Statului şi a încheiat subliniind faptul că, oricât de bună ar fi o lege, ea nu poate să dea rezultatele urmărite decât dacă se bizue pe un corp medical competent, entuziast şi devotat intereselor publice.

Ţara noastră are norocul să aibe un astfel de corp medical, graţie căruia a trecut cu bine prin încercările grele pe care războiul ni le-a pus.

Având în vedere munca şi însuşirile excepţionale ale corpului medical românesc, sperăm că noua lege va da rezultatele care s'au urmărit prin promulgarea ei.

D-l D-r Cosma, inspector general sanitar a făcut o dare de seamă asupra stării sanitare şi demografice din regiunea sanitară Sibiu.

CONFERINŢELE ŢINUTE

In după amiaza zilei de 10 Aprilie şi în ziua de 11 Aprilie s'au ţinut următoarele conferinţe:

Prof. D-r I. Haţieganu, Rector al Universităţii „Regele Ferdinand" Cluj-Sibiu: „Aşa numitele ictere catarale epidemice".

Prof. D-r I. Iacobovici: „Sutura întârziată a plăgilor de război".

Prof. D-r Gh. Tudoraşu, Decanul Facultăţii de Medicină Iaşi: Cercetări personale în: a) Hepatita acută icterigenă; b) Asociaţia diureticilor cu medicaţie acidă şi alcoolică.

Prof. D-r I. Niţescu: „Date noui în domeniul vitaminelor".

Prof. D-r Benetato: „Transfuzia cu sânge conservat şi aplicaţia ei practică".

Prof. D-r Popovici: „Problema mortalităţii infantile şi combaterea ei".

Digitized by Central University Library Cluj

ANALIZE

Activitate de spital

D-r V. PLĂTĂREANU: **Dare de seamă asupra activităţii serviciului de chirurgie de urgenţă şi consultaţii chirurgicale al Spitalului Central „Prof. D-r I. Cantacuzino" pe anul 1942.** — Tip. „Vulturul", Bucureşti, 1943.

Autorul arată că serviciul a funcţionat cu două secţii: Secţia de consultaţii chirurgicale şi secţia de urgenţă cu paturi, cărora li s'a adăogat serviciul de gardă.

Secţia de urgenţă chirurgicală cu 30 paturi bugetare, dar care a funcţionat mult timp numai cu 10 paturi, în timp de 9 luni de funcţionare în care a fost deschisă, a internat 329 bolnavi, pe care s'au practicat 309 operaţiuni; 259 operaţiuni în plus s'au executat pe bolnavi ambulatori.

Secţia „Consultaţii Chirurgicale" a înregistrat 12.557 consultaţii şi tratamente ambulatorii.

Serviciul de gardă, asigurat de studenţii din anul I şi II de Facultate, a înregistrat un număr de 558 de cazuri pe care s'au practicat 181 intervenţiuni de mică chirurgie.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

In acest timp, autorul a făcut cursuri practice studenţilor în medicină de anul I şi II, pentru complectarea cunoştiinţelor de chirurgie de războiu. Precum şi a manifestat o bogată activitate ştiinţifică prin publicarea de 15 articole, comunicări şi studii, dintre care unele originale de valoare deosebită.

M. C.

D-r V. ILEA: **Anuarul Spitalului de stat din Lugoj pe anul 1941, 1942.** — Tip. Banatului, Timişoara, 1943.

