Nr. 5177 - 1944 5
Exemplar 12 al

ANUL XVII-lea, No. 1—2

ETNO-BIOLOGIA ŞI SĂNĂTATEA PUBLICĂ

IAN. şi FEVR. 1944

ACTA MEDICA ROMANA

— MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ —

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:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **In pragul anului al XVII-lea. — Etno-biologia şi sănătatea publică. — O politică de ocrotire a sănătăţii. — Cronică variată** 1

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

G. BĂJEU: **Hernia lui Treitz** 9

A. DOBRESCU şi A. FARAGO: **Albastrul de metilen în tratamentul degerăturilor** 15

Gr. IAMANDI: **Contribuţiuni la studiul eozinofiliei helmintiazice** . 19

A. LAMBESCU şi V. BALINT: **Rezecţia arterelor şi nervilor hipogastrici într'un caz de cistalgie tuberculoasă rebelă** 27

V. MAREŞ: **Apendicită cronică şi tiflocolitele** 33

I. NEMOIANU, A. ZORAN şi L. MIRCEA: **Combaterea sifilisului congenital** 37

G. POLATOS şi D. MATEI: **Despre un semn de percuţie pentru depistarea cavernelor pulmonare** 47

(Urmare pag. 2 cop.)

4894

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222 222

Pag.

Prof. E. RADU şi R. HOLBAN: **Aplicarea Roentgenterapiei în pleurezia sero-fibrinoasă** 53

FAPTE CLINICE

GH. ALEXIU: **Atelectazie pulmonară, parţială, acută şi repetată în cursul instituirii unui pneumotorace terapeutic** 59

GR. IAMANDI: **Repartizarea şi frecvenţa helminţiazelor în Moldova şi Basarabia de mijloc** 65

C. TODEA şi I. PELEA: **Un caz de tetanie paratireoprivă** . . 71

— — : **Un caz de hepatită icterigenă toxică** . 77

ISTORIA MEDICINEI

V. PLĂTAREANU: **Evoluţia gândirii medicale** 80

ORGANIZARE SANITARĂ

Prof. I. STOICHIŢIA: **Organizarea plăşilor sanitare şi a serviciilor sanitare judeţene** 104

E. BODIANU: **Cancelaria şi arhiva medicului de circ. sanit. rurală** 116

CONSILIUL SANITAR SUPERIOR

Noua lege pentru combaterea boalelor venerice. — Planul de desvoltare al spitalelor de specialitate şi al laboratoarelor. Organizarea plăşilor sanitare şi a serviciilor sanitare judeţene. — Noua lege pentru combaterea turbării 120 121 124 128

LECŢIE INAUGURALA

P. RĂMNEANŢU: **Sânge şi glie** 129

CONGRESE MEDICALE

Congresul de sănătate publică al Moldovei, 17-19 Oct. 1943 134

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Colaboratori... pag. I. — **Din sumarele viitoare...** pag. II. — **Lucrări primite la redacţie...** pag. IV. — **Publicitate farmaceutică...** pag. VI. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament..** pag. VIII.

Comemorarea lui Robert Koch de C. Barth. — **† Prof. Emile Sergent** de E. Gheorghiu. — **Gazeta Farmaciilor la împlinirea a 100 numere.** — **Zoologia şi parazitologia în cadrul patologiei generale şi ai economiei zootehnice** de Prof. G. Dinulescu. — **Concepţia rasială şi concepţia etnică la poporul român** de Prof. V. Papilian. — **Patogenia bolilor infecţioase şi Problema hranei** de Prof. H. Eppinger. — **Viaţa şi semnificaţia lui Paracelsus** de Prof. F. Sauerbruch. — **Diabetul ca problemă socială** de Prof. Falta. — **Caracterul şi importanţa microscopiei fluorescente** de Prof. Hamperl 153 165 169 170 171 172 174 177 177

ANALIZE

Deontologie... pag. 179. — **Clinici medicale...** pag. 180. — **Diateze...** pag. 180. — **Laborator...** pag. 181. — **Meninge...** pag. 181. — **Respirator...** pag. 182. — **Terapeutică...** pag. 182. . . . . 179 182

BCU Cluj / Central University Library Cluj

279606 P 279

CENZURAT

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

ANUL AL XVII-lea

No. 1-2/1944

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Din „SUMARUL" No.

următoare

V. GOMOIU: Chirurgia românească..

P. COSAC: Organizarea sanitară rurală şi medicul de plasă.

I. MACAVEI: Tratamentul ulcerelor gastro-duodenale cu hormoni sexuali.

I. RĂDVAN: Fonction du foie dans le paludisme. — Intolerance hepatique et sulfamidotherapie. Ictere sulfamidique precoce. — Sur l'emploi de de l'ephedrine dans le traitement coadjuvant du paludisme.

I. GLĂVAN: Profesorul Vasile Vlădescu, cu prilejul împlinirii a 100 ani dela naşterea sa.

M. COPĂCEANU şi H. COLUMB: Asupra unui caz de osteomielită tratat prin rezecţii subperiostale.

I. GHITEA: Raport asupra stării de sănătate a Moţilor din jud. Alba.

GR. IAMANDI: Harta anofelismului în România.

LELIA STOIAN şi ILARIE POPESCU: Studiul statistic pe 10 ani, în 10 comune din circ. Turceni şi Borăscu-Gorj. Morbiditate, cauze de decese, pe grupe de vârste şi sexe.

N. ZAHARIA: Frecvenţa sezonieră a pneumoniei lobare acute. — Valoarea vitezei de sedimentare în icter.

Prof. T. VASILIU: Raport asupra învăţământului anatomiei patologice în Facultăţile de Medicină şi modificările ce s'ar impune.

AMELIA DEMETRESCU: Facerea în lumina actuală, facerea dirijată.

H. MAKELARIE: Asupra tratamentului fizioterapic al astmului prin aer comprimat la băile Kreţulescu din Câmpulung. — Diciologia medicală. — Asupra hemoragiilor uterine ce însoţesc expulsia placentei.

CORNEL IVAN: Sarcina ectopică abdominală, în legătură cu un caz.

Conf. A. MOGA şi C. MEŢIANU: Leucemia cu polinucleare neutrofile.

M. POPLUCA: Organizarea serviciului sanitar militar, cu o privire specială asupra funcţionării spitalului chirurgical Z. I. 162.

Conf. M. NASTA şi GH. BUNGEŢIANU: Infiltrate fugace hiperergice tuberculoase.

Prof. GH. TUDORANU: Contribuţiuni la studiul asociaţiei diureticelor cu medicaţia acidă şi alcalină.

C. V. ANTONESCU: Influenţa extractului hepatic asupra acţiunei cardiovasculare a clorurei de carbaminoilcholină.

M. POPLUCA şi I. BIRĂU: Consideraţiuni asupra cancerului penian în legătură cu 2 cazuri recent operate.

GH. BĂJEU: Cura zisă radicală în prolapsul genital total..

T. SPĂTARU şi A. MĂCELARIU: Activitatea Dispensarului mobil 42 în teritoriile reucerite în 1941—1942.

H. SARAFIDI şi N. VĂTĂMANU: Ftirioza în antichitate.

M. TEŞOIU: Tratamentul varicelor prin flebosclerozā cu ser hipertonic clorurat.

NINA VORNICESCU SCHIOPU: Acţiunea paradoxală a adenalinei în maladia serică.

EUGEN NUŢIU: Difuziunea infecţiei tuberculoase în mediul rural şi combaterea ei.

Doc. D. IONESCU: † Prof. Gh. Proca (1867—1943).

Prof. C. MOTAŞ: Imaginaţia în ştiinţă.

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1–2 fiole zilnic intramuscular sau subcutanat

In cazuri grave se pot face 4–5 fiole odată la interval de 2–3 zile.

PREZENTARE: Cutia a 10 fiole a 2 cc.

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"

Bucureşti, Calea Griviţei Nr. 67

TELEFON 4.98,08

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

M. CIUCĂ, L. BALLIF, M. CHELĂRESCU et A. CRISTESCU: Contrib. exper. à la ther. contre le gametocyte à l'aide de la plasmoquine. (Arch. r. de path. exper. et microb. (No. 3—4/1942.

M. CIUCA, G. BADENSCHI, P. CONSTANTINESCU, E. TERITEANU: Nouvelles contrib. à l'étude de l'infection à p. malariae. (Rev. Şt. Med. No. 9—10/1943.

M. CIUCA et L. MESROBEANU: Contrib. à l'étude de la variation microbienne. (Ac. Rom. Bul. dela Sect. St. Tome XXVI, No. 3/1943).

D. I. VASILIU: Expunere de titluri şi lucrări, 1941. — Ce trebue să ştim despre amigdale, 1938. — Colindând cele două Americi, 1939. (Bucureşti).

P. RÂMNEANŢU: Die Abstammung der Tschangos Sibiu, 1944.

DAN BERCEANU: Chirurgie de războiu. Invăţăminte şi cunoştinţe noi căpătate din războiul actual. Edit. Prometeu, Buc. 1943.

GR. IAMANDI: Exantematicul sau tiful negru. Edit. „Iaşul Medical" 1944.

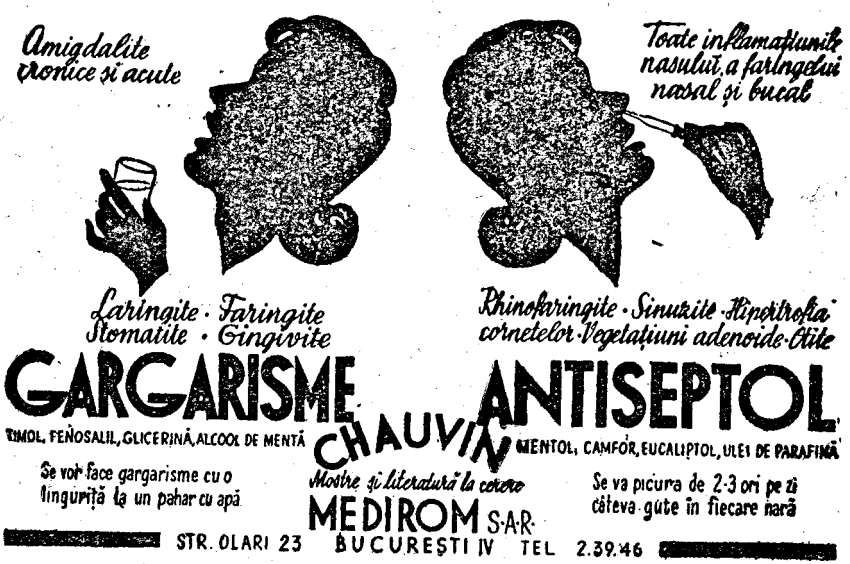
G. BANU: Tratat de medicină socială. Vol. 2. Maternitatea, Prima vârste, Medicina şcolară. Casa Şcoalelor, 1944.

C. A. ANTONESCU: Arta de a formula. Receptura şi regulele sale. Sibiu, Edit. „Dacia Traiană" 1944.

M. ISĂCESCU şi GH. RĂDULESCU: Trichinoza la om în Municipiul Constanţa. Tip. „Lucrătorii Asociaţi" Constanţa, 1938.

A. MOGA şi C. METIANU: Dare de Seamă asupra şedinţelor Soc. Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu, Sibiu, 1944, Dacia Traiană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BETABION

Preparat de vitamina B_1

încercat

în terapie şi profilaxie

Tablete à 3 mgr. — Fiole à 5 mgr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiole „forte" à 25 mgr.

Nou: Fiole „fortissimum" à 100 mgr.

Fabrică de Produse Chimice-Darmstadt

Reprezentanţă generală: CHIMIROMAN, Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk No. 32

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Betabion „Merck"	V
CODEX: Digibaïne	152
— —: Akne-Milkuderm	152
COROMIT: Ascorbina, Betasteril, „CA"-Wassermann	176
FARMACOPEIA: Salitinol „Galeno"	64
R. FOREK: Artose „Boehringer-Soehne"	25
— — : Verodigen „ „	IX
— — : Diplosal „ „	58
— — : Neohexal „Riedel"	164
— — : Bronchisan „Atmos"	167
— — : Aburi tămăduitori „Atmos"	168
GEDEON RICHTER: Perhepar, Proscorbin	75
KNOLL: Cardiazol-Dicodid	8
HYGEA-CLUJ: Bronchotiofan, Ipecodal, Pulmorobin, Sulfazol	52
— — : Antiscorbin, Bevitamin, Folliculin „Hygea"	VII
LAB. CRINOTERAPIC: Lipocorten	36
— — : Hepagen	III
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	26
— — : Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	70
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	Cop. IV
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	Cop. III
MEDIROM: Tussofag „Spleno-calcium „Cephalo"	69
— — : Gargarisme „Antiseptol" Chanoin	IV
ROMIGEFA: Prontosil „Bayer"	X
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	178
— — : Calcifix „Anemoton"	31
— — : Ulmara „Gamma"	50
— — : Silental	35
SANDOZ: Calcibronat	119
SPECIA: Ortédrine	14
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	175
STANDARD: Opocalcium, Agocholine „Zizine"	32
— — : Mandelat „Asta"	7
— — : Quadronal „Asta"	18
— — : Thionaïodine, Naïodine „Logeais"	46
WANDER: Vibe „D-r Wander"	45
— — : Pulmosept „Sapic"	45
— — : Cordisan „Sapic"	51
— — : Erigon „D-r Wander"	51
ZEISS-JENA: Fotometrul Pulfrich „Zeiss"	76

Biblioteca Universitară Library Cluj

ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C" (L-Ascorbinat de sodiu):

Injecţii: 0,05/1. cmc. — cutia cu 10. fiole
„ 0,10/2. „ — „ „ 5. „
„ 0,50/5. „ — „ „ 3. „
Tablete: 0,05 tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HYGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B_1":

Injecţii: 0,005/1 cmc. — cutia cu 3 fiole
„ 0,005/1 „ — „ „ 6 „
„ 0,025/1 „ — „ „ 3 „ (forte)
„ 0,003 „ — tubul cu 20 tabl,

FOLLICULIN HYGEA

Soluţie oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injecţii: 10.000. U. I. cutia cu 3. fiole 1. c
„ 10.000. U. I. „ „ 6. „ 1. „
„ 50.000. U. I. „ „ 3. „ 2. „

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.

BUCUREŞTI

Pentru produse Chimico-Farmaceutice

Splaiul Unirii 127 **Telefon 4.22.44.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

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

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

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 1000 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

Digitized by Central University Library Cluj

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

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

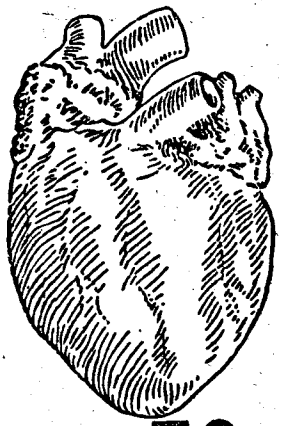
Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Studenţi
„ 2.000 „ Medici
„ 3.000 „ Instituţiuni şi Autorităţi

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

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei şi în faţa creşterii continui a preţurilor — pentru a asigura apariţia regulată a revistei, Ad-ţia este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale şi la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

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

La edeme **Verodigen compositum**

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

Reprezentant pentru România:

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

PRONTOSIL

are o deosebită importanţă

în

erisipel, angină, septicemie post partum şi post abortum, septicemie după otită medie, scarlatină, infecţiune a căilor biliare, flegmoane, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete de 0,5 gr.
Cutii cu 5 fiole de 5 cmc.

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. — Tel. 6.01.80

CRONICA MEDICALĂ

IN PRAGUL ANULUI AL XVII-lea

Cu intrarea în anul al XVII-lea de existenţă, revista „Mişcarea Medicală Română" pune pe primul plan titulatura sa latinească „Acta Medica Romana". Rămâne de sigur aceeaşi revistă de concepţie şi cuprins românesc; dar, ca o afirmare plină de înţeles, vrea, purtând nume latinesc, să se alăture simbolic de medicina celorlalte surori latine. Insuşindu-şi dela origine, programul publicaţiei franceze „Acta Medica Latina", de sub conducerea D-lui L. M. Pierra, organizatorul neuitatelor Congrese medicale latine, mica soră latină din România, vrea să amintească marilor sale surori din Franţa, Italia, Spania — aşezate de-a-lungul bazinului mediteranian, leagănul civilizaţiei latine şi europene — că scăparea Gintei latine nu se poate asigura decât prin panlatinism, de opus celorlalte pan-isme, cari se ridică cotropitor în faţa ei. Acta Medica Italica, de sub conducerea D-lui Prof. Prassitele Piccinini din Milano, activează sub acest semn din 1935.

După 16 ani de încordare, revista îşi vede împlinit o parte din program, aceea de a prezenta şi favoriza regionalismele medicale româneşti, mozaicuri din alăturarea cărora se alcătueşte mişcarea medicală românească. Treizeci şi trei de lucrări medicale româneşti, menţionate la pagina II, ai căror autori sunt răspândiţi pe tot cuprinsul ţării, admise la început de an a fi publicate, dovedesc prestigiul de care se bucură şi buna primire făcută revistei de întreg corpul medical românesc — este acesta un alt ţel urmărit, pe cale de a fi atins integral.

Dacă am ajuns sau nu să facem şi din fiecare număr al acestor „Arhive de medicină românească", ce tindem necontenit a realiza, un moment dat, un minut, o etapă anumită a medicinei româneşti — socotim că nu vom reuşi pe deplin decât atunci, când vom putea asigura apariţia regulată de numere de specialitate, întrerupte deocamdată de vitregia vremurilor şi a greutăţilor de tot felul.

Integral românească, spiritual şi etnic, din 1940, revista aceasta — care prin schimbul cu zeci de periodice străine, graţie prezentării în rezumate traduse în limbi universale a articolelor originale, contribue în mare parte a face cunoscută medicinei străine, medicina românească; după cum prin reluarea, sperăm apropiată, a unei Cronice medicale

străine, latine în primul rând, va face cunoscută corpului medical românesc medicina universală, — intră în anul de grație 1944 cu **program etno-biologic românesc.**

Dacă am fi urmați și de celelalte periodice medicale latine, ale căror preocupări de ordin etno-biologic ar trebui să le intereseze în măsură egală ca pe noi! — începând prin a fi auziți, dacă vor mai fi în viață, și ajungând a fi înțeleși, dacă vor reuși să se învingă pe ei, de un Piccinini, Caparoni, Maranon, și alți participanți iluștri la Congresele Presei medicale latine dela Paris în 1934 și dela Veneția în 1936; dintre cari o bună parte și-au dat mâna cu alți reprezentanți tot atât de iluștri ai medicinei mai tuturor popoarelor din Europa la Congresul internațional al Istoriei medicinei, ținut în 1932 la București, sub prețedinția D-lui D-r V. Gomoiu, în calitate de Prețedinte al „Soc. Intern. de Istoria medicinei".

Poate că, la înfrățirea popoarelor în viitor vor contribui mai cu folos medicii, ca apostoli ai umanității, medicina sprijinindu-se pe suportul moral al religiei, și presa medicală fiind un organ mai puțin influentabil de pasiuni ca presa cealaltă. In orice caz, pentru popoarele lor, medicii țărilor latine vor fi datori a o face.

ETNO-BIOLOGIA ȘI SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Gruparea în acest număr a unui considerabil material etno-biologic medical, îndreptățește a-i da o atare caracterizare. In mijloc stă Conferința D-lui D-r P. Râmneanțu, referitoare la **Glia și sângele românesc**, și la o **Politică de ocrotire a țărănimii**, rezervoriul biologic al neamului. Pentru a-i întregi înțelesul și urmări firul, vom trimete pe cetitori la străduințele de o viață întreagă ale D-lui Prof. I. Moldovanu, manifestate în ultimii 14 ani în cadrul Buletinului Eugenic și Biopolitic, în special la cele două articole **„Neamul"** și **„Ocrotire — Asistență socială"**, publicate în No. 1—4/1942 și 9—10/1943, ale acestui organ, D-nul Prof. Moldovanu a pus bazele Etno-biologiei românești, creindu-i numele și definindu-i înțelesul și cuprinsul.

In jurul acestui miez sunt grupate rapoartele asupra câtorva din cele mai însemnate probleme sanitare și boli sociale, cari ne macină neamul, prezentate în **Congresul de sănătate publică al Moldovei**, din zilele de 17—19 Oct. 1943, boli cari, ca să fie stăvilite, nu pot fi combătute numai individual și prin mijloacele medicinei curative; ci mai cu seamă, social, prin datele medicinei preventive; căci, formula: „mieux vaut prévenir que guérir", rămâne în picioare, cu toate că cu talent și argumente destul de convingătoare a fost răsturnată de un distins Profesor al Facultății noastre de medicină, în Ședința recentă din 29 Fevruarie a Consiliului Sanitar Superior, care vrea să prevină boalele viitoare vindecând în primul rând pe cele actuale. Boalele, înainte de a deveni cauze, sunt efectele altor cauze, care niciodată nu vor putea fi scoase din patrimoniul nenorocit al omenirii; și, pentru ca societatea să nu stea mereu cu arma la picior, este mai preferabil să le previi, decât să le combați. Cea mai valabilă formulă rămâne „Pré-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

venir et guérir", care se aplică la noi în sensul de: nici ca în trecut numai medicină curativă şi deloc preventivă, nici tendinţa manifestată în prezent, de altfel mai mult în teorie decât în practică, de a pune prea mult accentul pe mijloacele preventive. Mai bine să ne făurim armele de a combate boalele cât mai cu folos şi pe teren — în spitale ele se pot combate întotdeauna cu efect — luând în acelaşi timp măsurile necesare de a nu se mai întoarce; adică formula viitorului să fie „Prévenir et guérir, guérir et prévenir".

In faţa boalelor cari macină etnicul şi seacă sângele neamului, sunt prezentate mijloacele menite să le combată; mijloace organizate de conducerea sanitară, care atacă pe toate fronturile, atât de multe, şi cu toate armele, dar este atât de greu să le făureşti la repezeală, după ce le-ai neglijat ani îndelungaţi; mijloace, arme şi personal, pe cari le organizează cu adâncă competinţă şi susţinută încordare actuala conducere sanitară. Sunt cuprinse noţiunile referitoare la aceste măsuri, în rapoartele prezentate şi în discuţiile urmate în şedinţele Consiliului Sanitar Superior, dintre cari o mare parte sunt publicate în acest număr; între altele, organizarea plăşilor sanitare, a serviciilor sanitare de judeţ, combaterea boalelor venerice, simplificarea cancelariei medicului rural, ş. a.

O POLITICA DE OCROTIRE A SANATAŢII PUBLICE

Ca medic, se explică de ce voiu pune accentul pe „sanitar" în prezentarea etno-biologiei româneşti; dar nu vom subestima „economicul" şi „culturalul", ca mijloace subsidiare dar de importanţă covârşitoare în elaborarea unei **Politici de ocrotire a sănătăţii publice**, politică în care mijloacele sanitare, economice şi culturale se vor sprijini reciproc.

Cluj Univ. Central University Library Cluj

Această politică, inaugurată sub regimul Domnului Mareşal I. Antonescu şi pe plan sanitar împlinită de actuala conducere sanitară, a şi început să-şi dea roadele; cele realizate de către organizaţia sanitară a statului şi prin operile de ocrotire şi asistenţă ale Consiliului de patronaj al operelor sociale, fac dovada.

Pentru Organizaţia sanitară, prezentăm în esenţă cele realizate în primii 2 ani:

I. ACTIVITATEA IN DOMENIUL ORGANIZARII SANITARE

Problema cadrelor medicale şi a personalului sanitar necesare organizaţiei sanitare a statului şi practicei medicale a fost atăcată prin efectuarea în ziua de 15 Martie 1941, a unui recensământ general al medicilor din întreaga ţară. Randamentul facultăţilor de medicină a fost mărit. Specializarea cadrelor a fost favorizată, şi numărul medicilor specialişti a fost controlat şi fixat. S'a făcut o lege pentru selecţionarea cadrelor medicale şi înmulţirea medicilor specialişti.

Serviciile centrale şi **exterioare** ale M-terului au fost reorganizate prin **descentralizarea** şi **comprimarea administraţiei sanitare** şi prin **favorizarea servicii'or tehnice.**

Situaţia **bunurilor Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale** a fost luată în considerare, a fost fixată şi s'au luat măsuri ca ele să fie apărate.

Diferitele construcţiuni şi servicii au fost reparate, larg amenajate şi din nou dotate prin fonduri considerabile obţinute prin afectare de împrumuturi directe şi credite de războiu.

Situaţia personalului sanitar a fost ameliorată prin măsuri de salarii, acordare de gradaţii, prime de merit, împrumuturi garantate.

Personalul medical şi sanitar a fost sporit şi numărul şcolilor de învăţământ a fost înmulţit.

O **operă de coordonare** (sabotată până în ultimul timp) şi **de colaborare** (încă neînţeleasă în măsura necesară) a fost fixată şi anunţată, stabilindu-se în principiu că va trebui să se asigure bolnavilor de orice categorie socială şi de orice situaţie materială o asistenţă completă, competentă şi rapidă.

Activitatea studenţilor în medicină în cursul stagiului de vară a fost luată în considerare şi stabilită.

Instituţiile şi personalul refugiat au fost plasate şi organizarea sanitară a Basarabiei şi Bucovinei refăcută.

Organizarea profesională în cadrul colegiilor medicale şi în cadrul noului stat român a fost întreprinsă.

II. ACTIVITATE ŞI REALIZĂRI IN DOMENIUL MEDICINEI PREVENTIVE

Prin punerea pe noi baze a organizării şi funcţionării **Consiliului Sanitar Superior** şi a ţinerii **conferinţelor trimestriale**, s'a întreprins cu succes, remarcabil prevenirea şi combaterea bolilor infecţioase, a bolilor sociale (tuberculoza, bolile venerice, malaria), alimentarea cu apă potabilă, igiena şcolară, organizarea preventivă (prin înfiinţarea de noui circumscripţii sanitare rurale, noui plăşi sanitare, noui laboratoare regionale de igienă, şcoală de iniţiere pentru surorile de ocrotire, cursuri pentru sărace, medici stagiari militari), reorganizarea serviciului sanitar al Capitalei, educaţia igienică a populaţiei şi propaganda sanitară care trebue să fie permanentă şi amplificată.

III. ACTIVITATE ŞI REALIZĂRI IN DOMENIUL MEDICINEI CURATIVE

S'a manifestat prin **progresele remarcabile realizate de spitalele statului.** Au fost organizate spitale pentru răniţi. Aprovizionarea cu materiale sanitare a putut face faţă necesităţilor şi împrejurărilor. S'au format echipe volante de chirurgie. Spitalele din Bucovina şi Basarabia au fost înzestrate. Activitatea spitalicească sporită (prin creşterea încasărilor, înmulţirea consultaţiilor şi internărilor.

Problema farmaciilor a fost rezolvată prin românizarea farmaciilor, unificarea regimului farmaciilor, înfiinţarea de noui farmacii în mediul rural, finanţarea nouilor farmacii, sporirea numărului de farmacişti în ţară.

IV. ACTIVITATE ŞI REALIZĂRI IN DOMENIUL OCROTIRILOR SOCIALE

Această activitate s'a desvoltat printr'o **colaborare activă cu Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale** şi s'a făcut în favoarea invalizilor, văduvelor, şi orfanilor de războiu; a refugiaţilor; a copiilor în general, a şcolarilor (prin sporirea cantinelor, ajutoare în alimente, în materiale şi în bani), a bătrânilor (prin anchetele sociale).

Pentru Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, redăm opera săvârşită până în prezent în cele ce urmează:

Pentru **ocrotirea mamei şi copilului** s'a cheltuit suma de lei 1.039.096.313, împărţită pe următoarele capitole:

3.763.259 lei pentru 43 case de ocrotire proprii; — 10.189.888 lei pentru 69 dispensare de puericultură; — 829.480 lei pentru 22 bucătării de lapte; — 618.091 lei pentru 4 leagăne de copii; — 1.458.352 lei pentru 2 maternităţi; — 273.496.058 lei pentru 79 cămine de zi; — 400.081.116 lei pentru 8847 cantine; — 28.885.440 lei pentru 25 colonii de vară; — 8.405.662 lei pentru 12 solarii; — 179.708.872 lei pentru 5 preventorii; — 94.985.853 lei pentru cantine şcolare; — 36.568.797 lei pentru 2 cămine vânzători de ziare şi pregătiri ambulanţi; — 305.645 lei pentru 7 internate şcolare suburbane.

Pentru **ocrotirea și îndrumarea tineretului** s'a cheltuit suma de 590.972.737 lei, împărțită pe următoarele capitole:

161.482.275 lei pentru 19 cămine universitare; — 15.5000.000 lei pentru 3 cabane sportive; — 54.355.597 lei pentru burse și ajutoare individuale pentru studenți; — 32.983.954 lei pentru diverse instituții pentru ocrotirea tineretului; — 165.166.646 lei pentru subvenții acordate societăților particulare de asistență și ocrotire a tineretului.

In **asistența copilului dependent și a copilului problemă** s'a cheltuit suma de lei 84.576.191, împărțite în următoarele capitole:

26.240.537 lei pentru 6 orfelinate pentru copiii eroilor noștri; — 20.112.757 lei pentru 11 orfelinate obișnuite; — 17.289.940 lei pentru 1 centru de educare pentru copii din Basarabia; — 12.149.656 lei pentru 6 azile pentru copii abandonați; — 7.104.115 lei pentru 1 cămin pentru copii delicvenți; — 1.679.186 lei pentru subvenții la diferite instituții de ocrotire a copilului dependent.

Pentru **asistența socială și de războiu**, s'a cheltuit suma de lei 481.961.264, împărțite pe următoarele capitole:

225.018.337 lei pentru asistența familiei dependente; — 78.630.566 lei pentru asistența ocazională; — 15.789.663 lei pentru asistența bătrânilor; — 17.056.031 lei pentru asistența medicală; — 3.682.265 lei pentru asistența pentru refugiați; — 91.498.488 lei pentru asistența familiilor ostașlior; — 50.285.914 lei pentru invalizii de războiu.

Pe plan sanitar ca și în orice alt câmp de activitate care privește colectivitatea, omul sfințește locul, de aceea repet mărturisirea de credință pe care o făceam într'o cronică anterioară: aplicarea practică a concepțiilor teoretice, ori cât de reușite, nu o vor putea realiza cu succes decât oameni hotărîți, pricepuți și cu autoritate, așezați de sus până jos cel puțin la răspântii, dacă nu în capul fie-cărei instituțiuni — sau serviciu sanitar, oameni cari să supravegheze, să îndrumeze, să sancționeze și la nevoie să îndepărteze din angrenaj pe cei neadaptați, pe saboteurii uneori involuntari, pe recalcitranți, pe recidiviști. Căci este în interesul sanitar al țării, al corpului medical însuși, al chiar autorității de conducere care se vrea neștirbită, ca neghina să se aleagă din grâu.

CRONICA VARIATĂ

Consiliul Sanitar Superior își continuă în mod asiduu activitatea; în desbateri se pun chestiuni de importanță capitală pentru sănătatea publică, asupra cărora se prezintă documentate rapoarte trimise în prealabil pentru luare de cunoștință membrilor și care sunt urmate de discuțiuni ample. Chiar dacă nu sunt trimise întotdeauna rapoartele, totuși din prezentarea de către raportor a cuprinsului și din discuțiile care urmează, se aruncă o lumină vie asupra spiritului în care anumite modificări se impun a fi făcute. Acestor discuții trebuește să li se dea o foarte mare importanță; ele trebuesc stenografiate sau prezentate în rezumat de către vorbitori; precum și conducerea sanitară să țină socoteală de ele, fiind de cel mai mare folos pentru luarea măsurilor celor mai adecvate și pe care medicii care lucrează pe teren le apreciază ca mai oportune. De altfel aceasta este și rațiunea compunerii acestui Consiliu din cei mai reputați specialiști și medici reprezentativi ai țării; precum și mijlocul de a valorifica prestigiul acestei Reprezentări **corporative medicale**, cea dintâi corporație de acest fel realizată sub noul regim al țării.

Cu toate că medicii sunt şi buni vorbitori nu numai autori de lucrări ştiinţifice, uneori de opere literare dictate de cea mai subtilă inspiraţie, totuşi ei nu ţin să aibă succese oratorice şi să transforme Consiliul în Parlament. Pentru a sublinia importanţa ce acordăm discuţiilor, am publicat pe cele cari au avut loc în şedinţa din 24 Noembrie 1943 a Consiliului după notele solicitate celor care au luat cuvântul; ele sunt prezentate la pag. 124—128 şi sunt de cea mai mare importanţă pentru legiuitor.

In şedinţa recentă, din 28 Februarie a. c., în care a fost supusă chestiunea Invăţământului sanitar auxiliar, s'au făcut atâtea propuneri interesante de către foarte numeroşi membrii ai Consiliului sau invitaţi speciali, încât s'a decis reluarea desbaterilor într'o şedinţă viitoare. Cu atât mai folositoare este deci trimiterea în prealabil a rapoartelor, pentru luare de cunoştinţă.

Plănuita **Motorizare a medicilor rurali** întâmpină piedici pe teren; se pare că iarna autoturismele sunt ameninţate să se împotmolească. Intr'o recentă deplasare pe teren deabia am reuşit împingând cu toţi la roată să scoatem maşina din nămol. Vor fi mai favorizate motocicletele? Credem însă că cea mai sigură formulă rămâne aceea a unui docar cu coviltir, tras de unul sau doi cai, mai uşor de găsit şi de adăpostit şi care nu te lasă în drum. Altfel, inspecţiile ce medicii rurali sunt obligaţi a face în cuprinsul circumscripţiei lor, ameninţă să fie întrerupte din toamnă până în primăvară, singură condica de inspecţie dela sediul primăriilor trebuind să se deplaseze.

Corpul medical şi C. F. R. Medicii continuă să călătorească pe Căile Ferate Române cu bilete de clasa II-a, la fel cu mulţi funcţionari ai Statului, inferiori lor în grad şi cultură.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Prea puţini cari trec de o anumită scară de salarizare merg la clasa I-a, şi câţiva care au reuşit fără să aibă dreptul legal să-şi procure bilete de clasa I-a, folosindu-se de anumite conjuncturi favorabile. Colegiul medical din Lăpuşna s'a indignat, a protestat, dar nu ştim dacă a reuşit să înlăture această nedreptate, de sigur involuntară, adusă Corpului medical; cu atât mai nedreaptă când constitue o inegalitate de tratament.

Nu a fost desfiinţată **Gratuitatea în spitalele statului**, cum se obiectează, pe nedrept; dar a fost reglementată, în sensul că pentru cei pauperi este obligată să plătească familia sau comunitatea de care depinde cel internat. Instituţiile spitaliceşti fac sforţări, mai mari de când li s'au lăsat spre folosinţă proprie veniturile, să încaseze pe loc sau prin darea în debit pe cei cari nu pot prezenta acte de scutire. Acestea în drept. In fapt — unii săraci sau cu drepturi de scutire plătesc, dar nu instituţia încasează; şi mulţi din cei cu posibilităţi se sustrag dela plata taxelor cuvenite spitalului, nu şi a altor taxe. Unde merg banii? vom vedea într'o cronică viitoare, chestiunea fiind mai complicată.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subţire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecţiuni ale Căilor urinare

*

Absolut netoxic
Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

* *

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT
Chemische Fabrik
Brackwede

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

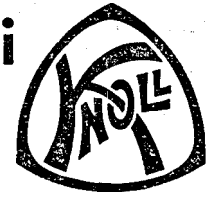
Depozit permanent.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R
Str. Sf. Ionică, 8 — Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La tuse intensă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cardiazol-Dicodid-picături



Flacoane à 10 gr.

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

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

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

HERNIA LUI TREITZ. MEGACOLON SIGMOID FIXAT LA PERETELE POSTERIOR ABDOMINAL ŞI ÎN FOSA ILIACĂ DREAPTĂ

de

D-r G. BĂJEU (Tg.-Jiu)

Titlul lucrărei de faţă s'ar părea la prima vedere prea lung. Totuşi încă din cursul expunerii se va observa că putea fi şi mai mare şi în felul acesta s'ar adeveri pentru a nu ştiu câta oară exemplificat faptul că abdomenul este uneori realmente cutia cu surprize a Pandorei — adeseori cu surprize bogate şi variate.

Ceva mai mult. Tratatele de medicină — în general — le acordă o atenţie extrem de redusă. Abia câteva rânduri. Totul e datorit faptului că au o simptomatologie de împrumut (dacă putem spune) şi mai ales faptului că se întâlnesc extrem de rar. Mai mult pe masa de disecţie decât pe masa de operaţie. Şi asta datorită faptului că au în perioada de stare o fază de nedeslegat sau mai bine zis de nebănuit. Numai complicaţiile lor sunt mai vii, mai accentuate, mai relevate şi totuşi în faza actuală a mijloacelor de investigaţie clinică diagnosticate numai intraoperator. Mă refer la hernia zisă în mod impropriu internă sau a lui Treitz.

Având ocaziunea să operez un caz ce iese din comun şi ilustrează copios cele spuse mai sus, îl relatez după cum urmează:

Pacientul Nistor Guran de 37 ani, plugar din comuna Bârseşti—Gorj, vine în spital pe ziua de 8 August 1942, transferat dela secţia medicală cu dureri violente abdominale, meteorism, oprirea complectă a scaunelor şi gazelor, facies uşor peritoneal.

Antecedente heredo-colaterale şi personale: fără importanţă.

Istoricul maladiei actuale: boala a debutat pe ziua de 7 August dimineaţa, pe când se afla la munca câmpului, cu dureri violente în abdomen, cu senzaţie de rău permanentă, greţuri şi mai târziu vărsături alimentare. Este adus la spital la secţia medicală, de unde este transferat la chirurgie cu diagnosticul de ocluzie.

In trecut, acum 15 ani, a mai fost internat în spital pentru fenomene dureroase acute abdominale şi a fost tratat de ascaridoză intestinală.

Starea prezentă: de talie mijlocie, ţesut celulo-grăsos puţin desvoltat, tegumente şi mucoase palide. Este tipul astenic, răspunde greu la întrebări, în pat stă încovoiat cu genunchii spre gură, puţin agitat. Facies palid, ochii traşi, trăsăturile feţei accentuate, nasul efilat, buze prăjite, limbă saburală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La inspecția abdominală se constată balonare ușoară accentuată la mijloc. La palpeul superficial se constată apariția mișcărilor peristaltice, iar la palpeul profund, o senzație de rezistență accentuată cu dureri difuze, fără a putea preciza vreun maximum de durere.

La percuție, sonoritate — timpanism — mai ales în centrul abdomenului — în flancuri ușoară submatitate.

Tușeu rectal — nimic important.

Examenul radioscopic de urgență a arătat prezența exagerată a gazelor în intestinul subțire și gros.

Puls frecvent, 84 pe minut; temperatura 36,8. Tensiune la Vaquez M. x. 11, Mn. 8.

O clismă purgativă nu aduce decât apa. Având în vedere semnele funcționale și fizice punem diagnosticul de occluzie a intestinului subțire probabil un volvus sau torsiune pe vreo aderență.

Pregătim bolnavul cu injecții de camfor, cafeină, ser fiziologic, ser glucozat, ser hipertonic și 10 unități de insulină.

Rachianestezie 13 ctg. Novocaină. Operator D-r Bâjeu, ajutor doctorand V. Sgarbura. Condica de operații Nr. 261 din 8 August 1942. Laparatomie mediană supra și subombilicală. La deschiderea peritoneului se constată prezența unui sac subțire, foarte fin vascularizat, care conține toate ansele intestinului subțire. Se deschide acest sac și încercând să exteriorizăm ansele ajungem la orificiul lor de intrare pe unde le scoatem încet. Recunoaștem punga limitată la orificiu de intrare din vena mezenterică inferioară de partea anterioară, iar postreior artera colică stângă superioară.

Mezocolonul transvers desvoltat, constatăm prezența anormală a mezocolonului descendent, și întreg colonul descendent împins la dreapta anselor intestinului subțire și fixat de capăt în fosa iliacă dreaptă prin aderențe.

Inchidem breșa făcută de noi în sac cu un surjet, închidem orificiul de intrare al anselor reconstituind anatomic arcul vascular al lui Treitz și întreaga fosetă paraduodenală, o fixăm prin fire separate trecute dintr'o parte în alta, așa fel ca să dispară complect cavitatea ei. Plicaturam mezocolonul la nivelul unghiului colic stâng și fixăm cu fire de în acest unghi la peretele abdominal spre a reface anatomia cât mai aproape de normal. La unghiul duodenojejunal găsim încă 2 fosete zise ale lui Toma Ionescu de 1 cm. dimensiune, pe care le închidem pentru orice eventualitate. Explorăm fosa iliacă dreaptă și găsim aderențe întinse, groase, vechi, imposibil de extirpat — cu cele 2 ramuri ale colonului sigmoid în formă de W culcat, fixate solid de o apendicită supurată veche — acuma cu aderente bogate. Toate ramurile colonului sigmoid mărit, dilatat în forma de W sunt lipite una de alta și de peretele abdominal posterior imposibil de desfăcut. Incercăm evacuarea manuală și constatăm că tranzitul e liber. In fața acestei situații ne resemnăm și închidem abdomenul complect în 4 straturi separate. Se continuă tratamentul postoperator obișnuit. Tranzit normal, a două zi e complect refăcut cu stare generală bună. La 10 zile se scot agrafele și la 15 Sept. părăsește spitalul vindecat.

Diagnosticul postoperator a fost de **hernie internă** (impropiu numită) **prin foseta paraduodenală a lui Treitz** — cu prezența a numeroase anomalii 2 fosete duodenale Toma Ionescu tipice — prezența anormală a mezocolonului descendent, megacolon sigmoid în formă de W fixat în fosa iliacă dreaptă de aderențele unei apendicite cronice, megasigmoid fixat solid de peretele posterior abdominal — în rezumat cumul de anomlaii, dar cu evoluție dintre cele mai fericite.

* * *

Fosetele sau gropile mezenterice au făcut obiectul multor studii — accentuându-se mai mult asupra anatomiei și patogeniei lor. Frecvența lor e redusă. Treitz a găsit-o de câteva ori, iar Mischel pe 1000 cazuri — numai de 3 ori. Federschmidt în 1920 a numărat 83 cazuri, dar astăzi numărul lor se apropie de 200 — dacă nu mai mult.

La noi, în diverselе reviste au apărut sporadic cazuri variate.

Ele sunt mai frecvente la intestinul subţire, în special la duoden, chiar în mezocolon — mai ales cel transvers, în marele şi micul epiploon, în mezenteriolul apendicular şi în cele din urmă în ligamentul larg.

In ceea ce priveşte patogenia lor, anatomiştii o afirmă în felul următor: Peritoneul — care este o membrană ce tapiţează cavitatea peritoneală — când se reflectă, ca să acopere un organ sau altul — formează repliuri semilunare sub care se găsesc depresiuni distincte mai mult sau mai puţin profunde ce se numesc fosete. La duoden — fosetele duodenale — cu importanţă mică în anatomie, dar mare în chirurgie, au fost descrise magistral de marele **Toma Ionescu** şi elevul său **Turnescu**. Alteori sunt rezultanta unei iregularităţi — un accident — în procesul de acolare al mezourilor primitive — în timp ce altele sunt condiţionate de vase. Altele au o patogenie mixtă. Ei le clasează în fosete prin defect de acolare al mezenterului primitiv, fosete de origine vasculară şi fosete mixte. Nu le mai enumărăm fiind fapte cunoscute. Cele mai frecvente sunt fosetele duodenale. Restul sunt excepţii. Intre cele două fosete duodenale există uneori o depresiune peritoneală ce se insinuează între vena mezenterică superioară şi artera colică stângă superioară. Este un recesus retrovenos paralel cu direcţia venei şi care nu trece de 2—3 cm. profunzime în mod normal. Aci este frecvent sediul herniei lui Treitz. După anatomişti ca interpretare fosetele duodenale sunt — cu expresia fericită a lui **Ancel** şi **Cavaillon** „Modalităţi peritoneale în evoluţie", ceea ce înseamnă mai mult decât o fericită formulă literară!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot ei afirmă că fosetele duodenale nu există ca individualitate anatomică, disecabilă sau de recunoscut histologie. Concepţia anatomică pare o explicaţie comodă embriologiştilor. Ei nu admit ca peritoneu o membrană fibroasă acoperită de epiteliu — ci numai acest epiteliu endoteliform ce acopere totul şi care derivă din epiteliul mezodermic sau celomic.

Mezenterele derivă embriologic din mezenterul comun sau mezenterul posterior, ce există singur dela a doua porţiune a duodenului până la sfârşitul colonului. Când ansa intestinală efectuează mişcarea sa de torsiune, marginea intestinală a mezenterului urmează această mişcare de torsiune invers ca acele dela ceasornice. Torsiunea mezenterului se face în jurul unui punct fix pe peretele abdominal posterior, reprezentat de artera mezenterică superioară, unghiul duoden jejunal şi în jurul vaselor mezenterice inferioare ce sunt reunite aproape în pachet pe linia mediană.

Dela a treia lună se produc aderenţe în suprafaţă între duoden, mezocolonul ascendent, descendent şi peretele abdominal posterior.

Dacă aceste aderenţe nu se produc avem perzistenţa fie a mezoduodenului — reprezentat mai ales prin fosete, fie a mezocolonului ascendent sau descendent.

Deci un defect de acolare secundară a mezourilor, o malformaţie congenitală, o stare de existenţă primitivă ar fi şi pentru embriologişti explicaţia plauzibilă.

Federschmidt a remarcat existenţa lor la animalele vertebrate

inferioare şi crede că la om prezenţa lor ar fi datorită atavismului.

Numai că atavismul nu explică suficient alte anomalii şi era bună ca teorie pentru o anumită epocă. Azi e căzută în desuetudine.

Schumacher introduce în etiologie factorul inflamaţiei în epoca foetală, posibilitate care nu este exclusă;

Alţi autori consideră faptul ca o nedesvoltare în urma unei turburări de nutriţie în epoca foetală.

Altă teorie pune în acţiune traumatismul obişnuit sau chirurgical ceea ce convine mai mult fosetelor câştigate.

Treves, Lardenois şi Okinczic sunt partizanii aşa zisei teorii vasculare, care se explică astfel: partea superioară a intestinului subţire are foarte multe vase, cu anastomoze bogate. Partea inferioară este mai puţin vascularizată şi vasele sunt unite numai prin unele arcade. Intre cele două foiţe mezenterice sunt vasele şi ţesutul grăsos, care e mai bogat la polul superior decât la cel inferior al mezenterului. Spaţiul inferior puţin vascularizat, format uneori numai din cele două foiţe subţiri e numit de Treves „area vascularis", de alţii câmpul lui Treves — localizat la arcadele vasculare şi care e limitat de anastomozele ramurilor terminale ale mezentericei superioare cu ileo — colica. In acest loc mezenterul e atrofic — slab la tracţiuni sau presiuni şi astfel ar lua naştere diversele fosete.

Dar — după cum spune Türk — nu putem considera aceeaşi etiologie la toate — dat fiind multiplicitatea lor. Mai aproape de adevăr par a fi teoria anatomo-embriologică şi vasculară, — uneori cu acţiune mixtă.

Cluj / Central University Library Cluj

Pe de altă parte cunoscând rolul traumatismului accidental ori chirurgical sau al inflamaţiei, le putem divite în câştigate şi congenitale.

* * *

In ceea ce priveşte clinica lor, simptomatologia e nulă şi aparentă sau accentuată numai atunci când dau naştere accidentului acut — herniei interne — impropriu numită aşa, mai de grabă încarcerare sau ocluzie (ileus). Rareori putem observa turburări în tranzitul intestinal.

Intensitatea fenomenelor ţine de grosimea fosei şi de cantitatea de intestine aflate în ea, iar tabloul clinic se suprapune perfect ileusului acut al intestinului subţire.

Diagnosticul etiologic se pune retrospectiv. Uneori găsim în anamneză accidente uşoare de ileus, dar în mod sigur îl putem afirma numai prin probe laparatomiei.

Examenul radiologic nu rezolvă problema şi e de încercat numai în măsura în care ne ajută la un diagnostic de occluzie.

Evoluţia este identică evoluţiei ileusului în general şi pentru acest motiv se cere imperios tratamentul chirurgical.

Tratamentul este foarte simplu: după laparatomie, deschiderea sacului, recunoaşterea atentă a anomaliei, scoaterea cu precauţie a anselor intestinale şi închiderea ambelor orificii.

Unii mai fac plastie cu epliploon. Noi ne-am mulţumit a fixa

separat prin mai multe fire transfixiante din loc în loc, întreaga cavitate a sacului, după ce am închis orificiile prin câte un surjet.

Este dela sine înţeles că nu poate fi vorba de rezecţia sacului în astfel de cazuri.

* * *

Cazul nostru face parte dintr'o categorie patogenică pe care am putea-o numi mixtă. La acelaşi individ două fosete duodenale tipice, considerate drept „aplazii", lângă o fosetă para-duodenală varietatea venoasă, ce ţine patogenic de teoria vasculară.

Relevată de un accident acut — occluzia — cu diagnostic etiologic pus per laparotomiam, cu tratament din cele mai simple şi cu evoluţie fericită.

Bolnavul revăzut respectiv la 6 luni şi la un an, a câştigat în greutate — între timp a făcut şi o concentrare — nu se mai plânge de nimic.

Dacă luăm în considerare şi megacolonul, adeverim faptul constatat că aproape de regulă fosetele se întovărăşesc de alte anomalii: diverticul Meckel, megacolon, megavezică, etc., ceea ce pledează pentru originea lor congenitală.

Interesant ni se pare cazul nostru din punct de vedere al evoluţiei megacolonului sigmoid: iată o apendicită cronică secundară — cu probabile frecvente puseuri acute — ce fixează prin aderenţe solide în fosa iliacă dreaptă cele două vârfuri ale W-ului sigmoid cu ramuri fixate definitiv una de alta şi de peretele posterior abdominal, dar distinse perfect — realizare patologică şi fericită a naturei — amintind ceea ce se făcea paleativ în astfel de cazuri pe vremuri: plicatura şi fixarea anselor în felul unei armonici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul radiologic efectuat ulterior a arătat o stagnare la nivelul colonului sigmoid (ne pare rău că n'am realizat o radiografie, care ar fi fost mai documentară), dar tranzitul nu e întârziat decât cu 6 ore, fără absolut nicio turburare funcţională.

Iată — aşa dar — adeverite cele spuse la început şi exemplificate din belşug.

MALADIA LUI PARKINSON

POST-ENCEFALICĂ
NARCOLEPSII
HIPERSOMNII
DEPRESIUNI FIZICE ȘI PSICHIC

Ortédrine

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sulfat de fenil 1-amino 2-propan

Comprimate dozate la 0,005 gr. divizible în 2

mărește activitatea sistemului ortosimpatic

mărește activitatea fizică și intelectuală

•

POSOLOGIE MEDIE
variabilă după caz
1 LA 2 COMPRIMATE PE ZI
se începe cu 1 comprimat
mărindu-se doza la nevoie

ORTEDRINA VA FI ADMINISTRATĂ DE PREFERINȚĂ DIMINEAȚ

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE • MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RH
PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA" STR. ANASTASIE SIMU 6 - BUCUREȘ

Spitalul Militar No. 467 Patronaj Tiraspol
Medic şef: Medic Maior Bârsan Aurel

ALBASTRUL DE METILEN IN TRATAMENTUL DEGERĂTURLOR

de

Med. Cpt. rez. DOBRESCU ANTON şi Med. Lt. rez. FARAGO ANDREI

Degerăturile de război constituie şi astăzi o problemă destul de importantă atât momentan din punct de vedere operativ-tactic al conducerii războiului cât şi pentru mai târziu privind individul şi asistenţa lui viitoare.

Acei ce au avut de îngrijit asemenea accidente, cunosc destul de bine aspectele variate sub care se prezintă degerăturile, deşi arbitrar le împărţim în trei grade, imbricarea acestor grade, deprimarea bolnavilor, dezolarea personalului ce nu poate acţiona mai eficace, risipa de material şi pe deasupra mirosul acela pătrunzător.

Degerajii ce ne-au fost internaţi în secţia noastră, ne-au parvenit: unii evacuaţi de pe front, triaţi prin formaţiile divizionare şi cele în trecere, alţii evacuaţi din alte spitale, după oarecare tratament, iar alţii — puţini — dela trupe în marş. Primul ajutor aplicat a variat ca metodă şi ca timp când s'a intervenit. Nu găsim că este locul să insistăm asupra acestor metode întrebuinţate. In ceea ce priveşte cauza şi modalitatea de producere a degerăturilor, cei mai mulţi ne-au afirmat că mai întâi au fost uzi, după care, pe poziţie, au îngheţat. Unii dintre bolnavi prezentau la sosire o delimitare a părţilor mortificate, la alţii mai de curând intraţi, aceasta se producea abia după internare. La mulţi, un oedem remarcabil însoţea degerăturile mai ales la membrele inferioare, oedem datorit fie însuşi procesului histo-patologic, fie secreţiunilor abondente şi iritante.

In afară de degerăturile de gr. I care reprezintă forma cea mai fericită şi repede recuperabilă, se observă o tendinţă obicinuită în evoluţia celorlalte două grade către infecţie secundară, părţile mortificate oferind un mediu excelent pentru desvoltarea luxuriantă a germenilor aflători în stare saprofită până aci, pe aceste segmente afectate.

Care sunt directivele de tratament ce se impun în general în aceste cazuri: să înlături părţile sfacelate, mortificate, să distrugi mi-

crobismul latent în asemenea speţă — şi cu el mirosul — şi să nu transformi într'o gangrenă umedă, una ce ar putea să se menţină uscată.

Plecând dela ideea că albastrul de metilen în întrebuinţarea lui externă se aplică cu destul succes în afecţiuni cu tendinţă la necroză şi sfacel şi în diferite piodermite, am încercat începând de pe ziua de 30 Noembrie 1942 şi observând rezultate încurajatoare, am continuat până pe data de 10 Mai 1943 exclusiv, tratamentul cu albastru de metilen pe un număr de 324 de cazuri de diferite grade.

Albastrul de metilen este o materie colorantă sulfurată, de aspectul unei pudre amorfe albastru-închis cu strălucire bronzată, fără miros, cu gust uşor amărui. Este o pioctonină, derivat din tri-fenilmetan. Mai bine cunoscut în medicina internă, fiind administrat fie per os, fie parenteral. Gradul de toxicitate nu a fost determinat cu preciziune. In organism el poate fi redus şi transformat într'un leucoderivat, care prin oxidare se reîntoarce la materia colorantă propriu zisă. In practica externă întrebuinţat în afecţiunile mai sus citate.

In tratament am procedat în felul următor folosindu-ne numai de:

1. Benzină simplă aşa cum ne-a fost furnizată de farmacia spitalului;
2. Soluţie apoasă 2% albastru de metilen;
3. Material de pansament sterilizat;
4. Instrumentarul chirurgical după caz.

Am evitat complect orice fel de antiseptici lichizi. Am mai întrebuinţat uneori la degerăturile de gr. II şi III în faza de cicatrizare, când toate elementele sfacelice erau eliminate, un unguent după formula următoare:

Rp. Dermatol 10 gr. Balsam peruvian 20 gr. Vaselină q. s. p. 100 gr., schimbând pansamentul la 2—4 zile.

In **degerăturile de gr. I,** acolo unde observam un oedem al segmentelor afectate, în special la cei de curând accidentaţi şi unde nu aveam siguranţa evoluţiei consecutive, practicam un badijonaj cu soluţia noastră de albastru de metilen fără niciun pansament. De multe ori acest badijonaj rămânea unic. In câteva zile oedemul ceda, iar straturile superficiale ale epidermului se descuamau uscat, fără zemuire — aşa cum se petrecea alteori.

Este drept că am observat în multe cazuri această evoluţie bună şi fără intervenţia preparatului nostru însă, trebue să adăugăm că au fost cazuri şi contrarii.

In **degerăturile de gr. II,** după curăţirea cu benzină am procedat la deschiderea tuturor flictenelor şi la ridicarea epidermului ce se ţinea pe ici pe colo în lambouri.

De obiceiu, la degetele picioarelor epidermul ridicat de flictena care-l cuprindea peste tot, se putea scoate în totalitate, ca un deget de mănuşe, cu unghie cu tot fără sângerare sau durere şi fără ca degetul subjacent să fie iremediabil atins.

Am deschis absolut întotdeauna flictenele şi am înlăturat lambourile, fiindcă întotdeauna am găsit procese ulcerative de întindere variabilă şi care se datorau stagnării serozităţii infectate din ele. După această toaletă obligatorie, am tamponat din belşug cu soluţia de albastru de metilen.

Suprafeţele zemuinde se svântau de îndată, ulceraţiile superficiale schimbau aspectul, mirosul se reducea simţitor.

In **degerăturile de gr. III** am adoptat metoda conservatoare. Am înlăturat treptat sfacelurile fără a ne atinge de ţesuturile sănătoase, lăsând

astfel să se delimiteze singură porţiunea de necroză. Segmentele osoase denudate şi înglobate şi ele în masa de necroză au fost înlăturate cu pensa ciupitoare de diferite mărimi. Zilnic am îmbibat bogat toate ţesuturile mortificate cu soluţia albastru de metilen 2%. Dela primele pansamente se remarca cum zemuirea scădea, iar mirosul diminua şi el. Cu timpul şi în măsura în care este permis a pretinde în asemenea cazuri procesul de cicatrizare intervenea după eliminarea ultimelor părţi de necroză, acoperind cu mari muguri cărnoşi resturile sănătoase din oasele aranjate cu ciupitoarea. Trebue să recunoaştem că puţine din degerăturile de gr. III cu mari pierderi de substanţă au rămas în spitalul nostru până la complecta vindecare, restul fiind evacuate în spitalele din zona interioară.

Cu acest procedeu cu albastru de metilen am tratat după cum am spus mai sus un număr de 324 cazuri. Redăm în cele ce urmează un tablou numeric cu repartiţia pe segmente afectate şi gradul degerăturilor. Cum foarte mulţi au prezentat totdeodată grade diferite, am deschis cinci rubrici aşa cum le-am extras din foile de observaţie respective:

PORŢIUNEA AFECTATĂ	Gradul degerăturii					Total
	I	I-II	II	II-III	III	
Vârful piciorului dr.	8	10	2	7	1	28
Vârful piciorului stg.	6	2	8	1	1	18
Vârful ambelor picioare	40	98	16	24	3	181
Deget mare picior dr.	1	—	6	—	—	7
Deget mare picior stg.	1	—	5	—	1	7
Deget mic picior dr	—	—	1			1
Deget mic picior stg	—	—	3	—	1	4
Deget mare ambele picioare	2	2	8	2	—	14
Deget mic ambele picioare	—	1	—	—	—	1
Degete ambele picioare şi mâini	2	5	1	1	—	9
Degete ambele picioare şi călcâie	—	6	2	—	1	9
Călcâie	2	4	3	—	—	9
Degete mâna dr.	—	3	—	—	1	4
Degete mâna stg.	—	—	1	—	—	1
Degete ambele mâini	—	1	—	—	1	2
Urechea stg.	2	—	1	—	—	3
Ambele urechi	—	2	—	—	—	2
Diverse porţiuni picioare	2	5	5	3	—	15
Diverse porţiuni mâini	—	1	2	2	3	8
Obraz dr. şi vârful nasului	—	1	—	—	—	1
Total	66	141	64	40	13	324

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am adus rezultatele obţinute cu tratamentul nostru fără pretenţia de a prezenta un panaceu ci numai cu intenţia unei modeste contribuţii bazate pe o cazuistică destul de bogată — credem — fiindcă nouă ne-a dat o vădită mulţumire şi mai ales neavând nicio cunoştinţă de un asemenea tratament până în prezent.

La durere

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT
CHEMISCHE FABRIK
BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

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

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL EOZINOFILIEI HELMINŢIAZICE

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI
Medic primar de Spital

Eozinofilia determinată de viermii paraziţi este una dintre cele mai interesante probleme ale patogeniei helminţiazelor.

Aproape constantă şi variind în intensitate, pe de o parte după helmintul ce o determină şi pe de alta după o serie de cauze unele cunoscute (acţiune spoliatrice, toxică, iritativă, mecanică—Sabrazes) şi altele încă necunoscute, eozinofilia este aceia care în clinică conduce de multe ori practicianul spre adevărata cauză a unei stări maladive confuze şi imposibil de diagnosticat (cazul unei helminţiaze banale nebănuite, un element parazitar localizat într un organ inaccesibil examenului de laborator cum este cazul helminţiazelor oculte, un kist hidatic muscular, etc.).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Triajul spitalului Sft. Spiridon şi alte laboratoare unde în decurs de şase ani am efectuat sistematic peste patrusprezece mii de analize coprologice luând astfel contact cu toţi helminţii faunei noastre parazitare din mediile cele mai diverse, am făcut pe unele din cazurile examinate când posibilităţile ne-au permis, la 436 bolnavi de helminţiază şi examenul sângelui pentru eozinofilie, în vederea unui studiu de ansamblu a problemei eozinofiliei helminţiazice, alături şi concomitent cu cercetarea altor probleme în legătură cu clinica şi tratamentul acestor boli.

Ca tehnică am întrebuinţat metoda coloraţiei prin hemateină-eozină-apoasă. Preparatele de sânge după prealabila lor fixare în alcool-eter timp de 4—5 secunde (emerjare, apoi uscare prin agitare), erau tratate timp de cinci minute cu hemateină filtrată 10—20 picături, după care le spălam cu apă şi coloram cu aceiaşi cantitate de eozină filtrată timp de 5 secunde, spălate şi uscate.

Toxinele lăsate de helminţi în organismul gazdei produc printre altele şi o serie de reacţii citologice la distanţă — mai ales în elementele sângelui — ce se traduc plastic prin modificări citologice sanguine calitative şi cantitative de mare importanţă pentru diagnostic şi pronostic, întru cât fiecare vierme produce turburări tipice şi aproape constante, astfel numărul globulelor albe este mărit sau micşorat (leu-

copenie) şi ceva mai important, raportul dintre ele este modificat (numărul leucocitelor eozinofile fiind mărit), numărul hematiilor este scăzut (anemie) şi hematiile prezintă diformări morfologice privind mărimea, conturul, culoarea, pot apare elemente nucleate sau cu granule eozinofile, etc. Câteodată hiperglobulie, turburări de hemoliză şi cuagulabilitate, alterări sanguine ce lasă după ele şi diverse modificări în organe (ficat, splină, ganglioni limfatici, măduvă osoasă, etc.).

Clinic, toate aceste modificări se traduc prin fenomenul anemie, oedeme, anasarc, hemoragii diverse, etc.

Dintre toate bolile parazitare (protozooze, miaze, artropodoze, etc.), helminţiazele prezintă o eozinofilie mai marcată şi tipică în acelaşi timp şi dintre helminţiaze **cea mai constantă** am găsit-o în cele produse de hematozi, variabilă şi mai puţin pronunţată în teniaze şi inconstantă în botriocefaloză.

Eozinofilia **cea mai ridicată** am găsit-o tot în helminţiazele determinate de hematelminţi, cifra maximă fiind observată în trichinoză cu 75% şi strongiloidiază cu 80% şi minimă în oxiuroză cu 12% şi o cifră mai modestă în teniazele produse de dipilidium caninum (36%), himenolepis nana (25%), tenia mediocanelata (22%), tenia solium (10%) şi inconstantă sau putând lipsi cu totul în botriocefaloză (2—6%).

Asociaţiile parazitare nu influenţează cifra procentajului eozinofiliei, cifra procentajului — în caz de asociaţie helminţiazică — fiind aceea a helmintului care determină cea mai mare cifră.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

In literatura medicală-parazitologică găsim următoarele cifre reprezentând eozinofilia pentru fiecare helmint în parte:

In oxiuroză: 5—16% Buckiers, Weill; 16% Sabrazes;
In escaridioză: 7—9% Buckiers, Weill, Schultz; 19% Sabrazes; ...% Cosmin;
In trichocefaloză: 2—10% Poenaru-Căplescu;
In trichinoză: 81% Page, Turner, Wilson;
In strongiloidiază: 12—85% Wigand-Szidat;
In anckilostomiază: 17—70% Sabrazes, 40—80 Szidat, Wigand, Bruns, etc.
In botriocefaloză: 2—5% Scaunann; 2—3% Szidat, Wigand; 2% Natan-Larier, Langeron;
In teniaza (T. solium): 5—9% Buckiers, Weill;
In cisticercoză: 4—30% Achard, Loeper, Launois; 2% Langeron; 10—11% Planyand, Houille;
In teniază (T. mediocanellata): 26—34% Leichtenstern; 34% Sabrazes;
In teniază (Himenolepis nana): 19% Oquinena; 13% Neveu-Lemair;
In teniază (Dipilidium caninum): 2—5% Scaunann; 2% Nattan-Larier, Langeron;
In teniaza echinocococică (kist hidatic): 10% Sabrazes; 10% Leger; ...% Vasilescu C.; 4—10% Achard, Clerc, Laubry;
Distomatoză (fasciola hepatică): 25—85% Brumpt, Braum, Langeron.

După cercetările noastre făcute pe 436 cazuri de helminţiază, procentajul eozinofiliei este următorul:

In oxiuroză, pe 173 cazuri cercetate, eozinofilia varia între 12—30%, într'o medie de 21%;
In ascaridioză, pe 126 cazuri cercetate, eozinofilia varia între 7—40%, într'o medie de 21%;
In trichocefaloză, 6—10% cu o medie de 8%;

In trichinoză, pe două cazuri examinate, eozinofilia varia între 30—75% cu o medie de 52%;

In botriocefaloză, pe 46 cazuri examinate, eozinofilia varia între 2—6%, într'o medie de 4%;

In teniaza produsă de tenia solium, pe 12 cazuri examinate, eozinofilia era de 6% şi pe două cazuri de cisticercoză eozinofilia varia între 6—10% cu o medie de 8%;

In teniaza produsă de tenia mediocanelata, pe 19 cazuri examinate, eozinofilia varia între 10—22%, într'o medie de 16%;

In teniaza produsă de Himenolepis nana, pe 37 cazuri examinate, eozinofilia varia între 6—25%, într'o medie de 15%;

In teniaza produsă de dipilidium caninum, pe opt cazuri examinat, eozinofilia varia între 10—36% cu o medie de 17%;

In teniaza echinocococică, pe două cazuri examinate eozinofilia varia între 6—7% cu o medie de 6,5%.

EOZINOFILIA SAGUINĂ (generală) IN HELMINŢIAZE

după datele culese din cercetările noastre:

Helmintul	Diphilobotrium latum	Dipilidium caninus	Himenolepis nana	Tenia solium		Tenia mediocanelata	Tenia echinococus şi kistul hidatic	Strongiloides stercoralis	Trichinella spiralis	Ascaris lumbricoides	Enterobius vermicularis
				cistic.	adult.						
No. cazurilor cercetate	46	8	37	2	12	19	2	9	2	126	173
Procentaj maxim şi minim	2—6%	10—36%	6—25%	6—10%	4—8%	10—22%	6—7%	8—62%	30—75%	7—40%	13—30%
Procentaj mediu	4%	17%	15%	8%	6%	16%	6,5%	31%	52%	21%	21%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cifra normală a eozinofilelor în sânge variază între 1—4%, fiind puţin mai ridicată la copii şi mai scăzută la subiecţii în vârstă. Cifra absolută pe mm. cub variază între 300—500.

Elementele eozinofile normale sunt leucocite adulte cu protoplasma burată de mari granule regulate, rotunde şi acido-file, cu nucleul format din 2—3 lobi uniţi printr'un fir subţire.

In stare patologică aceste elemente prezintă şi o serie de modificări morfologice caracteristice, aşa protoplasma are incluse granule gresoase lipoide sau corpi iodofili, granule ce în mod normal au o anumită mărime, formă şi număr, pot fi mărite de volum şi fi sen-

sibile diferit la coloranţii acizi; pot deveni extrem de numeroase, astfel că fac relief în afara celulei, influenţându-i conturul.

Modificări se observă şi la nucleu, după Sabrazes aceste modificări ar fi caracteristice. Sabrazes pe baza acestor caractere împarte eozinofilele (ca şi neutrofilele) după lobulaţia nucleului în cinci tipuri, aşa avem: eozinofile cu nucleul unilobat, bilobat, trilobat, quatrolobat şi pentalobat. Precizând proporţia de elemente din fiecare grup Sabrazes constituie o imagine eozinofilică (imaginea eozinofilică a lui Sabrazes analoagă imaginei „neutrofile a lui d'Arneth"). In stare normală raportul între aceste elemente ar fi constant şi în stare patologică ar suferi devieri. Conot şi Benazet studiind imaginea eozinofilică în nouăsprezece boli, dintre care şi în bilhartzioză au găsit imaginea eozinofilică a lui Sabrazes:

	I	II	III	IV
	1,3%	81,3%	14,7%	1,7%
normală	(11)	(69)	(19)	(1)

ceea ce ar da, după aceşti autori, indicele 217 (normal 200—210). După Leger frigurile nu ar produce modificarea imaginei eozinofilice a lui Sabrazes. Parasitismul produce mai ales o deviare la dreapta. In ankilostomiază indicele nuclear ar fi 332 şi în ascaridioză 270 şi peste, după Sabrazes.

După Leger, cu cât indicele nuclear e mai ridicat cu atâta ar fi mai mulţi helminţi în intestine.

Eozinofilia patologică nu ar fi decât traducerea printr'o imagine concretă a unuia dintre actele de apărare ale organismului în contra toxinelor ce-l invadează, eozinofilia nefiind decât o hiperformaţiune de leucocite eozinofile, datorită probabil acţiunei excitante a toxinelor elaborate de parazit asupra organelor hematopoetice (măduvă osoasă, splină, sistemul reticulo-endotelial-eozinofilia locală). Normal, la omul sănătos, leucocitele sunt fabricate în centrele leucocitare (ganglioni, splină, amigdale, plăci Payer, etc.), pe când măduva oaselor fabrică leucocite cu granulaţii (neutrofile, eozinofile); în stare patologică şi celelalte organe limfatice pot produce eozinofile.

S'a crezut într'o vreme că eozinofilele ar proveni din polinuclearele neutrofile din sânge, granulele lor eozinofile nefiind decât resturile de hematii fagocitate (teoria hematică).

Eozinofilia deci implică şi trădează existenţa unei intoxicaţii la care organismul răspunde prin mărirea numărului de eozinofile, după cum în procesele de necroză şi supuraţie organismul se apără prin polinucleare.

După unii autori, eozinofilia ar constitui unul dintre mijloacele prin care organismul îşi elimină substanţele toxice elaborate de viermii paraziţi.

Substanţele toxice ar manifesta o acţiune atractivă asupra eozinofilelor. Se pare că eozinofilele ar fi adaptate neutralizării substanţelor toxice. Aşa lichidul hidatic în contact cu eozinofilele îşi pierde toxicitatea.

Există chiar un paralelism între creşterea numărului de eozino-

lie şi formaţiunea anticorpilor; fenomenul explică de ce apariţia eo-inofiliei în cursul bolilor infecţioase este de un bun augur.

Eozinofilele fagocitează bacteriile, protozoarele şi produsele vier-minoase. Acţiunea lor însă s'ar limita mai ales la neutralizarea toxinelor i la eliberarea anticorpilor specifici.

Ar exista un antagonism între toxinele microbiene (ce determină eozinofilia) şi otrăvurile microbiene. Dacă intervine infecţia micro-biană, leucocitoza eozinofilă e inhibită (chimiotaxia negativă Ehrlich & Leichtenster) fiind oprită fabricarea lor chiar din organele hema-opoetice. Ehrlich & Leichtenster arată că la un bolnav cu ankilosto-miază cu eozinofilie (72%) intervenind o pneumonie, eozinofilia scade a 6% pentru a se ridica după vindecarea bolii intercurente la 54—80% în scurt timp.

Eozinofilia helminţiazică este de tip secundar — simptoma-tică, — de tip moderat şi tranzitoriu, întru cât dispare odată cu dis-pariţia agentului determinant. Acest fel de eozinofilie — helminţia-zică — în opoziţie cu eozinofilia esenţială nu este specifică bolilor provocate de viermi, ea fiind prezentă şi în alte boli sau stări ca anafilaxia, intoxicaţiile, etc. Eozinofila ar fi un semn anafilactic — cu toate că negat de Weinberg — prezenţa fenomenului anafilaxie în helminţiaza intestinală fiind uşor de explicat întru cât toxinele hel-minţilor nu sunt decât nişte albumine variate în compoziţie, care ca orişice alte albumine sunt capabile a deslănţui fenomene de ana-filaxie.

Eozinofilele în exces trec în sânge (eozinofilia generală), apoi dintre dânsele se acumulează în jurul parazitului şi leziunile determinate de acesta (eozinofilia locală).

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In helminţiază mai ales se observă o eozinofilie locală în ime-diata vecinătate a punctului de contact dintre parazit şi gazdă, aşa găsim o îngrămădeală de eozinofile în jurul kistului hidatic, în ime-diata vecinătate a leziunilor dezinterice parazitare, în jurul punctului de fixare a scolexului cestozilor, la contactul cu spinii trematozilor, în jurul porţiunei trichocefalului însăilat în mucoasa intestinală, la punctul de fixaţie a ascaridului, oxiurului, strongiloidului, ankilostomei, fascio-lei, etc.

Eozinofilia locală a helminţiazei e mai puţin caracteristică ca cea generală sanguină, ar traduce o stare de anafilaxie intestinală legată de cauzele cele mai diverse: parazitism, insuficienţă hepatică, criză entero-colică, etc.

Experimental cu extrasele parazitare s'a putut obţine uşor o eozinofilie locală. Sistemul nervos vago-simpatic ar avea un rol impor-tant în producerea eozinofiliei. Ar exista un raport între hipofuncţiu-nea splinei şi supraproducţia de eozinofilie, fapt ce a determinat a se crede că leziunile splinei ar determina eozinofilie.

O minimă eozinofilie e de pronostic grav, întru cât ar indica o insuficienţă progresivă a ţesutului medular sub acţiunea toxemiei (Mar-chiss, Tarchetti).

Eozinofilia, din p. d. v. clinic este un simptom de mare folos în diagnosticul helminţiazelor, acest citodiagnostic rămânând singura

posibilitate de diagnosticat, prezenţa helmintului mai ales când parazitul nu e accesibil, fiind adânc adăpostit în pulpa organelor şi fără comunicaţii cu exteriorul.

Prezenţa simultană a eozinofilelor în sânge şi cristalelor lui Charcot-Leyden indică o eozinofilie intestinală (Morenas).

Simonot a arătat că ar exista o legătură strânsă între eozinofilia din sânge şi apariţia cristalilor lui Charcot-Leyden în fecale.

Apariţia acestor cristali ar fi simultană cu eozinofilia locală (la nivelul localizării paraziţilor sau leziunilor determinate de aceştia).

Aceste cristale ce se credea înainte că ar rezulta din distrucţia celulelor granuloase s'a dovedit recent a fi pe bază de oethylenină. Expulzarea helminţilor ar fi urmată de dispariţia eozinofiliei şi concomitent cu dispariţia cristalilor lui Charcot-Leyden şi perzistenţa lor după dispariţia eozinofiliei ar indica că paraziţii nu au fost complect expulzaţi, că a rămas scolexul sau altă parte din vierme. După expulzia helmintului, cristalii Charcot-Leyden dispar imediat din fecale, pe când eozinofilia sanguină perzistă încă câteva zile, fapt ce a făcut pe unii să creadă că cristalii Charcot-Leyden ar deriva din transformarea eozinofilelor.

Pe cazurile noastre nu am putut observa nicio corelaţie între eozinofilie şi cristalii Charcot-Leyden.

BIBLIOGRAFIE

Boidin & Fiessinger: Genese de l'eosinophilie dans la maladie hydatique Soc. méd. Hôp. 1908.

C. Bacaloglu—Gh. Tudoranu: Asupra anemiei pernicioase plastice şi aplastice. C. Bacaloglu — Clinici medicale 1929.

Chauffard & Boidin: L'eosinophilie hidatique. Soc. méd. des hôp. de Paris 1907.

Lemiere & Lantuejoul: Evolution de l'eosinophilie sanguine au cours de l'ankilostomose duodenale. Ann. de Med. 1920.

Prumm: Uber hochgradige Eosinophilie bei Taenia saginata. Deutsche Med. Wochensch. 1935.

J. Sabrazes: Augmentation de nombre et image nucléaire des eosinophiles dans les ankilostomiases et les necatoses. Monde Médical 1925.

Gh. Tudoranu: Descendenţa elementelor figurate sanguine. Clinici medicale C. Bacaloglu 1929.

C. Vasilescu: Chistul hidatic şi tenia echinococus. C. Bacaloglu: Clinici medicale, 1929.

Winberg & Seguin: Recherches biologiques sur l'eosinophilie. Propriétés fagocitaire et absorbtion des produits vermineux. Ann. Inst. Pasteur 1914—1915.

Weindrach: Das Blutbild und die Eosinophilie bei Trichinose. Folia Hoemat. 1929

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

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

Biblioteca Centrală Universitară "Lucian Blaga" Cluj

PUDRĂ
ȘI
POMADĂ
INOTYOL

Iritațiile pielei
și toaleta
noilor născuți

Laboratoires du Dr. DEBAT - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

REZECȚIA ARTERELOR ȘI NERVILOR HIPOGASTRICI INTR'UN CAZ DE CISTALGIE TUBERCULOASĂ REBELĂ

de

D-r LAMBESCU ALEXANDRU și **D-r BALINT VIRGIL**

Chirurg primar — Medic maior

Autorii expun observațiunea unui caz de cistalgie tuberculoasă rebelă, cu micțiuni dese ziua și noaptea, cu dureri și cu capacitatea vezicală redusă la 50 cc., leziunea fiind secundară unei tuberculoze renale bilaterale, inoperabilă.

I s'a făcut operația enunțată în titlul articolului, cu rezultate foarte bune, adecă sedațiunea durerilor, reducerea micțiunilor și mărirea capacității vezicale rapid la 150 cc. Operațiunea lui Richer a fost imposibilă din cauza unor aderențe vechi după o intervențiune executată mai înainte în sfera genitală internă.

Terapeutica cistalgiilor tuberculoase este o acțiune cu dublu obiectiv. Primul obiectiv este, așa cum magistral, îl fixează clasicii, rinichiul bolnav, — care, ectomizat trebue să aducă după intervenție vindecarea cistitei tuberculoase. Urologia a încheiat acest capitol cu aforismul: tratamentul tuberculozei vezicale este nefrectomia. Sau acolo unde nefrectomia este imposibilă, alte operațiuni paliative sunt menite să diminueze dacă nu să suprime suferința vezicei. Acestea sunt nefrostomia și ureterostomiile cutanate sau intestinale, intervențiuni foarte criticabile, de multe ori constituind un „pis aller" pentru bolnavi.

Obiectivul secund îl constituie vezica, cu neplăcutele ei manifestări clinice. Raportat la timp, tratamentul ei se aplică și înainte și după nefrectomie, atât de specialiști cât și de nespecialiști.

Primii, pe bună dreptate vor recurge la clasicele instilațiuni de nitrat de argint 1%, ca unele care nu destind pereții bolnavi și prin urmare nu măresc suferința organului. Nitratul de argint este apoi înlocuit de Gomenol, Sublimat, Iodoform, Albastru de metilen, etc., în diferite proporții și după anumite criterii.

Nespecialiștii recurg din comoditate și pentru lipsă de documentare la hexametilentetramină și la spălături vezicale; dublă eroare deoarece hexametilentetramina nu degajă formol în nefrita tuberculoasă și deci e inactivă; iar în rinichiul neatins de nefrită, poate s'o

producă. Spălăturile sunt contra-indicate din cauza tensiunei la care supun pereţii vezicei ceea ce măreşte şi face durerea insuportabilă. Totodată aceste spălături cauzează un reflux uretral nociv.

La toate acestea se adaugă endoscopia şi tratamentul general comun tuberculozelor, asupra căruia nu mai este momentul să insistăm.

O cistalgie tuberculoasă poate face parte din următoarele două categorii clinice:

a) Bolnavul a fost nefrectomizat şi în acest caz nu rămâne decât tratamentul cistalgiei, cu rezultate destul de bune.

b) Bolnavul are o tuberculoză renală bilaterală, inoperabilă, producând continuu bacili în vezică.

„In aceste cazuri suferinţa creşte şi ajunge la ultima fază a tabloului clinic: intoleranţa vezicală absolută. Un asemenea bolnav trebue însă ajutat chiar dacă ajutorul nostru ar servi numai să-i uşureze chinurile". (Ştefănescu-Galaţi).

Aceasta din urmă este situaţia — tristă de altfel — a bolnavei noastre al cărei tratament a inspirat articolul de faţă.

Observaţie clinică: Pacienta Ana Lukasz de 43 ani, din Timişoara, intră în serviciul de urologie în ziua de 20 Febr. 1943, pentru micţiuni dese şi dureroase.

Antecedente heredo-colaterale: nimic demn de reţinut.

Antecedente personale: Fiziologice: Menstruată la vârsta de 15 ani. Fluxul s'a produs cu caracterele obişnuite până la 41 de ani, când a scăzut în cantitate. A avut 3 sarcini duse la termen. Copiii sunt sănătoşi. Patologice: a suferit de diferite maladii pe cari le etichetează gripe.

Istoricul afecţiunei prezente. Bolnava nu poate da detalii şi nu poate face precizări. Spune numai că suferă de mai mulţi ani de dureri în abdomenul inferior, arătând când lombele când hipogastrul. Produce totodată o listă de 15 medici cu cari s'a căutat, când în particular, când la Oficiul Casei Asigurărilor Sociale, adăogând că niciodată nu a simţit vreo ameliorare.

Stare prezentă: Din p. d. v. general bolnava este foarte debilitată, astenică, au ţesutul celular subcutanat mult redus. Faciesul senilizat. Dinţii lipsă în mare parte şi rău îngrijiţi. Pulmonar atât clinic cât şi radioscopic nimic patologic. Tubul digestiv cu glandele anexe nu prezintă de asemenea niciun viciu funcţional. La examenul genital se găseşte un uter fixat, anexele nepalpabile, în schimb dureri vii în fundul de sac anterior (la tuşeul combinat cu palpeu hipogastric), durere ce pare că iradiază spre ambele fose iliace şi chiar spre lombe şi care ne determină să credem într'o cistoureteropatie.

Complectând examenul genital cu inspecţia abdomenului se constată prezenţa unei cicatrici după o laparotomie mediană subombilicală.

Intr'adevăr, bolnava a fost operată la 17 Dec. 1938, în spitalul „Maternitatea" din Timişoara, practicându-i-se anexectomia bilaterală.

Examenul aparatului urinar: Rinichii sensibili şi măriţi de volum, în lojile respective. Punctele uretrale inferioare şi vezica net dureroase.

Bolnava se plânge că ziua urinează de 13—14 ori şi noaptea de cel puţin 10 ori şi micţiunea e dureroasă.

Examene complimentare: Radioscopia pulmonară nimic patologic afară de câteva calcificări perihilare.

Reacţia Bordet-Wassermann şi Meinicke-negative.

Tensiunea arterială $\frac{M\ x}{M\ n} = \frac{10}{5\,^1/_2}$

Analiza urinei la 30 Martie 1943: Aspectul turbure, albumină †††, puroi †††.

Cistoscopie: Capacitatea vezicei 50 cc., mucoasa foarte congestionată în jurul ambelor orificii uretrale, cu mici ulceraţii **(D-r Crăciun).**

Analiza bacteriologică: Koch †††.

Aşa suna observaţiunea la prezentarea pacientei în spital şi la internarea în serviciul de urologie.

După o serie de tratamente topice şi generale, aplicate în serviciul urologic, pacienta mi-a fost trimisă pentru examinare şi eventuală intervenţie, cu diagnosticul: Tuberculoză uro-genitală, cistalgie rebelă, leziuni renale avansate, bilaterale.

In faţa acestui diagnostic aveam o posibilitate operatorie: executarea operaţiei lui Richer, adică reacţia nervilor erectori şi a ganglionilor hipogastrici (rezecţie parţială).

In Revista de Chirurgie din Sept.—Oct. 1942, profesorul Franke publicase un articol cu comentariile respective în jurul unui interesant caz de cistită cronică rebelă.

Autorul însuşi (Richer) în Journal de Chirurgie din 1935, stabileşte între altele indicaţiuni şi cistita tuberculoasă rebelă (în tuberculozele renale bilaterale sau după o nefrectomie pentru tuberculoza unilaterală).

In ziua de 14 Iulie a. c., asistat de D-l D-r V. Balint, intervenim după tehnica autorului, sub rachi-anestezie, cu scopul de a realiza operaţia lui Richer.

Se face o laparatomie mediană subombilicală, se izolează întreaga masă intestinală, în poziţie Trendelenburg. Se controlează bazinul şi se găseşte o masă de aderenţe puternice între marele epiploon, uter şi peritoneul parietal. Din cauza acestor aderenţe, cari se extindeau şi la peritoneul vezical (pericistită) sunt nevoit să schimb atitudinea. Practic rezecţia nervului presacrat (Cotte) şi continui pe cale mediană presacrată, disecţia şi extirpaţia nervilor hipogastrici.

Prin aceeaşi incizie descopăr foarte uşor în dreapta, mult mai greu în stânga, arterele hipogastrice şi le rezec pe o distanţă de 5—6 cm. Refacem peritoneul şi închidem fără drenaj.

Evoluţia post-operatorie uşor subfebrilă.

A 20-a zi părăseşte spitalul vindecată operator complect.

Ce s'a obţinut prin această rezecţie arterionervoasă?

S'a obţinut în primul rând o netă sedaţiune a durerii. Pacienta, care la fiecare vizită se plângea de boala ei, şi-a schimbat complect mina şi şi-a recăpătat buna dispoziţie.

In al doilea rând frecvenţa micţiunilor s'a redus. Diurn a avut 5—6 micţiuni, nocturn 1, maximum 2.

Capacitatea vezicală dela 50 cc. înainte de operaţie, a crescut foarte repede la 150 cc. după cum constată specialistul urolog al spitalului. Îşi continuă tratamentul urinar mai departe, numărul micţiunilor menţinându-se redus. Sunt nopţi când nu urinează decât o singură dată. Durerile nu au reapărut.

Evoluţia acestui caz dă oarecum dreptul să-l comunicăm şi să încercăm câteva mici explicaţii:

Lambret, Razemon şi Decoulx în tehnica chirurgiei simpaticului, conchid că rezecţia nervilor hipogastrici aduce încetarea „durerilor intolerabile" a cistitelor tuberculoase rebele, a cistalgiilor cancerului vezical sau prostatic, sau a durerilor în cancerul uterin ori rectal inoperabil.

Calea de preferat este cea mediană presacrală. Citez:

...Ea utilizează ca reper nervul presacral, care serveşte de fir al Arianei pentru a conduce la ganglionii hipogastrici. Incizia peritoneului

parietal posterior începe pe promontoriu, urmează concavitatea sacrală înclinându-se spre dreapta şi atinge astfel partea dreaptă a fundului de sac retro-uterin. Nervul presacral este izolat şi urmărit în jos. Ajuns la bifurcaţia lui, disecţia se continuă la dreapta, de-a-lungul nervului hipogastric. O a doua incizie branşată în Y răsturnat, se dirijează în jos şi la stânga şi permite izolarea nervului hipogastric stâng.

Cei doi „Splanchnici pelvieni" fiind astfel izolaţi, mai multe intervenţiuni sunt posibile:

Secţiunea simplă a celor doi hipogastrici.

Rezecţia jumătăţii posterioare a ganglionilor.

Secţiunea nervilor erectori ai lui Eckardt.

Cât despre valoarea fiecăreia din aceste trei intervenţiuni, nu s'a spus încă ultimul cuvânt. Asupra legitimităţii lor au avut loc discuţiuni nesfârşite pe cari Richer le-a rezumat în articolul publicat în anul 1935. La această rezecţie a nervilor hipogastrici propusă de Hallopeau se asociază simpatectomia periarterială a hipogastricelor, care complectează acţiunea declanşată prin rezecţia nervului presacral.

In cazul nostru am întărit rezecţia plexului hipogastric superior prin rezecţia nervilor hipogastrici. Chiar dacă nervul presacral ţine sub dependinţa sa numai sensibilitatea peritoneului vezical, cum susţin Richer şi Fay şi încă ar fi fost indicată rezecţia lui din cauza pericistitei intense ce întovărăşeşte de obicei cistita tuberculoasă, care la bolnava operată n'a lipsit.

Cât despre rezecţia arterelor hipogastrice se ştie că ea asigură cea mai bună simpatectomie periarterială aducând după sine o ameliorare în troficitatea teritoriului irigat de colaterale, ceea ce nu erea de nesocotit în atare situaţie.

In concluzie: Operaţia lui Richer indicată în această cistalgie tuberculoasă rebelă fiind inaplicabilă din condiţiuni de ordin mecanic, a fost cu succes supleată de rezecţia bilaterală a arterei şi nervului hipogastrici. De sigur că intervenţia nu a avut niciun răsunet asupra maladiei în sine care şi-a urmat evoluţia sinistră, mai departe.

La rezection des arteres et des nerfs hypogastriques dans un cas de cistalgie tuberculeuse rebele.

Les auteurs exposent l'observation d'un cas de cistalgie tuberculeuse rebèle avec des mictions fréquentes pendant le jour et la nuit, avec des douleurs et avec la capacité vésicale réduite à 50 cc., la lésion étant secondaire à une tuberculose rénale bilatérale, inopérable.

On a lui pratiqué l'opération nommée dans le titre de l'article, avec des résultats satisfaisants, c'est-à-dire la sédation des douleurs, la réduction des mictions et l'agrandissement de la capacité vésicale, rapidement, jusqu'a la 150 cc. L'opération de *Richer* a été impossible à cause des adhérences après une intervention sur les organes génitales internes, executée auparavant.

Die Rezection der hypogastrischen Arterien und Nerven in einem Fall der tuberculotischen rebellen Cistalgie.

Die Verlasser beschreiben die Beobachtung eines Falles von tuberculotischen rebellen Cistalgie mit Schmerzen und mit auf 50 cc. verminderter Capacität der Blase, als Folge einer secundären, inoperabilen, T. B. C. Lesion der beiden Nieren.

Es wurde eine im Inhalt des Titels erwähnte Operation durehgeführt mit sehr gutene Erfolge: mit Schwinden der Schmerzen, Verminderung der Mictionen und Vergrösserung der Capacität der Blase auf 150 cc.

Die Operation von *Richer* war nicht möglich durchzuführen imfolge einer früher durchgeführten Intervention im Bereiche der inneren Geschlechtsteile, mit alten Verwachsungen.

Resezione dalle artere e dei nervi ipogastrici in un caso di cistalgia tuberculare ribele.

Gli autori espongano l'osservazione d'un caso di cistalgie tuberculare ribele con delle minzioni frequenti diurne e notturne, con dolori e colla capacitá vescicale ridotta a 50 cc. la lesione essendo secondaria di una tuberculosi renale bilaterale, inoperabile. Si é esequita l'operazione esposta nel titolo dell'articolo conbuonissimi risultati:

Sedazione del dolore, riduzione delle minzioni, e l'aumentare rapido della capacitá vescicale fino á 150 cc. L'operazione di *Richer* e stata impossibile a causa delle vechie aderenze risultanti d'un intervento chirurgico esequito nel passato, nella sfera genitale interna.

Universitatea Babeș-Bolyai Cluj

Fiole
DE 5 cmc.
ŞI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

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

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1 OPOCALCIUM IRRADIÉ
Cachete. Comprimate. Granule

2 OPOCALCIUM
Cachete. Comprimate. Granule

3 OPOCALCIUM
Arseniat-Cachete

4 OPOCALCIUM
Gaiacolat-Cachete

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

AGOCHOLINE

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

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE

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

Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

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

APENDICITA CRONICĂ ȘI TIFLOCOLITELE

V. MAREȘ
Medic Primar—Spitalul Bacău

Chestiunea diagnosticului diferențial între apendicita acută și celelalte algii ale fosei iliace drepte, privind cecul și colonul ascendent, nu se pune, cel puțin în cazul când sindromul apendicular acut poate fi bine identificat clinicește.

Diagnosticul diferențial însă în cazurile de apendicită cronică (pe care unii autori o contestă) și toate algiile produse de procesele inflamatorii ale ceco-ascendentului; este de o mare importanță clinică, întru cât urmările post-operatorii sunt cu totul diferite, după cum în momentul intervenției s'a extirpat un apendice numai el singur bolnav (apendicită cronică pură), sau s'au constatat și leziuni care indicau o stare de infecțiune a cecului, a ascendentului sau a ambelor în același timp, precum și a peritoneului visceral corespunzător.

Dacă intervenția operatorie se face numai pe simpla durere ce există clasic în punctul lui Mac-Burney, după o ameliorare pasageră, dar foarte scurtă, care poate fi datorită numai simplei deschideri a peritoneului, fenomenele anterioare intervenției, între care și durerea, revin cu aceeași intensitate, deprimând cu atât mai mult bolnavul, care se aștepta în urma intervenției la o dispariție integral a fenomenelor dureroase. Revenirea durerilor a fost pusă de cele mai multe ori pe socoteala aderențelor post-operatorii, care comandând o nouă intervenție, în majoritatea cazurilor au fost absente. Fenomenele dureroase persistând și fiind bine disimulate, au împins la intervenții asupra stomacului sau duodenului pentru ulcer, asupra veziculei biliare pentru pretinse colecistite inflamatorii sau calculoase.

Fiind cunoscute aceste neplăceri, de sigur că e bine să avem prezente în spirit toate afecțiunile care pot simula o apendicită cronică, atunci când un bolnav vine să ne consulte pentru o algie a fosei iliace drepte.

Care sunt afecțiunile pe care le putem incrimina în producerea acestui sindrom dureros?

In afară de **staza cecală propriu zisă**, staza fecală de fermentație sau putrefacție, **endocolita mucoasă, tiflo-colo-apendicita**, afecțiuni privind deci numai porțiunea inițială a intestinului gros și asupra cărora

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1 OPOCALCIUM IRRADIÉ
Cachete. Comprimate. Granule

2 OPOCALCIUM
Cachete. Comprimate. Granule

3 OPOCALCIUM
Arseniat-Cachete

4 OPOCALCIUM
Gaiacolat-Cachete

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

AGOCHOLINE

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

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE

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

Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

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

APENDICITA CRONICĂ ȘI TIFLOCOLITELE

V. MAREȘ
Medic Primar—Spitalul Bacău

Chestiunea diagnosticului diferențial între apendicita acută și celelalte algii ale fosei iliace drepte, privind cecul și colonul ascendent, nu se pune, cel puțin în cazul când sindromul apendicular acut poate fi bine identificat clinicește.

Diagnosticul diferențial însă în cazurile de apendicită cronică (pe care unii autori o contestă) și toate algiile produse de procesele inflamatorii ale ceco-ascendentului; este de o mare importanță clinică, întru cât urmările post-operatorii sunt cu totul diferite, după cum în momentul intervenției s'a extirpat un apendice numai el singur bolnav (apendicită cronică pură), sau s'au constatat și leziuni care indicau o stare de infecțiune a cecului, a ascendentului sau a ambelor în același timp, precum și a peritoneului visceral corespunzător.

Dacă intervenția operatorie se face numai pe simpla durere ce există clasic în punctul lui Mac-Burney, după o ameliorare pasageră, dar foarte scurtă, care poate fi datorită numai simplei deschideri a peritoneului, fenomenele anterioare intervenției, între care și durerea, revin cu aceeași intensitate, deprimând cu atât mai mult bolnavul, care se aștepta în urma intervenției la o dispariție integral a fenomenelor dureroase. Revenirea durerilor a fost pusă de cele mai multe ori pe socoteala aderențelor post-operatorii, care comandând o nouă intervenție, în majoritatea cazurilor au fost absente. Fenomenele dureroase persistând și fiind bine disimulate, au împins la intervenții asupra stomacului sau duodenului pentru ulcer, asupra veziculei biliare pentru pretinse colecistite inflamatorii sau calculoase.

Fiind cunoscute aceste neplăceri, de sigur că e bine să avem prezente în spirit toate afecțiunile care pot simula o apendicită cronică, atunci când un bolnav vine să ne consulte pentru o algie a fosei iliace drepte.

Care sunt afecțiunile pe care le putem incrimina în producerea acestui sindrom dureros?

In afară de **staza cecală propriu zisă**, staza fecală de fermentație sau putrefacție, **endocolita mucoasă, tiflo-colo-apendicita**, afecțiuni privind deci numai porțiunea inițială a intestinului gros și asupra cărora

voi reveni identificându-le în parte, sindromul dureros al fosei iliace drepte mai poate fi produs şi de **inflamaţiuni localizate în alte organe**, care pot avea conexiuni limfatice cu cecocolonul ascendent; sau de **iritaţiuni mecanice** produse în lumenul unor organe cavitare.