Autorul Medic Primar Director al Spitalului, publică în acest anuar: Istoricul înfiinţării şi activitatea spitalului dela 1911—1940. Urmează apoi activitatea spitalului în anul 1941, din care remarcăm între altele că Directorul a introdus registre de activitate generală, atât la serviciile medicale, cât şi la celelalte unităţi; precum şi prin organizare de echipe de lucru pe care le folosea în timpul liber al personalului de serviciu, a putut înlătura lipsa de personal la alte unităţi, în deosebi la munca câmplui, bucătărie şi cusătorie. Biroul de primire a înregistrat 6—7000 bolnavi pe an, spitalul rulează circa 20.000.000 lei pe an şi are o avere de câteva sute milioane. Trece în revistă numeroasele îmbunătăţiri şi clădiri noui ce-a efectuat, în cursul anului 1941, în care au fost ospitalizaţi 4515 bolnavi noui intraţi în cursul anului. Descrie organizarea şi activitatea medicală a fiecărui serviciu în parte, din care dă fotografia medicilor respectivi, precum şi ale personalului administrativ, sanitar, auxiliar, de serviciu şi ale elevelor şcoalei de surori-infirmiere.

Prezintă momente din activitatea anului 1942, inaugurarea nouilor localuri (serviciul de oftalmologie şi al şcoalei de surori-infirmiere), şi activitatea ştiinţifică a medicilor manifestată prin numeroase comunicări făcute în cadrul reuniunilor medicale ale spitalului.

Preocupările de ordin medical şi gospodăreşti, cari sunt expuse în partea finală, dovedesc rodnica activitate a acestui spital şi destoinicia conducătorului lui, D-l D-r I. Ilea, cari pot fi date ca exemplu.

M. C.

Chirurgie

In ultimii 2 ani, au apărut mai multe lucrări româneşti, de ordin chirurgical, de mare valoare ştiinţifică şi practică. Unele în cadrul unui mare tratat care este **„Tratatul de chirurgie semiotică, clinică şi terapeutică"** de sub direcţia D-lui Prof. I. Iacobovici, precum **„Tumori şi distrofii osoase"** de Prof. A. Cosăcescu, prezentată în No. 1-2/1942 al acestei reviste; — şi **„Chirurgia de urgenţă"** de D-r Marius Teodorescu. Altele apărute în felul unui Manual de generalităţi chirurgicale, tratate în mod complect dar elementar, cari depăşesc cadrul strictei specialităţi chirurgicale, precum aceste **Elemente de chirurgie** ale D-lui Prof. Alex. Pop, din care 1 volum în 3 fascicole prezentăm în numărul de faţă, cari pot servi ca introducere la studiul chirurgiei în general, mică şi mare. Sau lucrări de domeniu mai restrâns, dar şi mai adâncit din punct de vedere clinic şi tehnic, precum **„Traumatismele abdomenului"** de D-l D-r V. Pătrăşcanu, sprijinite pe numeroase observaţiuni clinice personale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELEMENTE DE CHIRURGIE

de

Prof. D-r AL. POP

Vol. I în 3 fascicole, de 856 pag., cu 754 fig. în text. Edit. H. Welther-Sibiu, 1943. — Preţ 4200 lei broşat, 4800 lei legat în pânză.

Autorul, Profesor al Clinicei chirurgicale dela Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, a scris această lucrare pentru studenţii şi medicii practicieni. O dedică D-lui Prof. I. Iacobovici, predecesorul şi maestrul său la catedră, întemeietorul Şcoalei de Chirurgie din Transilvania.

In „Prefaţă" autorul spune că a scris această lucrare pentru a introduce pe student în studiul chirurgiei şi pentru a prezenta medicului practician un îndreptar de toate zilele.

Subliniând scopul de ordin practic, pentru care a fost concepută această lucrare, adaogă preocuparea de a întinde prin cunoştiinţe cât mai multe orizontul viitorului chirurg; — de a soluţiona diversele probleme chirurgiacle cari se pun în afară de serviciul spitalicesc, în cabinetul medical, la domiciliul bolnavului sau la locul accidentului, capitolele traumatismului şi infecţiunilor chirurgicale fiind actualizate prin consideraţiunile puse de problemele de războiu. Cunoştiinţele variate ce pune la îndemâna tuturor medicilor mai au de scop, tratând bolnavul

pe loc, de a preveni transporturile inutile, greu de executat şi costisitoare în toate timpurile (nu numai în cele actuale), precum şi de a nu congestiona centrele spitaliceşti (cari de foarte multe ori refuză bolnavii chiar când nu sunt de tot pline).

In tratare, autorul intră de-a-dreptul în materie, lăsând la o parte balastul istoricului, al citatelor şi numelor proprii — cari nu-şi au locul aci. De asemenea pentru fixarea noţiunilor se serveşte de o bogată iconografie, în care urmăreşte în primul rând prezentarea sistemului osos.

In Partea I (pag. 3—436) cuprinde **Noţiunile de patologie chirurgicală**, următoare:

Cap. I. **Traumatologie.** Generalităţile. Traumatismele mecano-dinamice ale straturilor dela suprafaţă (contuzii, plăgi). Traumatismele prin forţă hidro şi aerodinamică. Plăgile prin agenţi fizici şi prin agenţi chimici. Traumatismele tendoanelor, muşchilor şi aponevrozelor; ale vaselor sanguine şi limfatice; ale articulaţiilor; ale vaselor; craniene; toracice; abdominale; traumatismale sportive. Complicaţiile funcţionale şi septice ale traumatismelor. Corpii străini.

Cap. II. **Infecţiunile chirurgicale.** Infecţiunile acute, specifice şi nespecifice. Infecţiunile cronice chirurgicale.

Cap. III. **Leziunile venelor.** Hemoragii, varicele.

Cap. IV. **Deformaţiunile picioarelor.** Picioarele strâmbe congenitale. Suferinţele labei piciorului şi ale degetelor.

Cap. V. **Durerile reumatice şi tratamentul lor chirurgical.** Nevritele şi nevralgiile. Mialgiile-Miogelozele. Artropatiile. Rachialgiile. Leziunile reumatismale mai rare.

Cap. VI. **Tumorile dela suprafaţă,** benigne şi maligne.

Cap. VII. **Primul ajutor şi transportul.**

In Pratea II-a sunt cuprinse **Elementele de terapeutică chirurgicală** (pag. 439—841):

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

Cap. I. **Generalităţi.** Organizarea camerei de operaţie. Materialul şi instrumentarul chirurgului. Asepsia şi antisepsia.

Cap. II. **Pregătirea intervenţiei,** pentru bolnav, operator şi ajutor.

Cap. III. **Prevenirea durerii şi îngrijirea post-operatorie.** Narcoza-Anestezia locală. Anestezia regională. Ingrijirea post-operatorie.

Cap. IV. **Micile operaţiuni de urgenţă.** Injecţiunile. Injecţiile hidratante, cu ser fiziologic, pe cale rectală. Recoltarea de sânge. Injecţiile de sânge propriu. Transfuzia de sânge. Evacuarea lichidelor. Parafimoza. Proctoscopia. Drenajul. Biopsia. Tracheotomia. Legătura arterelor la diferitele nivele. Amputarea şi dezarticulaţia extremităţii membrelor.

Cap. V. **Fixarea pansamentelor.**

Cap. VI. **Pansamentele de imobilizare,** Atele, ghipsate, de extensie, compresive.

Cap. VII. **Bandajele.** Mecanice, elastice, herniare.

Cap. VIII. **Elemente de mecano-, kinesi-, şi fizioterapie.** Mecanoterapia. Masajul. Kinesiterapia.

Cap. IX. **Noţiunile de kryo-, termo-, hidro-, helio-, foto-, şi electroterapie.** Frigul. Căldura. Soarele-Lumina. Electricitatea, procedeele conservatoare şi destructive.

Cap. X. **Noţiuni de sero- şi vaccinoterapie.** Seroterapia şi seroprofilaxia. Accidentele anafilactice. Accidentele vaccinoterapiei. Anatomia.

Noţiunile atât de variate, din care numai citarea pe capitole şi paragrafe mari dă o orientare de ordin general, cuprinse în acest prim volum, servesc ca introducere la studiul medicinei în general, din care chirurgia constitue numai o parte, şi rămân la baza practicei chirurgiei curative propriu zise.