Intre altele menţionăm:

1. **Un calcul renal anclavat în ureterul drept**: se înţelege că în acest caz discriminarea se va face prin cercetarea amănunţită a simptomatologiei clasice care caracterizează colica nefretică, adică: durere bruscă cu punct de plecare în spaţiul costo-muscular drept, cu iradiaţiuni de-a-lungul ureterului corespunzător până în testiculul drept, disurie cu hematurie, distensiunea bazinetului dacă cursul urinei e cu totul suspendat.

2. **Visceralgiile tabetice**: în acest caz noţiunea unei infecţiuni specifice anterioare, un Wassermann pozitiv, o inegalitate pupilară, zonele de anestezie, crizele tabetice cu vărsăturile caracteristice, mersul ataxic, ne vor pune pe calea diagnosticului.

3. **Perivisceritele tuberculoase generalizate**, spre care ne vor ghida antecedentele, leziunile localizate în alte viscere.

4. **Colecistitele cronice**: s'a descris o apendiculo-colecistită cronică.

5. **Turburările intestinale fără apendicită.**

6. **Calculii veziculei biliare şi cei ureterali** pot provoca dureri în punctul Mac Burney.

Fiziologia digestiei cecale care rezultă din procese exclusiv microbiene, poate fi modificată după predominenţa florei albastre, florei roşii sau florei iodofile. Din primele două categorii fac parte microbii care iau sau nu Gram. Flora albastră anaerobă e însărcinată cu digestia albuminoidelor, e deci o floră de putrefacţie. Flora roşie (aerobă) are în sarcină digestia hidraţilor de carbon, e deci o floră de fermentaţie. In fine flora iodofilă, care se colorează prin soluţia iodată, transformă hidraţii de carbon (amidonul) în acid lactic, acizi groşi volatili, acid acetic, acizi graşi de tip butiric, valerianic, propilic, transformă câteva zaharuri în acid oxalic, care poate trece în sânge combinându-se cu calciu, dând fenomene de deficit calcic sanguin.

Se vede de aici că termenii finali ai metabolismului hidro-carbonaţilor în cec fiind, seria acizilor enumeraţi vor imprima mediului cecal un caracter acid, aciditate cecală care în condiţiunile fiziologice e fixă, oscilând între 15—18 volume, orice mărire indicând o viciaţie a metabolismului cecal hidrocarbonat. Puterea metabolică a florei iodofile cecale se poate deduce din determinarea concentraţiei acizilor organici.

Flora albastră produce termenii ultimi ai digestiei protidelor, corpi fenolici, fenilici (indolici, care pot trece şi în urină). Acizii aminaţi sunt transformaţi în amine şi gaz carbonic, cum ar fi histamina care e foarte toxică şi poate produce în mediu acid prin fermentaţiile cecale care determină propriu zis procese toxice histaminice. Unii corpi derivând din putrefacţia albuminoidelor pot da o serie de accidente clinice de auto-intoxicaţie, puse de multe ori pe socoteala unei apendicite cronice, deprinzând în realitate de anomalii ale digestiei cecale.

Degradarea protidelor prin producerea de amoniac tinde să al-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

calinizeze mediul cecal. Valoarea activităţii metabolice a florei de putrefacţie e indicată de concentrarea amoniacală în cec, care în stare fiziologică e fixă 3—8 volume.

După ce am trecut în revistă sumară aceste noţiuni de fiziologie a digestiei cecale, să vedem care sunt factorii care pot modifica jocul normal al metabolismului hidraţilor de carbon, a protidelor, modificând echilibrul microbian cecal. Trei eventualităţi pot modifica acest echilibru:

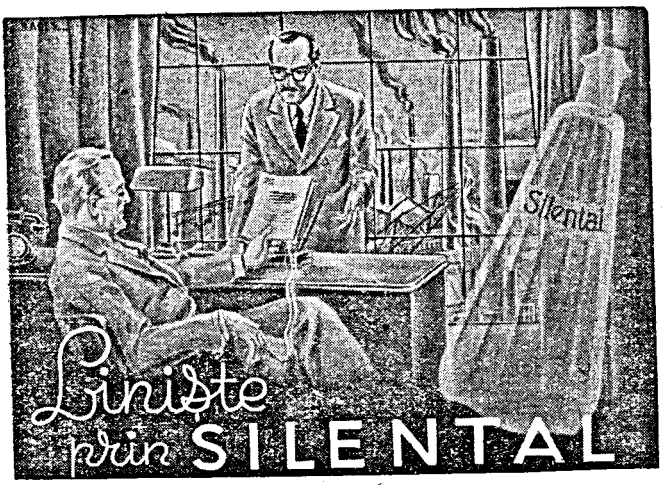
1. O eroare în alimentaţie. Un regim prea bogat în hidraţi de carbon sau protide. Excesul de hidraţi de carbon duce la o mărire a aciditătii conţinutului cecal prin exagerarea fermentaţiei cecale fiziologice. Excesul de protide exagerează alcalinitatea mediului cecal, mărind cantitatea de amoniac pe care o produce digestia lor, favorizând desvoltarea de corpi toxici.

2. Accelerarea transitului intestinal subţire aduce în cec hidraţi şi protide neinfluenţate de sucurile (fermenţii) digestive şi mai cu seamă de cei pancreatici, producând turburări mutiple la nivelul cecului.

3. Insuficienţa cantitativă sau calitativă a fermenţilor căilor digestive superioare aduce în cec zahăr şi albumine nedigerate, producând de asemeni turburări.

Examenul microscopic al scaunelor poate pune în evidenţă feculente şi carne nedigerate, dacă în plus evacuarea nu e rapidă, dacă nu există excese alimentare, se poate deduce că anomaliile sunt în legătură cu o insuficienţă a glandelor digestive. Dacă fibrele musculare prezintă striaţia normală, o insuficienţă gastrică e probabilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



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

LIPOCORTEN

Extract total de cortex suprarenal

Indicat în:

Insuficiența suprarenală subacută și cronică
Sindromele și bolile endocrine însoțite de insuficiență suprarenală
Sindromele de epuizare nervoasă și musculară
Sindromele de deficit trofic și de asimilație
Sindromul neuro-psychic depresiv
Intoxicațiile alimentare
Azotemia
Oliguria extra-renală
Vărsăturile de sarcină

*

Intoxicațiile anestezice
Socul traumatic
Socul post-operator
Oliguria și azotemia post-operatorie
In pregătirea pre-operatorie.

*

Ambalaje a 5 și 10 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța generală

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu"

București, Calea Griviței Nr. 67

Telefon 4.98.08

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Centrul de ocrotire a copiilor şi
Spitalul de medicină infantilă Timişoara

COMBATEREA SIFILISULUI CONGENITAL [1])

de

D-rii I. NEMOIANU, A. I. ZORAN şi L. MIRCEA

Regulamentul pentru combaterea boalelor venerice apărut în „Monitorul Oficial" No. 246 din 20 Oct. 1943, atinge numai în treacăt, în art. 5, 23 şi 25, problema sifilisului congenital. Articolele sus amintite din regulament instituie răspunderea părinţilor sau tutorilor pentru tratamentul bolnavilor venerici minori; ele mai obligă pe medici să întreprindă cercetări clinice şi serologice în familia bolnavilor de sifilis (soţie şi copii), pentru a descoperi eventuale transmisiuni, iar în cadrul şcolilor primare, în vederea „depistării sifilisului congenital" se preconizează un control periodic, bazat pe examen clinic şi după posibilităţi, chiar serologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De sigur, aceste câteva dispoziţiuni nu sunt suficiente pentru depistarea şi tratamentul sifilisului congenital — care îşi are particularităţile sale deseori mai puţin cunoscute — şi de aceea credem că, Regulamentul se bazează mai mult pe eficacitatea tratamentului sifilisului la adulţi, precum şi pe executarea precisă a dispoziţiunilor detaliate şi precise ale textului, dela care se aşteaptă stârpirea, cu vremea, a flagelului social pe care-l reprezintă sifilisul.

In faţa acestei situaţii, ni se pare indicat să expunem în mod sumar, pe baza cunoştiinţelor şi experienţelor mai noui, starea actuală a sifilisului congenital, căutând totodată să fixăm punctele de reper pe care le credem necesare în acţiunea practică.

1. Inainte de toate, vom arunca o scurtă privire retrospectivă asupra importanţei pe care a avut-o şi o are încă sifilisul congenital.

In tratatul de medicină infantilă a lui **Grancher-Comby** din 1904, se citează părerea lui **Fournier**, după care mortalitatea infantilă datorită sifilisului sugarilor ar fi de 52%, la care se adaugă alte 32% cari dau accidente ulterioare. După acelaşi autor, dacă sifilisul e numai la tată,

---

1) Comunicare făcută în şedinţa Secţiei ştiinţifice a Colegiului Medicilor din Timişoara, în 6 Dec. 1943.

mortalitatea ar fi de 28%; dacă mama este cauza sifilisului, atunci mortalitatea e de 54%; iar dacă amândoi părinţii sunt în cauză, copiii mor într'un procent de 71% în mediul familiar şi de 86% în ambianţa spitalicească. Dat fiind faptul că, tratatul a fost scris înainte de descoperirea lui **Schaudin**, părerile de mai sus asupra etiologiei sifilisului congenital sunt explicabile, ele fiind oglinda concepţiilor din acea epocă.

Pe noi ne interesează cifrele mortalităţii infantile, care într'adevăr, sunt impresionante.

Ceva mai târziu, în anul 1905, apare tratatul german de medicină infantilă a lui **Pfaudler-Schlossmann**, deci într'o vreme, când punerea în evidenţă a spirochetei pallida după Schaudin era încă controversată. In capitolul privitor la sifilisul copiilor, **Hochsinger** ne dă o statistică personală. Urmărind 67 familii de sifilitici, autorul a constatat: 48 avorturi şi 266 graviditâţi duse la termin, dintre cari 124 născuţi morţi şi 142 născuţi vii (din aceştia din urmă au murit 76 în primele zile după naştere).

După aproape patruzeci de ani, **Goebel** fixează concepţia actuală, a şcolii germane moderne, în tratatul de medicină infantilă a lui **Bamberger-Degkwitz** (1942), în modul următor: „Sifilisul copiilor atât cel câştigat intrauterin cât şi extrauterin, este o boală în dispariţie, cel puţin în Germania şi alte ţări de înaltă cultură şi astfel chiar în clinicile mari abia se văd astăzi 1—2 cazuri pe an".

Explicaţia acestei stări mulţumitoare din Germania este constrângerea adulţilor bolnavi de a se trata, precum şi efectul rapid şi sigur al salvarsanului şi derivatelor sale.

Biblioteca Universitatii "Babes-Bolyai" University Library Cluj

Oricâtă încredere ar inspira gradul de cultură şi spiritul de disciplină al poporului german, precum şi preciziunea aparatului sanitar, există câteva motive puternice, care ne face să primim cu rezervă optimismul lui Goebel. In afară de faptul că, sifilisul congenital este întotdeauna un sifilis visceral, mai refractar la metodele de tratament — cu atât mai refractar, cu cât tratamentul este instituit mai târziu, ceea ce se întâmplă de obiceiu în sifilisul congenital latent — mai este şi conduita literaturii medicale germane, care nu a dat niciodată importanţa cuvenită sifilisului congenital latent al copiilor.

In această din urmă direcţie, şcoala franceză, reprezentată prin **Marfan**, ocupă o poziţie diametral opusă. Acest autor, în „Clinique des maladies de la première enfance" din 1928, afirmă că, în spitalul copiilor asistaţi din Paris, 10% din sugarii sub un an au semne sigure de sifilis şi 15% prezintă semne probabile. In general, Marfan admite o frecvenţă de 20% a sifilisului congenital la sugarii asistaţi, cifră foarte ridicată, care se apropie de cifrele noastre şi care se explică prin provenienţa acestor categorii de copii, recrutaţi mai ales din populaţia flotantă a oraşelor şi din straturile sociale inferioare ale mediului rural.

Urmărind în institutul nostru, timp de 20 ani, problema sifilisului congenital şi urmând clasificarea simptomelor după Marfan, concluzia noastră este că, **sifilisul congenital nu este o boală în dispa-**

riţie, ci în fază de transformare, după cum se va vedea din datele ce le vom prezenta în studiul de faţă.

2. a) Datele noastre cuprind materialul de sugari din serviciul de puericultură (secţia de sugari dependenţi sociali) din anii 1924—1943 şi anume, la 1821 foi de observaţie am avut 272 cazuri de sifilis congenital, adică o frecvenţă de 15%.

Pe epoci, cazurile se repartizează astfel:

I	dela 1924—1930,	la 689	sugari	82	cazuri de sifilis	= 12%
II	„ 1931—1935,	„ 426	„	73	„ „ „	= 17%
III	„ 1936—1940,	„ 400	„	59	„ „ „	= 14%
IV	„ 1941—1943,	„ 306	„	58	„ „ „	= 19%

Frecvenţa crescândă este numai aparentă; ea se datorează faptului că, între timp ne-am perfecţionat tehnica diagnosticului, de pe urma experienţelor câştigate, ceea ce reiese din tabela următoare, care demonstrează formele de sifilis.

b) Din 272 de sugari cu sifilis congenital am avut 126 = 46% cu semne sigure (clinice şi serologice) şi 54% cu semne probabile la început, dintre cari o bună parte au arătat mai târziu şi semne sigure.

Pe epoci:

	I.	II.	III.	IV
Sifilis manifest: (clinic şi serologic)	50 : 82 = 60%;	31 : 73 = 43%;	27 : 69 = 45%;	18 : 59 = 31%
Sifilis latent: (semne probabile)	40%;	57%;	55%;	69%

Scăderea cazurilor de sifilis congenital manifest şi înmulţirea cazurilor latente este evidentă.

Incontestabil, tratamentul mai bun din epoca dintre cele două războaie mondiale a contribuit în largă măsură la diminuarea sifilisului congenital manifest; dar nu mai puţin este adevărat că, prea puţini părinţi au urmat cura complectă de 4 ani şi astfel sifilisul congenital a fost numai atenuat dar nu şi extirpat.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

c) **Mortalitatea sugarilor sifilitici** s'a prezentat precum urmează: Din 272 cazuri au decedat sub 1 an: 98 = 36%, sub 3 ani (dela 0—3 ani): 131 = 48%. Aceste procente sunt minime, deoarece între timp am pierdut controlul asupra 28 copii sub 1 an şi asupra 20 copii între 1—3 ani. Primirile şi extrădările copiilor abandonaţi (dependenţi sociali) se fac după criterii sociale iar nu medicale şi astfel nu am avut baza legală pentru a-i reţine în îngrijire instituţională pe toţi sifiliticii. In general, timp de şase luni după extrădare, ei sunt ţinuţi încă în evidenţă şi control, dar acest control este deseori problematic. De aceea credem că, procentele mortalităţii sugarilor de mai sus, sunt în realitate mai mari.

Mortalitatea pe epoci:

Epoca I	*sub 1 an*:	42 : 82 = 51%;	dela 0—3 ani:	58 : 82 = 70%
„ II	„ :	27 : 73 = 37%;	„ :	31 : 73 = 42%
„ III	„ :	12 : 59 = 20%;	„ :	22 : 59 = 37%
„ IV	„ :	17 : 58 = 29%;	„ :	20 : 58 = 34%

Scăderea continuă a mortalităţii se datorează perfecţionării tratamentului îmbunătăţirii condiţiunilor de îngrijire instituţionale şi frecvenţei mai mari a formelor latente de sifilis congenital.

In terapeutică am urmat tratamentul clasic cu arsen şi mercur sau arsen şi bismuth, iar în ultimii ani am folosit cu precădere tratamentul peroral cu spirocid sau stovarsol.

Importanţa factorului ambianţă reiese din comparaţia între epoca III şi IV, când stările excepţionale de război au creiat condiţiuni mai slabe de îngrijire şi cu toate că, tratamentul s'a perfecţionat, iar cazurile latente au fost mai dese, totuşi mortalitatea a crescut în anii din urmă.

In general, procentul mortalităţii sugarilor sifilitici este şi astăzi foarte ridicat, mult peste media mortalităţii sugarilor din ţară, iar în comparaţie cu mortalitatea din institutul nostru este de-a-dreptul disproporţionată. In adevăr, mortalitatea infantilă a României oscilează în jurul a 17—18%, iar în institutul nostru ea a variat, în epoca III-a între 5—7%, în epocile II şi IV între 8—14% (iar în epoca I-a între 20—30%).

d) **Soarta de mai târziu a sifiliticilor congenitali**, reiese din următoarele date:

Din 272 cazuri au decedat sub 3 ani 131 copii = 48%, am pierdut urma la 48 = 18% şi am urmărit până la 10 ani 90 copii = 34%.

Din cei 90 urmăriţi au fost sănătoşi 62 = 69%, au prezentat semne de sifilis 15 = 16,6%, au prezentat accidente (idioţie, Little, encefalopatii) 13 = 14,4%.

Numărul celor cu accidente s'a înmulţit mai ales în ultimii ani, când din cauza ameliorării condiţiunilor medico-igienice au supraviejuit şi copii cari altfel ar fi decedat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Adăugând la aceste rezultate finale şi perturbaţiunile de ordin constituţional pe care le provoacă virusul sifilitic, se impune concluzia că, **sifilisul congenital rămâne pentru noi o problemă încă spinoasă şi de mare importanţă.**

Dacă Timişoara şi Banatul, care incontestabil, este cea mai civilizată regiune a ţării, prezintă acest aspect, atunci de sigur nu vom greşi în presupunerea că, alte regiuni se găsesc în situaţie şi mai nefavorabilă.

3. **Combaterea sifilisului congenital** are trei puncte cardinale: diagnosticul, profilaxia şi tratamentul.

1. In privinţa **diagnosticului** vom lua ca punct de plecare clasificarea lui Marfan. După acest autor, **semnele sigure** sunt:

a) Pemfigusul palmar şi plantar; b) Coryza precoce caracteristică; c) Splenomegalia precoce şi cronică; d) Leziuni caracteristice ale pielii (sifilide) şi mucoaselor; e) Pseudoparalizia Parrot.

La acestea se adaugă reacţiile serologice pozitive.

Semnele probabile se împart în două categorii: antenatale şi postnatale.

Cele antenatale sunt:

a) Antecedentele familiare; b) Frecvenţa avorturilor după patru luni şi mai ales a feţilor macerati; c) Prematalitatea copiilor; d) Gestaţia gemelară; e) Hidramniosul şi starea placentei (dacă greutatea acesteia depăşeşte 1/5 din greutatea corporală a noului născut şi dacă placenta prezintă leziuni de scleroză şi hemoragii).

Semnele probabile postnatale:

a) Melena noului născut; b) Anorexia sugarilor; c) Vărsături habituale; d) Creştere insuficientă fără cauze manifeste; e) Ganglioni cubitali palpabili; f) Vegetaţii adenoide precoce; g) Ipertrofia timusului; h) Hidrocelul ireductibil şi persistent; intumescenţa şi induraţia testicolului; i) Malformaţiuni şi afecţiuni congenitale; j) Afecţiuni congenitale ale cordului; l) Encefalopatii congenitale (Little, atetoză bilaterală, idioţie, mongolism, fără hemoragii meningeale sau cerebrale obstetricale); m) Convulsiuni precoce esenţiale; n) Strabism convergent persistent (esenţial); o) Rachitism cu deformaţiuni osoase mari.

De sigur, lista de mai sus a lui Marfan nu este nici perfectă, nici definitivă. Insuşi autorul a modificat-o mereu înainte de ce ar fi publicat-o şi o considera mereu supusă modificărilor, unele semne putând fi eliminate, iar altele noui, adăugate. Astfel, venectaziile cefalice, hemoragiile parenchimatoase din ombilic, apoi „Glotzauge" a lui Feer, pot fi introduse, după experienţele noastre, în lista semnelor probabile; tot atunci hidrocelul, encefalopatiile (mai ales mongolismul), vărsăturile habituale ni s'au părut cel puţin problematice.

Dar ceea ce interesează în primul rând e faptul că, prin concepţia lui Marfan ni s'a deschis un orizont larg pentru cercetarea sifilisului congenital discret şi că, prin un tratament specific instituit la timp, se elimină una din marile cauze ale mortalităţii infantile.

Lesné şi **Linossier-Ardois** merg şi mai departe şi într'un memoriu intitulat: „Le bel enfant syphilitique" afirmă că, deseori copilul sifilitic este un copil frumos şi în aparenţă sănătos; o boală intercurentă însă îi poate fi fatală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De aceea, am crezut necesar, ca, oridecâteori avem un indiciu cât de vag pentru prezenţa sifilisului congenital, să complectăm examenul clinic şi serologic cu examenul lichidului cefalorachidian.

Intr'o lucrare anterioară a unuia din noi [2]), am arătat că, cercetarea sistematică a lichidului cefalorachidian la sugarii presupuşi sifilitici nu ne-a dat rezultate concludente.

Mai nou, **Martenstein** [3]) publică 18 cazuri (4 sugari cu semne de sifilis florid, 8 seropozitivi, 6 seronegativi) în vârstă de 4—6 săptămâni, la cari examenul lichidului cefalorachidian a fost negativ; de aceea autorul a şi renunţat la această armă de diagnostic.

Dela prima noastră publicare am mai avut ocazia să observăm 6 cazuri de sifilis congenital latent, la care seroreacţiile au fost negative, iar R. W. în lichidul c. r. a fost pozitivă (tot aşa a fost pozitivă şi reacţia Goldsol) şi alte 8 cazuri, în care seroreacţiile şi reacţia Wassermann în l. c. r. au fost negative, iar reacţia Goldsol a fost pozitivă. Este adevărat că, aceste 14 cazuri ale noastre au fost sugari trecuţi de 6 săptămâni, 4 din ei au făcut tratament per os cu stovarsol înainte de puncţia lombară (ceea ce a constituit o metodă de provocare), iar la 5 sugari puncţia lombară s'a făcut din cauza altor boli acute şi numai întâmplător s'a cerut laboratorului şi executarea reacţiei Goldsol.

---

2) *I. Nemoianu*: „Reacţiuni meningoencefalice la sugarii eredo-sifilitici". Vestul Medical Nr. 3 | 1936.

3) *Martenstein*: „Die Behandlung der connatalen Syphilis mit maximalen Spiroziddosen" Archiv für Kinderheilkunde 1943.

Indiferent însă de condiţiunile inegale şi lipsite de sistem, în care s'a executat reacţia Goldsol în cazurile noastre, cert este că, ea ne-a putut pune în evidenţă prezenţa sifilisului congenital chiar când celelalte mijloace de diagnostic au dat rezultate negative.

De aceea ne-am propus să urmărim acest aspect al sifilisului congenital şi vom reveni asupra lui atunci când materialul adunat ne va permite să tragem o concluzie definitivă; aceasta cu atât mai mult, cu cât reacţia Goldsol este chemată să ne dea un punct de reper obiectiv tocmai în cazurile dubioase, când nu am avea o justificare suficientă pentru instituirea tratamentului specific.

Intrelăsarea sau instituirea tratamentului are o importanţă deosebită pentru sănătatea viitoarelor generaţii, deoarece este ştiut că, o mamă cu sifilis congenital latent poate transmite boala copiilor care astfel va apare în generaţiile de nepoţi şi strănepoţi.

In concluzie, cercetarea atentă a semnelor probabile şi executarea reacţiilor coloidale în lichidul cefalorachidian, sunt metode care ne uşurează evidenţierea sifilisului congenital latent.

2. Mai mult însă decât toate mijloacele de diagnostic după naştere — care privesc în primul rând tratamentul — se impune recunoaşterea pericolului sifilitic în epoca fetală, căci ea ne permite să facem o **profilaxie** radicală (înainte de 4 luni), sau cel puţin să instituim un tratament al sifilisului fetal, cu mai multe şanse de succes, decât tratamentul din epoca postnatală.

De când se ştie că, transmiterea germinativă a sifilisului prin spermatozoon este exclusă, iar prin ovul este cel puţin neverosimilă, şansele combaterii sifilisului congenital s'au mărit foarte mult.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela începutul graviditătii până în luna 5-a, se pot face două serii de tratament, cu o lună de pauză, ceea ce este suficient pentru a preveni infecţia sifilitică a fătului; iar un tratament intensiv al gravidei după luna patra poate creia condiţiuni pentru naşterea unui copil sănătos.

Dacă la naşterea copilului, mama are R. W.. pozitivă, iar copilul este seronegativ şi fără simptome clinice, se recomandă o cură preventivă (cu 220 tablete spirocid peroral).

Astfel, combaterea sifilisului congenital, despre care se credea că, este rezervat medicinii infantile, s'a deplasat tot mai mult în domeniul medicilor venerologi şi mamoşi, cari pot sesiza mai de vreme situaţia, decât pediatrii.

Şi tocmai în această direcţie, Regulamentul pentru combaterea boalelor venerice nu dispune organizarea profilaxiei şi a tratamentului sifilisului fetal, ci el caută sifilisul congenital în şcolile primare, unde se poate să-l găsească uneori în formele lui tardive, când şi tratamentul va fi mai mult sau mai puţin tardiv.

3. **Tratamentul sifilisului congenital** propriu zis (după naştere), nu a dat rezultate mulţumitoare, după cum ne-o dovedesc datele statistice publicate mai sus.

In afară de greutăţile ce le întâmpină organizarea şi executarea unui tratament de lungă durată (patru ani), mai intervin bolile intercurente atât de frecvente la sifiliticii congenitali care temporizează tratamentul, apoi ambianţa de obiceiu nesatisfăcătoare a copiilor şi în

fine rezistenţa sifilisului congenital (totdeauna visceral la acţiunea medicamentelor.

De aceea, a însemnat un progres enorm propunerea lui Erich Müller, de a trata sifilisul imediat după naştere, cu doze maxime de spirocid 40—50 gr. în decurs de 14 săptămâni, ceea ce echivalează cu un adevărat tratament de asalt.

Rezultatele publicate au fost contradictorii şi astfel metoda nu s'a putut generaliza, mai ales că, executarea ei presupunea o colaborare organizată între mamoşi-venerologi şi pediatri, precum şi o îngrijire instituţională, cel puţin în faza de experimentare.

Recent de tot (1943), Martenstein publică rezultate extrem de favorabile obţinute cu tratamentul după metoda lui Erich Müller la 62 sugari în decurs de 8 ani, care dacă se vor verifica, însemnează un progres enorm faţă de trecut.

Având în vedere că, tratamentul poate fi executat de orice medic şi oriunde, vom reda pe scurt rezultatele lui Martenstein, precum şi schema tratamentului, pentru a fi încercat pe o scară cât mai întinsă.

a) Din 62 copii trataţi, autorul a avut un singur accident mai serios, dar fără urmări notabile şi anume o dermatită cauzată de spirocid.

b) Creşterea în greutate a copiilor a fost bună.

c) Mortalitatea sugarilor cu sifilis congenital a fost redusă la nivelul mortalităţii sugarilor nesifilitici.

d) Rezultatele de durată au fost foarte bune, obţinându-se o vindecare definitivă din punct de vedere clinic şi serologic, pe lângă o desvoltare corporală şi psihică normală, întru cât sifilisul nu a provocat leziuni ireparabile încă „in utero". (Autorul a avut din 62 sugari, 4 cazuri cu boala lui Little şi un caz de idioţie).

e) Din 58 sugari trataţi complect după metoda lui Erich Müller, numai 2 au decedat sub vârsta de un an; iar dintre cei ţinuţi sub observaţie timp de cel puţin 3 ani, 87% au fost complect vindecaţi.

Autorul a folosit următoarea schemă de administrare a spirocidului:

Seria I	:	timp	de	10	zile	½	tabletă	pe zi	= 1	gr. 25
„ II	:	„	„	„	„	1	„	„ „	= 2	gr. 50
„ III	:	„	„	„	„	2	„	„ „	= 5	gr.
„ IV	:	„	„	„	„	3	„	„ „	= 7	gr. 50
„ V, „ VI, „ VII	:	„	„	„	„	4	„	„ „	= 30	gr.

Total 46,25 gr. spirocid în 14 săptămâni. După fiecare serie s'a făcut o pauză de câte 4 zile.

Un fapt de importanţă deosebită este, după Martenstein, vârsta la care începe tratamentul. Din cei 62 copii, 43 au început să fie trataţi în primele 2 săptămâni după naştere, 9 în săptămâna 3—4-a, alţii 6 în săptămâna 5—6-a şi numai 4 copii în luna 2—4-a.

Tratamentul instituit mai târziu nu a dat aceleaşi rezultate bune; la copiii trecuţi de un an nici nu se poate obţine vindecarea cu o singură cură.

4. Din cele expuse, rezultă următoarele concluziuni principale:

1. Diagnosticul clinic şi serologic al sifilisului congenital, trebue

complectat cu o atentă examinare a semnelor probabile precum şi cu reacţiile coloidale ale lichidului cefalorachidian în cazurile dubioase.

2. Profilaxia prezintă cele mai bune şanse de combatere, dacă ea se face în primele 4 luni ale graviditătii.

3. Tratamentul intensiv al sifilisului fetal are perspective foarte bune.

4. Tratamentul postnatal va fi instituit cât mai curând posibil şi el va fi un tratament de asalt, după metoda lui Erich Müller.

5. Regulamentul pentru combaterea bolilor venerice va trebui să ţină seamă de particularităţile sifilisului congenital şi prin urmare, el urmează să fie complectat cu dispoziţiuni care să asigure o profilaxie şi un tratament intensiv şi rapid al sifilisului congenital.

Auf Grund von 272 Fällen von angeborener Syphilis, die in der Zentralanstalt für Kinderfürsorge in Timişoara in den letzten 20 Jahren beobachtet wurden, glauben die Verfasser, dass die connatale Syphilis nicht eine aussterbende Krankheit darstellt, sondern dass nur die klinisch und serologisch manifesten Fälle seltener geworden sind, dagegen vermehren sich immer und immer die latenten Fälle. Die durch die angeborene Syphilis verursachte Säuglingssterblichkeit ist noch immer sehr hoch, viel über dem Niveau des Landes

Eine ausreichende Bekämpfung der angeborenen Syphilis muss sich auf folgende Hauptpunkte stützen:

1) Die klinische und serologische Untersuchung soll mit einer aufmerksamen Prüfung der wahrscheinlichen Symptome, sowie mit Kolloidreaktionen (Goldsol) der zerebrospinalen Flüssigkeit in zweifelhaften Fällen, ergänzt werden.

2) Die beste Bekämpfung ist die in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten durchgeführte Prophylaxie, sowie die intensive Behandlung der foetalen Syphilis. Diese zwei sind nicht vom Kinderarzt, sondern vom Venerologen und Geburtshelfer abhängig.

3) Die Behandlung nach der Geburt gehört dem Kinderarzt sie ist aber von einer Zusammenarbeit mit dem Geburtshelfer bedingt und muss so früh als möglich nach der Methode von Erich Müller, begonnen werden.

4) Das Gesetz für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten soll mit solchen, den speziellen Einzelheiten der angeborenen Syphilis angepassten Verfügungen, ergänzt werden.

Se basant sur un nombre de 272 cas de syphilis congénitale, observés dans un intervalle de 20 ans, au Centre d'Assistance des Enfants de Timişoara, les auteurs affirment que la syphilis congénitale n'est pas une maladie en voie de disparition, mais en phase de transformation. En éffet les cas latents sont de plus en plus fréquents tandis que les cas manifests cliniquement et serologiquement sont devenus plus rares.

La mortalité due à cette maladie est encore très élévée, bien au dessus de la moyenne du pays.

La lutte éffective devra tenir compte des points suivants.:

1) Le diagnostique clinique et sérologique de la syphilis congénitale devra être complété par un examen très attentif des signes de probabilité et dans les cas douteux par une réaction colloidale (Goldsol) dans le liquide céphalo-rachidien.

2) Le traitement prophylactique présente les plus grandes chances d'éfficacitté s'il est instituté dans les 4 premiers mois de la gestation. Il en est de même du traitement intensif de la syphilis foetale qui a de très belles perspectives. Ces traitements ne reviennent pas aux pédiâtres, mais aux vénérologues et obstétriciens.

3) Le traitement post-nata, réservé aux pédiâtres, mais néeéssitant la collaboration des obstétriciens, sera instituté le plutôt possible et sera un traitement d'assaut selon la méthode d'Erich Müller.

4. Le réglement pour la lutte contre les maladies vénériennes devra être complété par des dispositions qui doivent tenir compte des particularités de la syphilis congénitale.

Vitamina B_1

VIBE Dr. Wander

Vitamina B_1 cristalizată pură

Vibe forte fiole a 25 mgr.
Vibe fiole a 2 mgr.
Vibe tablete a 1 mgr.

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT „SAPIC"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi No. 90

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

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

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

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

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

Lucrare făcută în Sanatoriul Sf-ta Elena—Ploeşti

DESPRE UN SEMN DE PERCUŢIE PENTRU DEPISTAREA CAVERNELOR PULMONARE

de

D-r G. POLATOS şi **D-r D. MATEI**

Medic şef — Medic secundar

Semeiologia clasică a cavernelor pulmonare a suferit o importantă punere la punct în ultimele două decenii, datorită examenului radiologic sistematic al bolnavilor pulmonari.

Astfel, contrariu părerii vechilor clinicieni şi chiar al unor actuali medici, s'a putut constata că în multe cazuri de caverne pulmonare descoperite la examenul radiologic, nu se găseşte niciunul din semnele stetacustice cavitare clasice.

Ameuille a fost printre primii ftiziologi, care a avut curajul să afirme această carenţă a stetacusticei într'un articol cu răsunet, apărut în 1922, cu titlul sugestiv „La defaillance de l'ascultation" [1]).

Cam în acelaşi timp Burnand şi Carrard [2]) afirmă că 50% din cavernele constatate radiologic, n'au putut fi decelate la examenul stetacustic.

Ulterior s'a publicat mai multe articole asupra acestei chestiuni, de către ftiziologi cunoscuţi, cari afirmă că procentul de caverne neauzibile ar fi chiar mai mare, atingând după unii autori 83% [3]), ceea ce ni se pare exagerat.

Sunt şi unii ftiziologi ca de ex.: Sergent, Dumarest, pentru cari acest procent de caverne neauzibile, se datoreşte şi faptului că multe din acestea nu-şi traduc prezenţa numai prin aşa zisul „limbaj clasic al semnelor cavitare". In multe cazuri ele pot fi descoperite printr'un număr de alte semne stetacustice, ca de ex.: ralurile consonante, a căror prezenţă este, după mulţi ftiziologi, un bun semn de existenţa unei caverne [4]).

---

1) Ameuille. La defaillance de l'auscultation. Presse Médicale 1922.

2) Burnand şi Carrard „La moitié des cavernes tuberculeuses sont muettes a l'auscultation". Presse Médicale 1922.

3) Lazare-Maulde. Thèse, Paris — 1925.
Le Seve. Thèse. Paris — 1926.

4) A Giraud. De la Séméiologie des cavernes pulmonaires. Rev. de la Tub. No. 3 | 1927.
A. Giraud. Précis de Phtisiologie — Paris 1937.

In ultimul timp, Profesorul Alfons Winkler[5]), din Gratz, a descris un semn de percuţie, care deşi a trecut cam neobservat, prezintă totuşi o reală valoare pentru depistarea cavernelor pulmonare. Am spus că acest semn a trecut cam neobservat, căci deşi a fost publicat pentru prima dată în anul 1934, totuşi n'a mai apărut până la începutul anului 1940, nicio altă lucrare asupra lui. Acest fapt ne-a fost confirmat de fisierul revistei „Monde-Medical", căruia ne adresasem la acea dată pentru literatura respectivă, în vederea unei comunicări pe care am şi făcut-o asupra acestui semn. Ni s'a răspuns că nu s'a publicat încă nimic asupra acestei chestiuni, lucrările încă fiind în curs. Nu ştiu dacă din anul 1940, s'a mai publicat ceva asupra acestei chestiuni, ne mai putând fi în curent cu literatura medicală străină.

Semnul descris de Winkler constă în diferenţa de tonalitate între percuţia uşoară şi forte, care este inversată la pulmonul cavitar. De ex.: la un pulmon normal, percuţia forte dă un sunet mai grav, mai intens şi mai prelungit decât percuţia uşoară. Invers, la un pulmon care prezintă o cavitate, percuţia forte dă un sunet mai mat, mai puţin intens şi mai scurt decât percuţia slabă.

După Winkler, acesta este semnul cel mai constant şi mai sigur dintre semnele cunoscute furnizate de cavernele pulmonare, şi că el permite într'un mod sigur de a pune acest diagnostic.

El recomandă, pentru cercetarea corectă a acestui semn, să aşezăm bolnavul într'o poziţie bună, deoarece una vicioasă poate da rezultate eronate.

Poziţia bolnavului indicată de Winkler, este următoarea: muşchii pieptului complect relaxaţi, capul puţin aplecat pe piept, mâinile să atârne moi, iar partea superioară a corpului să fie dreaptă (necurbată) şi uşor aplecată înainte; percuţia să se facă perpendicular pe suprafaţa percutată.

Se caută mai întâi regiunile cu modificări percutorii şi se găsesc apoi centrele acestor zone. Asupra acestor centre se aplică apoi percuţia comparativă. Winkler mai recomandă ca, înainte de percuţie, bolnavul să tuşească de câteva ori, apoi să expire adânc, iar când expriaţia a ajuns la maximum, bolnavul să-şi ţie respiraţia. Percuţia făcută în acest moment dă o diferenţă de tonalitate cu mult mai netă.

De multe ori chiar schimbarea de tonalitate nu se poate constata decât dacă bolnavul a tuşit de câteva ori.

Percuţia făcută cu respectarea acestor condiţii nu dă rezultate negative decât în foarte rare cazuri.

Winkler, pentru a ne explica mecanismul acestei schimbări de tonalitate în percuţia pulmonul cavitar, ne arată ce se întâmplă când percutăm o minge de cauciuc: Când percuţia este uşoară, sgo-

5) Alfons Winkler. Schveizeriche medizinische Wochenschrift t. 64. No. 14 Apr. 1934.

Alfons Winkler. — Eine einfache Methode des percutonischen Kavernen Nachweises. Wiener — Klinische — Wochenschrift, t. 47 No. 15 Aprilie 1934

motul produs este datorit în mare parte vibrațiilor de frequență joasă ale aerului închis în interiorul mingei și în foarte mică măsură vibrațiilor de frequență mai înaltă, produse de pereții mingei. De aceea sunetul va fi mai grav. Când percutăm însă tare, atunci sunetul produs este datorit mai ales vribrațiilor de frequență înaltă, produsă de pereții cavernei și în mică măsură de vibrațiile de frequență joasă ale aerului din interiorul mingei. De aceea vom avea un sunet înalt. Aceleași fenomene acustice se întâmplă și la percuția cavernelor pulmonare, unde de asemeni o percuție ușoară ne va da un sunet mai grav, iar o percuție forte un sunet mai înalt; deci invers ca la percuția pulmonului normal.

Considerând că acest semn ar fi de o reală valoare practică, dacă se adevereşte exact, am căutat să-l verificăm chiar dela apariția articolului lui Winkler, pe un număr cât mai mare de bolnavi.

Constatările noastre, care confirmă în parte afirmațiunile lui Winkler, le dăm mai jos:

Este exact că acest semn, după cum afirmă autorul lui, se găseşte mai frequent decât toate celelalte semne cavitare descrise.

Noi l-am găsit într'o proporție de 86% din totalul cavernelor constatate la examenul radiologic obișnuit. Acest procent este destul de important dacă îl comparăm cu procentul mult mai redus dat de celelalte semne cavitare.

In aceste 86% din cazuri, am găsit semnul lui Winkler asociat cu unul sau mai multe din semnele cavitare clasice. In aceste cazuri, deci, nu prezintă multă importanță, sgomotele cavitare clasice fiind suficiente pentru stabilirea diagnosticului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazurile în care l-am găsit asociat numai cu ralul consonant, prezintă o reală valoare, căci putem afirma cu certitudine prezența unei caverne.

In alte cazuri, în care l-am găsit numai asociat cu alte raluri supra-adăogate, el constituie o serioasă prezumție de existența unei caverne.

In 6% cazuri, l-am găsit singur fără prezența altui semn stetacustic. In aceste cazuri, care ar fi de o reală valoare practică, nu putem din păcate afirma existența unei caverne decât după controlul radiologic, după cum vom vedea mai departe.

Din cele 14% cazuri din totalul de caverne diagnosticate radiologic, în care acest semn este negativ, cavernele erau mici sau situate profund. De altfel 4% dintre acestea îl constituiau aşa zisele „caverne mute" cari nu prezintă niciun semn stetacustic, fiind adevărate descoperiri radiologice.

Ceea ce însă scade mult din valoarea semnului lui Winkler este faptul că l-am mai găsit, câteodată, și în simple infiltrațiuni și chiar în simple induraţii ale vârfului pulmonului. De aceea numai prezența acestui semn nu este suficientă, după noi, pentru a afirma exis-

6) Gh. Polatos — D. Mateiu: Despre un semn de percuție pentru depistarea cavernelor pulmonare. Comunicare în ședința societății „Medico-Chirurgicale" — Prahova 1940.

tenţa unei caverne pulmonare. In cazurile în care el nu este însoţit de unul din semnele cavitare clasice, sau de rolul consonant, suntem nevoiţi să recurgem la confirmarea diagnosticului printr'un examen radiologic.

Il putem totuşi considera ca un semn folositor, a cărei valoare practică constă în faptul că prezenţa lui ne indică posibilitatea existenţei unei spelunci, în 86% din cazuri, ceea ce niciunul din semnele cunoscute până în prezent nu o făcea într'o proporţie aşa de mare.

GH. POLATOS et D. MATEIU: *Sur un bon signe de percution pour le dépistage des cavernes pulmonaires.*

Les auteurs, après avoir décrit le signe de percussion de A. Winkler, qui consiste dans la différence de tonalité entre la percution lègère et forte, qui est inversée chez le poumon cavitaire, montrent le résultat de leurs recherches.

Ce signe a été trouvé dans une proportion de 86% des cavernes constatées à l'examen radiologique. Mais il ne suffit pas à lui seul de mettre le diagnostique de caverne pulmonaire, parce qu'on l'a trouvé aussi, quelques fois, dans les infiltrations.

Sa valeur pratique consiste dans la possibilité, qu'il nous indique, de l'existence d'une caverne.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ULMARA

„Gamma"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

Antireumatic,
Analgetic,
Revulsiv.

Reprezentanţa pentru România: S. I. F. s. a. r.
Bucureşti IV, Avram Iancu, 32
Telefon 5.51.51

Analeptic **Cardiotonic**

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături | **Fiole** | **Pulbere pentru receptură**

în toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine

---

Desinfectant pulmonar
Calmant al tusei
Expectorant
Recalcifiant

ERIGON Dr. Wander

SIROP

Sulfogalacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiţi

Bronşite cronice şi subacute
Bronşectazii Tuberculoză

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S.A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti II Bul. Buc. Noi No. 90.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BRONCHOTIOFAN-Sirop

Ephedrin
Bromoform
Coffein Natr. Benz.
Senega — Aconit

BOLILE CAILOR RESPIRATORII
Bronsite
Cathar
Pneumonie
Influenţă gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL-Tablete

Codein Phosph.
Plv. Doweri
Acid Acetylo-Sal.

BOLILE CATARALE ALE CAILOR RESPIRATORII
Anghină pect.
Tuse
Laringită

PULMOROBIN-Sirop

Codein Phosph.
Aethyl Morphin
Guaiacol Lichid
Kal. Sulfoguaiacol
Calc Glycerophosph
Calc. Lactophosph
Extr. Chinae Fluid
Tra Aconit

BOLILE PULMONARE
Tuberculoză
Bronşite acute
Bronşite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL-Tablete

Chlorhydrat de Sulfamidochrisoidina
Aminobenzensulfamida

SEPTICEMII
Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

FABRICA **HYGEA** — CLUJ S. A. R. • BUCUREŞTI
Pentru produse Chimice şi Farmaceutice
Splaiul Unirii, 127 Telefon 4.22.44.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrare făcută la Clinica radiologică a Facultăţii de Medicină din Iaşi

APLICAREA ROENTGENTERAPIEI IN PLEUREZIA SERO-FIBRINOASĂ

de

Prof. D-r EMIL RADU şi **D-r RADU HOLBAN**

Asemănarea embriologică, histologică, fiziologică şi patologică dintre pleură şi peritoneu au condus la aplicarea în pleurezie a Roentgenterapiei, una din metodele întrebuinţate în peritonita tbc.

S'au ales 9 cazuri din formele trenante şi cu tendinţa de a-şi reface lichidul. In toate aceste cazuri evoluţia şi-a schimbat imediat mersul. Durerile şi febra, atunci când erau prezente, au dispărut în timpul sau imediat după tratament. Mai apoi lichidul s'a resorbit. Ulterior nu s'a mai găsit nicio urmă a maladiei. Se pare că prin acest tratament s'a scurtat timpul de boală, s'a oprit refacerea lichidului, s'au exclus sechelele.

Nu s'a observat în niciunul din aceste cazuri accidente.

Pleurezia e o maladie clasic socotită benignă, de multe ori însă această benignitate e înşelătoare. Astfel, sunt ştiute formele prelungite cu prognostic îndoelnic cât şi sechelele ce urmează oricărei fel de pleurezie. De multe ori şi în forma ei cea mai uşoară e urmată de predispoziţii şi chiar stări morbide.

Pe de altă parte, când e vorba de pleurezie, medicaţia actuală nu e prea bogată în mijloace.

Deci o nouă terapeutică mai ales când e eficace nu poate să fie decât binevenită.

Inspirându-ne din asemănarea evidentă dintre pleură şi peritoneu, atât histologică şi embriologică cât şi anatomo-patologică, am întrebuinţat în pleurezie una din metodele aplicate cu deosebit succes în peritonita tuberculoasă; Roentgenterapia. Am reuşit cu această metodă chiar şi în formele cele mai persistente, unde e mai necesar de intervenit, să se obţină o fericită întorsătură a maladiei. Se pare că astfel am scurtat cu mult timpul de boală, am oprit refacerea lichidului, am exclus sechelele. Urmărite aceste cazuri nu mai păstrau nicio urmă a maladiei.

Evident, nu se poate afirma din câteva cazuri eficacitatea sigură a Roentgenterapiei în pleurezie; dar prin aceasta, se poate deschide o nouă poartă metodei şi interveni cu un nou mijloc terapeutic acolo unde există atât de puţine. Rămâne ca o întrebuinţare mai întinsă să confirme aceste păreri.

Asemănarea dintre pleură şi peritoneu; dintre pleurezia sero-fibrinoasă şi peritonita de natură tuberculoasă. Embriologia ne arată că pleura nu e altceva decât o prelungire a peritoneului, care aşa cum peritoneul îmbracă ficatul, stomacul, splina, etc.; ea (această prelungire peritoneală) îmbracă pulmonul. Intre cele două părţi numai o evoluţie ulterioară interpune diafragmul. Peritoneul parietal, cât şi pleura parietală, sunt rezultate din evoluţia părţei celei mai interne a somato-pleurei, iar pleura şi peritoneul visceral sunt derivate din stratul superficial al lamei splahnice.

Histologic, ambele sunt formate din două straturi identice: un strat epitelial, reprezentat prin celule plane, subţiri, legându-se între ele prin limite mai mult sau mai puţin crenelate, de natură endotelială; şi un al doilea strat de natură conjunctivă, corionul. Asemănarea e atât de mare încât, căutând într'un tratat de anatomie sau histologie, acolo unde se descrie pleura şi unde se descrie peritoneul, se găsesc întrebuinţate (malum necesarium) aceleaşi expresii. Ceea ce deosebeşte o seroasă de alta sunt numai vecinătăţile. Caracteristic de asemănător e sistemul limfatic, el dă impresia unei singure entităţi pentru ambele seroase — acest tot limfatic nu e nicidecum întrerupt la nivelul diafragmului (Bizzozero şi Salvioli).

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

Că pleura şi peritoneul sunt de aceeaşi esenţă, ne arată şi fiziologia lor; ambele servesc pentru a da libere mişcările viscerelor pe care le înfăşoară, ambele sunt formate din o lamă endotelială lucie ce se pliază formând un sac închis, o cavitate virtuală necesară alunecării nestingherite a organelor.

Identitatea fizio-embrio-histologică e urmată de o identitate în manifestările patologice.

Leziunile anatomo-patologice pe care le provoacă bacilul Koch au o caracteristică bine definită oriunde ar fi, însă pe seroase iau forme specific asemănătoare; ceea ce se întâmplă mai ales la pleură şi peritoneu, dovedind că avem de-a-face numai cu două feţe ale aceleiaşi afecţiuni.