Invăţarea, recitirea şi recurgerea la ele, oridecâteori ocazia se prezintă, formează şi întreţine bagajul de cunoştiinţe al oricărui medic, de orice specialitate, de orice vârste, cărora le creşte valoarea şi prestigiul.

Recomandăm această lucrare cu toată insistenţa numeroşilor cetitori, studenţi, medici practicieni şi de spitale, ai acestei reviste.

Ea umple un mare gol în literatura noastră medicală. Inlocueşte, cu adaose în plus, toate manualele de mică chirurgie de până acum, străine şi române; şi încă, ne prezintă toate cunoştiinţele de ordin medical conexe cu mica chirurgie, care constitue primul pas spre marea chirurgie. Dacă chirurgii şi-ar asimila dela început, şi cum trebue, noţiunile cuprinse în lucrări de asemenea factură, statistica lor ar fi mai favorabilă, succesul lor mai desăvârşit şi prestigiul specialităţii crescut.

M. C.

CHIRURGIA DE URGENŢA

de

D-r MARIUS TEODORESCU

Edit. „Prometeu", Bucureşti 1943, 1 vol. de 294 pag., cu o prefaţă scrisă de D. Prof. I. Iacobovici.

In „Cuvânt introductiv" autorul, Docent universitar şi Medic primar chirurg al Spitalului Brâncovenesc din Bucureşti, prezintă lucrarea astfel:

„Am trăit aproape 15 ani în atmosfera ce o creează nesiguranţa şi emoţiile intervenţiilor de urgenţă.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

Este un timp destul de lung pentru formarea unei discipline clinice şi terapeutice în această direcţie, numită în mod general **chirurgie de urgenţă.**

Lucrarea de faţă nu este îmbâcsită cu o excesivă pedanterie bibliografică. Faptul se datoreşte pe de o parte vremurilor în care trăim şi impasibilităţii de a utiliza toate izvoarele bibliografice, iar pe de alta intenţiei mele de a prezenta cunoştiinţele noui câştigate prin prizma experienţelor proprii.

Terapeutica chirurgiei de urgenţă este cea mai emoţionantă şi dinamică parte a medicinei.

Acest **dinamism terapeutic** este impus de dramatica succesiune simptomatică a fenomenelor fizio-patologice, determinate de accidentul brutal, apărut pe neasteptate în echilibrul funcţional al accidentatului.

In plăgile propriu zise, diagnosticul îl impune leziunea în sine; traumatismele închise şi dramele abdominale pun problemele de diagnostic şi de conduită terapeutică, pe care le găsim de cele mai multe ori expuse foarte subiectiv de autorii care le-au descris.

Un ulcer de stomac perforat sau o rană oarecare, de pildă articulară, nu pot să impună automat, prin simplul fapt al diagnosticului, o terapeutică uniformă.

Diagnosticul lezional sau anatomo-patologic este o stare de fapt, fixată în timp. Leziunea în sine nu a fost decât „primum movens" al turburărilor fizio-patologice care reprezintă bilanţul funcţional al organismului, în momentul **deciziei terapeutice.**

Bilanţul modificărilor funcţionale trebue să determine adevăratul diagnostic şi să impună terapeutica şi pronosticul fiecărui caz accidental.

Cum această stare cinematică este judecată în momente diferite, este de nediscutat că pronosticurile ca şi tehnicele operatorii variază după autori.

Din aceste considerenţe am căutat, în lucrarea de faţă să dau numai **indicaţiile chirurgiei de urgenţă.**

Aceste indicaţiuni se găsesc în stările fizio-patologice, în care se pot întâlni cazurile de urgenţă chirurgicală.

Actul chirurgical, în sine, nu l-am indicat decât în general, tehnica fiind în funcţiune de alegerea ce este permisă chirurgului, de starea organismului în momentul intervenţiei. Ţinându-se seamă de acest bilanţ, se poate ajunge la un rezultat cât mai mulţumitor în chirurgia de urgenţă.