Spre peritoneu virusul tuberculos îşi face cale în moduri foarte asemănătoare cu cele spre pleură. Leziunile peritoneale sunt de asemenea însoţite de cele mai multe ori de leziuni pleurale (legea lui Godelier), şi chiar dacă König vine să contrazică aceasta, el nu poate nega că cel puţin 50% din peritonitele tuberculoase sunt însoţite de leziuni pleurale.

Peritonita de forma ascitică are corespondent tipic în pleurezia sero-fibrinoasă; în ambele găsim un exudat sero-citrin cu aceeaşi reacţie citologică şi chimică, foliculi tuberculoşi miliari, ce evoluiază spre rezoluţie, scleroză sau calcificare, şi ambele ajung la leziuni plastice (aderenţe, fibrozări).

Nu insistăm mai mult, asemănarea e evidentă.

Valoarea tratamentului actual în pleurezia sero-fibrinoasă de natură tuberculoasă. Tratamentul actual e mai mult simptomatic în pleurezie; medicul supraveghează evoluţia, el nu intervine. Deseori chiar se lasă maladia să evolueze singură şi să ajungă la o vindecare spontană; cea ce nu totdeauna e realizabil. După dispariţia lichidului rămân sechele a căror manifestări egalează în gravitate maladia.

Adresându-se toracocentezei, mica operaţie pe care Trousseau şi Dieulafoy o socotesc drept indicaţie majoră, se observă că: nu e de niciun folos pentru bolnav de a se evacua un lichid care conţine anticorpi şi care dă o imunitate locală deosebită (Paul Courmont), că uneori e chiar periculos şi inutil (Mollard, Litten). Şi dacă în pleureziile trenante sau trecute în cronicitate, ca evoluţia să-şi schimbe mersul e deajuns uneori de a se evacua o mică cantitate de lichid (Paul Savy), deseori toracocenteza singură e neputincioasă, şi se ajunge în urma unor prea multe încercări ca lichidul să devină purulent înainte de a apărea vreun semn de resorbţie. Aceste cauze restrâng toracocentezei indicaţiile la pleureziile abundente ce prezintă accidente mecanice.

Toracocenteza însoţită de insuflaţie de aer, aşa cum s'a preconizat în ultima vreme, nu e aplicabilă totdeauna şi e întovărăşită de destul de multe accidente.

Medicaţia ce se administrează e simptomatică. Sărurile de calciu care sunt utile pentru a recalcifica organismul şi uşura diureza, asupra boalei au acţiune minimă. Ceea ce rămâne a se arăta eficace sunt prescripţiile higieno-dietetice care de sigur au indicţiile prelungite şi în convalescenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pleurezia e iluzoriu vindecată odată cu resorbţia lichidului, căci tuberculoza pleurală ce persistă evoluează mai departe fără sgomot, dând doar pusee sporadice cu semne de cortico-pleurită. De unde e necesară luarea în seamă că avem de-a-face cu un proces bacilar faţă de care, orice formă ar avea, trebue să fim atenţi şi pentru jugularea căruia să căutăm cât mai multe mijloace.

Rezultă din ceea ce s'a desbătut mai sus că în terapeutica pleureziei mediaului nu i se da prea mare rol; el are aici multe de spus dar puţine de aplicat, de aceea adăugarea unui nou mijloc terapeutic e bine venit, mai ales când se arată aşa de promiţător în rezultate.

De unde ar trebui dedus un nou mijloc terapeutic în pleurezie: am discutat până acum asemănarea dintre pleură şi peritoneu, dintre peritonita t. b. c. şi pleurezia sero-fibrinoasă. Am văzut că identitatea e aproape perfectă. Deci, o terapeutică care ar interveni prompt în peritonită ar putea interveni şi în pleurezie. Aceasta e Roentgenterapia. In peritonita t. b. c. Roentgenterapia a fost preconizată încă din 1898 de Ausset şi Redard, apoi de Bercher, dar din cauza vehemenţei cu care a fost combătută cât şi din cauza insuficientei stăpâniri a metodei, ea ajunge să fie luată în seamă foarte târziu. Weil o recomandă cu insistenţă, el e acela care reuşeşte s'o introducă ca metodă aproape în toată lumea medicală. Iser Solomon fixează modul de aplicare care s'a constatat ca fiind din cele mai bune.

Mai recent (1938) Pagniez şi Plichet ne dovedesc din nou valoarea metodei, ei aplică Roentgenterapia în cazuri foarte variate ca formă, şi capătă rezultate aproape miraculoase. Ei arată că accidentele de care se tem mulţi medici (însămânţări, turburări datorite glandelor sexuale, etc.), nu au apărut niciodată în cursul acestor tratamente.

De sigur faţă de pleură scepticii vor fi şi mai numeroşi, şi mai intransigenţi, cu toate că logic este altfel.

Observaţiile clinice confirmă bunele rezultate ale Roentgenterapiei în pleurezie, în afară de orice critică.

OBSERVAŢII:

1. C. D. de 31 ani, casnică. Bolnavă de 40 zile. Boala începe cu un junghiu submamelonar drept, febră, greutate în respiraţie, pentru care se internează în spital, unde i se scoate în repetate rânduri, cam 1 litru, 1 litru şi 500 grame de lichid sero-citrin şi se administrează săruri de calciu. Iese din spital uşor ameliorată, însă încă cu o cantitate de lichid pleural, din care cauză vine să fie examinată.

Radioscopic i se găseşte o umbră omogenă, hidrică, ce acopere claritatea hemitoracelui drept, până la un deget sub claviculă.

I se aplică şase şedinţe de Roentgenterapie; trei ant. şi trei post., în fiecare zi câte o şedinţă. I se face o toracocenteză.

La examenul radioscopic după 15 zile, umbra a dispărut aproape complect. Se remarcă că în urma toracocentezei după Roentgenterapie lichidul nu s'a mai refăcut. După trei luni imaginea toracică radiologică e normală.

2. T. N. de 19 ani, elev. Bolnav de 18 zile. Boala a început cu frison, dureri toracice generalizate, stare de astenie. A fost internat în spital cu diagnosticul de pleurezie serofibrinoasă. I s'a scos în două rânduri lichid pleural. Pleacă din spital ameliorat dar încă cu lichid. După mai multe zile, fenomenele morbide reaccentuându-se, vine să fie examinat.

Radioscopic, o opacitate hidrică omogenă cu limita superioară în dreptul coastei a treia în hemitoraxul stâng.

I se aplică acelaşi tratament. După primele şedinţe, temperatura cedează. La sfârşitul tratamentului durerile dispar. După 8 zile începe a se clarifica hemitoracele stâng. Treptat, lichidul se resoarbe complect. După două luni imaginea toracică radioscopică e perfect normală. A crescut în greutate şi se simte bine.

3. Z. B. de 28 ani, meseriaş. E bolnav de mai multe zile. A fost internat în spital unde află că are pleurezie şi unde i se scoate în repetate rânduri lichid. Radioscopic prezintă o opacifiere omogenă a hemitoracelui drept cu nivelul de o palmă sub claviculă. I se aplică acelaşi tratament. Lichidul nu se mai reface. După 13 zile examenul radioscopic nu descopere nimic anormal. Examinat după cinci luni, nu se vede nicio urmă a maladiei.

4. R. P. de 32 ani, funcţionar C. F. R. Se simte rău de aproape patru săptămâni. A fost internat în spital unde i s'a scos lichid pleural în repetate rânduri. Pleacă acasă la cerere. Radioscopic prezintă o umbră omogenă la baza stângă a hemitoracelui, care se ridică până la al treilea spaţiu intercostal. I se aplică şase şedinţe de Roentgenterapie. Lichidul nu se mai reface. După patru luni situaţia e normală.

5. A. G. de 25 ani, muncitor. Bolnav de două săptămâni jumătate. A stat în spital unde i s'a scos lichid pleural în câteva rânduri. Radioscopic prezintă o opacifiere omogenă a bazei pulmonului drept cu limita superioară în dreptul hilului. I se aplică acelaşi tratament. Lichidul nu se mai reface. Examinat după şase luni, hemitoracele nu mai prezintă nimic anormal.

6. S. F. de 32 ani, funcţionar.

7. V. V. de 16 ani, ucenică.

8. P. I. de 26 ani, funcţionar.

9. D. M. de 30 ani, meseriaş.

Aceste cazuri s'au prezentat la examen după ce stătuseră internaţi în spital, li se făcuse repetate toracocenteze şi prezentau încă o mare cantitate

de lichid, fără să aibă vreo tendință la resorbție. După tratamentul Roentgenterapic, lichidul nu s'a mai refăcut, ci s'a resorbit destul de repede, fie că s'a mai făcut vreo tentativă sau nu de toracocenteză. Examinate după mai mult timp, nu s'au observat niciodată sechele.

L'application de la röntgentherapie dans la pleurezie sero-fibrineuse.

La ressemblance embriologique, histologique, fiziologique et pathologique entre la plèvre et le peritoine, a conduit à l'application dans les pleuresies séro-fibrineuses de la röntgenthérapie, une des méthodes employées dans la péritonite tbc.

On a choisi neufs cas de formes trainantes ayant tendence à la recidive.

Dans tous ces cas, l'évolution a changé immédiatement son cours. Les douleurs et la fièvre, quand elles existaient, ont disparu pendant ou immédiatement après le traitement, suivies de la résorbtion du liquide.

Ultérieurement on n'a trouvé auqune trace de la maladie.

Nous sommes d'avis que par ce traitement on a raccourci le temps de l'évolution de la maladie, on a evité les rechutes et on n'a pas eu des sequelles.

Il est à remarquer que dans tous les cas expérimentés, aucun accident n'est survenu.

Die Röntgenterapie der Sero-fibrineusen-Pleuresie.

Die embriologische, histologische, physiologische und pathologische Ähnlichkeiten zwichen Pleura und Peritoneum, haben uns an die Röntgentherapie der sero-fibrinösen Pleurezien geführt, weil sie auch in die Peritonitis tbc. gute Erfolge gibt.

Wir haben 9 Fälle mit immerwährender Wiederherstellung des Ergusses behandelt.

In allen Fälle änderte sich der Verlaüf sofort.

Die Schmerzen und das Fieber sind wöhrend der Behandlung verschwunden. Der Erguss verschwand etwas später. 15-60 Tage nach der Behandlung war keine Spur der Krankheit mehr zu finden.

Es scheint dass diese Behandlung den Verlaüt der Krankheit verkürzt, das Wiederherauftreten des Ergusses und der Pleuraschvarten verhindert.

Es waren in diesen Fällen keine Beschwerden zu bemerken.

Cluj University Library Cluj

L'aplicazione Röntgenterapia nella Pleurite Sero-fibrinose.

L'assomiglianza embriologica. fisiologica e patologica fra la pleura e i perittoneo hano condotto l'aplicazione nella pleurite il Röntgenterapia.

Si sono scelti 9 casi di forme trenento e con la tendenza di rifarsi il liquido.

In tutti questi casi l'evoluzione ha cambiato immediatamente il corso. I dolori e la febra, allora quando erano presenti, spaiwano nel tempo o immediatamente dopo il trattamento.

Poi il liquido si e risorbito, ulteritamente non n'è piu trovato nessuna ttaccica della maladia.

Sembra che conquesto trattamento n'è dominuito il periodo della maladia ha cersato di refarsi il liquido, si sono esclusi.

In tutti questi casi non n'è oservato nessun accidento.

Diplosal

(ester salicilic al acidului salicilic)

Pentru tratamente cu acid salicilic de lungă durată

Digitized by Library Cluj

Nu provoacă transpirația atât de penibilă. In rheumatism muscular Pomadă de Diplosal.

10 comprimate
20 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

ATELECTAZIE PULMONARĂ, PARŢIALĂ, ACUTĂ ŞI REPETATĂ IN CURSUL INSTITUIRII UNUI PNEUMOTORACE TERAPEUTIC

de

D-r GH. ALEXIU
Medic Primar

In Nr. 7—8 din anul 1939 al acestei reviste, am avut ocazia să mă ocup în această problemă, împreună cu D-r Vidraşcu, medic director al Sanatoriului Marila al Ligei Naţionale contra tuberculozei.

Articolul publicat sub titlul de „Atelectazia pulmonară cronică în cursul evoluţiei tuberculozei pulmonare", a fost sugerat de un caz clinic la care neţinându-se seamă de această posibilitate se pusese indicaţia de „Toracoplastie" totală posterioară tip Sauerbruch în 2 timpi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fără nicio intervenţie chirurgicală, bolnava s'a vindecat prin simplu pneumotorace intrapleural.

Pentru phtisiologie, cunoaşterea proceselor de atelectazie pulmonară parţială sau totală, acută sau cronică, a adus multă lumină şi a explicat multe lucruri care până atunci, rămâneau îmbrăcate în întuneric, fiind considerate ca bizarerii clinice.

Repunerea în discuţie a acestei chestiuni este necesară în primul rând prin importanţa intrinsecă, pe care o prezintă, fie din punct de vedere diagnostic, căci erorile de a lua o atelectazie pulmonară drept pleurezie masivă, o pachipleurită masivă sau o scleroză pulmonară, sunt destul de frecvente; în al doilea rând, din punct de vedere terapeutic, putându-se evita intervenţiuni cel puţin inutile dacă nu grave şi cu urmări fatale pentru bolnavi.

Cunoaşterea acestor procese anatomo-phisiologice este necesară phisiologului pentru a înţelege rolul lor în pneumotoracele electiv. Cu ajutorul atelectaziei pulmonare explicăm acele procese de vindecare spontană a cavernelor, prin astuparea bronşiei de drenaj, cum şi reapariţia lor dacă astuparea nu a durat suficient, în care timp marginile cavernei să se fi sudat.

Cine nu recunoaşte influenţa agravantă pe care procesele de atelectazie le pot avea asupra leziunilor pulmonare din vecinătate?

Repunerea în discuţie a acestui capitol al patologiei pulmonare este

necesară cum bine spune D-l D-r Carangiu în lucrarea sa inaugurală din anul 1937, datorită faptului că tratatele, fie şi cele editate în ultimul timp se ocupă în mod cu totul insuficient de acest capitol a cărei importanţă este destul de mare.

In articolul pomenit, care era şi o revistă generală a întregei chestiuni, spuneam în capitolul patogeniei că, pe lângă teoria „mecanică" verificată experimental de către „Traube" în 1871 şi „Lichtheim" în 1879, prin astuparea unei bronchii, şi clinic de către William Pasteur în 1890, prin autopsiile făcute la copii care decedau în urma crupului, doi autori italieni Viola şi Benedetti au emis teoria contracţiei active a pulmonului.

In adevăr, dacă pentru atelectazia pulmonară survenită în urma unui accident în cursul căruia un corp străin a fost introdus în arborele respirator, explicaţia mecanică este suficientă, este greu în schimb să admiţi această cauză mecanică drept cauza atelectaziilor pulmonare care survin în mod acut. Pentru aceste atelectazii teoria contracţiei active a pulmonului este în schimb cu totul satisfăcătoare.

Teoria contracţiei active a pulmonului.

Pulmonul, pe lângă musculatura netedă ce se găseşte în pereţii bronchiilor, mai are o reţea musculară extrem de bogată care se întinde până în pereţii alveolelor.

Din punct de vedere al inervaţiei, această musculatură are conexiuni şi cu sistemul nervos neurovegetativ, care o pun în legătură cu sistemul nervos central; afară de această inervaţie centrală ea mai are o inervaţie autonomă ce se găseşte în pereţii bronchiilor.

Acest sistem nervos ţine reţeaua musculară sub un tonus fiziologic.

O excitaţie pornită din pulmon sau sub formă de reflex, din afara pulmonului, poate aduce acest tonus la un grad maxim căruia să-i corespundă o adevărată contracţie a organului, cu o stare de reducere volumetrică a pulmonului.

Această contracţie bruscă a organului este capabilă să explice simptomatologia aşa de alarmantă a atelectaziei acute, simptomatologie pe care nu o întâlnim în cursul instalării lente a unei atelectazii cronice.

Caracterul acut al acestui proces anatomophisiologic se poate transforma uşor într'unul cronic.

In timpul efectului sau acţiunii reflexului pot lua naştere elemente care să ducă ulterior la astuparea mecanică a unei bronşii principale, astfel că efectul reflexului (contracţia organului) să se prelungiască cu efectul obstrucţiei (atelectazia pulmonară mecanică) fără să simţim unde se termină unul şi unde începe celălalt.

Pentru a înţelege acest lucru nu avem decât să ne gândim că în timpul acestei atelectazii reflexe, în timpul contracţiei pulmonului, produsele patologice care se găsesc la nivelul bronchiilor nu vor mai putea fi expulzate. Ele se vor strânge în tuburile bronchiale, putând determina astuparea unora din ele de un calibru mai mic sau mai mare.

Acest proces va fi agravat şi de procesul anatomo-patologic intrapulmonar, care naşte în mod automat la un anumit timp după ce s'a produs contracţia. El a fost descris de Legendre şi Baill în 1844,

confirmat apoi de toţi autorii care s'au ocupat cu anatomia patologică, cu hystopatologia atelectaziei pulmonare.

Este vorba de starea de hiperemie, urmată de un oedem puternic cu exudat seros la nivelul alveolelor pulmonare.

Gorgia, Ottero, Borcia şi **Volonterio** sunt autori care au studiat oră cu oră modificările ce au loc la nivelul pulmonului atelectaziat.

Ei confirmă că această stare de hyperemie cu oedem şi transudat alveolar are loc numai după o oră jumătate dela instalarea atelectaziei. Această transformare cronică a unei atelectazii acute se va face într'un mod şi mai indubitabil dacă se instalează şi o infecţiune la nivelul alveolelor pulmonare.

In privinţa zonelor reflexogene ne vom servi de ceea ce clinica ne-a oferit. Ele pot naşte fie în pleură, fie în bronşii, fie în pulmon sau mediastin şi în sfârşit în urma intervenţiilor pe etajul superior al abdomenului sau pe plexul solar.

Simptomatologia acestui sindrom este destul de dramatică; cu atât dramatică cu cât se întâmplă la un bolnav care, datorită afecţiunii lui anterioare, se găseşte într'un minus de hematoză, prin suprimarea unei porţiuni pulmonare, cum se întâmplă în tuberculoza pulmonară, sau printr'un cord deja obosit în urma unui travaliu îngreunat sau unei intoxicaţii microbiene prelungite.

Bolnavul este prins în mod brusc de o stare de dispnee puternică (40—60 respiraţii/minut) dispnee care se recunoaşte a fi de origine pulmonară prin cianoza feţei şi a extremităţilor.

Bolnavul nu mai poate păstra poziţia culcată, el simţindu-se mai bine în poziţia şezândă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Local are o senzaţie de constricţie puternică în hemitoracele unde a avut loc atelectazia. Sunt bolnavi care în prima parte a accidentului, starea lui de paroxism, păstrează o poziţie culcată pe partea unde s'a instalat atelectazia. Pulsul este puternic şi tachicardic (120—140).

Dacă suprafaţa pulmonară este prea mult redusă de procesul patologic preexistent, sau dacă atelectazia prinde un pulmon sau doi pulmoni, în întregime, putem admite că acest accident se poate termina cu moartea.

In sprijinul acestei teorii reflexogene a patogeniei atelectaziei pulmonare acute, povesteam în mod succint cazul întâlnit de unul din autori în clientela sa din sanatoriu.

Cazul care face subiectul articolului de faţă, este de natură să pună odată mai mult în evidenţă **valoarea teoriei contracţiei reflexe a pulmonului** în explicaţia patogeniei atelectaziei pulmonare acute, cu atât mai mult cu cât el capătă valoarea unei experienţe prin repetarea accidentului, iar din punct de vedere al diagnosticului, putându-se face şi controlul radioscopic, simptomele au fost verificate complect.

Este vorba de o domnişoară în vârstă de 23 ani. Cu 8 ani în urmă, face o leziune exudativă a lobului superior drept, pentru care se instituie în plină evoluţie un pneumotorace de aceeaşi parte.

In timp de 30 zile se reuşeşte a se opri tendinţa evolutivă a leziunilor. Din cauza leziunilor întinse subpleurale, se instalează o pleurezie sero-fibroasă precoce care duce la o simphisă pleurală bazală.

Acest pneumothorace supero-extern, poate fi continuat 4 ani, ducând la o resorbţie totală a procesului de condensare parenchimatoasă.

Se abandonează voluntar şi acest pneumothorace.

După 3 ani, în care timp pacienta şi-a continuat studiile, face o leziune mixtă în lobul superior stâng, pentru care se va propune instituirea unui pneumothorace de acea parte, propunere care este acceptată fără discuţie de către pacientă.

Cu o prealabilă anestezie cu novocaină-adrenalină un cm.^{3} se găseşte destul de uşor spaţiul pleural în care se introduce 150 cm.^{3} cu o presiune de minus 3—6 (Aparatul D-r Cociaşu). După o oră, dela insuflaţie, bolnava are greutate în respiraţie cu senzaţie de constricţie toracică.

Fenomenele neavând o intensitate prea mare, mă decid să nu intervin de nicio manieră. Noaptea a fost petrecută destul de bine, iar a doua zi abia mai acuza o greutate respiratorie. După alte 4 zile invit bolnava la un control radioscopic.

Sunt surprins de comprimarea enormă a lobului superior stâng, redus la dimensiunile unui măr mic, deşi trecuseră 4 zile dela introducerea numai a 150 cmc.

Amân insuflaţia cu încă 7 zile, la care dată convoc pacienta în cabinet. La un nou control radioscopic, făcut la 11 zile dela data de când s'a instituit pneumotoraxul nu se mai vedea niciun contur, pulmonul fiind complect decomprimat.

Fac o nouă insuflaţie cu aceiaşi anestezie locală. Introduc şi de data această 150 cmc. După ce păstrează poziţia orizontală încă 2—3 minute invit pacienta la ecran pentru control.

Bolnava îmi spune că simte aceeaşi respiraţie grea ca şi prima dată.

La radioscopie constat din nou un lob superior stâng al cărui volum era redus la dimensiuni minime.

Cum cei 150 cmc. de aer era prea puţin pentru a putea căpăta o comprimare atât de puternică, admit că s'a întâmplat ceva în plus. Culc din nou bolnava şi în acelaşi loc, introduc acul pentru a controla presiunea. Sunt surprins de presiunea mult mai negativă pe care o găsesc (8—10); introduc încă 150 cmc. de aer. Fenomenul de jenă respiratorie se manifestă foarte atenuat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Patru fapte sunt de reţinut:

a) Greutatea de respiraţie;

b) Complecta comprimare a lobului stâng, deşi nu introdusesem decât 150 cmc., pe câtă vreme lobul inferior se găsea aproape de peretele toracic;

c) Presiunea intrapleurală foarte negativă;

d) Diminuarea fenomenelor subiective în urma introducerii a încă 150 cmc. aer.

Toate aceste fapte pledează pentru o atelectazie pulmonară acută, reflexă a lobului superior stâng.

Acest fapt mă face să cred că şi prima dată a fost un fenomen identic cu acela pe care am avut ocazia să-l controlez radioscopic şi să-i măsor presiunea intrapleurală.

După alte zece zile, fenomenele se repetă a 3-a oară aidoma cu prima şi a doua oară. Bolnava începe să fie îngrijorată de acest fapt şi cu drept cuvânt o conving să continuăm şi a patra insuflaţie, după ce administrez în prealabil o injecţie subcutantă de Dilaudid. Se pare că Dilaudidul a împiedecat naşterea reflexului, căci de data aceasta nu se mai întâmplă nimic. Incă o puncţie făcută sub efectul Dilaudidului, ca apoi toate celelalte să fie făcute numai cu anestezie locală fără niciun accident, astfel că pneumotoracele stâng a putut fi continuat în mod normal.

Cazul acesta este destul de instructiv, pentrucă el demonstrează suficient valoarea teoriei. Contracţii active a pulmonului, datorită unui reflex pleural aşa cum au afirmat **Benedetti** şi **Viola.**

Cealaltă teorie patogenică, a obstrucţiei bronşiale printr'un spasm de origină reflexă este greu de admis în general din cauză că pereţii bronchiilor datorită inelelor cartilaginoase este greu să poată fi turtiţi de contracţia fibrelor musculare netede ce se găsesc în pereţii lor, turtire care să meargă până la obstruare şi în particular în cazul care ne interesează ar fi trebuit să se scurgă un timp mult mai lung până când aerul prins în masa pulmonară să sufere un proces de resorbiţie, pentru ca pulmonul să sufere şi el o modificare volumetrică. Ori, în cazul nostru reducerea volumetrică s'a întâmplat odată cu celelalte simptome cari traduceau instalarea atelectaziei, fapt care ne face să credem că toate fenomenele subiective şi obiective se datoresc unui proces de contracţie pulmonară.

Importanţa cazului relatat mai rezidă şi în faptul că în cursul evoluţiei fenomenului s'a putut face aproape şi contraproba, cu acele două injecţii cu dilaudid.

Cred că ele au lucrat ca mijloace ce au dus la împiedecarea naşterei reflexului pleural care a dus de 3 ori consecutiv la atelectazia acută parţială. Dilaudidul a avut rolul de a diminua sensibilitatea bolnavului împiedecând naşterea reflexului pleural şi deci suprimarea efectelor acestui reflex.

Cred că acest lucru nu este o raritate, dar de cele mai multe ori este uşor suportat prin posibilitatea de supleare a fenomenului respirator care o poate avea bolnavul, atât timp cât celălalt pulmon se găseşte într'o stare anatomică normală.

Atunci când lucrul acesta nu se întâmplă şi când bolnavul acuză fenomene de jenă pulmonară, cum a fost în cazul expus, datorită unui proces de scleroză, în urma vechilor leziuni contro-laterale, medicul este tentat să pună această jenă respiratorie pe simplul motiv al introducerii aerului în cavitatea pleurală sau pe naşterea unui pneumothorace spontan, care nu a fost verificat manometric.

In realitate, fenomenele recunosc aceste atelectazii acute cari pentru a putea fi puse în evidenţă cer a le avea prezente în minte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In Reumatisme, Artrite, Nefrite, Nevralgii

SALITINOL

„GALENO"

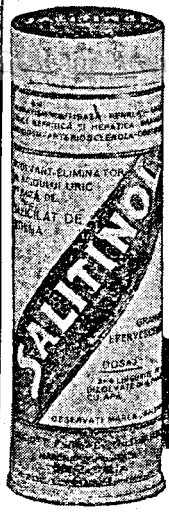
Injecţiuni intramusculare de fenilchinoleinat de sodiu — Salicilat de sodiu — Anestezină

DIZOLVĂ

Salicilat de lithină
Benzoat de lithină
Piperazină
Hexametilen-tetramină

ŞI

ELIMINĂ



ACIDUL

URIC

GRANULE

SALITINOL

„GALENO"

SALITINOL POMADA

Metaxil — Acid Salicilic — Anestezină — Lanolină

Reprez. „FARMACOPEIA Calea Rahovei, 189, Bucureşti

REPARTIZAREA ŞI FRECVENŢA HELMINŢIAZELOR IN REGIUNEA MOLDOVEI ŞI BASARABIEI DE MIJLOC IN MEDIU RURAL ŞI URBAN

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI

Cercetările noastre s'au întins în întreg ţinutul dintre Nistru, Carpaţi şi Milcov, între hotarele Moldovei şi Basarabiei, cuprinzând o vastă regiune în care predomină caracterele de stepă şi mai puţin cele montane, fiind brăzdată de-a-lungul ei de râuri cu debit variabil ce determină basene mari de inundaţii temporare şi permanente.

Au fost examinate în decurs de zece ani, între 1933—1943, un număr de 14.547 eşantioane de fecale provenite atât din mediul rural cât şi din cel urban, parte din ele în laboratorul dela Triajul Spitalului Sft. Spiridon (1936—1943), dela bolnavii provenind atât din mediul rural cât şi urban, spitalizaţi sau nespitalizaţi, majoritatea trimişi de medici sau Instituţii şi Organizaţii de asistenţă ca suspecţi de **Helminţiaze intestinale** şi cu simptomatologie; în laboratorul de analize coprologice din Slănic—Moldova (aprobat de M. S. O. S. cu No. 2774/1934), staţiune balneo-climatică unde se adunau în cursul verii bolnavii suferind de afecţiuni digestive de prin toate mediile ţării mai ales cel urban (1933—1936) şi în laboratorul Staţiunei pentru studiul helminţilor din Ungheni (recunoscut de M. S. O. S. cu No. 23.768/1935), unde am examinat mai ales subiecţi din pătura rurală (1933—1938):

1933, 103 examene; — 1934, 312 examene; — 1935, 298 examene; — 1936, 125 examene; — 1937, 274 examene; — 1938, 539 examene; — 1939, 425 examene; — 1940, 978 examene; — 1941, 3035 examene; — 1942, 3580 examene. — Total 9669 cazuri.

Au fost examinaţi copiii dela următoarele şcoli din mediul rural: Valea-Mare, jud. Bălţi, Tg.-Ocna şi împrejurimi din jud. Bacău, Slănic şi împrejurimi din jud. Bacău, jud. Vaslui, Hârlău şi Ştefăneşti din jud. Botoşani, Ungheni şi împrejurimi din jud. Bălţi, Strunga şi împrejurimi din jud. Roman, Fălticeni şi împrejurimi:

1939, 652 cazuri; — 1940, 270 cazuri; — 1941, 532 cazuri; — 1942, 620 cazuri. — Total 2074 cazuri.

Anchete la şcoli din mediul urban am făcut la Iaşi la şcolile: Petru-Poni, Spiru-Haret, Trei-Erarhi, Nicolina, Gh. Mârzescu, Carol I, Tg. Copou, în oraşul Roman la două şcoli primare, în Tg.-Ocna la trei şcoli primare, în Slănic la una şcoală primară, în Tg.-Frumos la două şcoli primare şi în Botoşani la trei şcoli primare.

1938, 270 cazuri; — 1939, 452 cazuri; — 1940, 470 cazuri; — 1941, 650 cazuri; — 1942, 532 cazuri. — Total 2374 cazuri.

La diverse unităţi militare unde am făcut serviciu ca medic concentrat, pe subiecţi între 30—50 ani:

1940, 270 cazuri; — 1941, 160 cazuri. — Total 430 cazuri.

Metoda întrebuinţată: La începutul cercetărilor noastre întrebuinţam pentru decelarea elementelor parazitare simultan pentru fiecare caz în primul timp examenul macroscopic cu şi fără diluţie şi în al doilea timp examenul microscopic întrebuinţând examenul direct şi una dintre metodele de concentraţiune clasice (Teleman, Wilis, Iamandi), microanaliza şi metoda directă.

Din 1938, însă, întru cât am constatat că metoda directă dă aceleaşi rezultate la o economie de timp, reactivi şi materiale, prezentând în plus şi avantajul că oferă posibilitatea conservărei elementelor componente ale fecalelor pe lângă singura posibilitate a decelărei elementelor parazitare embrionare (strongiloizi, trichine, dintre viermi precum şi protozoare), am întrebuinţat de atunci pentru examen microscopic numai metoda directă, renunţând la metodele prin concentraţiune.

Din fiecare sursă de fecale suspecte de examinat, făceam din porţiuni recoltate din diverse puncte ale bolului fecal câteva preparate diluate în soluţie fiziologică sau apă până la consistenţa lichidă de aspect turbure.

In măsura posibilităţilor, cazul găsit pozitiv coprologic i se complecta examenul şi cu examenul hematologic şi cu ancheta clinică, mai ales insistând asupra considerentelor ce l-a determinat a bănui prezenţa viermilor şi cere analiza coprologică sau dacă era descoperit ca purtător de helminţi ocazional, cu ocazia unei anchete, dacă nu prezenta simptome şterse sau simptomele nu erau confundate cu alte afecţiuni, sau dacă nu exista nimic suspect, se nota şi acesta pentru a putea aprecia aproximativ procentajul helminţiazelor lipsite de simptome tipice.

BCU Iasi / Central University Library Cluj

Helminţii găsiţi în ordinea frecvenţii au fost:

Ascaris lumbricoides pe 5633 cazuri 41%; — Trichiurus trichiura pe 4278 cazuri 31%; — Enterobius vermicularis pe 2253 cazuri 16%; — Tenia saginata pe 507 cazuri 3,60%; — Tenia solium pe 423 cazuri 3,10%; — Diphilobotrium latum pe 367 cazuri 2,60%; — Hymenolepis nana pe 305 cazuri 2,20%; — Strongiloides stercoralis pe 58 cazuri 0,42%; — Dipilidium caninum pe 28 cazuri 0,25%; — Kist hidatic (Tenia echicococus) pe 7 cazuri 0,05%; — Dicrocoelium lanceatum (singur) pe 3 cazuri 0,02%; — Fasciola hepatica pe 2 cazuri 0,01%; — Trichinella spiralis pe 2 cazuri 0,01%; — Braunia iassyensis pe 1 caz 0,00%. — Total 13.889 cazuri.

Procentajul este calculat din suma globală.

Protozoare:

Trichomonas intestinalis 8 cazuri; — Balantidium coli 23 cazuri. — Total 31 cazuri.

Din cazurile examinate la Triaj, trimişi ca suspecţi, 62% au fost pozitive şi din cazurile examinate prin anchete la şcoli, etc., au fost găsite pozitive 49% din cazuri.

Asociaţii parazitare am găsit pe 27% din cazuri, dintre care peste 80% fiind între nematelminţi şi numai restul între platelminţi şi nematelminţi.

Dintre cazurile pozitive la analiza coprologică, de abia 14% prezentau simptomatologie netă.

In mediul rural 36% din subiecţii examinaţi (cazuri trimise la Triaj sau prin anchete libere) erau parazitaţi, prezentând în ordinea frecvenţii:

Ascaris lumbricoides 4037 cazuri; — Trichiurus trichiura 2110 cazuri; — Enterobius vermicularis 950 cazuri; — Himenolepis nana 74 cazuri; — Tenia solium 82 cazuri; — Tenia mediocanelata 326 cazuri; — Strongiloides stercoralis 58 cazuri; — Dippilidium caninum 19 cazuri; — Trematozi (Dicrocoeli, Fasciole) 5 cazuri; — Diphilobotrium latum 76 cazuri; — Kist hidatic (tenia echinococus) 7 cazuri. — Total 7744 cazuri.

In mediu urban 18% dintre subiecţii examinaţi (anchete sau examene făcute la Ungheni) erau parazitaţi, prezentând în ordine frecvenţii:

Enterobius vermicularis 1303 cazuri; — Ascaris lumbricoides 1616 cazuri; — Trichiurus trichiura 2168 cazuri; — Diphilobotrium latum 291 cazuri; — Tenia solium 341 cazuri; — Tenia mediocanelata 181 cazuri; — Himenolepis nana 231 cazuri; — Dipilidium caninum 9 cazuri; — Trichinella spiralis 2 cazuri; — Braum a iassyensis 1 caz. — Total 6143 cazuri.

Frecvenţa helminţilor după vârsta purtătorilor a fost:

Intre 0—5 ani:

Ascaris lumbricoides 30%; — Enterobius vermicularis 0,50%; — Trichiurus trichiura 2%.

Intre 5—14 ani:

Ascaris lumbricoides 7%; — Enterobius vermicularis 2,50%; — Trichocephalus dispar 4%; — Dipilidium caninum 0,15%; — Himenolepis nana 0,20%.

Intre 14—25 ani:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Enterobius vermicularis 4%; — Trichiurus trichiura 17%; Ascaris lumbricoides 3,50%; — Diphilobotrium latum 1,20%; — Tenia solium 0,10%; — Tenia mediocanelata 1,50%; — Strongiloides stercoralis 0,11%; — Himenolepis nana 2%; — Dipilidium caninum 0,10%.

Intre 25—40 ani:

Trichiurus trichiura 8%; — Ascaris lumbricoides 0,50%; — Enterobius vermicularis 9%; — Diphilobotrium latum 1,40%; — Tenia solium 3%; — Tenia mediocanelata 2,10%; — Strongiloides stercolaris 0,31%.

Dintre aceşti helminţi, au fost găsiţi şi la animale (comuni omului şi animalelor):

Diphilobotrium latum la porc şi pisică; — Ascaris la pisică, câine, porc; — Dipilidium caninum la câine, pisică, lup, vulpe; — Tenia solium la porc; — Strongiloides stercoralis la câine; — Fasciola hepatică la oaie şi bou; — Dicrocoelium lanceatum la oaie şi bou; — Trichinela spiralis la porc şi guzgan.

Din cercetările noastre rezultă că helminţii intestinali sunt destul de răspândiţi la noi. Asupra frecvenţii lor exacte însă din datele noastre nu putem trage o concluzie decât aproximativă, întru cât majoritatea cazurilor cercetate de noi au fost trimise ca suspecte clinic, deci nu mai poate fi vorba de o imparţialitate.

In mediul rural, Ascarizii sunt prezenţi într'o proporţie impresionantă; aproape 90% din copii examinaţi fiind găsiţi infectaţi cu Ascarizi.

Şi în mediul urban sunt prezenţi Ascarizii, însă într'o proporţie mult mai redusă şi asociaţi cu Enterobius şi Trichocephalul.

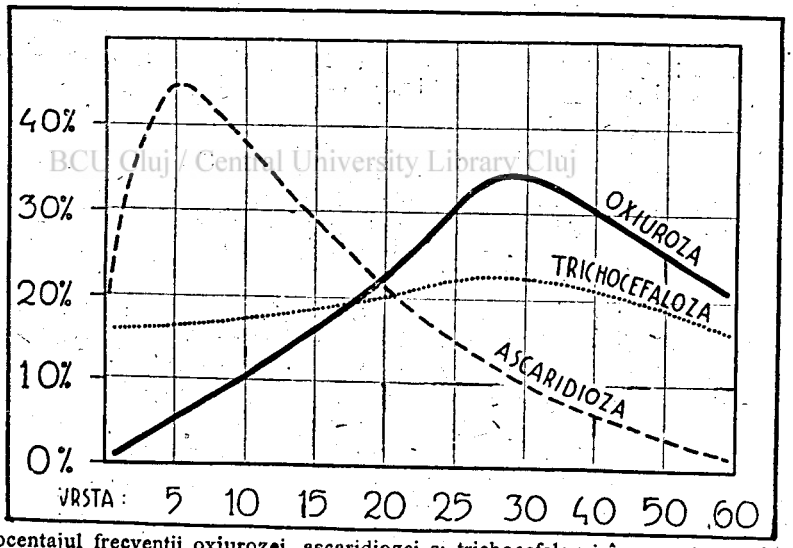
Trichocephalul este şi el destul de răspândit atât în populaţia rurală cât şi în cea urbană, tot una la toate vârstele.

Enterobius vermicularis este mai ales frecvent în mediul urban, unde îl găsim constant mai ales la sexul femeiesc sub forma unor adevărate epidemii care prind toţi membrii aceleiaşi familii.

Teniile mari (solium şi saginata) sunt mult mai puţin frecvente ca în trecut, idem Botriocephalul, aceasta probabil datorită limitării consumului de carne şi peşte.

In schimb, faţă de statisticele mai vechi, găsim în mai mare număr dintre viermii paraziţi ai animalelor (comuni animalelor şi oamenilor) Himenolepis nana, Dipilidium caninum, Strongiloides stercoralis şi Trichinella spiralis.

Interesant este graficul comparativ a frecvenţii celor trei hematozi care-s foarte răspândiţi la noi (oxiurul, trichocefalul şi ascaridul) în ceea ce priveşte procentajul frecvenţii lor în raport cu vârsta, astfel, curba ce reprezintă oxiuraza este inversă curbei ce reprezintă frecvenţa ascarizilor după procentaj şi vârstă, pe când linia trichocefalului este aproape orizontală şi rectilinie. Acelaşi grafic ne arată că maximul de asociaţii parazitare le găsim pe subiecţii între 15—25 ani.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Procentajul frecvenţii oxiurozei, ascaridiozei şi trichocefalozei în raport cu vârsta. Intre 15—25 ani frecvenţa helminţiazelor e maximă.

In privinţa simptomelor clinice, predomină simptomele digestive în: Ascaridioză, trichocephaloză, teniază, strongiloidiază, simptomul prurit în: oxiuroză, teniaza produsă de Himenolepis nana şi strongiloidiază, simptomatologia nervoasă şi anemia în: botriocefaloză, trichocefaloză, trichinoză, oxiuroză, ascaridioză şi teniaza produsă de Himenolepis nana şi fără simptome sunt teniazele produse de Dipilidium caninum şi Trichocephaloza când viermii sunt în mic număr.

Vitamina D

ASOCIATĂ COMPLEXULUI ENDOCRIN ŞI EXTRACT HEPATIC

INDICAT IN RACHITISM, CREŞTERE, LIMFATISM, DEBILITATE, ASTENIE, SURMENAJ, CONVALESCENŢA, INFECŢIE, FRACTURI, SARCINĂ, ALĂPTARE.

TUSSOFAG

SPECIFIC AL TUSEI

INDICAT IN TOATE AFECŢIUNILE BRONCHO-PULMONARE BRONŞITE CRONICE, EMFISEM PULMONAR PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE, PLEURESIE, ASTM, BACILOSE INCIPIENTE.

SPLENO CALCIUM

irradié

Mostre gratuite la cerere
MEDIROM S. A. R.
BUCUREŞTI IV.—STR. OLARI 23
TELEFON 2.39-46

CEPHALO

sirop laxatif GOBEY PARIS

INDICATIONS

LES ENFANTS
MÊME LES NOURRISSONS

LES OPÉRÉS

LES FEMMES
ENCEINTES ET EN COUCHES

LES VIEILLARDS

LES JEUNES FILLES

LES CONVALESCENTS
LES NERVEUX, (ÉPUISÉS, ETC.)
LES PLÉTHORIQUES
PAR VIE SÉDENTAIRE
LES NEURASTHÉNIQUES

University Library Cluj

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

Spitalul de stat din Turda

UN CAZ DE TETANIE PARATIREOPRIVĂ

de

D-r TODEA CORNELIU și **D-r PELEA ION**

Tetania în lumina nouilor cercetări patogenice, se încadrează într'o entitate patologică bine definită.

In etiologia tetaniei pot surveni diferite boli infecțioase, ca febra tifoidă, dizenteria, gripa, rugeola, scarlatina, difteria, reumatismul poliarticular, paludismul, etc. Intoxicațiunile exogene, ca ergotismul, alcoolismul, la fel pot declanșa această boală. In autointoxicațiuni, ca uremia și mai ales în afecțiuni gastro-intestinale, ca dilatația stomacului, stenozele grave ale pilorului, cancerul stomacului, se pot produce simptome tetanice. Cu deosebire intervențiile asupra tiroidei, mai ales tiroidectomiile totale, pot provoca o tetanie secundară. In schimb tetaniile primitive survin fără cauze ușor depistabile.

Această boală apare mai frecvent în prima copilărie, între 4 luni și 3 ani și cu deosebire se desvoltă la copii rahitici. In vârsta adultă interesează cu deosebire tinerii între 16—25 de ani; apare mai ales în anotimpurile cu carență solară.

Cazul clinic, care ne-a determinat să facem considerațiuni asupra tetaniei, este o tetanie postoperatorie, care evoluiază la o fată tânără de 25 ani.

In antecedentele heredo-colaterale ale acestei bolnave, se remarcă: o soră care a murit de tuberculoză. In anamneza și personală, se constată că a suferit de pojar și difterie la etatea de 2 ani și scarlatină la 19 ani. Dela 12 ani observă apariția unei guși, care printr'o desvoltare rapidă, îi provocă o serie de turburări respiratorii. Internată la Clinica chirurigcală din Cluj în 1929, din cauză că struma avea un caracter compresiv, i se face o tiroidectomie. La 2 ani după operație, în 1931, observă contracturi simetrice, localizate la extremitățile superioare și inferioare. Contracturile se manifestau printr'o alungire a brațelor de-a-lungul corpului, antebrațul era ușor flectat asupra brațului, iar mâinile flectate în unghiu drept și pronație, înclinate spre marginea cubitală. iar degetele alungite erau într'o aducție maximă spre axa mâinei, având policele flectat cu putere în palmă, mâna de mamoș, descrisă de Trousseau. Aceste contracturi surveneau în crize și erau însoțite de durere și mai ales de o stare de teamă care se întipărea adânc în mușchii feței. La fel spasmul interesa și membrele inferioare, unde se manifesta printr'o extensie exagerată și cu o contractură aproape ca și în tetanos.

Această contractură vicioasă dura la început câteva minute, ca mai târziu să se extindă la câteva ore sau chiar zile. Alimentația, în această

atitudine de contractură rigidă, se făcea de către alții și cu dificultate. Insăși vorbirea era dificilă și avea senzația că i s'a îngroșat limba. Cu timpul aceste spasme erau însoțite de o contractură foarte dureroasă în cutia toracică, încât avea senzația că este strânsă într'un cerc de fier.

Crizele întotdeauna erau precedate de prodrome cari se caracterizau prin cefalee, stare de neliniște, amorțeli ori contracturi musculare fibrilare.

Evoluția cazului iese din comun, întru cât aceste crize au survenit după o acalmie complectă de aproape 11 ani. In acest interval de timp, bolnava afirmă că nu a avut nici chiar simptome prodromale. Din 1942 crizele spastice, descrise mai sus, se repetă cam tot la două luni. A fost internată în serviciul secției medicale timp de câte două luni la sfârșitul anului 1942 și la începutul lui 1943.

La examenul general a acestei tinere (în timpul acalmiei), se constată următoarele: constituția este normală. Pe fața anterioară a gâtului se observă o cicatrice în formă de „U" (postoperatorii). Aparatul respirator și cel cardiovascular, nu prezintă alterațiuni anatomo-clinice. Aparatul digestiv și urogenital funcționează normal. Sistemul nervos este afectat, întru cât reflexele sunt puțin mai exagerate. Globii oculari sunt exoftalmici. In crize, subiectiv, acuză dureri și tentativele de redresare a membrelor superioare și inferioare contractate, sunt foarte dureroase. Obiectiv, regiunile spastice nu sunt, nici anestezice și nici hiperestezice. Reflexele tendinoase și cutanate sunt ușor exagerate. Inteligența este nealterată. Turburările generale sunt absente. Nu prezintă febră. Pulsul, respirația și urina nu sunt modificate.

In general diagnosticul în tetanie este foarte ușor, fiindcă simptomele îmbracă o formă aproape tipică. Totuși, în vârsta adultă și la copiii mai mari, se poate confunda cu tetanosul, de care diferă însă prin debutul cu trismus, febră și generalizarea contracturilor, caracteristice acestei boli, datorite bacilului lui Nicolaier.

In histerie contracturile sunt persistente și altfel localizate.

Crampele profesionale la scriitori, violoniști, au o atitudine diferită și permanentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spasmele de tetanie la sugari, pot fi provocate de o iritație meningo-cerebrală, care survine în diferite afecțiuni ce trebuesc eliminate.

In forma cu convulsiuni generalizate, trebue să facem diagnostic diferențial cu eredo-sifilisul și epilepsia.

Elementele de diagnostic pozitiv în tetanie sunt: contracturi simetrice ale extremităților, cari evoluiază în crize, fără febră și cu o stare de sănătate bună în intervalele dintre crize. Un stigmat de tetanie latentă ar fi semnul facial descris de Chvostek. Analizei de laborator nu i se acordă importanță decât analizei chimice a serului sanguin pentru dozarea calciului. Aceasta ne arată o cifră de 8—9 mg. la 100 cmc. ser sanguin, în loc de 11—12 mg. In intervale sau în formele de tetanie latentă, calcemia poate fi normală.

Intre tetaniile secundare, un loc important îl ocupă tetania postoperatorie, zisă paratireoprivă. Aceste accidente survin după ablația totală a tiroidei, când odată cu această glandă, se ridică și paratiroidele. Cazul studiat de noi, se încadrează în aceste accidente chirurgicale. Ele pot surveni precoce, aproape supraacut, imediat după intervenție și se soldează cu o moarte rapidă. Alteori accesele se repetă subacut și pot termina prin moarte sau vindecare. De obicei însă, accidentele sunt tardive și se produc la săptămâni sau luni sau chiar ani după actul operator, ca și în cazul nostru. Accidentele pot fi declanșate cu ocazia menstruației, în legătură cu o emoție, iar în tetania cronică

se observă o legătură directă cu anotimpul, mai frecvent toamna şi iarna când există o carenţă de vitamine în alimentaţie şi o carenţă de raze ultraviolete.

Mecanismul de producere a tetaniei, în urma cercetărilor mai noui, se cunoaşte în deajuns de bine. Una dintre cele 3 cauze, cari contribuie la declanşarea acestei boli, este incontestabil o tulburare în funcţiunea paratiroidiană. La examene anatomo-patologice, s'au găsit, în foarte multe cazuri hemoragii şi leziuni în glandele paratiroide. Mecanismul intim însă, prin care aceste glande determină tulburări în organism, nu este complect elucidat.