Cum în această terapeutică de urgenţă, **chirurgia îşi împarte meritele în mod egal cu îngrijirile medicale**, am insistat, cu aceeaşi cumpănire în această direcţie.

Privind lucrarea în acest fel, documentarea n'a fost uşoară".

Recomandarea cea mai autorizată i-o face D-l Prof. I. Iacobovici, într'o „Prefaţă" din care extragem:

„Indicaţiile terapeutice în chirurgia de urgenţă sunt de o strictă necesitate în toate timpurile şi cu deosebire în aceste vremuri de nenumărate accidente.

Am făcut apel dela început la colegul Marius Teodorescu, **chirurgul bine cunoscut prin vasta lui experienţă**, ca să redacteze această parte a chirurgiei *).

Domnia Sa a dat întâietatea indicaţiilor terapeutice în toate ramurile chirurgiei, dar cu deosebire în cea de urgenţă.

Bazat în primul rând pe experienţa sa şi apoi pe o bogată literatură, a redactat magistral 26 capitole, începând cu şocul traumatic şi terminând cu plăgile cranio-cerebrale.

Capitolele colegului Teodorescu sunt expresiunea concepţiei vieţei noastre chirurgicale, aşa cum o trăim noi, aşa cum se manifestă ea în discuţiile noastre dela Societatea noastră de Chirurgie".

Cele 26 capitole, cari compun lucrarea, sunt:

Şocul traumatic. — Ingrijirile pre şi postoperatorii în intervenţiile de urgenţă. — Alegerea anastezicului în chirurgia de urgenţă. — Terapeutica imediată a rănilor. — Tratamentul plăgilor recente ale ţesuturilor moi. — Tratamentul plăgilor articulare recente. — Tratamentul imedial al fracturilor deschise. — Fiziopatologia şi terapeutica de urgenţă a arsurilor întinse. — Abdomenul acut. — Indicaţiunile drenajului în chirurgia de urgenţă. — Urgenţa chirurgicală în traumatismele abdominale. — Tratamentul de urgenţă în peritonitele acute. — Peritonitele pneumococice. — Peritonitele biliare. — Conduita terapeutică în infarctul mezenteric. — Pancreatitele acute. — Ulcerele gastrice şi duodenale perforate. — Conduita operatorie de urgenţă în apendicele acute. — Urgenţa terapeutică în ocluziile intestinale. — Traumatismele toracelui. — Plăgile toracelui. — Plăgile penetrante toracice. — Conduita terapeutică în leziunile craniene şi cranioencefalice. — Plăgile deschise craniene şi cranioencefalice. — Traumatismele închise cranioencefalice.

Sunt capitole de patologie medico-chirurgicală, cari interesează deopotrivă ambele specialităţi ale medicinei. Sunt afecţiuni, cu aspect înşelător cari trebuesc tratate dela început, şi în mod urgent chirurgical. Pentru cunoaşterea acestora, indicaţiile terapeutice şi îndreptarea lor, spre chirurgie, este foarte bine venită cartea aceasta, folosind deopotrivă medicilor cât şi chirurgilor. Alte afecţiuni par de domeniul chirurgiei, dar ele nu sunt decât afecţiuni medicale interne, cari dau schimbul şi care trebuesc tratate numai ca atare.

Pentru cunoaşterea şi unora şi altora, precum şi pentru aplicarea la timp a tratamentului necesar, o punere la punct într'un manual la îndemână tutulor se impunea. Lucrarea de faţă poate servi în oarecare măsură şi în acest scop, — este de aceea cu atât mai recomandabilă.

M. C.

*) Lucrarea face parte din *„Tratatul de chirurgie semiotică, clinică şi terapeutică*, care apare în fascicole sub direcţia D. Prof. I. Iacobovici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRAUMATISMELE ABDOMENULUI

de

D-r V. PĂTRĂȘCANU

Tip. „Cultura" București, 1942.

In „Câteva vorbe bune pentru o carte foarte bună", cari îi servesc drept „Prefață", D-l Prof. I. Iacobovici, prezintă astfel lucrarea și pe autor:

Intre multe dificultăți de cari ne lovim în chirurgie, sunt cele ce le întâlnim în chirurgia abdominală.