A doua cauză, după unii (americanul Koch, Watanabe şi Herxheimer) ar fi produse intermediare toxice, provenite din protide (ca guanidina, histamina, tiramina şi cholina), cari prin mecanismul intoxicaţiunei, produc aceste spasme.

Ceea ce s'a demonstrat indiscutabil este deficitul de calciu, a cărui rol sedativ în tetanie a fost verificat atât experimental cât şi clinic. Insă partea activă din calciul sanguin nu este în funcţiune numai de hormonul paratiroidian, ci şi de întreg echilibrul accido-bazic şi metabolismul celorlalte substanţe minerale. De ex. în vărsăturile prelungite, cari survin în stenoza pilorică, se pierde o cantitate foarte mare de acid clorhidric. Urmarea acestui fapt este o alcaloză, care atrage după sine o cădere a disociaţiei calciului şi deci produce tulburări tetanice.

In afară de insuficienţa paratiroidiană, în patogenia tetaniei joacă un rol destul de important ovarele şi tiroida. Simptomele tetaniei se exagerează în mod net sub influenţa activităţii ovarelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sistemul nervos este angajat şi el în mecanismul de producere al tetaniei. Bilateralitatea spasmelor şi durerile indică participarea măduvei spinării şi bulbului, mişcările forţate, prezenţa mezencefalului, turburările de echilibru, coafectarea cerebelului, iar convulsiunile şi turburările psihice, demonstrează în general participarea scoarţei cerebrale.

Patogenia tetaniei, după cum reese din cele relatate, recunoaşte diferite cauze. La vârsta adultă după toate datele clinice, se observă că survine mai des în intervenţiuni chirurgicale pe tiroidă, în leziunile sifilitice sau alte turburări în concertul glandular paratiroidian. In mica copilărie, în declanşarea tetaniei, se pare că hipocalcemia joacă un rol preponderant. In tetaniile secundare intervin factorii de intoxicaţie cu guanidină şi alte toxice digestive.

Prognosticul tetaniei este serios. In general, în forma gastrică este mai grav. In tetania postoperatorie, în care se încadrează cazul descris, este mai puţin grav în urma terapeuticei moderne.

Terapeutica tetaniei a fost mult timp foarte empirică. Tratamentul este medicamentos, hormonal, chirurgical şi fizio-terapic.

In mod curent, de când s'a observat hipocalcemia, se administrează preparatele de calciu. Intrebuinţăm clorura de calciu în doza de 2—18 gr. pe zi. Noi am aplicat zilnic injecţii cu gluconat de calciu. O intensificare a ionizării calciului existent se poate provoca prin producerea unei acidoze şi prin acest fapt mărim eficacitatea acţiunei calciului. Un medicament care schimbă echilibrul acido-bazic în sensul

acidozei, este clorura de amoniu, din care administrăm de trei ori pe zi câte 2 grame sau tablete de gelamon. In cazurile de tetanie postoperatorie, ca şi în cazul nostru, sunt necesare zilnic câte 12 gr. clorură de amoniu.

Razele ultraviolete aplicate cu atenţie, dau rezultate bune. La bolnava noastră i s'au aplicat în total 16 şedinţe de guartz, începând cu 3 minute şi mărind doza tot cu un minut.

In tetania, care survine în legătură cu rachitismul, tratamentul cu vitamina D şi raze solare, dă rezultate excelente.

In cazurile de tetanie gastrică, din cauza ipocloremiei, se administrează injecţii i. v. de soluţiuni de ser hipertonic 20% (după Moser şi Mach). Rezultatele sunt remarcabile. Injecţiile intrarachidiene cu sulfat de magneziu la fel au dat rezultate.

Opoterapia cu preparate paratiroidiene dă rezultatele cele mai bune. Paratironul Casei Byla, pe care l-am aplicat şi noi bolnavei noastre, dă rezultate foarte bune, însă se găseşte foarte greu. Preparatul A. T. 10 a lui Holz dă rezultatele cele mai bune, fiind şi din punct de vedere biologic cel mai indicat. In comerţ însă nu l-am găsit. Aplicarea acestui medicament se face sub un control riguros al calcemiei. Deci punctul esenţial al unei astfel de terapii cade în sarcina laboratorului.

In tetania cronică, un rol important mai joacă şi regimul, care trebue să fie lacto-vegetarian. Se poate da până la 1—1½ litru lapte pe zi. In cazuri de tetanie a femeilor care alăptează, adeseori trebue să întrerupem alăptarea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul chirurgical ar fi cel mai indicat, însă grefele paratiroidiene, în cele mai multe cazuri, nu au supraviţuit. După Leriche, s'a practicat simpatectomia periarterială a vaselor tiroidiene, ceea ce ar determina o mărire a activităţii paratiroidelor, obţinându-se rezultate satisfăcătoare.

Cazurile de tetanie sunt relativ destul de dese în observaţiunile clinice, însă terapeutica a fost schimbată în ultima vreme aproape radical, după întrebuinţarea opoterapiei paratiroidiene, care dă rezultate excelente. Dificultatea procurării acestor medicamente şi preţul lor urcat, este însă o problemă greu de rezolvat pentru mulţi dintre bolnavi.

Am făcut această descriere pe marginea unei tetanii postoperatorii, întru cât această formă este foarte rară, deoarece tiroidectomiile se fac azi după principii chirurgicale cu totul noui, cari nu mai expun la riscul de a ridica în acelaşi timp şi glandele paratiroide.

BIBLIOGRAFIE:

Henry Claude: Maladies du systhème nerveux.
Haţieganu-Goia: Elemente de semiologie şi clinică medicală.
Heilmeyer: Rezepttaschenbuch.
F. Hoff: Tratamentul bolilor interne.
Laubenthal: Neurologie.
Moreau: Analises médicales.
Parhon: Manual de endocrinologie.
L. Ramond: Conférences de clinique médicale pratique. Tome 9.

E. Sergent: Sémiologie.
A. Sézary: Pathologie des glandes endocrines.
M. Sicard: Pathologie médic le.

On fait des considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques sur un cas de tétanie parathyréoprive. On insiste spécialement sur le traitement opothèrapique.

Es werden klinische, pathogenische und therapeutische Betrachtungen auf einem Fall von Tetania paratireoprva gemacht.
Man beharrt eingehend auf opotherapische Behandlung.

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluţie şi tablete

Vitamina C

PROSCORBIN

Acid ascorbic

Fiole 2 cc. = 150 mgr. Tablete á 25 mgr.
Fiole 5 cc. = 500 mgr. Tablete - 100 mgr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
FOST
„GEDEON RICHTER"
S. A. R.

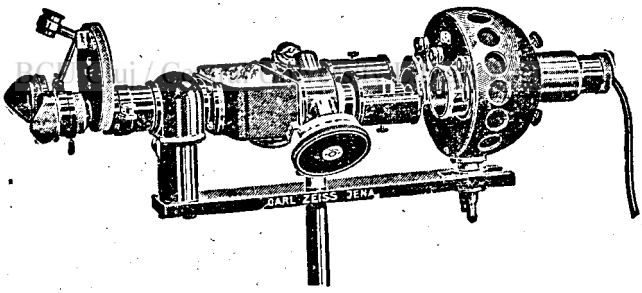
BUCUREŞTI, V, Strada LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.02

SUBSTANTELE BIOLOGIC IMPORTANTE

din umorile organismului, se pot determina cantitativ — aproape toate — pe calea colorimetriei absolute cu

FOTOMETRUL PULFRICH

ZEISS



Avantaje:

1. Suprimarea soluţiilor etalon
2. Sensibilitate mare
3. Mânuire simplă şi rapidă

Informaţiuni şi cataloage gratuite dela

CARL ZEISS · JENA

sau dela reprezentanţa generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost Otto & Alfred Herzog,
Bucureşti I, B-dul Carol I, 48.

CARL ZEISS
JENA

Spitalul de stat Turda

UN CAZ DE HEPATITĂ ICTERIGENĂ TOXICĂ

de

D-r TODEA CORNELIU și **D-r PELEA ION**

In cadrul hepatitelor icterigene se încadrează și cazurile, care sunt cauzate de o serie de toxice. Toxicul cel mai frecvent, ca o consecință a tratamentului antiluetic, este incontestabil arsenicul. Este foarte greu de stabilit, dacă icterul în sifilis este de origine toxică ori infecțioasă. Din această cauză, icterele, care apar după un tratament antiluetic, le etichetăm sub termenul generic de ictere paraterapeutice.

Cazul, pe care îl prezentăm, se încadrează în această formă paraterapeutică, descrisă relativ destul de frecvent. Iese însă din comun prin următoarele caractere: bolnavului i s'a instituit tratamentul specific, fără să se aștepte o confirmare serologică; în schimb evoluția are o alură foarte gravă, luând aspectul unui icter grav cu fenomene avansate de insuficiență hepatică.

Istoricul clinic al cazului este următorul: este vorba de un tânăr evreu din comuna Luduș, jud. Cluj-Turda, în etate de 26 ani, de profesiune comerciant.

In antecedentele eredo-colaterale și personale, nu aflăm nimic de remarcat.

Inainte cu șase săptămâni a consultat un medic pentru o leziune șancroasă, localizată la nivelul prepuțului. După aspect, medicul consultat, a pus diagnosticul de șancru primar sifilitic. I s'a instituit imediat un tratament abortiv cu doze masive de neosalvarsan și bismut, neavând posibilitatea să i se facă un examen ultramicroscopic al secreției. După ce s'a administrat bolnavului aproximativ 4,50 gr. neosalvarsan și vreo 8 injecții de preparate bismutice, a întrerupt acest tratament din cauza ivirei unor turburări dispeptice, care se rezumau la greață, inapetență totală și o stare de slăbiciune extremă. La câteva zile după această stare, se instalează o colorație icterică a tegumentelor, care progresează cu o rapiditate extremă. Colorația bolnavului, la data când a fost consultat, era galben-verzue cu o ușoară nuanță negrie. Ceea ce te izbea la prima vedere a acestui bolnav, era adinamia aproape totală.

La examenul somatic constatăm o constituție normală. Turgorul tegumentelor este foarte scăzut, iar musculatura extrem de flască. Organele din cutia toracică, plămânul și aparatul cardio-vascular, nu prezintă nicio malformație sau vreo leziune organică. Pulsul este bradicardic (68 pe minut). Tensiunea arterială este ipotensivă (10 × 5 V. L.). Organele din cavitatea

abdominală nu sunt sensibile, doar punctul cistic este ușor dureros la o palpare mai profundă.

Din partea tubului digestiv, clinic și radiologic, se constată o stază evidentă în potcoava duodenală și o retenție a masei opace în colonul ascendent și după 48 ore.

Din partea aparatului renal: în urină reacția pentru albumină este pozitivă; în sediment se constată rari hematii decolorate și colorate, celule descvamative și foarte rari cilindri granuloși. Proba pentru pigmenții biliari este intens pozitivă. In sânge aflăm o retenție de bilirubină.

Sistemul nervos reacționează prin reflexe rotuliene exagerate. Pe lângă aceasta mai constatăm turburări psihice, caracterizate printr'o astenie foarte pronunțată, aproape melancoliformă.

Prin laborator, se constată că scaunul, care este de culoare albicioasă, examinat la microscop conține foarte mulți acizi grași și grăsime neutră.

La debutul bolii, timp de câteva zile, bolnavul nostru a avut temperatură foarte ridicată, până la 39°, ca apoi curba termică să ia un aspect remitent, care a durat trei săptămâni.

Tabloul clinic icterogen, în cazul nostru, s'a instalat după ce în prealabil a făcut câteva grame de neosalvarsan.

După unii există un icter arsenical, care apare foarte precoce, cam la 70 ore după prima injecție de neosalvarsan. Dacă icterul survine într'o perioadă mai tardivă a tratamentului, — uneori la 2—3 luni după terminarea unei serii, — atunci presupunem un icter sifilitic sau toxi-infecțios banal, favorizat atât de tratamentul antiluetic, cât și de sifilis. In aceste cazuri se vorbește de ictere paraterapeutice.

Originea toxică a acestui icter este admisă de majoritatea autorilor, însă este foarte discutată de M. Milian, care crede că aceste ictere postarsenobenzolice nu sunt în realitate decât ictere sifilitice și că tratamentul arsenical nu are rolul decât de a provoca reacția lui Herxheimer la nivelul ficatului.

Evoluția gravă a acestui caz se poate încadra în forma atrofiei hepatice acute galbene. In aceste forme este vorba de o gravă alterațiune hepatică. Cazul nostru, ajuns într'o toropeală pronunțată, aproape de comă hepatică, — a cărei prognostic era considerat foarte grav, — a putut fi totuși salvat.

Este foarte important să avem o conduită terapeutică precisă. In regimul alimentar vom suprima complect albuminele și grăsimile vor predomina făinoasele. Se administrează hidrați de carbon ușor asimilabili; vom da glucoză în doze mari pe cale intra-venoasă și concomitent injecții de insulină.

Vom tonifica permanent aparatul cardio-vascular. Noi am administrat picături de coramină, iar în zilele cu stare generală disperată, injecții cardiazol și coramină.

După ce am reușit să scoatem bolnavul din starea gravă, am administrat de două ori pe săptămână injecții intra-musculare cu neohepatrat, iar în regim am permis pireuri de hidrați de carbon și în ultimele săptămâni, am adăogat carne de pasăre și pește.

Intr'o fază când bolnavul a acuzat o mâncărime de piele rebelă, am prescris injecții de betaxin forte, administrate zilnic, după care am observat dispariția ei miraculoasă și o tonizare generală simțitoare. Am menținut injecțiile cu betaxin timp de două săptămâni. In ultimele

două săptămâni, am administrat şi injecţii intra-venoase de vitamină C (fructamin).

Pacientul astăzi se bucură de o sănătate foarte bună, chiar s'ar putea spune că şi-a recâştigat forţa musculară şi vigoarea de mai înainte, fiind un pasionat al educaţiei fizice.

Iată deci un caz de icter grav vindecat, cu o stare clinică asemănătoare atrofiei hepatice acute galbene, care recunoaşte drept cauză un sifilis, — sau un tratament antiluetic cu neosalvarsan.

BIBLIOGRAFIE:

R. A. Gutmann: Les syndromes douloureux de la region epigastrique.
Haţieganu-Goia: Elemente de semiologie şi clinică medicală.
F. Hoff: Tratamentul bolilor interne.
M. Labbe: Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,
M. Loeper: Maladies du foie (Glandes endocrines. Nutrition).
M. Loeper: Thérapeutique médicale (Maladies du tube digestif)
L. Ramond: Conférences de clinique médicale pratique (tome 6 et 1).
F. Rathery: Quelques verités premières sur les maladies de la nutrition.
W. Stepp: Vitaminele şi aplicaţia lor clinică.

On décrit l'observation clinique d'un cas d'ictère grave, lequel imite le tableau clinique d'une atrophie jaune aiguë, survenue d'après un traitement d'une lésion suspecte de chancre syphilitique. Une bonne conduite thérapeutique soutenue d'une diète précise, donne de bons résultats, même dans des cas graves.

Es wird die klinische Beobachtung eines Falles von schweren Icterus beschrieben, mit Erscheinungen einer akuten gelben Leberatrofie, entstanden im Folge einer antiluetis hen Behandlung wegen Verdacht auf einen sifilitischen Schanker. Eine sachmässige Therapie durchgeführt mit einer genaue Diät, gibt gute Erfolge selbst im Fällen, welche man klinisch für verlohren hilt.

Academia de Ştiinţe din România
(Secţia Biologică)

„EVOLUŢIA GÂNDIREI MEDICALE"

Discurs de recepţie al
D-lui D-r V. PLĂTĂREANU

Şedinţa solemnă din 5. XII 1943.

Domnule Preşedinte,

Vă mulţumesc pentru măgulitoarele cuvinte pe care ni le-aţi adresat şi pentru toată solicitudinea pe care mi-aţi arătat-o, în atâtea împrejurări, atât ca Preşedinte al acestei Academii, cât şi ca om, iar pe D-l D-r Paulian, Preşedintele Secţiei Biologice îl asigur de toată gratitudinea.

Cred că nu-mi veţi refuza nici de astădată favoarea de a fi interpretul cel mai credincios al sentimentelor de gratitudine ce le păstrez distinşilor colegi al acestui Inalt for de cultură care m'au onorat votând intrarea mea ca membru titular al Academiei de Ştiinţe.

*

Şi întru cât aceste clipe sunt pentru mine un moment turburător, în spinosul drum dăruit de Cel Atotputernic, îngăduit să-mi fie a-mi îndrepta gândul către D-l D-r V. Gomoiu — a cărui muncă şi putere de creaţie m'au călăuzit către un ideal de viaţă, — exprimându-i tot ceea ce simt prin cuvintele marelui Lamartine:

„Recunoştiinţă nu se prescrie niciodată
„Dacă memoria este bună şi inima dreaptă".

* * *

Doamnelor şi Domnilor,

O veche tradiţie în lumea academică, care, ca noul ales, odată cu intrarea sa în această „castă" a spiritualităţii, să evoce figura predecesorului.

Cum în cazul de faţă, această condiţiune nu este îndeplinită, îmi voiu lua libertatea să fac **apologia gândirii medicale**, în raport cu celelalte manifestări ale spirtiualităţii umane şi, cu această ocazie, să

evoc câteva din figurile „Panteonului" ştiinţei, care au contribuit la programul civilizaţiei şi la alinarea suferinţelor omeneşti.

* * *

Prin cuvântul „medicină" se înţelege: totalitatea practicilor menite să suprime suferinţa trupească, oricare i-ar fi cauza provocatoare.

In componenţa noţiunii „medicină" intră 3 categorii de fapte: practicile instinctive, practicile empirice şi practicile raţionale, (adică cele produse de o elaborare înaltă a cugetului omenesc).

a) **Practicile instinctive** au fost spontane, apărând cele dintâi. Au ieşit din adâncul firii, în care stă ascuns însăşi spiritul de conservare.

— „Omul şi suferinţa sa, sunt cele două personagii din eterna dramă umană..." (Castiglione).

Printr'o extindere analitică, putem spune că „practicile instinctive se întind şi în regnul zoologic, iar nenumăratele exemple de autoîngrijire la animale, fac dovada, fără îndoială.

In felul acesta, trebue să admitem, că, „omul-animal", denumit „pithecantropus-erectus", precum şi „omul primitiv" de mai târziu, s'au apărat, instinctiv, contra suferinţelor, produse în special, de lumea exterioară.

Cu toată ceaţa care le apăsa greu mintea, şi-au creiat unelte de piatră, au descoperit focul şi şi-au alinat singuri suferinţele. Obiectele descoperite, care datează de zeci de mii de ani, fac proba că, aceşti strămoşi îndepărtaţi ai noştri, practicau: trepanaţia craniului — îşi deschideau abcesele, îşi curăţau, prin răzuire, cărnurile bolnave şi întrebuinţau ierburi drept medicamente.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

b) **Practicile empirice** au la bază faptele de observaţie şi experienţa, însuşită din generaţie în generaţie. Cei mai vârstnici, precum şi cei mai îndemânateci, au devenit prin firea lucrurilor, primii tămăduitori ai maselor.

Alături de practicile **instinctive** — pornite din **simţul conservării** — practicile **empirice**, isvorite din **intuiţie**, au rămas, de-a-lungul milenilor, în obiceiul tuturor popoarelor.

c) **Practicile de ordin superior** — „**raţionale**" — au luat naştere, mai târziu, când prin legea evoluţiei s'au desvoltat facultăţile cerebrale superioare: **puterea de comparaţie, memoria şi raţionamentul.**

Impresionaţi de manifestările cosmice, de strălucirea metodelor, de regularitatea succesiunii zilei şi nopţii, îngroziţi în faţa suferinţei şi a morţii, nedumeriţi de felul, spontan, cum se nasc propriile lor progenituri, „oamenii-primi", şi-au închipuit că, dincolo de ei, în nepătrunsul lumii exterioare, există două categorii de spirite — „**bune**" şi „**rele**".

In felul acesta, apărarea contra spiritelor „rele" — demonilor, — a luat naştere, şi, treptat, s'au exteriorizat, fie prin portul diferitelor semne ocrotitoare (tatuage), dansuri rituale (măşti groteşti), etc., fie prin alegerea unui animal sau unui arbore ocrotitor (cum de altfel se mai întâmplă şi astăzi la triburile sălbatece).

Inteligenţa este un dar **divin, inegal şi capricios!**

Cei mai dotaţi la minte şi-au însuşit, repede, calităţile de intermediari între mulţime şi diferitele „spirite".

In felul acesta a luat naştere clasa sacerdoţilor.

Desvoltarea tagmei sacerdotale s'a făcut repede, aceştia devenind puternici şi abili conducători de mulţime, vindecători trupeşti şi susţinători, morali, ai gloatei. Bolnavii credeau în puterea lor de vindecare şi le aduceau daruri pentru tămăduire, în schimbul cărora sacerdoţii, învăluiţi în practice misterioase, împărţeau mulţimii credincioase şi naive: amulete, substanţe colorante şi alte obiecte, cu pretinse puteri vindecătoare sau ocrotitoare. Aşa zisele practici „apotropaice" erau, în acele apuse vremuri, în mare şi netăgăduită cinste.

Timpul s'a depănat încet, iar istoria civilizaţiei şi-a împletit destinul, pe acelaşi fir cu istoria medicinei.

Gândirea medicală la popoarele mezopotanice.

Sumerienii, cel mai vechi popor civilizat, a fost, după cum se ştie, de neam semitic şi a trăit cu mii de ani înainte de Christos, desvoltându-se între Tigru şi Eufrat.

Fiind osebit de inteligenţi, ei au creat: astrologia, astronomia şi scrierea cuneiformă. Au adorat soarele ca generator de viaţă, şi au socotit „apa" şi „pământul" necesare existenţei. Au deosebit noţiunile de „corp" şi de „suflet", şi-au cercetat trupul omenesc cu grijă.

Aveau noţiunea „humorilor" — (substanţelor fluide din corp), şi legau interpretarea viselor de turburări ale circulaţiei sângelui.

Sumerienii au cunoscut anatomia organelor la om şi animale, iar practicele lor medicale păstrau toate caracterele empirice, moştenite dela înaintaşi, pe care istoria nu i-a identificat încă. Acestor practici sacerdoţii, sumerienii le-au adăugat o bogată încadrare mistică.

Medicul cel mai mare se numea „A-Su" — (cel care cunoaşte apele) şi tratamentele se bazau mult pe acest element. Băile, abluţiunile, compresele umede şi scăldarea în râuri şi fluvii, constituiau mijloace de vindecare asociate cu rituale închinate zeiţei „Ea" (zeiţa apelor). „Coduri" medicale, din timpul cetăţii Ninive se găsesc astăzi, la Britisch-Muzeum, ca o dovadă a nemurirei primei manifestări scrise a spiritualităţii.

* * *

Babilionenii şi Asirienii au încredinţat exerciţiul medicinii la o castă profesională, aşa după cum se dovedeşte cu documente de peste 3000 ani î. C.

Medicii făceau parte din clasa sacerdotală şi erau de două feluri — „A-su" (chirurgi) şi — „A-sipu" (conjuratori). Medicii ca şi sacerdoţii erau superiori monarhului.

Codul „Hamurabi" (2200 î. C.) reglementa medicina laică, menţiona retribuţiile materiale şi stabilea răspunderile practicienilor. Alături de îngrijirile empirice, ale medicului laic, sacerdotul practica o terapeutică identică, dar îmbrăcată într'o formă fastuoasă şi plină de misterele astrologiei timpului.

Spiritul de observaţie, calculul şi puterea de devinaţie a acestor popoare rafinate, s'a resimţit, nu numai în medicina practică, ci şi în reguli de igienă colectivă, de morală şi civism. Toate acestea, însă, erau impuse prin ritualul sacrosanct, al „ordinelor divine".

* * *

Civilizaţia vechiului Egipt a fost socotită, ca cea mai întinsă, în „timp" (5—6 milenii), şi cea mai desăvârşită, în „formă" dintre civilizaţiile trecutului îndepărtat.

Astronomi desăvârşiţi, constructori de proporţii şi concepţii uluitoare, divinatori ai epocilor de secetă şi abondenţă, negutători îndrăzneţi sau cărturari rafinaţi, oameni de stat, s'au sacerdoţi misterioşi, egiptenii au dat, timp de milenii, măsura unei desvoltări spirituale, în care, cunoştiinţele pozitive, — de o preciziune nebănuită, — se împletea armonios cu un misticism luminat.

Intr'o astfel de epocă, ar fi fost nefiresc ca medicina să nu se desvolte. Intr'adevăr, medicina egiptiană atinsese o desvoltare atât de mare şi cuprindea, atâtea adevăruri raţionale, încât putem recunoaşte, în ea, aproape toate specialităţile medicinei moderne.

Sănătatea era, pentru ei, un dar divin. Zeităţile: „Toth", „Sechnet" şi „Etah", ocroteau poporul de boale.

Medicina era socotită o profesiune nobilă şi se practica chiar de regi sau fii lor. Amintim cazul fiului regelui Menes, a regelui Casty (V-lea rege din I-a dinastie) care a scris „anatomia venelor" şi a demonstrat rolul respiraţiei creind „concepţia pneumatică", — precum şi pe regele „Zoser" supranumit „medicul divin".

Papirusurile „Ebers" şi „Schmith" (din epoca 1500—1000 î. C.) ne-au dat multe indicaţii asupra medicinii timpurilor anterioare. Din aceste însemnări se dovedeşte că, practica vindecării era „realistă" (empirică), şi, în bună parte chiar ştiinţifică.

Cunoşteau anatomia (traectele vaselor sanguine), — stabileau centrul circulaţiei în inimă şi ştiau topografia organelor. Medicina se învăţa chiar din timpul dinastiei IV-a (4000 ani î. C.) în şcolile din Häis şi Heliopolis. Acesteia din urmă îi era alăturat un sanatoriu pentru învăţământul clinic al medicinei. Practica medicală se făcea pe specialităţi, un medic, o specialitate! Cunoştiinţele biologice erau înaintate şi studiau: paraziţii (viermi, insecte, etc.), veninurile animale, metamorfoza insectelor şi anatomia mamiferelor.

Cunoşteau substanţe vindecătoare: vegetale (crocus, alces, opium, lăptuca, inul, fenuiul, levănţica, smochinele şi curmalele), animale (în special preparatele din organe) şi minerale (vitriol, cupru, arsenic, etc.). Administrau medicamentele sub formă de: infuzii, pilule, supozitoare, spălături, clisme, pomezi şi cataplasme. Aveau instrumente chirurgicale tăietoare, pe care le înroşeau în foc, în scop hemostatic, şi aveau „colinuri" astrigente pentru bolile de ochi.

Au creat medicina preventivă, prin reguli de higienă colectivă şi individuală, privitoare la curăţenia corpului, hainelor, alimentaţie şi viaţă sexuală, toate îmbrăcând forma ordinelor divine.

Puericultura era, de asemenea, o disciplină medicală cu organizare perfectă. Realistă şi mistică, individuală şi colectivă, curativă şi preventivă, empirică şi cultă, în acelaşi timp, medicina egipteană oglindeşte o epocă de înflorire a spiritualităţii umane antice. Când strălucirea acesteia a apus, progresul medicinii a încetat, mărturie a trainicei legături ce le unea.

* * *

Evreii, primul popor al lumii cu religia monoteistă, au dovedit o spiritualitate rafinată, fapt care i-a favorizat şi defavorizat, în aceiaşi măsură, de-a-lungul secolelor. Prin concepţia lor religioasă, că „Dumnezeu unic" — Jehova, — este cel care are grije, „poporului ales", medicina evreiască, era supusă, cu totul concepţiei teoretice.

„Eu singur, Dumnezeu, sunt doctorul tău", este dogma care făcea pe evreu să aştepte tămăduirea dela acela Atotputernic — acela care pedepseşte, pentru păcate şi vindecă, prin îndurare!

Practicile empiro-realiste, moştenite dela celelalte popoare răsăritene, sunt adoptate cu oarecare timiditate. Abluţiile babilo-asiriene, iau, la evrei, caracterul „curăţeniei rituale".

Preceptele higienice, caldeo-asiriene şi egiptene sunt date poporului sub formă de legi divine.

Circumcizia, higiena alimentaţiei, prohibirea cărnurilor de porc sau animale bolnave şi îngroparea cadavrelor, erau supravegheate sau chiar practicate de preoţi. In afară de cunoaşterea câtorva **boale umane**: (Gonoreea, lepra şi pesta bubonică), şi **boli la animale** — observate la tăierea rituală, — medicină evree era foarte puţin pretenţioasă şi rămâne, în istoria civilizaţiei, ca exemplu cel mai bun al influenţei concepţiei teurgice monoteistă asupra gândirei medicale, fapt care se va resimţi, mai târziu, şi în dogma creştină.

* * *

Civilizaţia indiei antice este vrednică de amintit, pentru importantele influenţe asupra medicinei. Veche, cu peste 3000 ani î. C. aparţine unui popor inteligent şi îndemânatec, în profesiile manuale, — în special prelucrarea metalelor.

Medicina indiană era „sacerdotală" şi „laică", în acelaşi timp, şi, aproape, în aceeaşi măsură.

In vechile cărţi ale lui **Susruta** se găsesc multe noţiuni precise de anatomie. Numărul oaselor, tendoanelor, muşchiurilor, nervilor, vaselor şi organelor corpului omenesc sunt trecute cu preciziune.

Fiziologia **hindusă** recunoştea corpului uman 3 principii vitale: **sulful, bila şi limfa**, care, în caz de turburări, pot provoca boli.

Clinicienii pricepuţi, fixau diagnostice cu ajutorul celor 5 simţuri. Cunoşteau febrele de tip infecţios şi au identificat tuberculoza denumind-o „boala regilor".

Au descris „cracmentul" — crepitaţia, — în fracturi, şi gustul dulce al urinei, în diabet.

Dietetica, plantele medicinale, inhalaţiile, vomitivele, purgativele şi strănutătoarele, făceau parte din terapeutica lor.

Prin îndemânarea, înnăscută, au perfecţionat chirurgia, în special pe cea „plastică", ca nimeni alţii. Legea lui **Manou**, care prevedea tăierea nasului, a favorizat în chip deosebit, chirurgia reparatoare a acestui organ, creindu-se metoda — aplicată şi astăzi, — sub denumirea de „metoda-indiană".

Aveau peste 130 de instrumente, începând cu bisturiile şi terminând cu sondele şi acele necesare diverselor cusături.

„Venda", cartea sfântă indică, prevedea tehnica şi indicaţiile

precise ale: operaţiilor de amigdale; ale fistulelor anale, extracţiilor fetale (în distocii), ligaturarea vaselor cu fibre de plante textile, amputaţiile, luxaţiile, extragerea pietrelor din vezica urinară, etc.

O morală severă, o igienă individuală şi colectivă, a încununat fericit, gândirea medicală, care a creeat metode raţionale ce au dăinuit peste veacuri!

Evoluţia gândirii medicale în Grecia antică.

Când gloria şi strălucirea popoarelor de origine semitică din partea sud-estică a Mediteranei, a început să apună, o nouă civilizaţie indo-europeană, a răsărit: **Civilizaţia Vechei Elade!**

* * *

Dulcele climal al Mării Egee, albastrul liniştitor al cerului aproape mereu senin; atmosfera întotdeauna îmbălsămată cu parfum de terebinţi şi oleandrii, au făcut, din primitivele triburi de păstori, un popor a cărui spiritualitate a atins culmile nemurirei şi ale perfecţiunii!

Viaţa lor sobră unită cu o puternică înclinare către contemplaţie, simţul lor pentru frumos şi echilibru, dorinţa lor de a se desăvârşi fizic şi moral, a dat putinţa, ca din mijlocul lor, să răsară oameni, a căror spiritualitate şi înălţime de gândire a rămas eternă.

Dela viaţa fastuoasă şi arzătoare, a neamurilor semitice, şi până la conceptul de viaţă elen, este o distanţă uriaşe, antipodică chiar!!

Cei dintâi au fost legaţi de pământesc, de carnalul uman, iar civilizaţia lor are, aproape, numai caractere concrete.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Elenii, dimpotrivă, şi-au îndreptat cugetul către sferele înalte ale existenţei spirituale şi morale: **„Filosofii“** olimpici **„cetăţeni“ perfecţi**, sau **„eroi“ desăvârşiţi**, erau, pe atunci, adevărate idealuri încarnate.

Toată frământarea spirituală a gânditorilor eleni, s'a îndreptat către pătrunderea misterelor, cosmosului, şi a legăturilor tainice, ce leagă pe om de univers.

Toate şcolile filozofice presocratice, căutau lămurirea adevărurilor eterne. Deşi nu se poate spune că au atins idealul năzuit, totuşi au fost aproape de el.

Când filosoful **Tales** (din Milet) a ajuns, pe cale de raţionament la concluzia că, origina tuturor lucrurilor este „nedeterminatul“ — „infinitul“, aceasta înseamnă că, vechile concepţii pline de zeităţi şi mituri cosmologice, erau depăşite.

Când filosoful **Heracleitos**, (din Efes) complecta gândirea lui Tales, cu noţiunea continuei „deveniri“, a cosmosului, avem, neîndoios, impresia că încetarea, de pe mintea omului, începe să se ridice!...

Cât adevăr şi câtă pătrundere se găseşte în aforismele lui Heracleitos, când spunea: „Soarele este nou în fiecare zi...“ sau: „Ordinea lumii, aceeaşi pentru toate fiinţele, nu a fost făcută de niciun zeu sau om, dar a fost veşnic aci, este şi va fi etern şi viu, oprindu-se după măsură, stingându-se după măsură...“

„Fizica moleculară“ şi „mecanica ondulatorie“ a zilelor noastre, nu şi-ar fi putut găsi un aforism mai cuprinzător şi mai aproape de

adevăr, decât acesta!... Şi, totuşi, acestea au fost cugetate acum 2500 de ani!!!...

Gândirea pitagoreică (a şcoalei din Samos), a dat lumii, armonia numerilor, a proporţiei şi a sunetelor.

Dacă adăogăm că Pitagora era şi medic, înţelegem de ce concepţia lui asupra armoniei funcţionării organismului, — identic cu armonia întregului cosmos, — dă măsură intuiţiei sublime a ceea ce este sănătatea: — „Armonia desăvârşită a funcţionării organice!"

Alăturând aceste lapidare gândiri, intuiţia existenţei celor patru „principii vitale" — apa (Tales), aerul (Anaximenos), pământul şi focul (Heraclit), — care corespund celor patru humori ale corpului omenesc, avem sensul larg, acea ce intră în cuprinsul fiinţei noastre: aer, apă, săruri şi căldură animală.

Voi complecta, evocarea marilor filosofi, presocratici, amintind de pătrunzătoarea intuiţie a lui Leucit şi Democrit, care au creiat şcoala „atomistă" din Abdera. Ei au devinat „Vidul" cosmic, fără de care, spuneau ei, mişcarea nu ar fi posibilă şi au susţinut că, toată materia universală, are ca bază „atomul", care se găseşte în număr infinit, iar „mişcarea" datorită atomilor, este: „eternă, necesară şi determinantă"! Astfel, actuala teorie a Principelui Louis de Broglie, asupra structurii atomului, se recunoaşte în aceste puţine, dar cuprinzătoare cuvinte...

Am arătat aceste scânteieri ale spiritului grec antic, pentru a dovedi, cât de clară a fost gândirea lor, şi cât de perfect s'a încadrat: artei lor desăvârşite, frumuseţei lor fizice şi morale, poeziei şi muzicei!...

Faptul că mulţi dintre filozofi erau şi medici, ne dă măsura cinstei de care s'a bucurat această profesie.

Deşi aceasta avea două practici: una realistă şi alta sacerdotală, ea avea un fond comun, — acela, al unei discipline, ce trebuia învăţată dela „şcoală" sau dela un „maestru" cu reputaţia recunoscută.

Şcolile din: Cyrene (Rodos), Luidia (Cos), Alemeon şi Cretone, au rămas celebre peste veacuri:

Templelor, închinate zeului sănătăţii, — Esculapius, — îi corespundeau „Yatreele" medicilor laici şi, ambele, spitalelor de mai târziu.

Medicina elenă prehipocratică era datorită, în bună parte, cunoştiinţelor babilo-asiriene şi egiptiene. Elenii au adâncit cunoştiinţele anatomiei pe viu — atât de minunat redate în realizările lui Phidias!

Au stabilit anatomia creerului şi a nervilor cranieni, aşezând lăcaşul gândirei în acest minunat şi tainic organ.

Au impus în terapeutică, norme dietetice precise şi au întrebuinţat medicamente vegetale. Medicii erau organizaţi în corporaţii şi echivalaţi cu „demiurgii" — (artizanii).

Aveau drept personal ajutător „moaşe" şi „rizotomi" (tăietori de rădăcini), din care, mai târziu, a luat naştere „farmaciştii".

* * *

Hipocrate.

Trăind în secolul lui Pericles, el a complectat diadema augustei cerebralităţi elene, alături de sculptorul Phidias, de Sofocle şi Euripide, marile glorii ale plasticei şi artei poetice a nemuritoarei Elade!

Geniul lui Hipocrate, a încadrat disciplina medicinei în spiritul de cercetare al timpului. Cunoscător al medicinei realiste, învăţate la şcoalele din Cos şi Egipt, a căutat, sub îmboldul concepţiilor filozofice, ale timpului, să stabilească „Legea cauzei şi efectului", în patologia umană. In felul acesta, spiritul de cercetare al cauzei boalelor, creiază „spiritul" medical care ajunge până în timpurile noastre şi dela care nu se mai poate abate nimeni. Ce era această doctrină a naturii, concepută în mod inatacabil de Hipocrate? Era recunoaşterea omului ca parte integrantă din cosmos, guvernat de legi eterne şi supus influenţelor, forţelor naturale mai puternice decât el! In lucrarea: „Despre aere, locuri şi ape", el nu face decât să arate şi să clasifice bolile provocate de mediul, felul de viaţă şi climatul fiecărei regiuni. Sudiind la faţa locului, în Egipt şi în Sciţia — ţări cu contraste climatice, a stabilit, diferitele tipuri biologice umane. In felul acesta, Hipocrate, a fost creatorul, nu numai al medicinei clinice, ci şi al biotipologiei moderne.

Acest luminat spirit ale cărui cunoştiinţe şi învăţături medicale s'au transmis şi posterităţii, în aşa zisul „Cirpus-Hipocraticus", a fost creatorul „Epicei morale", cele mai perfecte, oglindind, astfel, serafica învăţătură a lui Socrate, premergătoare moralei creştine.

„Jurământul lui Hipocrate", pe care orice medic îl depune şi îl respectă cu sfinţenie, este un cod al moralei profesionale şi individuale care se păstrează şi se practică chiar în prezent în marile universităţi din lume.

* * *

Epoca romană nu aduce nimic nou în gândirea medicală. Mândria civică romană nu socotea practica medicală decât ca o profesiune pentru sclavi şi venetici — în special greci şi evrei. Serviciile medicinei ca disciplină cu caracter social, — au fost, dimpotrivă, în mare onoare în alcătuirea statului.

Conceptul de viaţă roman, prin definiţie războinic şi organizator, a desvoltat, în deosebi, medicina militară şi higiena publică.

Istoria ne-a lăsat multe date privitoare la organizarea serviciului sanitar militar, iar mormintele numeroşilor medici militari, veniţi cu legiunile romane, pe mănoasele plaiuri ale daco-geţilor, fac mărturie, la noi, fără de tăgadă.

Geniul arhitectonic sanitar a fost conceput pe planuri largi şi a realizat lucrări care par uriaşe, chiar pentru timpurile noastre.

Canalizările, pentru scurgerea apelor murdare; celebra „cloaca maximă", a cetăţii Roma; apeductele, de mărimi gigantice; piscinele şi instalaţiile de apă potabilă, a oraşelor şi provinciilor ocupate (începute de August şi continuate de Claudiu), ne dă măreţia concepţiei de higienă a timpului.

Cetăţeanul roman, al epocilor de înflorire, avea de 7 ori mai multă apă, pentru trebuinţele igienei, decât orice orăşan civilizat din zilele noastre.

Admirabilul spirit legiuitor roman a creiat regulamente sanitare speciale pentru: conservarea cerealelor şi a substanţelor alimentare, iar prin legea „Aquilia" şi legea „Cornelia" medicii şi „edilii alimentari",

erau ţinuţi responsabili de neglijenţe. Pedepsele aplicate în caz de nerespectare erau: deportarea sau decapitarea.

Prostituţia era organizată şi supraveghiată sever, iar avorturile erau interzise.

Acest pronunţat simţ de responsabilitate, către „Salus publica" — sănătate publică, — a adus, medicinii romane, un mare prestigiu. Medicii erau orânduiţi într'o clasă bine organizată şi privilegiată. Invăţământul medical era supraveghiat de Stat şi este locul să amintim aci, printre alte figuri medicale, mari, ale epocii, pe nemuritorul Galien (din Pergam), medic şi filosof, care a trăit între 138—201 d. C. Ca şi contemporanii săi, el a profesat prestigios medicina „realistico-ştiinţifică", moştenită dela şcoala hipocratică. Ca filosof, era un convertit la monoteism — şi, pentru acest motiv, lumea islamică, israelită şi creştină, l-a preţuit deopotrivă şi l-a considerat „prinţ" al medicinei, aşa după cum Aristotel era socotit „prinţ" al filosofiei.

* * *

Apariţia creştinismului constituie o epocă de adânci frământări în lumea spiritualităţii.

Doctrina lui Cristos, înflăcărează sufletele celor setoşi de dreptate, iar vechile aşezări sociale şi religioase ale timpului, încep să se năruo!

Medicina, însăşi, se resimte adânc. Dogma creştină socoteşte suferinţa şi boala ca pedeapsă divină, iar vindecarea un gest al iertării al dumnezeescului părinte. Vindecarea boalelor de către Cristos şi apostolii săi, fac să întunece prestigiul medicinei realistice şi laice!

Cu toată apariţia unor secte mistice, menite să reînvie tradiţia sanctuarelor esculapice, sau a concepţiei neo-platonice, creştinismul, cu vindecările sale teuragice, a învins! Mai târziu, când imperiul roman a început să decadă, dând naştere imperiului bizantin de răsărit, spiritualitatea creştină devine mai pozitivistă, iar înflăcăratul altruism cristic se împlineşte în opere de asistenţă medicală şi socială. Biserica ortodoxă de răsărit, ca şi biserica catolică din apus, înţelegând, pe deplin, sensul sublim al cuvintelor „ajută pe aproapele tău, ca pe tine însuţi!!", îşi apropie arta tămăduirei fizice. Propovăduitorii acestei doctrine, episcopii **Theodor** (din Laudacia), **Eusebiu** (al Romei) şi **Zenobie** (din Sidon) deveniră ei însăşi medici, iar sfinţii părinţi: **Panteleimon, Cosma** şi **Damian**, patronii medicinii realiste, vindecau mulţimile, fără primire de „arginţi"... Ca urmare a învăţăturii Sft. Iacob „dacă cineva este bolnav, să vină bătrânii comunităţii la ele..., au apărut ordinele **„diaconilor"** şi al **„diaconeselor"** care îngrijeau bolnavii gratuit.

Pretutindeni apar spitale, din care primele sunt: al **Sft. Vasile** (din Cesareea 370 d. C.); al lui **Fabiola** (Roma 400 d. C.) şi al **Impărătăsei Eudoxia** (la Ierusalim).

Spitalelor, li se alătură, datorită caritătii creştine, azilele de bătrâni şi drumeţi cari constituesc, pentru noi, primele organizaţii de asistenţă socială, în lume.

Creştinism! Inalt simbol al pietăţii umane, al pietăţii divine!!

* * *

Spiritualitatea islamică. In timp ce părţile europene ale vastului imperiu roman, sunt invadate de barbari, sudul Spaniei, nordul Africei şi părţile Tigrului şi Eufratului — până departe în Caucazia, — freamătă sub stăpânirea nouă a triburilor islamice.

Inteligenţi şi războinici — în special Arabii, — îşi organizează, repede, tot ceea ce se cucereau. Contactul cu marile civilizaţii ale Orientului îi rafinează, îi face pozitivişti în aceeaşi măsură în care le desvoltă gustul pentru frumos şi cultură.

Frumuseţile gândirii şi artei eline îi mişcă adânc şi, prin traducerea operelor antice, îşi asimilează toate comorile spirituale. Academii Arabe iau fiinţă, iar epoca califatelor le dă o mare strălucire ştiinţifică. Academiile din: **Bagdad, Damasc, Samarcand** şi **Ispahan** erau cele mai reputate. In mare cinste erau: matematicile, fizica, chimia şi medicina. Operele lui Hipocrate şi Galien erau traduse şi complectate.

Arabii puneau mare preţ pe practica medicală la căpătâiul bolnavului. La umbra moscheelor iau naştere spitale şi săli de consultaţii pentru bolnavi. Minaretele înalte şi imaculate, profilau pe seninul cerului fierbinte, locul de rugăciune şi de însănătoşire — semn al unei credinţe fanatice, dar şi mărturie a unei culturi pozitive.

Când marile centre islamice, din Spania, au luat fiinţă, cultura arabă şi-a revărsat, şi aci, comorile. La Cordoba (în 980), la Sevilla, în Mureia şi Toledo, se creiază biblioteci cu sute de mii de volume.

Marele merit al spiritualităţii islamice a fost reluarea firului rupt al civilizaţiei antice! Medicina, însăşi, şi-a recăpătat prestigiul de care numele lui Avicenne, Ehazes şi Averoes, rămân legate în eternitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Evul mediu se caracterizează, printr'o întunecare a spiritualităţii care a durat câteva secole!

Năvălirile barbare, în provinciile vechiului imperiu roman, aduse ruină şi epidemii. Puţine centre, de cultură veche latină, s'au putut salva în sudul peninsulei italice.

Năvălitorii de neam germanic nu aveau cultură, iar medicina lor era magică. Zeul Wotam era vindecătorul cel mare. Triburile galo-celtice aveau casta „druizilor" care erau în acelaşi timp, preoţi, poeţi şi medici.

Contactul cu urmele medicinei greco-romane, — întreţinute mai ales, de şcoala din Salermo (Sicilia), a făcut pe regii goţi: Teodoric şi Atlaric, ca şi pe regii merovingieni şi carolingeni, să preţuiască, mult, binefacerile medicinei realiste. Spiritualitatea creştină a prins între timp, aripi, iar teologii secolului în frunte cu filozoful Toma d'Aquino, închegă „doctrina raţională", a bisericii creştine, în disciplina zisă „scolastică", care cultiva: ştiinţele filosofia şi artele liberale Imbibată de concepţiile aristotelice, disciplina „scolastică" nu a dat pas medicinii laice să se desvolte. Ingrijirea bolnavilor se făcea numai în converturi, ori mânăstiri şi numai de către călugări.

Târziu, spre sfârşitul evului mediu, cu ajutorul şcoalelor de medicină din Salermo şi Bolognia, medicina hipocratică a fost reînviată în ţările europene. Biserica condamna disecţia cadavrelor, totuşi prin

sec. XIV—XV-lea au început să se facă studii anatomice pe om. Şcoli de medicină au apărut şi s'au desvoltat treptat, la Paris (1180) şi Montpellier (Mons-Pessulanus) după principiile şcoalei salerniene. In secolul XV-lea, spiritualitatea europeană se îndrepta către aşa zisul „umanism", care înflori, mai târziu, în epoca „renaşterii".

Datorită „umanismului" se desvoltă: **ştiinţele naturale, botanica şi medicina.** In această epocă, unele discipline medicale iau avânt: **Chirurgia plastică** — cu Tagliacozzi (sec. XV) **Obstetrica** şi **Ginecologia** — cu Michel Savonarolla (care a descris bazinul strâmtat) şi Beniveni (care a imaginat „versiunea podalică"; iar **farmacologia** — cu Saladino d'Ascolli.

Totuşi, practicile mistice rămân în destulă cinste!...

Regii, însăşi, se simţiau învestiţi cu puteri vindecătoare divine. Bunăoară: Eduard confesorul; Robert Piosul; Filip I şi Ludovic al VI-lea al Franţei — vindecau bolnavii prin simplă „atingere"... şi de atunci a rămas dictonul: — „Lei roi te touche et Dieu te guerit..."

Către sfârşitul Evului mediu, artele plastice italiene au adus un omagiu, deosebit de frumos, propsitei arte a vindecării, imortalizând în biserici, scene murale, reprezentând, fie pe sfinţii părinţi „doctori fără de arginţi", fie scene de vindecări...

Epoca renaşterii, nu are o dată precisă. Ea s'a închegat fără formule categorice. Spiritualiceşte, renaşterea înseamnă o eliberare de sub jugul scolasticei eclesiaste. Cugetarea omenească se îndreaptă, iarăşi, spre culmile senine ale cunoşterii ca în timpurile anticei Elade, dar de astădată, nu cu scopul de a cunoaşte marele cosmos, şi spre a cunoaşte omul (individul) sub dublul său aspect — fizic şi moral.

Se naşte, aşa dar, cultul frumuseţii fizice a corpului şi se trezeşte conştiinţa unei demnităţi umane. Politica, artele, filosofia şi medicina, resimţiră adânc sistemul de gândire şi analiză a lui **Copernic,** care a sguduit „scolastica" medievală. Oraşele italiene se organizară în genul republicelor libere antice. Exploratorii se avântară în largul oceanelor, spre noui descoperiri. Luther se ridică împotrva autorităţii tiranice a bisericii, iar Islamul reînvie, în apus, tradiţiile de gândire şi frumos ale vechei Elade. Această renaştere morală are asupra gândirii medicale influenţe imediate şi directe. Cercetarea corpului uman se face cu aviditate. Disecţiile încep să fie permise şi chiar ajutate de legiuitori. Andreas **Vesale, Fallopio, Gerolomo, Fabrizio de Aqua pedente,** creează în Italia şcoli de anatomie care au stabilit adevăruri nepieritoare. **Realde Colomba** şi **Cesalpin** studiară circulaţia sângelui, cu mult simţ realist, înlesnind afirmaţiile de mai târziu ale lui **Harvey** Girolano **Fracastore** (din Verona), stabili ideea contagiozităţii în anumite boli, — în special tuberculoza, — iar **Giovani Battista de Monte** reîncepu învăţământul clinic al şcoalei hipocratice. Redeşteptarea şcoalei italiene avu răsunet în ţările Germanice şi Franţa — în care se distinse: **Paracelse** (bâle) — **Brissot** (Paris) şi **Erdste** (Heidelberg).

Farmacologia, medicina şi chirurgia, mai ales, se reîntoarse la practici realiste.

Datorită cunoştiinţelor naturale şi anatomice, medicii practicieni se ridică iarăşi, în stima lumii, în timp ce medicina militară capătă o temeinică orânduire, sub privegherea marilor condotieri sau a

statelor. Spitale civile (Hotel-Dieu) şi militare începură a lua fiinţă.

In felul acesta, medicina ni se profilează ca o disciplină ce se reazămă pe vechea filosofie şi practică hipocratică, năzuind totuşi spre orizonturi noui; cu ajutorul observaţiei şi criticii, individualiste.

* * *

Secolul al XVII-lea este secolul decadenţelor politice, al războaielor şi al revoluţiilor. Republica Veneţiană şi Genoveză apuseră! Războiul de 30 de ani distruge cele mai frumoase oraşe germanice; iar războiul pentru succesiunea Spaniei, aduse multă vărsare de sânge.

Totuşi spiritualitatea umană nu se lasă învinsă! In Anglia şi Olanda apărură numeroşi savanţi şi medicina obţinu un înalt grad de desvoltare.

Marele Gallieu stabili, cu ajutorul observaţiei şi al verificării matematice, legile eterne ale universului. El domină spiritualitatea acestui secol, alături de **Rene Descartes**, medic şi filosof, — care dădu valabilitate **„siguranţei existenţei noastre“ prin însăşi existenţa puterii de gândire.** Celebra axiomă carteziană **„cogito ergo sum“** — rămâne nemuritoare. Gândirea medicală datoreşte filosofiei carteziene concepţia fizică a corpului uman, care este comparat cu „o maşină creată de Dumnezeu şi în care locuieşte sufletul“, dar care este supusă la legi ce trebuesc controlate fizic şi matematic.

Tot lui, i se datoreşte concepţia micro-cosmosului, căruia i-a atribuit, cu o viziune profetică, existenţa unei mişcări eterne, concepţie astăzi pe deplin dovedită. Să adăugăm la numele acestor doi prinţi ai gândirii omeneşti, pe a lui **Newton**, pe **Kepler**, pe **Van Helmont**, — care deschid căi noui în metodele de cercetare chimică, — pe **Bacon de Verulamus**, — filosoful medic, animatorul „şcoalei experimentale“ — şi vom avea măreţia unor concepţii noui!!

Concepţia, directă şi imediată, a acestei reacţiuni, a fost înfiinţarea de academii ştiinţifice, în marile centre culturale europene: La **Roma** — Academia Lincei; la **Erfurt** — Academia Leopoldina-Carolina-Cesoreea; iar la **Paris** — L'Academie Française et Academie des Sciences.

Tezaurul cunoştiinţelor medicale ştiinţifice se îmbogăţeşte cu: **descoperirea capilarelor şi structura ţesuturilor** (de către Malpighi); cu **lămurirea mecanismului circulaţiei sângelui** (datorită englezului Harvey); cu **construirea primului microscop** — de către Leuwenhok, — cu **primele experienţe** („in vivo“ pe câine) asupra secreţiei pancreasului — de către de Gref, — cu **descoperirea foliculului tuberculos** (de către Manget şi Morton); cu **promovarea învăţământului clinic medical** (datorită lui Thomas Sydenham şi atâtea altele).

Aşa dar, în timp ce medicina empirică continuă şi în această epocă să-şi ducă viaţa umilă, în păturile mulţimii, fie de către profesionişti rutinieri, fie de către şarlatani sau impostori, **gândirea medicală ştiinţifică se ridică la nivelul creaţiunilor de valoare eternă.**

Secolul al XVIII-lea, constitue un răstimp în care se pregătesc marile prefaceri sociale, ce culminează în revoluţia franceză.

In aceste vremuri, filosofia are un rol hotărîtor, în: **viaţa socială, politică, economică şi culturală**, a popoarelor.

Gânditorul pozitivist Leibnitz, îşi cristalizează teoria „monadelor" şi „atomilor substanţei vii". Oamenii de ştiinţă şi literaţii francezi, printre care: Rousseau, Diderot, Pierre D'Holbach şi alţii, organizează apariţia „Enciclopediei" Volta şi Galvanii descoperă electricitatea. Linné pune temelia studiului ştiinţific al botanicii, iar Fontana, pe ale biologiei moderne.

Goethe, Humbold, Buffon şi Spalanzzani, cercetează forţele generatoare ale vieţii, iar gândirea medicală se străduieşte să lămurească fenomenele fiziologice şi patologice la om. Conceptul asupra omului, se întoarce iarăşi „la socotirea lui", ca parte integrantă din cosmos, idee ce fusese repudiată de filosofia scolastică.

Rezultatele cercetărilor ştiinţifice şi medicale capătă o valoare universală, iar schimburile de păreri internaţionale fură uşurate cu ajutorul presei medicale, care se desvoltă repede şi prestigios.

Strălucirea medicinii ştiinţifice începe să lase în umbră pe surorile ei mai vârstnice „medicina instructivă" şi „empirică". Disciplina medicinii ştiinţifice, se delimitează pe specialităţi. In felul acesta iau naştere: higiena, anatomia-patologică, — cu Morgagny, Chirurgia cu Hunti şi Scarpa; fiziologia cu Haller, Spalazami şi Bichdt; clinico-medicală cu Boerhave; Obstretica — cu Levret; Jean Palphin — (descoperitorul forcepsului); oculistica — cu Jacques Dariel şi Jonny şi psihiatria cu Pinel!

Chirurgia, practicată până atunci numai de bărbieri, se inobileză cu chirurgi „diplomaţi" ai facultăţilor de medicină. Din acest secol, chirurgia devine egală, în prestigiu, cu medicina internă.

Secolul al XIX-lea poate fi socotit, din punct de vedere al spiritualităţii, ca diametral opus sec. XVIII, întru cât, în locul concepţiei umanitariste, propovăduite de revoluţia franceză, a luat naştere un sentiment naţionalist foarte viu. In locul inolinărilor metafizice, apar preocupările cu caracter lucrativ şi pozitiv. Clasa burgheză se diferenţiază şi se înclină mult către aprecierea bunurilor pământeşti. Ca o consecinţă, tehnica, industria, comerţul, transporturile pe apă şi uscat, între ţări şi între continente, devin intense.

Cerinţele igienei colective din ce în ce mai pretenţioase, şi marile războaie, care au loc în acest secol, fac medicina să fie chemată a îndeplini un rol, din ce în ce mai mare.

Medicina la rândul său îşi îndreaptă paşii după noul curent filozofic pozitivist, a lui Auguste Comte, care desvoltă în locul speculaţiilor metafizice „raţionamentul pozitiv" bazat pe metode de cercetare „exacte şi obiective".

Ca atare, medicina adoptă o serie de descoperiri noui, din domeniul: botanicei, zoologiei, chimiei şi fizicii.

Cu ajutorul medicinei comparate — creiate de Cuvier, — Biologia (ştiinţa vieţii) ia mare avânt. Schwann, condus de descoperirea nucleilor, în celulele vegetale, de către Brown, descopere nucleul celulei animale: Marele Pasteur, întemeiază ştiinţa măreaţă a bacteriologiei şi imunologiei. Ideile lui Darwin deschid drumul către cercetarea speciilor. Descoperirile lui Volta şi Faroday, concepţia atomică a lui Dalton, precum şi teoria undelor a lui Hertz, aduc o serie de

aplicaţiuni în terapeutica medicală. Rezultatul cercetărilor noui, din domeniul chimiei şi fizicii, sunt adaptate medicinei. **Tehnica pune la îndemâna medicinei o serie întreagă de instrumente de mare precizie.** Presa şi literatura medicală se amplifică prodigios. Acalmiile ştiinţifice, şcolile medicale şi marile spitale, creează continuu generaţii de medici.

Lumea medicală de pretutindeni, printr'un consens general, stabileşte raporturi strânse de colaborare internaţională, menţinându-şi totuşi, mândria naţională.

Din sânul lumii medicale se nasc gânditori şi cercetători cari deschid drumuri noui.

Wirchow a creiat teoria „patologiei celulare" de care se leagă însăşi apariţia multor boale: **Claude, Bernard, Flourens, Purkinje** şi alţii, dăruiră descoperiri nemuritoare fiziologiei nervoase. **Lister** a creat **„asepsia"** şi **„antisepsia"**, căreia i se datoreşte tot avântul chirurgiei moderne, iar abatele **Mendel**, descifră tainele eredităţii, nepătrunse până la el.

Dacă am adăuga, aci, numele tuturor marilor medici, care au ilustrat toate specialităţile ştiinţei medicale, am depăşi cadrul restrâns al acestei conferinţe, dar aceasta nu înseamnă că posteritatea nu le rămâne recunoscătoare.

Toţi aceştia, alături de marile descoperiri ale lui: **Pasteur, Koch, Villemin, Gafky, Kitasato, Pfeifer, Babeş** şi **Ehrlich** (adevăraţii zei binefăcători ai omenirei), au ajutat prin mintea şi munca lor, la uşurarea suferinţelor lumei! Opera şi numele lor rămân nemuritoare!...

***

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Secolul XX. — Primele decade ale acestui secol, ai căror **martori şi supraviţuitori** suntem, reprezintă perioada celor mai mari tragedii, din câte a înregistrat omenirea.

Este epoca vitezei şi a desăvârşirei tehnice, a economiei dirijate, a statisticii, a propagandei excesive, a naţionalismului intrasigent, în luptă cu internaţionalismul cel mai înverşunat, a doctrinelor de purificare şi supremaţie rasială şi în sfârşit, a sângeroaselor războaie, pentru asigurarea aşa numitelor „spaţii vitale", cu un cuvânt este epoca luptei pentru îndestularea maselor. **Viziunea acestor lupte apocaliptice se desfăşoară între surâsurile înşelătoare ale diplomaţilor rafinaţi şi între bubuitul asurzitor al tunurilor de mare calibru.** Ingroziţi, am putea să ne punem întrebarea dacă spiritualitatea creatoare a spus? Răspunsul, contrar aparenţelor, este un categoric — nu! In umbră, modeşti, tăcuţi, binefăcători lumii, cercetează în liniştea laboratoarelor, tainele vieţii şi universului!

Să ne amintim, numai, de câteva din marile cuceriri ale ştiinţei, de ale căror binefaceri omenirea se bucură din plin.

Să menţionăm în fugă, descoperirea de noui seruri şi vaccinuri contra groaznicelor flagele; descoperirea hormonilor şi a produselor glandelor cu secreţie internă; a vitaminelor; a sulfamidelor şi atâtor altora! **Oare cu aceasta s'a terminat rolul gândirei şi a cercetării ştiinţifice? Nu: Noi trăim epoca celor mai înfiorătoare distrugeri, dar şi a celor mai îndrăzneţe cuceriri ale spiritului uman!** Idealul de a cer-

ceia „materia" şi „viaţa" nu a încetat să existe!... Marile năzuinţe ale cercetărei omeneşti, de milenii, se apropie vertiginos de scopul urmărit. Previziunea şi sistemul de gândire al filosofului român Vasile Conta, concretizate în cunoscuta teorie a „ondulaţiei universale", este, astăzi, pe de-a-întregul dovedită. Nemuritorului spirit creator francez, îi revine, însă, meritul, de a fi dat lumii cea mai mare descoperire pozitivă, prin ilustrul savant Louis de Broglie! Acesta, în 1923, studiind legile propagării luminii, preconizate cu mult mai înainte de Presnel, ajunge la convingerea că, lumina însăşi se datoreşte unor particule, infinit de mici, numite „fotoni", care se propagă sub forma unor „unde". Odată lămurit misterul „luminii", a căutat să stabilească dacă materia inertă n'are aceleaşi legi şi aceeaşi componenţă. Intr'adevăr, a dovedit că părticica cea mai mică de materie inertă numită „atomul" este, la rândul său un adevărat „univers" în dimensiuni infinit de mici. Louis de Broglie a stabilit, în compoziţia „atomului", un „nucleu" încărcat cu electricitate pozitivă — protonul, — împrejurul căruia se învârtesc necontenit, cu o iuţeală greu de imaginat, particule cu electricitate numit eelectroni. Prin ajutorul calculelor matematice şi al tehnicei moderne luă naştere: „Mecanica ondulatorie".

Plecându-se dela succesul fizicianului Rutheford, din 1919, care a transformat atomii de azot în atomi de oxigen, oamenii de ştiinţă au reuşit, în ultimii 20 de ani, să modifice nu numai numărul electronilor şi al protonilor din diferite feluri de atomi, dar chiar să provoace adevărate „explozii de sâmburi atomici". Astfel, s'a creat o nouă ştiinţă: „chimia nucleară". In 1930, Brothe şi Becker, au făcut descoperirea senzaţională în acelaşi domeniu, dovedind că, în nucleul atomului, în afară de proton, există particule neîncărcate cu electricitate, denumite „neutroni", particule ce pot ieşi uşor din sâmburii „atomici" şi se pot mişca liber printre spaţiile goale dintre aceştia!

Datorită acestei analize ultime, s'a stabilit, cu preciziune, de către Mendeleieff, numărul de: protoni, neutroni şi electroni ai „corpilor simpli" din compoziţia materiei, la care cercetările savantului român Hulubei au adăugat, prestigios, descoperirea corpilor simplii: 87 „Moldavium" şi 93 „Sequanium".

* * *

Pentru a avea imaginea plastică a forţelor care se desfăşoară într'un atom, vom aminti că ele sunt egale cu energia produsă de 3.000.000 kgr. de cărbuni. Cheltuiala acestei energii, însă, se face foarte încet...

Altă cucerire a ştiinţei zilelor noastre, datorită aparatelor şi instalaţiilor electrice, uriaşe, este „desagregarea atomilor", fapt ce lasă liberă o energie iradiantă colosală.

Ca o consecinţă, s'a putut obţine transformarea unui „corp simplu" în altul, creind ceea ce s'a numit „transmutaţia materiei".

In felul acesta s'a făcut aur din plumb, fapt pe care îl căutaseră, zadarnic, alchimiştii de-a-lungul secolelor.

Alţi cercetători au căutat să stabilească diferitele lungimi de undă ale iradiaţiunilor. S'a dovedit că, întregul „cosmos" este inundat

de nesfârşite iradiaţiuni, cu lungimi de undă variabile, care îşi au rolul lor precis. Soarele, însuşi, este un generator de iradiaţiuni, fără de care viaţa pământului nu ar fi posibilă. Numărul vibraţiilor acestor unde este variabil. Cu cât lungmiea undei este mai mică, cu atât frecvenţa este mai mare. Bunăoară „razele ultra-violete" au o lungime de undă de 4 zecimi de microni şi o frequenţă de 750 de miliarde de ori pe secundă; „razele X" au o lungime de 1 „Angstrom" (a zecea mia parte dintr'un micron sau a zecea milioană parte dintr'un milimetru şi are o iuţeală de 3 miliarde, de miliarde de ori pe secundă. Acelaşi lucru se petrece cu „razele" emise de radium de razele „ultra-roşii", etc. Cele mai puternice, însă, sunt aşa zisele raze „cosmice" care sunt în studiu şi vin din nesfârşitele adâncuri ale cosmosului, cu o viteză şi cu o putere de pătrundere uluitoare. Au o lungime de undă de 0.0008, a optzecia mia parte din Angstrom şi o frequenţă de 30.000 de miliarde de miliarde, pe secundă. Ele sunt capabile să treacă printr'un zid de plumb de 8 m. grosime. Dacă la aceasta vom adăoga fascicolele de radiaţiuni corpsculare, — aşa numitelor „fluxuri de electroni" — şi explozii de „neutroni" din sâmburii atomici ai materiei solare, care iau naştere în timpul aşa zisele-i „pete solare", ne dăm seama că neînsemnata noastră planetă, şi implicit miliardele de vieţuitoare, sunt sub influenţa acestor forţe extraordinare care reglează viaţa cosmosului. Atunci, mai poate oare să se socotească omul — minusculă şi neînsemnată parte din univers — în afara acestor uriaşe forţe?

De sigur că nu!

Tot cceea ce este viaţă, în sensul ei larg, este rezultanta acestei fascinante şi greu de închipuit manifestări de energie în veşnică mişcare ondulantă.

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Gândirea biologico-medicală a zilelor noastre nu a scăpat sensul superior al acestor descoperiri, se arată legile eterne ale cosmosului şi ale compoziţiei lui, şi caută să-şi explice misterul vieţii şi să-i fixeze legile în jocul forţelor universale!...

Comparându-se substanţa vie cu substanţa amorfă, s'a ajuns la convingerea dovedită de altfel, într'o largă măsură că „celula vie" este, în totul, asemănătoare cu „atomul" ce reprezintă materia inertă şi asupra căreia mi-am îngăduit să insist.

Celula vie este socotită, ea însăşi, ca un mic univers, în care se petrec fenomene cu totul asemănătoare celor din atom.

Cromozomii ce formează nucleul celular nu sunt decât nişte generatori de electricitate vitală, asemănători în totul „rezonatorului electric", descris de fizicianul Herz. Cromozomii îşi menţin potenţialul electric cu ajutorul substanţelor minerale şi al apei, care le sunt mereu aduse odată cu substanţele alimentare. **Celula vie este socotită, în analiză ultimă, un mic autogenerator şi acumulator electric,** care are un anumit potenţial şi anumite legi de funcţionare. Potenţialul acesta electric este continuu influenţat şi întreţinut nu numai de elemente protoplasmice, ci şi de undele venite din afară (undele cosmice-solare şi altele), care-l fac să fie, veşnic într'o stare de echilibru, atât în raport cu celulele din acelaşi organism, cât şi cu legile lumii exterioare. Acest potenţial de electricitate vitală bio-electricum i se mai spune, stă la baza întreţinerii fenomenului „viaţă".

Ruperea echilibrului electric, dintre celulele unui organism, aduce suferinţa lui; iar ruperea echilibrului dintre potenţialul electric al fiinţelor vii şi forţele cosmice, poate aduce la modificări ale fenemenelor şi formelor vitale colective.

Dispariţia unor vieţuitoare de pe pământ, transformările şi evoluţia speciilor, precum şi multe fenomene biologice nelămurite, apariţia unor specii noui, s'ar putea explica numai datorită acestei strânse corelaţii între cosmos şi planeta noastră.

Biologia a ajuns astăzi, la descoperiri care sunt conforme cu aceste principii universale. Astfel, prin ajutorul iradiaţiunilor s'a ajuns atât la fecundarea fără elementul masculin, cât şi la modificarea caracterelor ereditare ale speciilor.

Cu ajutorul noului microscop uriaş, acţionat de „bombardamente electronice", s'a putut stabili, de curând, că „ultraviruşii" au o constituţie cristaloidă, deci, ei se situează la limita dintre „regnul mineral" şi cel „animal".

Iată, aşa dar, sensul noţiunii de „viaţă" mult lărgit, în urma marilor descoperiri tehnice.

Date fiind aceste noui şi surprinzătoare descoperiri, se pune întrebarea pe ce drumuri se vor îndrepta biologia şi medicina de mâine?

Dacă părerea mea, drumul acesta se întrevede clar.

Fenomenele vitale ale celulei trebue să fie studiate după norme noui, potrivite marilor descoperiri care ne-au arătat legile ce guvernează şi menţin universul.

Biologul şi medicul de mâine, trebue să colaboreze în strânsă unire. Medicina, şi în special chirurgia, trebue să plătească datoria de a fi beneficiat dela celelalte discipline ştiinţifice.

Cercetarea potenţialului electric şi a lungimii de undă a fiecărei varietăţi de celule, ce intră în componenţa ţesuturilor şi organelor corpului omenesc, trebuesc stabilite cu precizie matematică, aşa cum s'au cercetat „corpii simpli" în fizico-chimia modernă.

Patologia organelor trebue studiată tot după aceste norme, întru cât, este mai mult decât sigur că „suferinţele" este rezultatul unei perturbări în potenţialul şi mecanismul de producere a electricităţii celulare.

Consider absolut necesară şi întru totul posibilă, întocmirea unor tabele care să indice în cifre precise, atât stările normale, cât şi cele anormale ale „sarcinei electrice" a celulelor organismului.

Diagnosticul, prognosticul şi terapeutica viitorului vor fi mult înlesnite, prin cunoaşterea cât mai deplină a electricităţii celulare şi a raporturilor dintre ea şi indicaţiunile din lumea exterioară.

Nu mai este posibil ca medicina să întrebuinţeze diferitele iradiaţiuni: Raze X, radium, ultra-violete, ultra-roşii şi atâtea altele, numai printr'o cunoaştere unilaterală, a agenţilor aplicaţi, care ne-au fost date, studiate gata, de către fizicieni.

Este obligator să cunoaştem, perfect, potenţialul şi legile după care se guvernează electricitatea celulei umane.

Nu este admisibil ca terapeutica viitorului să mai întrebuinţeze iradiaţiuni, atât de puternice, ca: razele X, sau radium, de exemplu, fără să se ştie în ce măsură sufere potenţialul celulelor, asupra cărora

le îndreptăm şi fără să se ştie dacă efectul bombardamentului electronic, proiectat către locul suferind, echilibrează sau agravează starea patologică!

Nu mai este posibil să dăinuiască mult timp, proba empirică a aşteptării rezultatului terapeutic, fără să se cunoască precis, în prealabil, ce este „anormal?" Care este diferenţa între starea patologică şi cea normală? Care este varietatea de iradiaţiuni necesară? In ce cantitate şi în ce mod, s'ar putea restabili echilibrul biologic turburat de boală?

* * *

Mijloacele pentru realizarea acestui nou ideal, nu sunt imposibil de creat. Unele chiar sunt inventate! Astfel, de curând **Chambers** şi **Pierre Fonbrune**, au construit aparate minuscule numite „microforje", cu ajutorul cărora se fac cercetări şi disecţiuni, direct în celule, ca şi când acestea ar fi adevărate corpuri pentru vivisecţie, mărind astfel puterea cercetării fenomenelor vitale. Dacă adăogăm faptul, recent, că s'a putut stabili **„sarcina electrică"** a celulei musculare la broască (care este de şase sutimi de volţi), nimic nu-mi poate înfrânge convingerea că toate celulele organismului vor putea fi cercetate cu aceleaşi mijloace şi din acelaşi punct de vedere.

Chirurgia, care pătrunde astăzi în cele mai ascunse părţi ale organismului, va înlesni noul studiu al **„bio-iradiaţiilor"**.

Cu mândrie amintesc preocupările ştiinţei româneşti, asupra acestei probleme. Incă din 1910, D-l D-r V. Gomoiu a expus într'un studiu, părerile sale asupra electricităţii umane iar, de curând, D-nii D-ri Câmpeanu, Vintilă, Manoliu şi Ing. Herescu, au pledat pentru concepţia integrării celulei vii în legile iradiaţiunilor cosmice.

* * *

Academiei noastre îi revine meritul de a lupta să ţină alături de surorile ei seculare, nestinsă, flacăra sacră a dragostei de bine şi adevăr şi, fiecare din cei ce am fost chemaţi să ne facem datoria, în faţa acestui altar al ştiinţei, trebue să ne călăuzim de cuvintele nemuritorului Pasteur, care în vremuri cu totul asemănătoare celor de astăzi, spunea: „Cred, să nu fiu desminţit, că ştiinţa şi pacea vor birui ignoranţa şi războiul, că popoarele se vor înţelege, nu spre a distruge, ci spre a clădi, iar viitorul va fi al acelor care vor fi făcut mai mult pentru omenirea suferindă.

* * *

Doamnelor şi Domnilor,

Aruncând o privire la punctul de unde am plecat, vedem că din **cei trei factori componenţi** ai medicinei, **instinctul, empirismul** şi **raţionamentul**, cel din urmă a devenit, cu timpul, predominant. Gândirea medicală ştiinţifică a evoluat, strâns legată de spiritualitatea umană, de-a-lungul secolelor, şi, în acest chip, se face dovadă cât s'a sfrăduit această ultimă creaţie a naturii — omul, — să-şi explice mirajul existenţei şi să-şi păstreze bunul dumnezeesc, atât de scump, dar atât de necunoscut, căruia îi spunem cu atâta uşurinţă — **„viaţă!"**

ACADEMIA DE ŞTIINŢE DIN ROMANIA

Secţia de Biologie

Şedinţa solemnă de Duminică 5 Decembrie 1943.

BIROUL

D-l Prof. D-r **C. Angelescu**, Preşedintele Academiei: Deschide şedinţa şi aduce elogii D-lui D-r V. Plătăreanu.

D-l D-r **Dem. Paulian**, Preşedintele Secţiei de Biologie: Evidenţiază activitatea D-lui D-r V. Plătăreanu.

D-l Prof. D-r **C. Kiriţescu**: Secretarul G-ral al Academiei de ştiinţe.

D-r **V. Gomoiu**: Răspuns la recepţia D-lui D-r V. Plătăreanu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Domnule Preşedinte,
Domnilor Colegi, şi
Onorată Asistenţă,

Odinioară, — când mijloacele pentru difuzarea gândirii erau foarte reduse, — învăţaţii vremii se înfăţişau uneia sau alteia din asociaţiile asistente, şi se recomandau singuri, expunându-şi opera. Asupra acesteia se rosteau cei cunoscători, — şi, de aprobarea sau respingerea părerilor emise, depindea primirea sau refuzul nouei candidaturi la nemurirea spirituală.

Intre timp lucrurile s'au schimbat — tiparul a înlesnit cunoaşterea reciprocă a oamenilor de seamă, şi membrii Academiilor se recrutează pe baza întregului lor trecut, — iar numitul „Discurs de recepţie" al noului ales a devenit mai mult o formalitate de prezentare, amintitoare a vechiului obiceiu.

In asemenea condiţiuni, se înţelege dela sine că, nici zisul „răspuns" nu se mai poate raporta la vorbirea celui deja consacrat, — ci, este menit doar să informeze pe cei din afară, asupra argumentelor care au determinat o alegere, înaintea altora.

De aceia, însă şi delegaţia cu care am fost onorat de Comitet, în cazul de faţă, nu se datoreşte simplei întâmplări sau altui considerent, — ci, a fost dictată de faptul că d-l D-r Plătăreanu, s'a înălţat sub ochii mei, şi ca atare, îl cunosc mai bine decât ceilalţi colegi.

Doamnelor şi Domnilor,

Răsărit în umbra bătrânei mânăstiri a satului Plătăreşti, feciorul preotului Mihai Plătăreanu a crescut ca noi toţi cei din aceiaşi tagmă.

Ba mai mult. Tradiţia familiară, l-a mânat către şcoala Normală, unde n'a întârziat să atingă zenitul aspiraţiilor înaintaşe. Nesatisfăcut însă de îngustimea orizontului, proaspătul învăţător se desprinse curând din cadrul ce i se hărăzise, şi porni pe drumul lung şi greu, dar mult mai larg, — al Medicinei, — la capătul căreia întrezărea el cea mai satisfăcătoare perspectivă.

Obligaţia regulamentară a stagiului studenţesc, iar mai apoi propria-i dorinţă, l-a adus şi pe el — ca pe atâţi alţii — în serviciul meu dela spitalul Brâncovenesc, unde a funcţionat nu mai puţin de 12 ani, în diferite grade.

Nu ştiu dacă a intervenit vre-un răsunet îndepărtat care să mi-l apropie căci, natura are multe şi ciudate taine, — dar, tânărul acela s'a remarcat dela început, prin tot felul său de a fi.

Adevărul este că, neavând urmaşi de sânge asupra cărora să concentrez sentimentele mele, — eu am îmbrăţişat cu aceiaşi afecţiune pe toţi copii care m'au înconjurat, şi le-am dăruit fără precupeţire din avutul meu sufletesc. Dar pe când alţii au îngropat ori au lepădat, fără păsare talanţii ce le-am încredinţat, din contră, Vasile Plătăreanu i-a păstrat cu grije şi i-a fructificat până la egalizarea averei noastre morale de astăzi.

Ascultând cu luare aminte, n'a lăsat să scape nimic auzului său, iar cu privirea lui ageră a căutat să-mi smulgă gândurile mai înainte de a fi apucat să-mi rostesc cuvintele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aşa s'a format, în cursul anilor — sub ochii şi în mâinile mele — emeritul chirurg de astăzi, D-rul Vasile Plătăreanu, în care mă oglindesc cu toate darurile de care m'am bucurat, minus defectele cu care mă simt azi împovărat.

Urcând prin concurs — şi, mereu primus inter pares — treptele ierarhiei noastre medicale; ca extern, intern, chirurg secundar şi chirurg divizionar, d-l Plătăreanu mi-a fost elev sârguitor, apoi preţuit colaborator şi prieten următor, iar astăzi îmi este onorat coleg.

Sunt cinci ani de când anumite lăcomii nemărturisite, ajutate de meschinele socoteli ale unor neputincioşi, au spart cenaclul nostru dela Spitalul Brâncovenesc, şi au redus pe D-l D-r Plătăreanu numai la exerciţiul atributelor de chirurg primar al Spitalului Cantacuzino, unde a fost înscăunat în anul 1934.

Totuşi, împotrivindu-se bizantinismului — care sufocă pe cine nu-l răsfaţă D-rul Plătăreanu nu s'a lăsat impresionat nici de opintelile ameninţătoare, nici de şuşotelile ademenitoare, ci, a stat de sine, păşind drept, pe urmele statornicului său model.

In continuitate de sentimente şi în aceiaşi perfectă comunitate de idei, colaborarea noastră a continuat, în ciuda atâtor suflete netrebnice, — şi, în anul 1937, am publicat amândoi istoricul de 462 pagini intitulat „Centenarul Spitalului Brâncovenesc", iar în 1938, împreună cu D-l D-r Andrei Cârstea, am dat la lumină — în 115

pagini — un studiu asupra „Tesutului Conjonctiv" arătând importanţa lui în economia organismului şi reliefând funcţia lui de apărare prin facultatea de adaptare la orice nevoie.

In acelaşi an am mai publicat împreună o lucrare intitulată „La croix dans le folklore médical roumain", iar în 1939 am cercetat prin mânăstirile din Bucovina şi de aiurea, reprezentările medicale în picturile bisericeşti, recoltând o serie de informaţii pe care le-am comunicat, în mai multe şedinţe, Societăţii Naţionale de Istoria Medicinei.

Doamnelor şi Domnilor,

Se înţelege lesne de ce nu insist asupra acestora sau a celorlalte lucrări pe care le-am făcut în colaborare, dar, nimic nu mă împiedică, ci totul mă îndeamnă, să amintesc felul cum am preţuit eu încă din 1937 pe D-l D-r Plătăreanu V.

„Cercetarea şi selecţionarea imensului material — ziceam eu în prefaţa amintitului istoric, — necesită o muncă ce depăşea prea mult limita posibilităţilor mele şi de aceia am apelat la preţioasa colaborare a distinsului meu coleg D-r Plătăreanu, — care pe lângă binemeritata reputaţie de chirurg eminent, s'a afirmat cu aceiaşi pasiune în domeniul istoriei medicale".

„Iar astăzi — ziceam eu atunci, — când ne adresăm tiparului, sunt cel mai mulţumit să constat că nu m'am înşelat în convingerea mea, — căci sârguinţa D-lui D-r Plătăreanu a asigurat desăvârşirea la timp a lucrării, — scrupulozitatea sa indiscutabilă m'a dispensat de orice revenire — iar discernământul său remarcabil i-a îngăduit redactarea pe de-a-ntregul a atâtor capitole, — dându-i astfel tot dreptul de co-autor".

„Mulţumindu-i călduros — ziceam eu, — nu ocolesc a mărturisi cât nădăjduesc dela Domnia-Sa pentru viitor, şi cât bine doresc D-lui Plătăreanu — pentru binele altora".

Şi, pot să repet astăzi, cu mândrie, că nu m'a desminţit. Căci, prin bogăţia sa interioară, D-l D-r Plătăreanu a ştiut să înfrângă sărăcia mijloacelor şi adversitatea mediului — neprielnic, — făcând o seamă de lucrări folositoare scopurilor cinstite; iar pentru exemplificare, — dintre cele peste 270 de publicaţii din domeniul medico-chirurgical, ar ajunge să amintesc „procesul său de sutura ureterului" menit să evite stenozele secundare.

Ba încă, fără să aibă vreo obligaţie faţă de erudiţia istorică, D-l D-r Plătăreanu a mai făcut singur o altă serie de comunicări istorico-medicale, vrednice de toată lauda.

Ei bine, pe baza activităţii sale ştiinţifice de până atunci şi a reputaţiei pe care şi-o câştigase în practica profesională, D-l D-r Plătăreanu, a fost primit în anul 1939, ca membru corespondent al acestei Academii.

In loc însă să adoarmă în razele acelui triumf al ostenelilor, Domnia-Sa a considerat această recunoaştere, nu numai ca o răsplată, ci mai ales ca un nou angajament, pe care trebue să mărturisim că şi l-a îndeplinit cu prisosinţă.

Digitized by Romanian Academy Library

Cu acea încredere în sine — fără de care nu poate nimeni să-şi urmeze menirea, — D-l D-r Plătăreanu, văzându-se astfel încurajat, s'a dedat cu mai multă râvnă la cercetarea adevărului în doctrinele ştiinţifice ale disciplinei sale, şi între altele, chiar în anul 1939, a comunicat acestei Academii, o metodă originală pentru suspendarea rinichiului ptozat, care, constă în coaserea fasciilor pre- şi retrorenale, la partea lor inferioară, intervenind prin calea anterioară, transperitoneală.

In 1940, a făcut o lucrare monumentală de 397 pagini, intitulată „Aparatul cardio-vascular", în care izolează două noi syndrome circulatorii în colapsul periferic, — unul paralitic capilar acut şi altul cronic, — iar pe de altă parte, emite o nouă teorie patogenică a anginei pectorale, plecând dela concepţia că celula endotelială a vaselor sanguine în speţă, a coronarelor, este elementul care sufere primordial, în toate afecţiunile aparatului cardio-vascular.

In 1941, a enunţat o nouă concepţie asupra „Gangrenei gazoase", pe care o consideră ca o necroză masivă a ţesutului conjonctiv, datorită ipertoxicităţii vibrionului septic şi bacilului perifrigens. Domnia-Sa arată rolul spasmului vascular în provocarea necrozelor şi propune în terapeutica medicală a acestei redutabile afecţiuni, injecţiile spasmolitice cu sulfat de ezerină, asociate cu seroterapia antigangrenoasă, iar ca tratament chirurgical, practică incizii largi de-a-lungul tecilor vasculare, pentru drenarea oedemului profund ce comprimă vasele, şi altele circulare, zise de baraj, pentru a împiedica extinderea edemului subcutanat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1942, a izolat ca entitate morbidă „Perinefrita scleroasă stelară", pe care o consideră consecinţa particulară a ptozei renale şi arată gravele urmări ale acestei afecţiuni progresive.

In acelaşi an a prezentat rezultatele neobişnuit de bune pe care le-a obţinut prin tratamentul cu petrol, în tuberculozele chirurgicale, aplicându-l sub forma de badijonări, sau irigaţii locale, ori injecţii depărtate.

Şi, tot în 1942, ne-a făcut cunoscută întrebuinţarea de prima dată a firelor de păr uman, pentru sutura nervilor, arătând că graţie lor a obţinut rezultate infinit superioare celorlalte materiale de sutură.

In anul curent D-l D-r Plătăreanu ne-a dat impresia unei sonde în plină furie eruptivă, mintală nu petroliferă, căci, în Ianuarie 1943, a creat o metodă de atropinizare pre- şi post-operatorie pentru combaterea turburărilor vagale şi în special cele provocate de rachianestezie.

In Martie a comunicat rezultatul studiilor sale asupra fiziopatologiei degerăturilor, arătând profundele turburări neuro-vasculare pe care le provoacă înghetul, chiar atunci când leziunile pielii sunt superficiale.

Iar în Mai 1943, a izolat un syndrom clinic datorit „Hipercolesterolemiei acute" şi-a dat o nouă interpretare în „patogenia prolapsului rectal", atribuindu-l actaziei funcţionale ampulare şi coexistenţei dolicocolonului, iar pentru remediere, a creat un procedeu operator, plieaturând ampula rectală prin calea transperitoneală şi fixând colonul sigmoid la peritoneul fosei iliace; în sfârşit, tot în Mai 1943,

ne-a mai comunicat şi rezultatele vechiului său procedeu operator al buzei de iepure, bazat pe concepţia embriologică a atreziei elementelor. ce formează septul, maxilarul şi buza superioară.

Doamnelor şi Domnilor,

Ca să nu depăşesc măsura timpului îngăduit, nu voi face o analiză separată acestor lucrări şi nici celorlalte pe care le-a produs în interval, — dar trebue să observ că, într'o vreme atât de turbure şi în mijlocul atâtor preocupări, colegul nostru D-l D-r Plătăreanu s'a vrednicit să închine idealului ştiinţific, — ca un prinos dominical — atâtea flori pe care le-a cules din ogorul medical. Domnia-Sa nu s'a mărginit însă numai la observarea faptelor, ci a căutat să afle adevărul dintr'însele, dovedind o minte capabilă să stoarcă concluzii noui. Căci, din anumite constatări ce păreau cu totul comune, Domnia-Sa a scos noutăţi cutezătoare, iar asupra unor foste stigmate de înapoiere, a adus păreri biruitoare; într'unele din publicaţiunile sale, D-l D-r Plătăreanu a tras adevărată dâră de lumină pe cenuşiul banalităţii, iar altele vor servi ca punct de plecare pentru noui cercetări, şi, acestea valorează tot atât de mult, căci după cum spune Montesquieu „Lorsque vous traitez un sujet, il n'est pas toujours nécéssaire de l'épuiser; il suffit souvent d'y faire penser".

Ori, la toate acestea, adică la pasiunea sa pentru ştiinţă, adăugând şi remarcabila activitate profesională — atât ca chirurg primar al spitalului I. O. V. cât şi ca şef al echipei chirurgicale N. 8, de război, sau ca şef al spitalelor militare de zonă interioară N. 302 şi 307, — se înţelege încă mai bine de ce D-l D-r Plătăreanu se numără între figurile cele mai reprezentative ale chirurgii româneşti, şi de ce Academia noastră a găsit de cuviinţă să-l promoveze înaintea altora.

Tânăr, în plină vigoare fizică şi intelectuală — şi cu mai multă tinereţe în adâncul inimei sale, — fiind îmbogăţit prin lectura intensă şi mereu înnoită ca şi prin cugetarea sa pătrunzătoare şi spornică de toată ziua, — D-l D-r Plătăreanu a ajuns la o rafinare de gândire dela care se aşteaptă şi alte creaţiuni, iar noi considerăm contribuţia sa de până acum ca o preţioasă arvună asupra celei ce va urma.

Doamnelor şi Domnilor,

Nu vorbii de funcţiile sau de operile sociale ale D-lui D-r Plătăreanu, fiindcă, afară de cele medicale, nici n'a îndeplinit altele. Dar, dacă va birui logica lucrurilor, căreia naivitatea sufletească îi zice „sfântă dreptate", şi dacă Domnia-Sa se va continua în acelaşi pas pe drumul apucat, sunt sigur că va trece şi alte praguri, superioare celor de până acum. Deocamdată însă, urcarea sa în această Academie, a putut să-l convingă că zbuciumul individului şi baterile de aripi ale idealului, nu istovesc totdeauna zadarnic, şi că, nu tot văzduhul este mort.

Ştiu că ortopezii eticei noastre profesionale, privindu-l prin ochelarii lor, au descoperit D-lui D-r Plătăreanu, anumite „defecte", cărora însă, nu le-ar şedea rău nici dacă le-am zice „calităţi".

In adevăr, această energie clocotitoare mărturie a rasei noastre

vechi şi bună, a făcut dintr'însul un luptător de temperament voluntar sau dârz şi mândru, care devine foarte antipatic când îşi apără ce este al lui. Este după calificarea naţională „rău de gură" sau cum zice francezul „cet animal est très méchant, quand on le pique il se défend". Altmintreli, impregnat de simţul unei aristocraţii neaoş româneşti, D-l D-r Plătăreanu s'a arătat totdeauna cu o smerită demnitate şi o superioară bunăcuviinţă.

Pentru acoperirea nevoilor omeneşti şi împlinirea datoriilor părinteşti, D-rul Plătăreanu a cerut meseriei sale răsplata muncei prestate, dar din sufletul său n'a făcut niciodată zărăfie. In schimb, păstrător al dorului de ţarină şi respectuos al bunelor datini, Domnia-Sa s'a vrednicit din truda şi cu osârdia lui, să restaureze mănăstirea al cărui clopot i-a sunat prima chemare, şi a redat-o rosturilor primare pe care i le stricaseră apucăturile prea pământeşti ale altora.

Ba încă, înfrângând fireştele tentaţiuni, tânărul nostru coleg, D-l D-r Plătăreanu, s'a liberat de timpuriu din temniţa întunecoasă a egoismului, în care zac unii până la ultima suflare, şi, fără să mai aştepte invitaţia altora la ştatele de plată, şi-a creiat deja o admirabilă „şcoală", în care profesorul şi elevii se răsplătesc doar printr'o reciprocitate de bune sentimente.

Doamnelor şi Domnilor,

Acestea au fost temeiurile pentru care D-l D-r Plătăreanu a fost socotit „dignus intrare corpore nostro", şi, în lunie trecut, a fost înălţat la rangul de membru titular al acestei Academii. Iar eu — ca un „fortunatus senex" — „alba lapillo noto diem" şi, urându-i după obiceiu — „bun venit în mijlocul nostru", rog Dumnezeirea — care s'a făcut văzută prin opera minţii, a sufletului şi a mânilor sale, să îl aibă în cea mai de aproape pază.

BCU Iași / Central University Library Iași

ORGANIZAREA PLĂŞILOR SANITARE ŞI A SERVICIILOR SANITARE JUDEŢENE *)

de

Prof. D-r I. STOICHIŢIA

Pentru a putea influenţa în mod hotărîtor mersul sănătăţii publice prin acţiunea serviciului sanitar, este necesar ca acest serviciu să fie astfel conceput şi organizat încât să poată corespunde cât mai integral nevoilor specifice ale mediului pentru care este creiat şi să ţină seamă în acelaşi timp de cerinţele ştiinţifice moderne şi de normele generale de organizare, azi unanim acceptate.

Privită din acest punct de vedere, organizaţia noastră sanitară este încă departe de a putea rezolvi în mod corespunzător marile şi variatele probleme ale sănătăţii publice româneşti, deşi s'au făcut în trecut şi se fac, mai ales, în timpul din urmă, eforturi considerabile în acest scop.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inainte de toate, organizaţia noastră sanitară nu are încă extensiunea cuvenită, cel mai important sector de acţiune, mediul rural, fiind lipsit în foarte multe regiuni ale ţării de instituţiile şi personalul sanitar strict necesar, iar în al doilea rând organizaţia prea redusă de care dispunem nu este alcătuită în conformitate cu cerinţele ştiinţifice ale timpului, care reclamă în mod imperativ asigurarea unei vaste şi cuprinzătoare acţiuni de medicină preventivă.

Intr'adevăr, pentru mediul nostru rural cu o cifră de populaţie de 13.344.481 de suflete, ceea ce reprezintă 79,2% din cifra populaţiei totale a ţării, dispunem de abia 1446 de circumscripţii sanitare, revenindu-se în medie o circumscripţie pentru 8050 locuitori. Această proporţie este cât se poate de nesatisfăcătoare pentru a se putea asigura o acţiune sanitară eficientă. Situaţia însă devine şi mai rea dacă luăm în considerare că, mai mult ca 30% a posturilor existente sunt lipsite de titulari permanenţi şi dacă mai adăugăm că repartizarea medicilor existenţi este cât se poate de neegală, variind între 4000 şi 15000 de locuitori pentru un medic.

O altă insuficienţă a organizaţiei noastre sanitare rurale o constituie lipsa foarte accentuată de instituţii sanitare şi de ocrotire. Dispunem abia în 590 de circumscripţii sanitare rurale de localuri proprii pentru dispensare medicale, iar în 850 de circumscripţii, aceste insti-

*) Raport prezentat în şedinţa Consiliului Sanitar Sup. din 24 N-brie 1943.

tuţii funcţionează adeseori în condiţii dintre cele mai primitive, în case închiriate sau în localuri cu totul improprii puse la dispoziţia serviciilor sanitare de către primăriile locale. Nu mai vorbim de celelalte instituţii sanitare şi de ocrotire necesare pentru acţiunea din mediul rural, acestea lipsind aproape cu desăvârşire şi nici de carenţa personalului sanitar şi de ocrotire şi de insuficienţa instalaţiilor tehnice, cari împreună trebue să constituie armamentul elementar indispensabil pentru orice acţiune sanitară.

Trebue să constatăm deci, şi să recunoaştem fără reţincenţe că, organizaţia noastră sanitară rurală este încă insuficientă ca extensiune şi dotare, şi din această cauză incapabilă să poată rezolvi în mod satisfăcător marile probleme sanitare ale mediului rural şi că vor trebui făcute de aici înainte eforturi serioase pentru remedierea acestei situaţiuni care nu mai poate dăinui.

Nu ne vom ocupa în această expunere de planul de desvoltare extensivă a serviciului nostru sanitar rural, acest lucru s'a făcut în şedinţa din Septembrie a Consiliului Sanitar Superior, când D-l Ministru al Sănătăţii a făcut o expunere documentată şi competentă asupra situaţiei reale, arătând şi căile de remediere prin prezentarea unui vast program de realizări în domeniul înmulţirei şi a organizării temeinice a circumscripţiilor sanitare rurale, program care a fost pe larg desbătut şi unanim acceptat de consiliu.

Voi insista aici mai mult asupra unui alt aspect al problemei şi anume asupra necesităţii de a se introduce în mod real şi a se desvolta cât mai mult în viaţa sanitară a mediului nostru rural, sistemul de organizare şi acţiune de medicină preventivă prin plăşile sanitare şi printr'o reorganizare a serviciilor sanitare şi de ocrotire judeţene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ţin să accentuez chiar dela început că actuala noastră organizaţie sanitară insuficientă ca extensiune şi necorespunzătoare din punctul de vedere al sistemului de organizare, nu a avut influenţa în mod vizibil mersul sănătăţii publice din ţară. Dacă analizăm evoluţia demografică din ultimele decenii, vom constata cu multă durere că natalitatea a scăzut dela 39,4 la mie cât era media pe ţară în anul 1921, până la 25,7 la mie în 1941, deci o scădere de 13,7 la mie în decurs de abia două decenii şi cu o tendinţă foarte accentuată de scădere şi mai pronunţată în viitor. In acelaşi timp mortalitatea generală care în 1921 era de 23,7 la mie, a scăzut în decurs de 20 de ani abia la 19,1 la mie, deci o diminuare de numai 4,6 la mie în decurs de două decenii.