Pătrășcanu se pasionează de această chirurgie și o studiază cu aviditate.

Credincios școalei vechi, că un chirurg bun trebue să fie un bun anatomist, își începe lucrarea cu anatomia chirurgicală a abdomenului.

Trece apoi la capitolul contuziilor abdominale, le definește și apoi le studiază, ilustrând fiecare capitol cu cazuri proprii.

Urmează plăgile abdomenului, care sunt descrise cu amănunțime și ilustrate cu cazuri proprii foarte instructive.

In tot cursul descrierei, Pătrășcanu face apel la literatura medicală a chestiunilor ce le expune. Ceva mai mult, ilustrează cu figuri frumoase tehnici și cazuri personale.

Pătrășcanu nu are la dispoziție o clinică cu un personal numeros, cu o aparatură bogată. El trebue să facă singur toate examinările și să ia deciziunile fără să fie ajutat de nimeni. Situația aceasta este a multora dintre chirurgii noștri, totuși dânșii nu s'au lăsat abătuți de nicio dificultate. Au muncit și au învins.

Cartea aceasta este o valoroasă contribuție la problema atât de dificilă a traumatismelor abdominale.

Imi îndeplinesc o datorie recomandând-o cu toată căldura celor cari cunosc și apreciază această parte dificilă a chirurgiei abdominale.

In „Cuvânt introductiv", autorul adaogă:

Traumatismele abdominale formează un important capitol din imensa patologie abdominală.

Azi își are importanța lui mai acută decât oricând.

Prin modernizarea vieții cu o aparatură tehnică din ce în ce mai complexă și datorită războaelor recente — leziunile abdomenului, în special, au devenit mai variate și mai grave.

Ca medic primar chirurg al spitalului Pavel și Ana Cristea Bacău, mi-au trecut prin sala de operație multe și variate cazuri.

Am crezut necesar să le înmănunchez într'o carte ce ar putea fi utilă acelor care ar dori să folosească experiența altora.

Această chirurgie este de extremă urgență și de cele mai multe ori cere ca operatorul să fie triplat, de mult bun simț clinic, de curaj și de o perfectă pregătire tehnică operatorie.

Deși este necesar o bună sală de operație, înzestrată cu toate accesoriile utile și de un personal ajutător bine instruit, totuși foarte adesea operațiile abdominale de extremă urgență sunt executate în săli de operație cu un utilaj modest și cu ajutoare pregătite relativ.

In expunerea capitolelor ce se succed, voi căuta ca, pe lângă cazurile cunoscute (partea generală) să mă folosesc cât mai mult de cazurile personale și să arăt pe larg îngrijirile ce le-am dat, precum și tehnica de care m'am folosit.

Considerațiunile generale asupra chirurgiei și asupra vieței chirurgului, pe cari D-l Prof. Iacobovici face la începutul „Prefației" sale, vor îndreptăți digresiunea noastră, care urmează.

Dacă D-l D-r V. Pătrășcanu, acest eminent chirurg și om de

ştiinţă, — după cum îl prezintă lucrarea de faţă — medic primar definitiv în cadrele corpului medical al M-terului Sănătăţii, dacă ar dori, zic, să se transfere într'un post similar devenit vacant la unul din spitalele din Capitală, n'ar putea-o face decât prezentându-se la un concurs, potrivit art. 184 din noua lege sanitară şi organizare a statului.

Dispoziţia este bună, întrucât prevede concursul, care rămâne tot cel mai bun mijloc de selecţionare pasibil de mai puţine obiecţiuni, dar creiază o stare de inferioritate jicnitoare pentru provincia care se întinde în afară de centrele universitare şi pentru care ciurul este socotit că funcţionează cu mai puţină severitate. De ce un nou examen, care nici concurs ca lumea nu este, ca să pătrunzi în Capitală?