Rezultatul acestui bilanţ demografic este că excedentul natural de populaţie a scăzut în mod simţitor şi anume dela 15,7 la mie cât era în 1921, la 6,6 la mie în 1941, marcând deci o scădere cu 57,9% în decurs de numai 20 de ani.

In acelaşi timp mortalitatea infantilă, cel mai sensibil sector care se poate influenţa în mod hotărîtor şi în relativ scurtă vreme prin acţiunea serviciului sanitar a scăzut în acest interval de timp foarte puţin şi anume dela 20% în 1921 la 17,1% în 1941, şi având o tendinţă mereu staţionară.

Nu mai vorbim de valoarea calitativă a capitalului nostru uman care este tot mai redusă după cum se poate constata atât din rezultatele recrutărilor cât şi din rezultatul diferitelor cercetări şi anchete medico-sociale care s'au făcut pe teren.

Este deci evident că ne găsim în faza unui declin biologic accentuat şi că organizaţia noastră sanitară neavând o desvoltare extensivă suficientă şi având un caracter pronunţat curativ, cu toate eforturile ce se depun, nu este în stare să influenţeze în mod favorabil şi vizibil această evoluţie. **Este deci mai presus de orice îndoială că trebue să intervenim cu hotărîre şi fără nicio întârziere dând o desvoltare extensivă cât mai mare serviciului nostru sanitar rural, dar mai ales trebue să introducem în mod real şi să desvoltăm pe o scară cât mai largă sistemul de organizaţie şi acţiune preventivă dela care putem aştepta rezultate dintre cele mai bune.**

Intr'adevăr, dacă cercetăm evoluţia sănătăţii publice din câteva ţări, unde sistemul de medicină preventivă este introdus şi aplicat în mod perseverent şi sistematic, vom constata că acolo mortalitatea generală şi mortalitatea infantilă au scăzut în mod impresionant, iar durata medie a vieţii a crescut simţitor deodată cu ridicarea valorii calitative a capitalului uman.

Astfel până ce la noi în 1935, spre ex. mortalitatea generală medie a fost de 21,1 la mie, în Germania care dispune de o bună organizaţie preventivă, ea a fost numai de 11,8 la mie, iar în Finlanda de 12,10 la mie. La fel până ce la noi mortalitatea infantilă se menţine aproape staţionară în jurul proporţiei de 18%, în Germania şi în Finlanda, ea a scăzut în acelaşi timp la 7% şi chiar la 6%.

Este însă şi mai impresionantă şi mai instructivă comparaţia pe care o găsim în tabloul anexat luat din lucrarea d-lui Prof. Moldovan, apărută în volumul „Probleme de sănătate publică", privitor la nivelul câtorva cauze de deces în România şi în Germania în anul 1935.

Rezultă din comparaţia cifrelor din acest tablou că mortalitatea în România prin boli infecţioase şi parazitare, tuberculoză, pneumonii şi broncho-pneumonii, diaree şi enterite sub 2 ani şi debilitate congenitală, referită la 100.000 de locuitori, este mai mare ca în Germania cu 56,4%—92,3%. Asta înseamnă că prin ridicarea eficienţii serviciului nostru sanitar la nivelul celui din Germania şi evident şi prin alte măsuri de ordin social-economic şi cultural, am putea reuşi să reducem mortalitatea prin aceste cauze la acelaşi nivel ca şi în Germania şi astfel **am putea economisi anual un număr de 169.207 vieţi omeneşti, ceea ce în 20 de ani ne-ar da un spor de 3.384.140 de suflete faţă de excedentul pe care reuşim să-l realizăm prin mijloacele noastre reduse de astăzi.**

Comparaţiile în acest domeniu sunt tot atât de impresionante şi cu alte ţări occidentale, ca spre exemplu Olanda, care de asemenea dispune de o organizaţie sanitară preventivă foarte bună şi un standard de viaţă ridicat al populaţiei sale. La noi mortalitatea prin **febră tifoidă** este de 5 decese la 100.000 de locuitori, iar în Olanda de abia 0,5 decese la aceiaşi cifră de locuitori; **scarlatina** ne dă o mortalitate de 17 decese la 100.000 de locuitori, iar în Olanda mortalitatea prin această boală a fost redusă la 0,8 decese pentru aceiaşi cifră de locui-

tori, şi în fine diareele şi enteritele copiilor sub 2 ani dau la noi o mortalitate de 144 decese la 100.000 de locuitori, iar în Olanda numai 80 de decese la aceiaşi cifră de locuitori, deşi în această proporţie intră şi decesele vârstelor mai mari de 2 ani.

Exemplele se pot multiplica la infinit, comparaţiile în toate cazurile ne vor dovedi însă în mod hotărîtor eficienţa sistemului de organizare şi acţiune preventivă şi ne va demonstra în modul cel mai evident necesitatea imperioasă de a se proceda şi la noi cu toată urgenţa şi cu toată energia la introducerea şi desvoltarea pe o scară cât mai largă a acestei organizaţii binefăcătoare.

Plecând dela aceste constatări şi consideraţii, legiuitorul din 1930 a prevăzut o serie întreagă de măsuri sanitare chemate să asigure o acţiune viguroasă şi bine susţinută de medicină preventivă şi a introdus în organizaţia sanitară a ţării o nouă unitate plasa sanitară chemată să constituie suportul acestor acţiuni în mediul nostru rural.

Plasa sanitară a fost concepută ca o unitate de administraţie şi tehnică sanitară având menirea de a asigura coordonarea întregei activităţi sanitare din cuprinsul ei şi de a organiza şi conduce acţiunea de medicină preventivă şi de ocrotire.

Plasa sanitară cuprinde una sau mai multe plăşi administrative, înglobând sub autoritatea sa mai multe circumscripţii sanitare rurale şi având o populaţie totală de 50—60.000 locuitori, pe o întindere teritorială care variază după densitatea populaţiei şi după frecvenţa căilor de comunicaţie.

Este deci vorba de o unitate sanitară nouă intercalată între circumscripţia sanitară rurală care rămâne cu atribuţiile sale mixte de ordin curativ şi preventiv şi între serviciul sanitar judeţean, organ de îndrumare şi control tehnic şi administrativ pentru întreaga organizaţie sanitară din judeţ.

Plasa sanitară este condusă de un un medic igienist specializat în igienă şi medicină preventivă şi recrutat conform legii prin examen de clasificare dintre diplomaţii cursurilor de specializare în igienă de pe lângă institutele de igienă şi sănătate publică din centrele universitare.

Medicul igienist este şeful ierarhic direct al întregului personal sanitar şi de ocrotire din cuprinsul plăşii, în afară de acela al spitalelor de specialitate şi este subordonat medicului şef de judeţ. El locuieşte în mod obligator la reşedinţa plăşii care în mod obişnuit coincide cu reşedinţa uneia din plăşile administrative şi este oprit de a face clientelă particulară având în schimb dreptul la o remuneraţie specială care constă din locuinţă, luminat şi încălzit în natură, cum şi la mijloacele de transport necesare serviciului.

A fost necesară creiarea plăşii sanitare şi introducerea medicului igienist din următoarele motive:

Medicul de circumscripţie sanitară rurală cu atribuţii mixte şi cu îndatoriri curative atât de mulitple, chiar având la dispoziţie instituţiile şi personalul auxiliar necesar, nu va fi în stare să realizeze singur o operă preventivă cuprinzătoare şi corespunzătoare marilor necesităţi din mediul rural. Nu poate face acest lucru pe de o parte lipsindu-i timpul necesar care-i este absorbit în cea mai mare parte de activitatea

curativă curentă, iar pe de altă parte fiindcă îi lipseşte pregătirea tehnică de specialitate în multiplele şi complicatele probleme de sănătate publică şi igienă preventivă. Oricâtă iniţiativă ar avea şi oricât de capabil ar fi medicul de circumscripţie, pentru a ieşi din izolarea în care se găseşte şi pentru a putea realiza o operă preventivă, el are nevoie de ajutorul şi de îndrumarea pe termen a unui organ tehnic specializat cu autoritate şi competenţă în rezolvirea problemelor variate de medicină preventivă.

S'ar putea spune că ajutorul şi îndrumarea tehnică necesară va trebui să fie dată direct de către medicul şef de judeţ care trebue să fie igienist şi este conducătorul întregului serviciu sanitar.

Ori, medicul şef de judeţ, supra încărcat cu îndatoriri administrative şi de birou şi având conducerea şi îndrumarea serviciului sanitar dintr'un judeţ întreg, nu va putea îndeplini această îndatorire decât într'o măsură foarte redusă şi într'un mod incomplect. A îndruma, a iniţia şi controla, înseamnă a fi în strânsă şi permanentă legătură cu viaţa locală; înseamnă a fi mereu pe teren în contact intim cu realitatea, ori medicul şef de judeţ, mai ales în judeţele mari, nu poate să cunoască în toate detaliile condiţiile şi lipsurile locale şi în consecinţă nici nu poate da în deplină cunoştiinţă de cauză îndrumările tehnice necesare.

Din aceste motive s'a găsit necesar a se creia un organ intermediar între medicul şef de judeţ şi medicul de circumscripţie sanitară rurală, organ care dispunând de pregătirea şi competenţa tehnică necesară şi nefiind încărcat cu alte atribuţii de ordin curativ, va putea activa neîntrerupt pe teren, ocupându-se exclusiv de rezolvirea problemelor de igienă şi medicină preventivă.

Medicul igienist având pregătirea tehnică necesară şi fiind absolvit de orice îndatoriri curative, se poate dedica exclusiv activităţii preventive pe care o va sistematiza şi îndruma în conformitate cu necesităţile locale. El organizează, sistematizează şi coordonează serviciul preventiv; fixează programul de muncă pentru circumscripţie, participă şi veghiază la executarea lui şi intervine pe teren oridecâteori împrejurările o cer. El se va ocupa în deosebi de problema ocrotirei familiei mamei şi a copilului mic, de igiena preşcolarilor şi a şcolarilor, de combaterea raţională a bolilor infecţioase şi a plăgilor sociale şi va acţiona în domeniul salubrităţii publice şi al igienei.

In acelaşi timp medicul igienist execută anchete medico-sociale, controlează stabilimentele publice şi industriile supraveghind igiena muncitorilor şi participă activ la viaţa socială locală, ţinând conferinţe publice din domeniul igienei şi făcând prin această operă reală de educaţie igienică şi propagandă sanitară.

Medicul igienist având atribuţii exclusiv preventive şi fiind pregătit din punct de vedere tehnic pentru această misiune, va putea face faţă tuturor acestor îndatoriri, el făcând în acelaşi timp legătura necesară între serviciul sanitar judeţean, şi între circumscripţia sanitară rurală, care astfel va avea în apropiere un îndrumător tehnic în toate problemele de medicină preventivă.

Plasa sanitară nu este deci o instituţie nouă cu personal numeros şi pretenţios, ci doar o unitate sanitară mai largă care grupează insti-

tuţiile vechi deja existente în vederea coordonării şi a raţionalizării muncii şi pentru realizarea şi îndrumarea unui serviciu preventiv.

Ca instituţie funcţionează la reşedinţa plăşii sanitare o **Casă de sănătate şi de ocrotire**, compusă din:

a) Un dispensar medical pentru consultaţii; b) Un cămin de zi pentru copii; c) 2 saloane pentru maternitate sau cazuri de urgenţă; d) O bucătărie de demonstraţie; e) O baie populară cu o staţie de deparazitare; f) Un birou administrativ; g) Locuinţă pentru medic şi pentru sora de ocrotire.

La nevoie se poate ataşa Casei de ocrotire şi un local de infirmerie pentru izolarea şi tratamentul bolnavilor contagioşi.

La Casa de sănătate şi de ocrotire se dau zilnic consultaţii generale prin medicul circumscripţiei respective, ajutat de personalul auxiliar.

In anumite zile din săptămână se dau consultaţii pe specialităţi (tuberculoză, puericultură, venerii, stomatologie, etc.), printr'un medic primar de specialitate dela reşedinţa judeţului, care este angajat prin contract sau îndeplineşte funcţia de medic primar la unul din spitalele din capitala judeţului.

In aceste consultaţii de specialitate asistă şi medicul circumscripţiei respective, care astfel îşi însuşeşte cunoştiinţele necesare de specialitate şi primeşte instrucţiuni dela medicul primar respectiv, privitor la asistenţa medicală sau socială a bolnavilor consultaţi.

Tot la reşedinţa plăşii funcţionează cel puţin o soră de ocrotire şefă, un agent sanitar şi o moaşă, fiecare având de îndeplinit atribuţiile ce îi sunt date, în cadrul unui program de muncă stabilit de medicul igienist al plăşii.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Surorile de ocrotire în afară de activitatea depusă în cadrele Casei de sănătate şi de ocrotire, sunt obligate să ţie în evidenţă familiile din comună pe care le vizitează periodic, intervenind în toate cazurile în care ele depistează existenţa unei probleme de medicină socială. Ele fac legătura între Casa de ocrotire şi între familiile respective, sesizând pe medic de toate cazurile în care este necesară o intervenţie reparatorie. In afară de aceasta, ele fac operă de educaţie igienică sistematică prin organizarea şi conducerea unor cursuri de igienă şi de gospodărie pentru femei şi prin activitatea ce o depun în cadrele educaţiei şcolare şi preşcolare.

Agentul sanitar îndeplineşte atribuţiile ce i sunt conferite în domeniul combaterii epidemiilor, executând izolările, desinfecţiile şi deparazitările necesare şi executând anumite lucrări de salubritate publică şi de poliţie sanitară.

Moaşele au atribuţia de a ţine o evidenţă a gravidelor şi lehuzelor din comună şi de a le da asistenţa necesară la naştere şi lehuzie.

Plasa sanitară este deci o unitate de medicină preventivă în cadrul căreia medicul igienist dirijează întreaga acţiune de medicină preventivă, activând cu deosebire în domeniul combaterii epidemiilor şi al bolilor sociale cum şi în domeniul ridicării igienice şi a salubrităţii publice.

Medicii specialişti din capitala judeţului participă în mod efectiv

la acţiunea de depistare şi combatere a bolilor sociale, făcând în acelaşi timp şi operă activă de asistenţă medicală diferenţiată.

Personalul auxiliar al plăşii: sora de ocrotire, agentul sanitar şi moaşa, se încadrează în mod armonic în această activitate, toţi lucrând după un plan de ansamblu întocmit de medicul igienist al plăşii.

Prin legiferarea plăşilor sanitare pentru mediul rural şi al centrelor de sănătate pentru mediul urban, s'a creiat instituţia de bază necesară acţiunei de medicină preventivă şi ar fi urmat ca să se dea o cât mai largă desvoltare acestor unităţi în folosul sănătăţii publice româneşti. Ar fi trebuit să se asigure această desvoltare cu atât mai vârtos cu cât în Congresul Asociaţiei generale a medicilor din 1936, corpul medical s'a declarat de acord cu acest nou sistem de organizare sanitară şi în moţiunea votată cu unanimitate a cerut guvernului ca să procedeze fără întârziere la realizarea integrală a programului de medicină preventivă conceput de congres.

Totuşi, din cauze pe cari nu este locul să le analizăm aici, nu au luat fiinţă în decurs de 13 ani decât numai un număr extrem de redus de plăşi sanitare şi centre urbane de sănătate, iar dintre acestea o activitate susţinută şi bine organizată nu au avut decât plăşile sanitare dela Gilău de sub îndrumarea Institutului de igienă şi sănătate publică din Cluj şi plasa Tomeşti de sub conducerea Institutului de igienă din Iaşi.

In aceste plăşi însă, cum şi în numărul mare de unităţi sanitare similare care au luat fiinţă între timp în America, Polonia, Ungaria, Iugoslavia şi Bulgaria, activitatea preventivă depusă sistematic şi perseverent, a dat rezultate dintre cele mai bune, dovedind încăodată că sistemul este bun şi că acolo unde este bine aplicat el determină ameliorări considerabile în mersul sănătăţii publice. Astfel, în cele 600 districte sanitare din statele Nord Americane, s'a redus în decurs de mai puţin ca 20 de ani mortalitatea generală dela 14 la mie la 11 la mie; mortalitatea infantilă dela 12,9% la 6,8%; mortalitatea prin tuberculoză s'a redus cu peste 50% (dela 138 decese pentru 100.000 de locuitori, la 68 decese); mortalitatea prin difterie s'a redus cu 65%, iar mortalitatea prin febră tifoidă cu 80%.

La noi; în plasa sanitară Gilău, în primii 5 ani de activitate s'a redus media mortalităţii generale dela 20,9 la mie la 18,5 la mie, iar mortalitatea infantilă dela media de 26,5% la 17,5%, până ce în plasa Tomeşti mortalitatea generală a fost redusă în acelaşi interval dela 26,5 la mie la 17,5 la mie, iar mortalitatea infantilă dela 20,5% la 15,0%.

Aceste date s'ar putea înmulţi cu arătarea rezultatelor dobândite în Polonia, Iugoslavia, sau alte state limitrofe, ele dovedindu-ne în mod evident şi indiscutabil marea utilitate şi randamentul deosebit al activităţii preventive depuse prin organizaţia plăşilor sanitare.

Constatând aceste rezultate strălucite care s'au obţinut în alte părţi, dar şi la noi prin acţiunea preventivă desfăşurată în cadrele plăşilor sanitare şi văzând evoluţia demografică tot mai nefavorabilă datorită împrejurărilor de războiu şi a lipsei de organizare sanitară preventivă, am socotit că este necesar să reactualizăm această problemă şi să căutăm a face toate eforturile pentru a inaugura în sfârşit o

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

acţiune energică şi bine susţinută de înfiinţare şi punere în funcţiune efectivă a unui număr cât mai mare de plăşi sanitare şi prin ele pentru asigurarea unei activităţi preventive viguroase.

De aceia, s'au prevăzut în noua lege pentru organizarea sanitară a statului normele de organizare şi funcţionare a plăşilor sanitare ca unităţi de medicină preventivă şi s'a început în acest an opere de organizare a unui număr de 19 plăşi sanitare în diferite regiuni ale ţării.

Ţin să accentuez însă, încăodată la acest loc că oricâte plăşi sanitare vom înfiinţa, ele nu vor da rezultatele dorite decât în cazul că vor fi puse în perfecte condiţii de funcţionare, având la dispoziţie localuri potrivite, instalaţiile tehnice şi mijloacele materiale necesare, dar mai ales personalul tehnic necesar: medici igienişti, medici de specialitae şi surori de octrotire în număr suficient.

Ţinând seamă de aceste consideraţiuni, Ministerul a hotărît să întocmească un plan de desvoltare în etape a plăşilor sanitare în limita posibilităţilor de care va dispune pentru a le organiza în cele mai bune condiţiuni, asigurându-le o bună dotare cu personal tehnic de specialitate şi cu tot materialul de care ele au nevoie.

Pentru anul în curs pe lângă plăşile sanitare existente la Săliişte, Sibiu, Tomeşti-Iaşi şi Lipova-Timiş, vom pune în funcţiune încă 16 plăşi sanitare noui în următoarele localităţi: Arpaşul de Jos-Făgăraş; Haţeg-Hunedoara; Câmpeni-Turda; Ineu-Arad; Oraviţa şi Bozovici-Caraş; Dioşti-Romanaţi; Breasta-Dolj; Brezoi-Vâlcea; Curtea de Argeş-Argeş; Tăncăbeşti-Ilfov; Breaza-Prahova; Vălenii de Munte-Prahova; I. C. Brătianu-Brăila; Hangu-Neamţ şi Mirceşti-Roman. Totalul plăşilor care vor fi puse în funcţiune în acest an, se ridică deci la 19, aparţinând la 17 judeţe şi înglobând 118 circumscripţii sanitare cu o populaţie totală de 1.086.454 locuitori.

Plăşile sanitare se vor organiza după îndrumările şi sub controlul tehnic al institutelor de igienă şi sănătate publică din centrele universitare respective şi vor fi dotate cu tot ceea ce este necesar pentru buna lor funcţionare.

Cele 19 plăşi sanitare care se găsesc în curs de organizare vor dispune de localurile necesare pentru casa de sănătate şi de ocrotire fie în casă proprie, fie în casă închiriată, localurile vor fi dotate cu mobilierul şi cu instalaţiile tehnice necesare, între cari nu va putea lipsi un aparat de radio-diagnostic, o instalaţie dentară şi un mic laborator. De asemenea fiecare plasă va dispune de câte un auto-turism propriu pentru deplasările necesare în interesul serviciului; de mijloace de desinfecţie şi deparazitare, cum şi de fondurile şi materialele necesare pentru acţiunile speciale care le întreprinde, cum sunt: bucătării de lapte, cămine de zi, consultaţii de specialitate, cursuri de igienă şi de gospodărie pentru femei, etc.

In afară de aceasta, s'au luat măsuri ca toate plăşile sanitare proiectate să dispună de personalul necesar: câte un medic igienist conducător, medici consultanţi pentru diferitele specialităţi, cel puţin câte o soră de ocrotire pentru fiecare circumscripţie din plasa condusă de o soră şefă cu sediul la reşedinţa plăşii; câte un agent sau conducător sanitar pentru fiecare circumscripţie; câte o moaşe diplomată

pentru fiecare comună, cum şi un număr suficient de personal de serviciu. In plus de aceasta plăşile vor avea un număr variabil de învăţătoare de igienă şi maestre de gospodărie pentru intensificarea acţiunei de educaţie igienică şi pentru opera de ocrotire, stabilindu-se în acest domeniu de activitate colaborări cât mai rodnice cu Ministerul Culturii Naţionale, Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale şi Societăţile Culturale „Astra" şi „Fundaţiile Regale".

Dacă înzestrarea plăşilor sanitare cu instalaţii tehnice, cu materiale şi personal auxiliar se poate asigura în bune condiţiuni, o dificultate serioasă constituie în schimb recrutarea medicilor igienişti, a medicilor de specialitate şi a surorilor de ocrotire.

Deşi dispunem în prezent de un număr de 189 medici diplomaţi ai cursurilor de specializare în igienă şi medicină preventivă, totuşi pentru posturile vacante de medici igienişti de plasă nu avem un număr suficient de candidaţi pregătiţi, iar din numărul total de 476 surori de ocrotire, numai 279 funcţionează în mediul rural şi dintre acestea abia cu mari eforturi s'a reuşit să se asigure numărul minimal necesar pentru încadrarea celor 19 plăşi sanitare proiectate cu acest personal atât de util şi de necesar pentru acţiunea de medicină preventivă.

Va trebui să facem un efort serios pentru a pregăti în viitor un număr cât mai mare de medici igienişti şi surori de ocrotire, în acelaşi timp este însă necesar ca să obţinem pe seama acestui personal de specialitate o salarizare dintre cele mai bune, capabilă să le poată asigura o existenţă demnă de funcţia socială pe care o îndeplinesc şi de munca devotată pe care trebue să o depună.

Dacă vom reuşi să asigurăm un salar corespunzător medicilor igienişti şi surorilor de ocrotire, întregit şi cu drepturi în natură de locuinţă, luminat şi încălzit, cum şi primă de echipament pentru surorile de ocrotire, suntem siguri că în viitorul cel mai apropiat vom putea dispune de un număr suficient de elemente capabile, bine pregătite şi devotate acestei grele misiuni.

In ceea ce priveşte contribuţia atât de importantă a medicilor de specialitate din centrele judeţene, această colaborare se va putea asigura fie prin angajarea cu contract a medicilor primari de specialitate dela spital sau alte instituţii fie prin numirea lor în posturi fixe la serviciul sanitar judeţean cu obligaţia de a se deplasa pe teren şi a face prin rotaţie consultaţii de specialitate la diferitele case de sănătate şi de ocrotire din judeţ. Ambele modalităţi sunt bune şi se pot aplica. Socotim că pentru început, dat fiind numărul încă redus de asemenea specialişti, este necesar să se facă apel şi să se insiste pentru colaborarea benevolă a medicilor primari de specialitate dela spitalele judeţene şi dela ambulatoriile policlinice, iar mai târziu formându-se tot mai mulţi specialişti, să se angajeze pentru fiecare judeţ numărul necesar în raport cu numărul plăşilor ce se vor găsi în funcţiune. In orice caz aceste funcţiuni vor trebui remunerate în mod corespunzător pentru a putea avea elemente destoinice şi bine pregătite şi va trebui în acelaşi timp să li se asigure şi mijloacele de transport necesare pentru numeroasele deplasări în comunele rurale din judeţ.

Având colaborarea activă şi înţelegătoare a medicilor noştri de şefi de judeţe şi a medicilor primari de specialitate din centrele jude-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ţene, sperăm că vom reuşi să punem în acest an în deplină funcţiune cele 19 plăşi sanitare proiectate şi prin ele să inaugurăm începutul unei reale şi serioase activităţi de medicină preventivă în mediul rural.

Pentru viitor preconizăm o desvoltare în ritm mai accelerat a plăşilor sanitare, mergând la realizarea numărului de plăşi care să ne asigure proporţia de o plasă pentru 50.000 de locuitori, deci pentru populaţia actuală a României, la un total de cca. 260 plăşi sanitare.

Eşalonând pe 10 ani realizarea acestui plan şi luând în considerare posibilităţile de care dispunem pentru formarea medicilor igienişti şi a surorilor de ocrotire necesare, dar şi de necesităţile şi posibilităţile de investiţii în localuri şi instalaţii tehnice pentru aceste unităţi sanitare socotim că dacă vom organiza în primii 4 ani câte 20 de plăşi sanitare pe an; în următorii patru ani câte 25 de plăşi sanitare anual, iar în ultimii 2 ani câte 30 şi 31 de plăşi pe an, — vom reuşi ca în termen de 10 ani să avem în funcţiune un număr de 260 plăşi sanitare, prin care se va putea asigura o acţiune viguroasă de medicină preventivă care să cuprindă în mod simetric întreaga suprafaţă a ţării.

Considerăm realizabil acest plan de desvoltare din toate punctele de vedere şi suntem siguri că prin realizarea lui se va rezolvi în mod fericit cea mai importantă problemă de sănătate publică din ţara noastră.

Rezumând cele expuse mai sus, privitor la organizarea plăşilor sanitare, facem următoarele propuneri:

1. Să se facă toate eforturile şi să se aducă toate sacrificiile pentru înfiinţarea, dotarea şi punerea în funcţiune încă în acest an a celor 19 plăşi sanitare proiectate de Minister.

2. Să se eşaloneze pe 10 ani conform planului de desvoltare întocmit înfiinţarea şi punerea în funcţiune a unui număr total de 260 plăşi sanitare.

3. Să se pregătească prin cursuri de specializare organizate de cele 3 institute de igienă şi sănătate publică, numărul necesar de medici igienişti.

Să se sporească în mod echitabil salarizarea acestor medici preventivi opriţi dela clientela particulară, să li se asigure tuturor prima de reşedinţă specială, cum şi locuinţă, luminat şi încălzit în natură sau contravaloarea în bani.

4. Actualele institute de surori de ocrotire să primească mai multe eleve, reducând condiţiile de şcolaritate la 4 clase de liceu teoretic şi să se înfiinţeze noui institute pentru pregătirea surorilor de ocrotire la Sibiu şi Timişoara.

Să se facă toate eforturile pentru o mai bună şi mai echitabilă salarizare a surorilor de ocrotire asigurându-li-se în acelaşi timp şi o primă de echipament, primă de reşedinţă specială şi locuinţă, luminat şi încălzit în natură.

5. Să se dea o cât mai largă desvoltare specializării medicilor în puericultură, ftiziologie, venerii şi stomatologie, asigurându-se la fiecare plasă consultaţii sistematice pentru aceste specialităţi.

6. Să se asigure mijloacele de transport necesare pentru întregul personal tehnic al plăşilor sanitare şi să se prevadă sumele necesare

în cadrul planului de investiţii pentru construirea şi înzestrarea localurilor necesare pentru casele de sănătate şi de ocrotire dela reşedinţa plăşilor sanitare.

* * *

Dacă circumscripţia şi plasa sanitară constituie unităţi sanitare executive cari activează direct pe teren în diferitele probleme de sănătate publică, serviciul sanitar judeţean este în schimb o unitate de îndrumare, de supraveghere şi de control pentru organizaţiile sanitare şi de ocrotire din cuprinsul unui judeţ.

Fiecare serviciu sanitar judeţean este condus de câte un medic şef de judeţ igienist care este şeful ierarhic al instituţiilor şi serviciilor sanitare din judeţ şi municipiu, în afară de spitalele de specialitate care depind direct de Inspectoratul General Sanitar Regional.

Medicul şef de judeţ, are îndatorirea de a îndruma, coordona şi controla din punct de vedere tehnic şi administrativ serviciile şi instituţiile de medicină preventivă şi de ocrotire din cuprinsul judeţului inclusiv municipiile şi totodată el iniţiază şi execută prin organele subalterne orice acţiune în interesul sănătăţii publice.

El mai are ca atribuţii şi supravegherea exercitării medicinei, farmaciei, drogueriei, dentisticei, a cosmeticei şi a practicei moşitului; stabileşte şi asigură colaborarea cu autorităţile locale şi aplică în primă instanţă amenzile sanitare date în competenţa sa.

Medicul şef de judeţ, conform normelor stabilite în noua lege pentru organizarea sanitară a statului, este deci conducătorul real şi efectiv al serviciilor şi instituţiilor sanitare din judeţ şi îndrumătorul acţiunei sanitare şi de ocrotire care se întreprinde în folosul sănătăţii publice. El are atribuţii multiple şi variate de ordin tehnic şi administrativ în acelaşi timp şi pentru a le putea îndeplini în mod corespunzător, medicul şef de judeţ va trebui să fie deci o **personalitate medicală proeminentă având deplină autoritate morală, o deosebită putere de iniţiativă şi de muncă, dar şi o pregătire şi competenţă tehnică necontestată.**

Numai întrunind aceste condiţii, medicul şef de judeţ îşi va putea îndeplini atribuţiile sale în mod satisfăcător şi de aceea socotim că este necesar ca medicii şefi de judeţe să fie recrutaţi cu o deosbită grije şi scrupulozitate dintre cei mai buni şi cei mai încercaţi medici igienişti.

O altă cerinţă ar fi ca serviciul sanitar judeţean să se transforme dintr'un birou cu îndeletniciri mai mult de ordin administrativ cum este încă în multe părţi şi astăzi, într'un **serviciu de tehnică sanitară**, încadrat cu personal competent şi înzestrat cu tot utilajul tehnic necesar.

In primul rând este necesar ca pe lângă persoana medicului şef de judeţ să funcţioneze în cadrul serviciului sanitar judeţean, cel puţin pentru judeţele mari, un al doilea medic igienist însărcinat cu atribuţiile de îndrumare tehnică pe teren a serviciului şi instituţiilor sanitare şi de ocrotire.

In al doilea rând este necesar ca pe lângă fiecare serviciu sanitar să funcţioneze cu timpul câte un medic primar puericultor, ftiziolog şi venerolog pentru îndrumarea pe teren a operei de profilaxie şi combatere a mortalităţii infantile a tuberculozei şi a bolilor venerice cari sunt principalele probleme de sănătate publică din mediul rural.

In afară de aceasta, este necesar ca serviciul sanitar judeţean să dispună de mijloace tehnice suficiente pentru acţiunea de depistare şi combatere a diferitelor boli sociale şi epidemice, cum şi pentru asigurarea în bune condiţiuni a unei asistenţe medicale elementare şi pentru populaţia din cele mai îndepărtate regiuni prin: dispensare mobile, echipe mobile de micro-radio-fotografie, echipe de desinfecţie şi deparazitare şi autosanitare pentru transportul bolnavilor.

Serviciul sanitar judeţean trebue să devină un organ descentralizat cu depline puteri şi cu deplină competenţă atât administrativă cât şi tehnică şi pentru aceasta este necesar ca birourile serviciului să fie încadrate cu personal suficient şi bine pregătit care să poată descongestiona pe medicul şef de judeţ de multiplele şi prea variatele sale îndatoriri de administraţie şi uneori de birocraţie.

Este necesar în acelaşi timp ca serviciul sanitar judeţean să dispună de suficientă independenţă materială, având la dispoziţie fonduri proprii pe care le strânge printr'o percepţie proprie şi le administrează prin eforia sanitară judeţeană.

Colaborările necesare între diferiţii factori de sănătate publică din judeţ şi celelalte autorităţi se poate asigura în bune condiţiuni prin activarea consiliilor de igienă judeţene şi prin participarea medicilor şefi de judeţ la lucrările consiliilor de colaborare judeţene.

In concluzie, serv. sanitar jud., conform spiritului nouei legi pentru organizarea sanitară a statului şi conform necesităţilor reale ale serviciului, va trebui transformat dintr'un serviciu mai mult de rutină administrativă cum a fost în trecut, într'un serviciu tehnic condus de un medic şef de judeţ igienist, bine pregătit şi pe deplin devotat importantei sale misiuni.

Serviciul sanitar judeţean va căuta în toate problemele dificile de tehnică sanitară sfatul, îndrumarea dar şi colaborarea efectivă pe teren a institutelor de igienă şi sănătate publică pe raza cărora se găsesc.

Serviciul sanitar judeţean va trebui încadrat cu personalul tehnic şi administrativ necesar şi cu toate instalaţiile tehnice pentru a putea desfăşura o activitate sistematică neîntreruptă în domeniul preventiv.

In primul rând va fi necesar să se asigure colaborarea unor medici specialişti în puericultură, ftiziologie, venerii şi stomatologie, pentru ca astfel să se poată organiza în condiţiuni bune consultaţiile de specialitate dela Casele de sănătate şi de ocrotire din judeţ, iar în al doilea rând se va asigura o strânsă colaborare cu autorităţile administrative locale şi cu diferitele societăţi culturale şi de binefacere.

Pentru aceasta, este necesar ca serviciile sanitare judeţene să-şi aibă sediul chiar în localurile Prefecturilor de judeţe şi mai este necesar ca medicii şefi de judeţe să participe activ la viaţa socială din capitala judeţului.

Indeplinind aceste condiţiuni, serviciul sanitar judeţean, va putea deveni un organ tehnic descentralizat pentru conducerea şi îndrumarea tuturor serviciilor şi instituţiilor sanitare din judeţ, putând activa cu depline puteri şi cu toată competenţa în folosul sănătăţii publice.

Digitized by Romanian Academy of Sciences

CANCELARIA ŞI ARHIVA MEDICULUI DE CIRC. SANITARĂ RURALĂ

de

D-r BODIANU I. EREMIA
Medic al Circ. Sanit. Rurale Bod-Braşov

Expuneam acest subiect în „Conferinţa trimestrială" a medicilor de circumscripţie din luna Septembrie 1942 la Braşov, şi spuneam că „Arhiva şi Cancelaria" prezintă un interes special, ele constituind o parte din cartea de vizită a activităţii atât de multilaterală a medicului de circ. sanit. rurală.

Cancelaria oglindeşte şi conţine felul şi activitatea medicului, jalonând zi de zi gândurile, tendinţele, încercările şi activitatea însăşi cu realizările ei; şi fără de ea n'ar putea exista serviciul nostru format din complexul conglomerat de probleme acute (mai ales la noi în ţară) chemate să fie rezolvate în vederea ameliorării stării sanitare a populaţiei şi a satelor. Cancelaria dă putinţa de a vedea şi controla repede şi precis, şi munca efectivă şi programul de activitate, oglindite într'o ordonată aranjare şi organizare a scriptelor şi tabelelor de toate felurile, dictate sau nu de forurile noastre superioare.

Energia ştiinţei şi a entuziasmului nostru în problemele sanitare rezolvate sau în rezolvare, şi rezultatele sau înfăptuirile trebuesc să fie ţesute în filele acestei cancelarii. Apoi, pe etape de timp, pentru fixare sau o mai repede orientare sau control al nostru ori al organelor superioare, înscriem rezultatele în grafice, din cari un ochi cunoscător să poată desprinde şi încercările şi rezultatele frământărilor energiei noastre, care să nu fi fost cheltuită ieftin.

Arhiva trebue să constituie mica enciclopedie a tuturor datelor, din şi în legătură cu circumscripţia sanitară a cărei soartă o stăpânim, şi de care trebue să fim aspru răspunzători, mai întâi înaintea conştiinţei noastre şi apoi în faţa controlului legilor şi a superiorilor noştri.

Arhiva să nu fie prea încărcată şi să nu conţină lucruri de prisos.

Arhiva de asemenea ar mai trebui să fie neapărat complectată de o bibliotecă înzestrată cu un strict necesar, în care medicul de circumscripţie sanitară rurală aruncat în cine ştie ce colţ de ţară, să gă-

seească ori să-şi reamintească datele uitate sau estompate, atât din ştiinţa medicală, cât şi din statistica generală a ţării, pentru o mai bună orientare. Ar fi un dar regesc din partea ministerului nostru, deoarece nu puţini medici au studiat numai din biblioteci sau cărţi de împrumut, neposedând o bibliotecă medicală proprie, — căci ştiut este că majoritatea medicilor de circ. sanit. rurală sunt recrutaţi dintre foştii studenţi săraci, — şi cred că în grijea forului nostru suprem ar trebui să cadă întreaga sarcină a hranei minţii şi sufletului medicului de circ. rurală, căruia cu atâta largeţă i se pretinde nimbul apostolatului, dar este remunerat cu un salar de tot anemic.

După cum gândul şi planurile de înfăptuiri şi executări ale medicului, scoase din necesităţile sanitare locale, trebuesc să fie: clare, simple şi concrete, se pretinde ca şi **„complexul cancelarie şi arhivă"**, să fie cât mai simple dar complecte, cu datele în corelaţie între diferitele scripte, eliminându-se repetările aceloraşi date în tabelele sau rapoartele diferite ce ni se cer a fi înaintate, şi evitându-se complicaţiile inutile.

Trecând în revistă: **registrele, tabelele, buletinele, fişele, rapoartele şi dosarele,** cerute nouă prin „Instrucţiunile pentru complectarea imprimatelor model sanitar unic din 1939 pentru circ. sanit. rurale", **găsim nu mai puţin de treizeci.** Din privirea acestui încărcat bagaj de imprimate s'ar naşte poate pe drept întrebarea, dacă nu ne-ar fi necesar un secretar ajutor pentru conducerea multiplelor registre şi a datelor pentru tabele, fişe şi rapoarte şi dosarelor lor; medicului trebuind să-i rămână timpul necesar pentru restul, — destul de încărcat, — de activitate medicală şi înfăptuiri efective pe teren. Poate ar trebui dar nu se poate. Corpului i-ar lipsi încheieturile şi nu s'ar putea mişca normal. Ca să obţii un rezultat trebue să lucrezi singur cu componentele. Ca să-ţi dai seama de acest rezultat, trebue să cunoşti componentele, să le verifici şi chiar să le modifici, spre a obţine rezultatul cerut, urmărit sau scontat. A nu şti stânga ce face dreapta nu e conecţie, ci e lipsă de cunoaştere a împrejurărilor în cari ne învârtim sau credem că lucrăm, şi este a nu putea niciodată urmări sau pretinde un rezultat sau o înfăptuire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fapt deci: medicul de circ. sanit. rurală trebue ca singur să-şi conducă cancelaria şi arhiva, având nevoie zi de zi de mânuirea datelor cari îi jalonează drumul spre înfăptuiri; dar această cancelarie să-i pretindă cât mai puţin timp pentru conducerea ei, căci dacă i se cere medicului de circumscripţie să fie priceput şi să se descurce în toate domeniile, să nu se uite că în actuala cancelarie i se pretinde să conducă scripte-tabele prea amănunţite, făcute pentru servicii de specialitate unde anume personal se ocupă numai cu acestea.

Expusesem atunci în conferinţa mea, detailat, ceea ce găseam să rămână necesar, ceea ce trebue scos şi ceea ce ar trebui modificat din această bogată cancelarie, pentru ca simplu şi precis ea să-şi ajungă scopurile mai sus arătate.

Spicuind numai asupra câtorva din rapoartele scripte, arătam că unele (ex. malaria) păcătuiesc prin prea multe „momente" scripturistice încărcate de prea multe şi variate componente; iar altele (ex. rap. md.

301) prea complicate, căci deşi fără a fi absolută nevoie, se cere a se repeta în ele date din alte rapoarte ori tabele cari fuseseră înaintate anterior sau chiar concomitent, iar prin felul chiar zilnic în care ni se cere a complecta cu activitatea noastră acest raport, tinde a canaliza medicul spre biurocratism. Cred că trebuind **să seriezi în frânturi de fraze activitatea de fiecare zi în rubrici zilnice, uneori obligi medicul chiar la nesincerităţi.**

Găsesc că acest raport lunar poate conţine şi fără detalii zilnice activitatea desfăşurată de medic în comuna de reşedinţă, împreună cu datele asupra inspecţiilor şi dispoziţiilor sau măsurilor luate în celelalte comune, ca şi asupra realizărilor cu observaţii personale şi propuneri. Tabelele statistice cerute să fie anexate acestui raport, fără ca ele încă separat şi disparat să mai fie înaintate în cursul lunei.

Asupra „raportului trimestrial", făceam observaţia că se amănunţesc prea mult statisticile puse pe seama medicului de circ. Se adună în aceste rapoarte trimestriale datele din trei luni consecutive; — date anterior trimise separat în diferite alte rapoarte mai mărunte. Este acesta un fapt recapitulativ făcut pentru medicul de circ., cu toate procentajele amănunţite ce ni se cer? S'ar considera în acest caz, că medicul nu-şi trăieşte lucrul, şi nu-şi cunoaşte accidentele de desvoltare ale circ. Sau, practic judecând, pot oare datele din numai trei luni să arate clar situaţia problemelor dintr'o circumscripţie? Putem să le luăm ca norme de orientare precise? Cred că nu.

Dacă admitem necesitatea lor, pentru o corelaţie de cunoaştere a circumscripţiilor judeţului respectiv, pentru ca în conferinţele trimestriale regulate, toţi medicii să poată avea un câmp mai vast de exemplificări al problemelor multiple din viaţa sanitară a satelor noastre, cred a fi util imperios ca în aceste conferinţe să se discute anumitele probleme ivite, ca „subiecte medicale", după care să se vină cu propuneri şi concluzii practice, scoase din analizarea faptelor întâmplate. Sunt prea puţine articole şi publicaţii asupra problemelor sanitare rurale — în raport cu importanţa lor pentru ţară — dar şi acestea şi alte probleme, noi ne mărginim a le citi din comunicări, ordine sau măsuri ministeriale, dar lâncezim în a nu le discuta nici pe acestea între noi pentru o cât mai bună adaptare şi aplicare pe terenul nostru, pentru ca să întreacă chiar litera ordinului primit.

Rapoartele, cari de multe ori ne fac să scriem inutil, mărindu-ne degeaba astfel lucrul de birou, recunosc, nu sunt piedecă în a gândi sau discuta problemele pe cari le trăim în circumscripţie, dar **sunt o puternică frână care ne oboseşte spiritul**, căci în afară de cele expuse, îmi face impresia că atât **rapoartele ca şi tabelele ce se cer** a fi purtate şi înaintate de medicul de circumscripţie sanitară rurală, **sunt făcute de, sau pentru, statisticieni puri, ţinându-se seama, principial, mai mult de uşurinţa lor de a-şi aduna datele — deşi au mulţi funcţionari pentru aceasta** — uitându-se că medicul dela ţară are şi alte felurite probleme locale cari se cer a fi individualizate, şi în cari el singur medicul, după iniţiativă proprie trebue să le poată rezolva repede şi precis, şi nu prea mult împiedecat de scripturistică.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Obligându-l să complecteze şablonul zilnic, încet, încet, îi va amorţi iniţiativa şi după ea şi entuziasmul, cari ambele nu pot fi stimulate nici prin prea multele date scripturistice cerute, dar nici prin pretinsele „ispite materiale" ce se acordă medicului dela ţară, şi despre cari se lasă să se facă atâta caz prin ziare, ele nefiind nici adevărate, nici sincere şi nici în raport direct cu viaţa sau răspunderile multiple de pe umerii prăfuitului sau înnoroiatului medic dela ţară.

Acest subiect „Cancelaria şi arhiva medicului de circumscripţie sanitară rurală", se dăduse în Septembrie 1942, în toate judeţele Inspectoratului nostru — nu ştiu dacă nu şi în toată ţara; — poate pentru a se primi sugestii sau să se ştie părerea noastră a celor ce lucrăm această cancelarie zi de zi, dar ce mult regret că niciunul dintre noi nu am putut sugera — cu toate exemplificările date, — motivele convingătoare, pentru o simplificare a acestei cancelarii prea complicată şi cu multe scripte de cari, de unele din ele, foarte uşor şi fără nicio pierdere, ne-am putea dispensa.

Cancelarie ne trebue, dar simplă, cu date strict necesare şi precise, din cari statisticienii să-şi poată lua şi ei ce le este necesar, dar în care să se poată găsi munca medicului cu realizările efective, nu pe hârtie, şi mai ales, să se poată găsi medicul cu gândurile şi sufletul lui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

NOUA LEGE PENTRU COMBATEREA BOALELOR VENERICE

In şedinţa Consiliului Sanitar Superior din ziua de 26 Iunie 1943, s'a pus în desbateri Noul Proiect de lege pentru combaterea boalelor venerice.

D-l Ministru Prof. D-r P. Tomescu, ulterior într'o conferinţă de presă ţinută la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a dat următoarele lămuriri asupra **Nouei legi pentru combaterea boalelor venerice**, care a fost promulgată prin Monitorul Oficial din 10 Septemvrie 1943.

Pentru a împiedeca răspândirea boalelor venerice, care mai ales în timp de război iau o mare extindere, s'a simţit nevoia unei noui legiferări, care să schimbe radical metodele actuale de luptă contra acestor boale, cari au un caracter social prin întinderea şi consecinţele lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului, a considerat această legiferare absolut necesară şi a dispus ca problema să fie minuţios studiată.

După discuţiuni îndelungate la cari au luat parte cei mai mari specialişti ai noştri şi jurişti eminenţi s'a redactat legea ce se promulgă acum.

Inovaţiunile mari ale nouei legiferări sunt: 1) Obligativitatea tratamentului pentru toţi bolnavii; 2) Delictul de contaminare; 3) Reglementarea prostituţiei, şi 4) Certificatul de sănătate la contractarea căsătoriei.

1. Obligativitatea tratamentului

Pentru a împiedeca răspândirea boalelor venerice, prima şi cea mai eficace măsură ce trebue luată este tratarea şi vindecarea tuturor bolnavilor. In modul acesta s'ar putea ajunge la un moment dat la dispariţia boalelor venerice.

De aceea noua lege obligă pe toţi bolnavii să se trateze, iar dacă nu o fac, în mod regulat, sunt internaţi în spital şi reţinuţi acolo până la complecta lor vindecare.

2. Delictul de contaminare

Transmiterea unei boli venerice constitue un delict grav care a fost legiferat şi sancţionat, — cu severitate. Bolnavii trebue să fie conştienţi de răspunderea morală şi socială ce au, — transmiţând boala a căror victimă au fost ei înşişi.

A fost necesar însă să adăugăm o răspundere juridică şi penală, pentru ca acţiunea ce întreprindem ,să se bazeze nu numai pe conştiinţa individuală

care poate fi deficitară, ci şi pe acţiunea represivă a organizaţiei de Stat care trebue să urmărească apărarea sănătăţii colective, — cu toate mijloacele.

3. Reglementarea prostituţiei

Prostituţia poate fi ignorată, interzisă sau reglementată.

Din aceste soluţiuni am ales pe ultima, întru cât este aceia care poate fi aplicată cu un mai mare succes în lupta contra boalelor venerice.

Atunci când s'a trecut la noi în ţară dela reglementarea prostituţiei la ignorarea ei, s'a observat o creştere sistematică a cazurilor de sifilis la serviciile medicale din Capitală. D-l Prof. D-r Nicolau a publicat o lucrare foarte interesantă asupra acestei chestiuni, dând o documentare statistică şi ştiinţifică foarte convingătoare.

Experienţa făcută, nereuşind, este o datorie pentru noi să revenim la sistemul reglementării prostituţiei.

Noua lege admite practica prostituţiei sub un control medical riguros şi numai în casele de toleranţă sau la domiciliul prostituatei.

Graţie controlului medical sistematic al tuturor prostituatelor se va putea duce cu mai mult succes lupta contra boalelor venerice.

4. Certificatul de sănătate

Cum unele boale venerice pot avea efecte grave transmiţându-se hereditar, noua lege prevede obligaţiunea certificatului de sănătate, în ceea ce priveşte aceste boale la oficierea căsătoriilor.

Măsura luată demonstrează în mod evident, importanţa problemei.

Ea este menită să pună la adăpost familia de riscuri cari se pot evita prin măsuri de prevedere. In acelaşi timp, este un bun început pentru a se ajunge la legiferarea certificatului de sănătate general la căsătorie.