Tot criteriile de selecţionare, unice şi generalizate, sunt cele mai bune, ca fiind cele mai puţin subiective. Pentru capitală ca şi pentru provincie, un loc devenit vacant să se obţină prin concurs, după probe comune şi valabile. Căci valoarea ştiinţifică este aceeaşi peste tot, şi viaţa unui pacient preţueşte la fel în Provincie ca şi în Capitală.

M. C.

D-r V. M. PLĂTĂREANU: **Les cheveux humains, matériel de suture des nerfs.** — Extrait Archives des Neurologie, VI-ème année 1942.

Autorul face istoricul primei suturi nervoase. Trece în revistă materialul de sutură nervoasă întrebuinţat până în prezent. Expune motivele pentru care s'a oprit la păr, metodă care-i aparţine. Descrie prima punere în practică a acestei idei la 5 Februarie 1942, modul cum procedează şi rezultatele obţinute, cari neîntâlnite în niciun raport statistic, dovedesc că acest nou mijloc mijloc de sutură, peri umani, constituesc un material ideal pentru sutura nervilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r V. M. PLĂTĂREANU: **Consideraţiuni asupra amputaţiilor de războiu.** — Comunicare făcută la Academia de ştiinţe la 18 N-brie 1942, şi publicată în „Spitalul" No. 2/1943.

Autorul expune dificultăţile pe care le încearcă chirurgul când vrea să amputeze răniţi ajunşi în zona interioară; sau care rezultă din greutatea de aplicare a tehnicei moderne în confecţionarea protezelor; şi a dificultăţilor de ordin tehnic chirurgical şi de ordin fizio-patologic. Descrie regulile urmate care au dat cele mai bune efecte terapeutice, în intervenţiile pentru regularea contururilor sau reamputaţiilor.

E. CORNELEAC: **Câteva norme în tracţiunea transcheletică.** — Extras din Rev. de Chirurgie No. 5—6/1942.

Această lucrare reprezintă autorezumatul comunicării prezentate la Congresul de Chirurgie de război din Iaşi, 1942, şi se află în continuarea studiului publicat de autor în „Mişcarea Medicală Română" Nr. 11—12/1942.

TUDOR SANDU: **Transfuzia de sânge în tratamentul tumorilor. Acţiunea sângelui conservat în tratamentul anemiilor tumorale.** — Teză de doctorat, Sibiu, „Dacia Traiană" 1943.

Autorul prezintă în partea I tehnica D-lui D-r Benetato, organizatorul „Centrului de transfuzie" Sibiu; principiile ce stau la baza transfuziei cu sânge conservat, avantagiile acestei metode, calităţile şi indicaţiile sângelui conservat în raport cu cele ale sângelui proaspăt. In partea II-a expune acţiunea sângelui conservat în tratamentul anemiei tumorale, prin proprietăţile stimulatoare ale sângelui conservat, care influenţează permeabilitatea pereţilor capilarelor, provoacă deblocarea măduvei osoase, permiţând reluarea eritropoezei; mai exercită o acţiune secundară de ordin hemostatic.

M. C.

Testogan

Hormon sexual masc. Lob. ant. hipofiză. Suprarenale. Thyroidă. Yohimbină. Arsenic. Strichnin.

Astenie şi Neurastenie sexuală

O injecţie intramusc. zilnic. După 12 zile repauz. Apoi repetarea curei. Sau 3–4 ori pe zi după masă câte un drageu cu puţină apă timp de 14 zile. Pauză o săptămână şi repetarea curei de 2–3 ori. Recomandabil tratamentul combinat simultan injecţii şi per os.

Flacon 40 drag. şi cutii 12 fiole 1 cc.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică (MAP).

Toate afecţiunile cardiace şi vasculare datorite unei irigări coronare insuficiente.—Angina pectorală, angină tabagică şi scleroza coronară.—Pentru stimularea debitului cardiac la bătrâni. 3-4 ori pe zi câte 20 picături

Flacon picător cu 20 cc.

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