5. Măsuri în vederea aplicării legei

Pentru ca noua lege să poată duce la rezultatele urmărite cât mai repede, Ministerul Sănătăţii a luat o serie de măsuri, pregătite încă de mult şi care vor fi puse în aplicare în curs de o lună dela promulgarea legii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest interval de timp: se vor reorganiza toate serviciile de consultaţii pentru boalele venerice din ţară, — în spiritul noului legi; se vor distribui carnetele de tratament tuturor bolnavilor actuali; se vor înregistra, se vor controla şi li se vor da carnetele de sănătate tuturor prostituatelor; se va mări capacitatea de internare a spitalelor pentru bolnavii venerici.

In vederea aplicării acestei legi s'a construit în Bucureşti pe şoseaua Berceni, un spital cu 400 paturi pentru îngrijirea prostituatelor; iar Clinica de boale venerice dela Spitalul Colentina cu 300 paturi, va rămâne destinată bolnavelor şi bolnavilor din Capitală, cari vor solicita să fie îngrijiţi în spital şi acelor ce vor fi internaţi din oficiu, dacă nu s'a prezentat regulat la tratamentul ambulator.

* * *

PLANUL DE DESVOLTARE AL SPITALELOR DE SPECIALITATE ŞI AL LABORATOARELOR ÎN DISCUŢIA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

In ziua de 22 Octombrie a. c. a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şedinţa Consiliului Sanitar Superior, sub preşedinţia d-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

S'a examinat planul de desvoltare şi de organizare al spitalelor de specialitate şi al laboratoarelor de analize biologice.

La această şedinţă au fost invitaţi şi medici primari directori de spitale din ţară.

D. Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale arată că în şedinţa din Septembrie a Consiliului Sanitar Superior s'a discutat planul de desvoltare şi organizare a Serviciului sanitar rural.

In această şedinţă vom discuta planul de desvoltare al spitalelor de specialitate şi al laboratoarelor, iar în luna viitoare se va desbate planul de organizare al plăşilor sanitare şi al serviciilor sanitare de judeţ.

Rezultatul acestor desbateri va fi întocmirea unui plan general de desvoltare şi de organizare a serviciului sanitar românesc realizabil în etape succesive, în mai mulţi ani.

Principial, la spitalul din oraşul de reşedinţă al fiecărui judeţ, trebue să avem câte un serviciu bine organizat pentru fiecare specialitate. Acest serviciu va avea un medic primar specialist care va fi conducătorul acţiunei sanitare pentru specialitatea sa, în tot judeţul, colaborând cu medicul şef al judeţului şi cu medicii de circumscripţii.

Cum lipsurile sunt încă mari Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale se va preocupa, în primul rând de crearea serviciilor de specialitate pentru problemele şi boalele sociale: puericultură, maternitate, tuberculoză şi boale venerice.

Intr'adevăr este imperios necesar ca să se creieze următoarele servicii medicale pentru rezolvarea problemelor ridicate de necesitatea ameliorărei situaţiei boalelor sociale.

Digitized by Central University Library Cluj

— In 36 de judeţe ale ţării vor trebui organizate servicii de obstetrică şi ginecologie, unde se vor face consultaţiile prenatale şi se va da asistenţa obstetricală necesară.

— In 34 de judeţe vor trebui creiate servicii de tuberculoză.

— In 43 de judeţe urmează să se înfiinţeze servicii de boli venerice, ceeace este cu atât mai necesar cu cât noua lege a bolilor venerice impune funcţionarea unor astfel de instituţii pentru combaterea eficace a veneriilor.

— In 43 de judeţe vor trebui creiate servicii de medicină infantilă şi puericultură, pentru combaterea mortalităţii infantile.

Deasemenea, este foarte important să dispunem în fiecare judeţ de un laborator de higienă şi analize biologice.

Vor trebui creiate astfel de laboratoare în 29 de judeţe în care nu avem actualmente.

Tot astfel nu avem servicii de radiologie independente în 30 de judeţe, lacună care va trebui remediată cât mai repede.

Nevoile generale în servicii de specialitate ale sănătăţii publice sunt mai dificil de împlinit întrucât va trebui să dispunem de un foarte mare număr de medici specialişti în oftalmologie, otorino-laringologie, urologie, stomatologie, etc., pentru a crea un serviciu pentru fiecare din aceste specialităţi în fiecare judeţ.

Dar, într'o primă etapă trebue să avem în raport cu situaţia

geografică a judeţelor, câte un medic specialist pentru două, trei sau patru judeţe, spre a asigura asistenţa bolnavilor din specialităţile cu un mai mic răsunet social. O altă necesitate urgentă este înfiinţarea farmaciilor judeţene de stat care să asigure aprovizionarea cu medicamente şi materiale sanitare a tuturor spitalelor şi dispensarelor din judeţ.

In programul de desvoltare a spitalelor de Stat pe care Ministerul Sănătăţii îl va întocmii, Directorii Spitalelor joacă un rol deosebit de însemnat prin acţiunea de organizare a nouilor servicii, cărora trebue să le creieze un cadru convenabil şi posibilităţi de activitate cât mai largă, cu rezultate cât mai concrete.

Pentruca nouile servicii de specialitate, atât de necesare, să poată fi create este nevoe ca o parte dintre medicii specialişti să se deplaseze din centrele universitare în oraşele de provincie. In acelaşi timp numeroşi specialişti trebuesc formaţi.

Ministerul Sănătăţii va căuta să pună la dispoziţia nouilor medici primari de specialitate, posibilităţi civilizate de lucru, astfel ca activitatea lor să aibă un mare randament.

DISCUŢIUNILE URMATE

D-l Prof. D-r **I. Ţeţu**, a mulţumit d-lui Ministru pentru solicitudinea ce a arătat-o specialităţii de oto-rino-laringologie şi a expus posibilităţile actuale de pregătire a medicilor specialişti de O. R. L. care să asigure încrederea serviciilor de specialitate din ţară.

D-l Prof. D-r **C. Ionescu** dela Facultatea de Farmacie, arată necesităţile de creare a laboratoarelor de analize din ţară şi posibilităţile de a se asigura personalul tehnic necesar.

Digitized by Central University Library Cluj

D-l Prof. D-r **E. Crăciun** a arătat că ar fi foarte util dacă s'ar prevede posturi de interni sau chiar de externi la institutele de ştiinţă aplicată, ceeace ar avea ca rezultat pregătirea unui mare număr de medici în domeniul bacteriologiei, chimiei şi anatomiei patologice.

D-l Prof. D-r **V. Ciocâlteu**, Decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti, propune să se creeze burse la laboratoriile mari din ţară pentru studenţii care vor voi să se consacre acestei specialităţi.

D-l Prof. D-r **D. Manolescu** arată că trebuesc înfiinţate în primul rând servicii de specialitate în regiunile în care lipsesc totul după un program judicios întocmit.

D-l Prof. D-r **I. Iacobovici** arată că se pot utiliza în bune condiţiuni pentru funcţionarea laboratoarelor licenţiaţii în chimie şi în ştiinţe naturale.

De asemenea pentru pregătirea unui mai mare număr de specialişti, d-sa cere să se acorde o cât mai mare dotare şi înzestrare clinicilor din centrele universitare.

D-l Prof. D-r **Marius Georgescu** a arătat nevoile asistenţei obstetricale şi necesităţile de înfiinţare a unui mare număr de maternităţi în ţară.

Au mai luat cuvântul, expunând necesităţile diferitelor specialităţi medicale, d-nii Prof. D-r Danielopol, Prof. D-r L. Balif, Prof. D-r Dumitrescu-Mante, D-r Andreescu, D-r Cenariu, D-r Căliman, D-r I. Ionescu-Miltiade, D-r Ghiţescu, Prof. D-r Iuliu Niţulescu.

D. Prof. D-r **P. Tomescu**, Ministrul Sănătăţii încheind şedinţa Consiliului Sanitar Superior a mulţumit tuturor membrilor Consiliului şi Directorilor de spitale din ţară pentru contribuţia lor la fixarea planului de desvoltare a spitalelor de specialitate.

Acest plan va fi imprimat şi apoi urmărit cu perseverenţă până la completa lui realizare.

* * *

ORGANIZAREA PLĂŞILOR SANITARE ŞI A SERVICIILOR SANITARE JUDEŢENE

In ziua de 24 Noembrie 1923, s'a ţinut la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, şedinţa Consiliului Sanitar Superior, sub preşedinţia D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

D-l Prof. D-r **P. Tomescu,** Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, arată că în vederea întocmirii planului de organizare şi desvoltare a serviciului sanitar românesc, în raport cu nevoile ţării şi cu progresele ştiinţei s'a pus în discuţia Consiliului Sanitar Superior problema organizării acţiunei de medicină preventivă în mediul rural prin plăşile sanitare şi prin serviciile sanitare de judeţ.

D-l Prof. D-r **Iuliu Moldovanu** a mulţumit D-lui Ministru, fiindcă după ce a pus la punct problema spitalelor, după ce medicina curativă a fost ridicată la nivelul pe care trebue să-l aibă, şi-a îndreptat gândul şi acţiunea către domeniul medicinei preventive, atât de puţin înţeles în trecut.

Pentru a ajunge la realizarea planului întocmit, va trebui ca mulţi medici dintre cei mai valoroşi să fie încadraţi în organizarea de medicină preventivă a Statului.

D-l Prof. **I. Stoichiţia,** prezintă un raport asupra Organizării Plăşilor Sanitare şi a Serviciilor Sanitare Judeţene. *)

DISCUŢIILE URMATE **)

D-l D-r **Irimescu** subliniază necesitatea colaborării organelor medicale cu organele tehnice şi administrative, judeţene şi locale.

Propune ca medicii ftiziologişti, care funcţionează pe lângă plăşi, să nu aibă atribuţiuni numai la centru, ci să meargă din sat în sat, pentru ca diferite cazuri de boală ce se ivesc să fie descoperite la timp. ***)

D-r **I. Nandriş:** Raportul distinsului Profesor şi Secretar general D-r Stoichiţă, e complect şi bine documentat, frumos expus, încât noi nu am avea nimic de observat sau adăugat la partea tehnică. Ne-am permite însă câteva observaţiuni scurte la partea generală, ce ni se par şi utile şi importante.

In raport ca şi în planul de organizare a plăşilor model din primul lot nu sunt luate în considerare Basarabia şi Bucovina. Ştim că aceste două provincii româneşti au bugete aparte şi oarecare netrebuitoare autonomii. Şi atunci probabil plăşile model ar intra în posibilităţile financiare ale administraţiei respective.

Oricari ar fi consideraţiunile acestei stări de fapt ale acestor două provincii, ne facem interpretul opinii publice româneşti care este contrariată şi neplăcut impresionată de faptul că, în cadrul legislaţiilor ca şi diferitelor acte publice, Basarabia şi Bucovina nu sunt suficient şi destul de apăsat luate în considerare. Şi avem nevoie azi mai mult ca oricând de acest lucru.

O altă latură ce am dori să amintim, este faptul că în raportul de faţă nu găsim o schiţare de colaborare cu unele ministere care ar putea să fie de real folos în organizarea plăşilor model. Astfel ar fi Ministerul de Finanţe şi Casa Monopolului Statului, care prin o mai blândă fiscalitate rurală şi o mai chibzuită politică de comercializare a alcoolului în masele săteşti ar ajuta într'o largă măsură acţiunea noastră sanitară şi opera corpului medical la sate. Ministerul Agriculturii prin organele sale exterioare ar fi de asemenea de mare folos gândului bun al D-lui Ministru al Sănătăţii. Căci mi se pare greu de înfăptuit o operă de medicină preventivă şi curativă de proporţii mari cum prevede actualul proiect de lege, dacă nu putem asigura ridicarea standardului de viaţă a ţăranului.

---

*) Acest raport este publicat în extenso la pag. 104—115.

**) Parte din discuţiile redate mai jos sunt prezentate dupe propriile note ale vorbitorilor.

***) D-sa a expus pe larg într'un articol publicat în România Medicală din 15 Dec. 1943, cele schiţate în şedinţa Cons. Sanitar Superior.

In zadar sfătuieşte şi învaţă medicul pe bolnavul tuberculos de pildă să se alimenteze mult şi bine, când el nu are un căuş de mălai, şi crâşmele de lângă şcoală şi biserică gem de săteni.

In altă ordine de idei, D-l Secretar general aminteşte în raportul D-sale că şi-a asigurat colaborarea a „Astrei" Transilvane şi a Consiliului de Patronaj, pentru aplicarea pe teren a plăşilor model.

De sigur noi ştim să apreciem această colaborare, regretăm doar că din această colaborare lipseşte „Societatea pentru Cultura şi Literatura Română din Bucovina", care din anul 1862, stă strajă neclintită în slujba românismului din Bucovina.

Şi de curând, D-l Profesor D-r Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi D-l Secretar general Prof. D-r Stoichiţă, au avut prilejul să vadă acolo în Bucovina realizările, organizare şi posibilităţile de muncă a acestui vechi aşezământ cultural al Bucovinei, care este Societatea pentru Cultură. Rugăm pe D-l Ministru să ne facă cinstea şi să ne asocieze şi pe noi la marea operă sanitară şi naţională a Ministerului Sănătăţii.

D-l Insp. G-ral Sanitar **I. Alexa:** Domnul Secretar General Prof. D-r Stoichiţia, în raportul Domniei-Sale foarte documentat asupra organizării sanitare rurale, a menţionat şi succesele obţinute în plasa sanitară Tomeşti, jud. Iaşi.

In adevăr, în această plasă sanitară rurală am înregistrat în decurs de 5 ani, o scădere apreciabilă atât la mortalitatea generală cât şi la capitolul mortalităţi infantile; astfel mortalitatea generală care în 1925 înregistra o proporţie de 27,26 la mie populaţie, în anul 1935 se înregistrează o proporţie de 19 la mie de populaţie, în timp ce în acelaşi ani, mortalitatea în judeţul Iaşi se menţine la 30 la mie; mortalitatea infantilă care înregistra 23,31 decese la 100 de născuţi vii, s'a scoborît în timp de 5 ani la 15,74%. Rezultatele noastre, am putea spune mediocre nu egalizează sforţările nesfârşite şi devotamentul personalului sanitar care avea la dispoziţie o aparatură tehnică foarte apreciabilă. Aceste rezultate mediocre se datoresc stării economice foarte slabe ale regiunei în care am activat; nu numai că starea economică este una dintre cele mai însemnate cauze care împiedecă recoltarea unui randament normal al activităţii sanitare, dar lipsă de coordonare activă şi efectivă a celorlalte activităţi rurale sunt de asemenea un factor inhibitor. Serviciul Sanitar singur trebue să activeze şi în domenii care nu sunt proprii ale sale. Vom da un exemplu:

In una din comunele plăşii Tomeşti, problema pelagrei este aşa de gravă încât ca mijloc de profilaxie am propus mărirea suprafeţei de însămânţare pentru grâu în locul porumbului, precum şi organizarea de grădini de zarzavat. In imposibilitatea de a putea obţine cele 5 vagoane de grâu de însămânţare dela organele locale, a trebuit ca să apelăm la prestigiul Domnului Prof. D-r Ciucă, pentru ca împreună cu noi să solicităm direct Domnului Ministru al Agriculturii furnizarea acestui grâu, operaţiuni care erau de competinţa organelor agricole locale; tot astfel în ce priveşte orice ameliorare relativ la problema localurilor de şcoală primară, problema unui program de ameliorare a creşterii vitelor şi păsărilor din curtea gospodăriilor, etc.

Concluzia care se degajă din experienţa dela Tomeşti, plasă pe care o conduc de 12 ani, este următoarea:

Succesul unei organizaţii sanitare într'o comunitate este în direct raport cu starea economică şi culturală a acestei comunităţi.

Ridicarea standardului de viaţă a populaţiei nu necesită nmaidecât investiţii oneroase, cât mai ales un program de ridicare a vieţii rurale în toate compartimentele, bazat pe un program coordonat al tuturor organelor tehnice reprezentate la Prefectura de judeţ. Această coordonare nu e posibilă dacă dispoziţii severe dela Ministerele respective nu sunt date.

In regiunile Moldovei unde condiţiile orohidrografice determină endemia paludică cu aşa de mare răsunet asupra mortalităţii, e necesar de a lua întâi măsurile privind paludismul şi apoi de a ataca celelalte probleme de organizare sanitară.

Conf. D-r **M. Nasta,** a spus: 1. In ceea ce priveşte lupta în contra tuberculozei trebue să se ţină seamă de faptul ca toate organizaţiile de depistare prevăzute în proiect, dispensare fixe sau mobile, schiţe radiologice, surori

de ocrotire, nu-şi vor atinge scopul decât dacă vor exista posibilităţi de internare locale şi regionale: Spital judeţean de tuberculoşi, sau cel puţin secţie de tuberculoşi la Spitalul judeţean. Numai asemenea instituţii locale pot asigura izolarea contagioşilor care este adevărata prevenire a tuberculozei, putând bineînţeles să asigure şi tratamentul celor curabili.

2. Ca şi antevorbitorii am şi eu convingerea că starea sanitară a satelor nu se poate ameliora numai cu măsuri medicale. Ea este condiţionată de condiţiunile generale de viaţă şi în primul rând de alimentaţie, care pentru ţăranul nostru este eminamente dificitară, mai ales în principii protectoare; proteine animale.

Această carenţă determină, cum s'a dovedit şi experimental o totală deficienţă a rezistenţei faţă de infecţii, ceea ce explică mare mortalitate infantilă prin infecţii gastrointestinale şi ale aparatului respirator.

Această situaţie nu poate fi remediată prin sfaturi şi educaţie, căci trista realitate este că aceste alimente de origină animală nu există la ţară în cantitate suficientă producţia animală fiind în România mult sub nevoile alimentare ale populaţiei aşa cum ar trebui să fie. In consecinţă şi pentru a urma **sfatul lui Burnet**, că un regim alimentar desechilibrat nu se poate ameliora decât printr'o agricultură echilibartă, trebuesc depuse toate stăruinţele pe lângă guvernul ţării, ca să se acorde sporirei capitalului animal un loc mult mai important decât acela pe care-l ocupă în prezent în economia ţării noastre.

Ca o măsură de mai mică proporţie, dar de realizare imediată şi de valoare educativă, care ar acoperi nevoile cele mai urgente, ar fi încadrarea în instituţiile plăşei sanitare a organizaţiei **vacilor comunale**, ca anexă a grajdurilor comunale pentru reproducători şi în care un număr de vaci, proprietate a comunei să procure laptele care s'ar distribui în primul rând copiilor de şcoală şi dacă e posibil şi femeilor însărcinate.

In alte ţări, cu simplul adaus al unui pahar de lapte pe zi, s'au obţinut impresionante ameliorări în desvoltarea copiilor şi în rezistenţa lor la infecţii.

Complectarea cu lapte a raţiunei femeilor însărcinate — Comisiunea alimentară a Ligei Naţiunilor, cere ca aceasta să cuprindă un litru de lapte pe zi — va avea de urmare ameliorarea în desvoltare şi rezistenţa la infecţii a copiilor, căci s'a dovedit de asemenea experimentat, că o carenţă în proteine animale în timpul sarcinei, are ca rezultat o scădere a rezistenţei la infecţia a noilor născuţi, chiar dacă aceştia primesc o raţiune perfect echilibrată.

Cred că această măsură va avea un efect salutar asupra sănătăţii copiilor şi că realizarea ei, cu oarecare stăruinţă, este posibilă.

D-l D-r **V. Pătrăşcanu** arată care ar fi acţiunea de combatere a micşorării natalităţii accentuată mai ales în ultimii 15 ani.

Domnia-Sa după ce analizează raportul D-lui Profesor Stoichiţia, spune că una din cauzele care contribue la scăderea natalităţii este problema avorturilor, care în ultimii ani s'a propagat din mediul urban în mediul rural.

Avortul se practică pe o scară foarte întinsă, contribuind astfel la accentuarea scăderii natalităţii. De unde ţara noastră era în privinţa natalităţii printre primele popoare, am ajuns să ne pierdem acest loc.

Trebueşte începută o acţiune de combatere a avorturilor, făcându-se în acest sens o educaţie a maselor, o ridicare a standardului de viaţă şi o înăsprire a celor ce se ocupă cu practicarea avorturilor.

Domnia-Sa mai arată că, dacă nu se vor lua măsuri urgente şi grabnice ajunge în unele regiuni la descreşterea populaţiei care cu deceniile vom asista la dispariţia elementului românesc.

Astăzi mai mult ca oricând avem nevoie de o natalitate mare şi de o mortalitate minimă pentru a umplea golurile lăsate de eroii morţi pe câmpul de onoare.

D-l Inspector General Sanitar **I. Apostolescu**, a făcut următoarele propuneri: 1) O strânsă colaborare între medicii conducători ai plăşilor sanitare şi comitetele locale ale Consiliului de Patronaj, întru cât activitatea de igienă, medicină preventivă şi ocrotire a plăşilor sanitare merge paralel cu acţiunea socială intensă ce se desfăşoară pe tot cuprinsul ţărei de Consiliul de Patronaj,

care prin instituţiile sale de medicină preventivă ,de asistenţă şi de ocrotire socială ce înfiinţează şi întreţine, contribue la o largă măsură la ameliorarea sănătăţii neamului nostru (leagăne de copii, cămine de zi, cantine şcolare, colonii de vară, cămine de gravide şi lehuze, preventorii, etc.).

2) Pe lângă casele de sănătate şi ocrotire dela reşedinţele plăşilor sanitare să fie obligatorie înfiinţarea şi a câte unui pavilion de boli contagioase, întru cât în prezent se cunoaşte insuficienţa spitalelor de contagioşi din judeţe, precum şi insuficienţa paturilor acestor spitale faţă de endemo epidemiile curente.

In felul acesta ,pe de o parte s'ar ameliora problema izolărei şi ospitalizărei contagioşilor, fiecare judeţ având la reşedinţele plăşilor sanitare localuri de izolare şi s'ar remedia lipsa mijloacelor de transport pentru drumurile lungi şi adeseori impracticabile dela periferiile depărtate până la spitalul de reşedinţă al judeţului sau până la cele 1—2 spitale mixte rurale de judeţe, cari le au şi a căror insuficienţă de paturi şi adeseori aşezare greu accesibilă constituie atâtea obstacole pentru o promptă şi raţională izolare.

D-r **C. Radu,** Secretar general al Consiliului de Patronaj al operelor sociale, spune că: Plasa sanitară va avea un rol precumpănitor în acţiunile de medicină preventivă.

In îndeplinirea misiunii sale, va trebui însă să dea atenţie deosebită educaţiei în materie de igienă specială, căci prin mijlocirea unor acţiuni de educaţie — conştient diriguite — se pot influenţa în bună parte şi o serie de factori social economici, cari astăzi macină temelia biologică a Neamului.

Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, prin Instituţiunile sale de ocrotire cari împânzesc ţara (cămine de zi, cantine şcolare şi altele) îşi împleteşte în mod armonios activitatea sa de ocrotire a populaţiei, cu eforturile pe cari le face Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în aceiaşi direcţie, prin organele sale, dintre cari plasa sanitară se aşează pe primul plan.

D-l Prof. D-r **G. Banu,** felicită Ministerul Sănătăţii pentru modul care a înţeles să rezolve problema pusă în discuţie.

Propune ca preventoriile care funcţionează pe lângă Minister să devină permanente şi cere să se precizeze mai bine atribuţiile inspectorilor generali sanitari.

Arată necesitatea ridicării standardului de viaţă al locuitorilor dela sate printr'o colaborare mai întinsă între diferitele departamente şi autorităţi.

In încheere, subliniază că una din problemele cele mai importante ale Statului Român, trebue să fie ocrotirea populaţiei valide, care nu poate să fie rezolvată decât printr'o politică generală de Stat, care să sprijine acţiunea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

INCHIDEREA DESBATERILOR

D-l Prof. D-r **P. Tomescu,** Ministrul Sănătăţii a mulţumit tuturor de faţă pentru contribuţia pe care au adus-o în rezolvarea problemei organizării plăşilor sanitare şi a serviciilor sanitare judeţene, subliniind adeziunea generală la ideile şi propunerile expuse în raportul D-lui Prof. D-r I. Stoichiţia.

D-l Ministru a arătat că rezolvarea problemei sanitare în ţara noastră depinde în primul rând de ridicarea standardului de viaţă al păturei ţărăneşti, idee care trebue urmărită cu perseverenţă şi cu sistemă nu numai pe planul economic, dar şi pe cel cultural şi educativ.

Cele mai mari eforturi se vor face de sigur pentru o mai bună şi mai dreaptă organizare socială.

Dacă în trecut acţiunea Ministerului Sănătăţii nu a fost sprijintă printr'o politică generală de Stat, este pentru mine un prilej foarte bine venit, a încheiat D-l Ministru Prof. D-r Tomescu, să vă aduc la cunoştiinţă că în conformitate cu directivele generale date de Domnul Mareşal Antonescu, se va urmări de Guvern o acţiune sistematică de ameliorare a condiţiilor de viaţă a tuturor claselor.

NOUA FARMACOPEE ROMÂNĂ

D-l Ministru Prof. D-r **P. Tomescu,** prezintă Consiliului noua Farmacopee Română, lucrare oficială redactată de o comisiune formată din D-nii: Prof. D-r I. Vintilescu, Decanul Facultăţii de Farmacie; Prof. D-r C. Ionescu,

Directorul Institutului Chimico-Farmaceutic; D-r I. Polovrogeanu, Director în Ministerul Sănătății și farmacist Velescu, cărora D-l Ministru le aduce elogii pentru munca și competința dovedită de întocmirea acestei lucrări.

Lucrarea constituie a 5-a ediție a acestui cod științific al farmaciei naționale, apărut pentru prima oară în literatura științifică românească sub Domnitorul Alexandru Ioan Cuza, la 1863, din inițiativa lui Carol Davila.

Pentru ca Farmacopeea să fie ținută la curent cu progresele continue ale științei, au apărut edițiuni noui la intervale de 20 de ani.

Ediția a 5-a va intra în vigoare la 1 Ianuarie 1944, ea constituind o operă științifică de mare valoare și de incontestabilă utilitate pentru practica profesională în toate farmaciile publice și de Stat.

* * *

NOUA LEGE PENTRU COMBATEREA TURBĂRII

La Ministerul Sănătății s'a ținut în ziua de 17 Dec. 1943, ședința Consiliului Sanitar Superior, pentru discutarea **Anteproiectului de lege pentru combaterea turbării.**

D-l Prof. D-r Tomescu, Ministrul Sănătății, luând cuvântul, arată că după promulgarea legii pentru organizarea sanitară a statului, urmează să se întocmească și să se promulge legile speciale pentru rezolvarea diferitelor probleme de ordin sanitar.

Astfel s'a promulgat de curând legea pentru combaterea boalelor venerice și vor urma pe rând în cursul anului 1944, legile pentru combaterea tuberculozei, pentru ocrotirea mamei și a copilului, pentru combaterea malariei, legea pentru combaterea celorlalte boli sociale, etc.

Aceste legi speciale împreună cu legea de organizare sanitară a statului, vor forma codul sanitar menit să rezolve toate problemele de sănătate publică.

In elaborarea anteproiectului în discuție s'a ținut seamă de răspândirea pericolului turbării care impune metode mai riguroase de profilaxie și de combatere.

DISCUȚIUNILE URMATE

Luându-se în discuție legea pe articole, au luat cuvântul propunând diferite modificări D-nii Prof. D-r Al. Ciucă, Prof. D-r Bazil Theodorescu, Prof. D-r Iacobovici, Prof. D-r Lupu, Prof. D-r Stoichiția, D-r Gruia Ionescu, D-r Pompiliu Nistor, D-r Pătrășcanu, D-r Dem. Ionescu, D-r Bobeș, etc.

Legea are următoarele norme generale:

Acțiunea de combatere și prevenire a turbării este dirijată de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale prin Institutul „Prof. D-r V. Babeș" din București.

Pe lângă acest institut va funcționa comisia pentru combaterea turbării compusă din specialiștii acestei probleme și din delegații departamentelor interesate în rezolvarea acestei chestiuni.

Institutele antirabice în centrele universitare, și serviciile antirabice în capitalele de județ, vor efectua vaccinările antirabice.

Institutele antirabice prepară serurile și vaccinurile distribuindu-le serviciilor antirabice.

Toate organele administrative și cele veterinare sunt obligate să colaboreze cu organele sanitare în vederea combaterii turbării.

Se instituie declarații obligatorii a pericolului de contaminare prin turbare și tratamentul antirabic este obligator.

Se penalizează persoanele care nu fac declarații că au fost mușcate de câini turbați și cei cari nu urmează tratamentul antirabic.

Se precizează măsurile ce se vor lua pe teren pentru combaterea turbării și sancțiunile de care sunt pasibili cei ce nu le aplică.

In urma desbaterilor s'a dat redactare definitivă anteproiectului.

Lecţie inaugurală

SÂNGE ŞI GLIE *)

POLITICA DE OCROTIRE A ŢĂRANIMII

de

Conf. D-r P. RÂMNEANŢU

Statul etnic având drept scop principal promovarea desăvârşirii neamului şi croirii acestuia un destin meritat, politica de ocrotire a rezervoriului etnic, va fi acţiunea de redresare biologică, de educaţie, de medicină preventivă şi de prevedere economică şi socială, adresată satului şi familiei ţărăneşti.

Scopurile acestei ocrotiri, ţinând seama că obiectivul principal care se preocupă e cimentarea legăturii între sânge şi glie, vor fi:

a) Conservarea unităţii etnobiologice a satului românesc şi promovarea vitalităţii familiilor care îl formează;

b) Intensificarea legăturii ţărănimii cu glia şi creiarea unei nobilimi de sânge;

c) Fortificarea rezistenţei fizice a ţăranului prin ameliorarea stării lui de nutriţie, raţionalizarea şi îndrumarea muncii şi îmbunătăţirea standardului de viaţă, şi

d) Raţionalizarea exodului rural.

a) Conservarea unităţii etnobiologice a neamului românesc se va fundamenta:

1. Pe un învăţământ primar care, prin difuziunea de cunoştiinţe de biologie şi demografie, formează viitoarelor generaţii comprehensiune pentru vieaţa şi propăşirea comunităţii etnice.

2. Iar printr'o înregistrare etnobiologică a familiilor întemeiază principii de etnopolitică prevăzătoare şi echilibrată faţă de neamurile venite pe pământul nostru.

---

*) Lecţie inaugurală, ţinută la 22 Noembrie 1943, ca titular al Conferinţei de Igienă şi Medicină Preventivă, dela Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu.

Autorul a tratat chestiunea prin: — A) prisma legături între sânge şi glie; — B) a consecinţelor desrădăcinării de glie; — C) şi a politicii de ocrotire a ţărănimii.

Primele două capitole se pot urmări în „Buletinul Eugenic şi Biopolitic", No. 11-12 | 1943. Prezentăm aici numai capitolul ultim care tratează despre *Politica de ocrotire a ţărănimii*, care reprezintă de fapt toată *Problema Etnobiologiei Româneşti.*

3. Educaţia biologică şi demografică, prin trezirea conştiinţei etnice şi a subordonării intereselor individualiste şi temporarea celor colective şi eterne, va ocroti familia de tot ce i-ar dăuna manifestarea prezentă şi calităţile viitoare, iar înregistrarea va da putinţă conducătorilor să-şi câştige acel climat de sensibilitate etnică care va introna o politică conştientă, de segregare a familiilor şi a colectivităţilor alogene, ţigăneşti în special.

4. In câmpul promovării vitalităţii ţărănimii, care prin spiritul ei conservator şi prin încrederea exagerată în forţele naturale ale omului, are o iniţiativă redusă faţă de ritmul timpului de astăzi şi o mortalitate excesivă, se impune ca sănătăţii publice să i se impregneze pecetea igienii şi medicinii preventive. Numai instituţii de acest caracter, mici şi multe, pot să dinamizeze acţiunea abia începută, de ameliorare a ambianţei, de îndrumare a creşterii integrale octogenetice a copiilor şi de fortificare a sănătăţii individuale a adulţilor.

5. In politica natalităţii, al doilea factor de care ne depinde vitalitatea şi care în Banat, recent şi în Transilvania şi Oltenia, determină un deficit natural faţă de mortalitate, fără întârziere, trebue să ieşim din starea de echivoc actuală.

Reforma legislaţiei în materie de avort, în sensul că principial acesta să nu fie executat decât în instituţii universitare va constţiui unica stavilă care să pună capăt situaţiei tragice din regiunile cu depopulare.

In ce priveşte promovarea cantitativă a natalităţii, pasivitatea de astăzi va lăsa loc unei dirijări legiferate. Alături de proporţionalizarea impozitelor în raport cu dimensiunea familiei, acordarea de împrumuturi la căsătorie, de premii la naşteri, se vor prevedea norme în dreptul de succesiune a pământului cu caracter revoluţionar în acest domeniu.

Ţinând seama că la noi, în satele cu depopulare, natalitatea e diferenţiată pe stare economică, acestea vor urmări unul din obiectivele sau să determine ca familiile normale şi dotate să aibă minimum patru copii, câţi sunt necesari pentru a le perpetua; sau, pe baza unui principiu de justiţie socială, celor cu peste patru copii, dar sărace, să le întregească loturile, în cadrele aceluiaşi sat, din pământul familiilor din categoria dintâiu ca un ajutor pentru jertfele economice necesitate de creşterea şi educaţia copiilor şi ca o recompensă, fiindcă contribuesc efectiv la constituirea viitoarelor generaţii.

Normele unei politici de natalitate calitativă, de eugenie, deocamdată din lipsa de instituţii adecvate şi de personal medical specializat, vor avea în satele noastre mai mult un caracter educativ.

Al doilea grup de obiective spre care se îndreaptă politica de ocrotire a ţărănimii, îl constitue:

b) Intensificarea legăturii ţărănimii cu glia şi creiarea unei nobilimi de sânge.

La reducerea şi pulverizarea loturilor ţărăneşti de pământ, despre care a fost vorba, dela improprietărirea din 1921 şi până în prezent, în mod lent, s'au mai instalat încă două fenomene: O însemnată suprafaţă de pământ a scăpat din mâinile ţăranilor codaşi, neselecţionaţi dintr'o greşală, în patrimoniul chiaburilor, în al străinilor locali şi în

al neagricultorilor din centre urbane[1]). Şi al doilea produţia medie la ha., în tot cursul acestei perioade, s'a menţinut la acelaşi nivel, constant inferior, faţă de cel din alte ţări, chiar limitrofe nouă.

Producţia medie de grâu la ha. în anii 1926—1936[2]):

Olanda 2910 kgr. — Danemarca 2700 kgr. — Germania 2130 kgr. — Jugoslavia 1170 kgr. — Bulgaria 1130 kgr. — România 830 kgr.

Ritmul de evoluţie intensă al acestor trei fenomene ne deschid următoarele căi de acţiune:

1. Creiarea „dreptului familial", aşa cum s'a procedat în Olanda, ţară cu cea mai prosperă ţărănime (Frisé[3]), printr'o modificare a regimului succesoral egalitar şi constituirea „bunului părintesc", care să nu poată fi divizat sub 3 ha., desăvârşit prin comasarea[4]) proprietăţi şi realizarea regimului de exploatare în indiviziune. Acestea sunt reformele care vor pregăti baza „obştiei săteşti", instituţie dela care se aşteaptă astăzi tehnicizarea agriculturii, exploatarea maximă a solului înmagazinarea cerealelor, chiar opere de salubritate rurală şi posibilităţi de acordare salariaţilor agricoli a unei munci bine remunerată.

2. A doua cale de intensificare a legăturii sângelui cu glia va aborda problemele: ameliorarea terenurilor degradate; secările de mlaştini; indiguirile; irigaţiile şi plantarea de livezi de pomi. Le considerăm pe acestea nu numai ca posibilităţi de urcare a suprafeţelor agricole (putem reda agriculturii peste 700.000 de ha.) şi a capacităţii de producţie a solului, care să fixeze cât mai multă populaţie sau ca opere sanitare de combatere a malariei şi guşei şi acestea foarte importante, dar ca factori de evitare a discontinuităţii în economia ţărănească, de încredere în viitor, de urcare a entuziasmului ţărănimii, care conform cu experienţa câştigată până acum, ştim cât de mult contribuesc la conservarea urcată a natalităţii şi chiar la reînnoirea ei când este scăzută.

3. Familiile care vor fi colonizate şi împroprietărite de acum înainte, alături de meritul câştigat în războiu, să fie selecţionate şi biologic.

4. In fine, politica de ocrotire a ţărănimii, de sigur trebue să aibă în programul ei şi creiarea unei nobilimi de sânge. Elita de sânge e deosebită de cea democratică, în care prin o mică şansă o familie sau chiar numai un individ răsare, se urcă şi de obiceiu cam tot aşa de repede se şi stinge şi nu are nimic comun nici cu aristocraţia cu ranguri din vechime care şi-a păstrat numai numele, iar sângele şi-l are corcit în modul cel mai variat posibil. Cele mai caracteristice şi într'un număr enorm de asemenea familii nobile găsim în Ungaria, ceea ce de altfel, după războiul precedent a produs o reacţiune: Ungurii au creiat ordinul nobilitar „vitéz"[5]), împroprietărind masiv pe

1) Cornăţeanu N.: Problema lotului ţărănesc indivizibil. Sociologie românească, Nr. 2—3, 1937.

2) v. Franges O.: Op. cit. p. 11.

3) Darré W.: Neuadel aus Blut und Boden. Berlin. 1930.

4 Ciulei, C. I.: Comasarea proprietăţilor agricole. Sociologie românească, Nr. 2—3, 1937.

5) Darré W.: Op. cit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

toţi ofiţerii merituoşi din războiu. Nerespectând însă nici de data aceasta sângele şi glasul pământului, încercarea nu a izbutit, de altfel nobilii vechi, corciţi, au ştiut să le pună cu succes piedeci suficiente.

Fiind de părerea că o veritabilă clasă nobilă trebue să împlinească două condiţii fundamentale: să reprezinte sângele ţărănimii şi să dea descendenţi valoroşi în mai multe generaţii, cred că nu latifundiile şi stemele cu mai multe sau mai puţine coroane pe ele, hotărăsc nobleţea unei familii, ci selecţia lungă şi ancorarea ei în glie. Arborii genealogici ai familiilor nobile îşi au rădăcinile în profunzimea humei străbunilor, fermentată cu sângele mai multor generaţii, jertfite pentru apărarea patriei.

Experienţa politică ne arată că numai o astfel de nobilime de sânge, cu străbuni ctitori de biserici şi şcoli în timp de pace, cu vlăstare ale căror tălpi calcă pământul direct şi ale căror mâini îşi fac jucării din praful gliei, în devălmăşie cu copii de ţărani, pot fi reprezentanţii reali şi sinceri ai ţărănimii. Şi această nobilime nu ne lipseşte. Ii avem printre marii ofiţeri, care au dus faima numelui de român până la cel mai mare fluviu al Eurasiei. Ei urmează să fie improprietăriţi, iar copiii lor să nu piardă niciodată legătura cu satul românesc.

c) **Fortificarea rezistenţei fizice a ţăranului prin raţionalizarea şi îndrumarea muncii, prin ameliorarea stării lui de nutriţie şi îmbunătăţirea nivelului de vieaţă** o imaginăm realizabilă prin: o serioasă instrucţie agricolă, care să schimbe metodele actuale arhaice de lucru; să multiplice felul culturilor; să le adapteze la nevoile de consumaţie; să folosească complect şi economisitor materiile crude; să distribue munca pe întreg anul, ceea ce însemnează să creieze ocupaţii secundare meşteşugăreşti şi să formeze gust pentru alimentaţie raţională şi substanţială; mândrie pentru port bogat ţărănesc şi dor pentru serbări şi manifestaţiuni populare. Indirect toate aceste ameliorări vor contribui foarte mult şi la combaterea tuberculozei, pelagrei şi alcoolismului, plăgi etnice atât de frecvente la noi.

Imbrăţişând multe din aceste probleme, preotul N. Fr. S. Grundtvig (1783—1872) în Danemarca, prin şcolile lui ţărăneşti superioare, a reînviat un popor considerat putred. La noi şcolile ţărăneşti săteşti ale „Astrei" înfiinţate întâi în Maramureş în 1931 şi obştiile săteşti în plină desvoltare acum, sunt chemate să cruţe multe din caloriile energiei ţărăneşti, cheltuite fără spor, din cauza lipsei de îndrumare. Şi e locul să amintesc că în această mişcare, care face impresia că e numai agrară, medicii au fost spărgători de ghiaţă şi animatori neîntrecuţi. Şi e explicabil de ce ei au înţeles mai bine că produsele pământului, înainte de a fi bune pentru export, cum le-au considerat economiştii, sunt necesare ridicării rezistenţei fizice a ţărănimii.

Un ultim complex de prevederi în ocrotirea ţărănimii care ne-a mai rămas să-l tratăm, e raţionalizarea exodului rural.

d) **Raţionalizarea exodului rural.**

Premizele dela care am plecat la stabilirea programului redat mai jos, au fost trei, anume:

Că legătura între sânge şi glie nu sunt vorbe goale, ci e forţa

chimiotactică a materiilor transformate din sângele ajuns în măruntaiele pământului.

Că țărănimea română e aceea care a impregnat pământului nostru caracteristica de a fi românesc, pe când muncitorul mai ales cel din industriile mari e: „rerum novorum cupidus", și

Că industrializarea cu toate că nu e favorabilă evoluției biologice a populației, totuși e un rău necesar, care de altfel se realizează chiar dacă nu o dorim.

Principial acest program se va putea realiza prin:

1. Instalarea nouilor industrii numai în mediul rural, în care timpul muncitorului să fie angajat numai parțial, iar prin creiarea unei organizări „paraprofesionale", cealaltă parte să o poată folosi cultivând terenuri și grădini, puse la dispoziția lor chiar de industrie.

2. Incurajarea industriei sătești, fără o autarhizare însă și cu reînnoirea obiceiului șezătorilor de femei, atât de importante în conservarea portului național, și

3. Reorganizarea orașelor mari prin stabilirea unui echilibru între industrie și agricultură și descongestionarea centrelor supraapopulate, în suburbii. Astfel munca din acestea va fi cea din industrie, dar condițiile de alimentare și de recreație vor fi cele din sate.

* * *

In cursul expunerii făcute, în rezumat m'am străduit să relev comunitatea noastră de sânge și glie și sistemul închis de capilare dintre ele, cheia de boltă a permanenței vieții românești. Am descris apoi făgașul potrivit unei ascensiuni cantitative și calitative ale acestei vieți, subordonând capitalul economic celui uman și ținând seamă că satul e rezervoriul nostru etnic, așa cum ne învață biopolitica. Asupra destinului sângelui și gliei românești, din cauza lipsei de timp, nu am aruncat însă decât câteva reflexii. Totuși din acele câteva priviri, la care dacă mai adăugăm solidarizarea conștientă cu care ne-am angajat în războiul de recâștigare a unității noastre naționale, citită din truda țărănimii de a-și răscoli glia, cu mai multă ardoare decât oricând, din râvna intelectualilor de a evidenția toate drepturile politice ale neamului și din jertfele de sânge ale soldaților pentru apărarea gliei, reiasă că evenimentele mari istorice nu ne-au depășit. Ele au găsit neamul românesc într'un stadiu al conștiinței comunității sale de destin, capabil să-i creieze misiunea corespunzătoare sângelui și gliei pe care le-a moștenit dela străbuni.

CONGRESUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ AL MOLDOVEI

La Iaşi s'a desfăşurat în zilele de 17, 18 şi 19 Octombrie 1943, Congresul de sănătate publică al Moldovei, sub preşedinţia d-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Şedinţele congresului s'au desfăşurat în aula Fundaţiei „Regele Mihai I".

Au luat parte la acest congres profesorii Facultăţii de Medicină din Iaşi, d-l Prof. David, Rectorul Universităţii din Iaşi, d-l Prof. D-r Ciocâlteu, Decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti, Prof. D-r Iacobici, dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, Prof. D-r Papilian, Decanul Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Prof. D-r I. Stoichiţa, dela Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu, precum şi autorităţile locale, civile, militare şi bisericeşti, şi foarte numeroşi medici din Moldova, Basarabia şi Bucovina.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Congresul de sănătate publică al Moldovei a întrunit pe medicii din toate judeţele Moldovei, Basarabiei şi Bucovinei, care au examinat şi discutat principalele probleme sanitare regionale.

Intr'adevăr se va realiza un program însemnat în domeniul sanitar prin colaborarea intimă a tuturor medicilor dintr'o regiune a ţării, care vor putea să-şi coordoneze activitatea şi eforturile în direcţiile impuse de situaţia sanitară specifică fiecărei regiuni.

In acest scop s'au ţinut şi în alte centre mari ale ţării, reuniuni regionale medicale care întruneau pe medici pentru desbaterea problemelor particulare fiecărei regiuni a ţării, iar congresul de sănătate publică din Iaşi a înfăţişat starea sanitară a tuturor regiunilor din Moldova, sub toate aspectele, astfel ca din cunoaşterea precisă a situaţiei prezente să se fixeze un plan de acţiune comun şi un program de eforturi coordonate pentru propăşirea sănătăţii publice în Moldova, Basarabia şi Bucovina.

Cu acest prilej a avut loc şi sărbătorirea a 200 de ani dela înfinţarea Aşezămintelor Sft. Spiridon din Iaşi şi comemorarea generoşilor donatori care au creiat marea instituţie de asistenţă medicală şi de binefacere din Capitala Moldovei.

Congresul de sănătate publică din Iaşi a început prin solemnitatea comemorării a 200 de ani dela înfiinţarea Aşezămintelor Sft. Spiridon. Această solemnitate s'a desfăşurat în biserica Sft. Spiridon, unde după oficierea serviciului divin s'a desvăluit placa comemorativă a celor 370 ctitori şi donatori ai Aşezămintelor.

Cuvântarea D-lui Prof. D-r Tudoranu, Decanul Facultăţii de Medicină Iaşi.

Călătorul care se urcă pe culmile olimpice dela Repedea, sau se scoboară cu trenul prin defileul dintre Cetăţuia-Galata, aruncându-şi privirea asupra cominelor Iaşului nu se poate să nu fie impresionat de splendida siluetă a bisericilor şi de întreaga panoramă în care se oglindeşte trecutul Iaşului.

Nicăeri mai mult ca la Iaşi, parcă, nu se vede aşa de bine risipa marilor ctitori. Domnitorii, boierii moldoveni, feţe bisericeşti şi până şi breslaşi, cum a fost breasla Talpalarilor şi a Curelarilor, au ridicat localuri de închinăciune, unele din ele fiind mândria arhitectonică a ţării.

Dela aceleaşi suflete, a pornit gândul milosteniei pentru bolnavii săraci.

Inceputurile Spiridoniei ca şi ale Junimii se pierd în negura vremurilor.

Apoi d-sa, foarte bine documentat, arată cum a luat fiinţă evoluţia şi rolul avut de Spiridonie. După aceia, evocă Iaşii cronicarilor şi ai pionierilor culturii româneşti, Iaşii cu trecut aşa de grăitor în ceeace priveşte afirmarea naţională.

Congresul acesta medical era cu totul necesar în vechea capitală a Moldovei. Statistica arată că cel mai mare procent al naşterilor, dar şi cel mai mare tribut al deceselor îl dădea Moldova, această regiune, care prin aşezarea ei geografică de-a-lungul veacurilor, a avut parte mai mult de pagubă, decât de profit.

Biblioteca Universitara University Library Cluj

In afară de problemele de sănătate publică ale Moldovei, prezentate de profesorii Facultăţii şi de medicii primari ai spitalelor din Moldova, se vor ţine o serie de conferinţe de către reprezentanţii Facultăţii de Medicină din Bucureşti şi Sibiu, ceeace face ca zilele medicale din Iaşi, să ia aspectul unui congres inter-universitar.

Să-mi daţi voe ca primul meu salut să-l adresez străluciţilor reprezentanţi ai culturei din Ardeal, nu numai fiindcă o durere mare îi face aşa de mari, dar fiindcă o comunitate de sentimente ne atrage de multă vreme, fără să ne dăm seama care e pricina. Voi pomeni numai două fapte caracteristice: La 11 Februarie 1450, Bogdan al doilea, tatăl lui Ştefan cel Mare, îi scria, între altele, lui Iancu Corvin de Huniadi: „asemenea ţara domniei mele şi ţara domniei tale, una să fie".

Al doilea fapt: Moldovenii au chemat la Academia Mihăileană pe primii lor profesori din Ardeal. Astfel în 1858 găsim o serie de cărturari în persoana lui Simion Bărnuţu, Ştefan Micle, Petre Suciu, Papiu Ilarion şi alţii.

Mulţumesc d-lui prof. Papilian, decanul Facultăţii de Medicină din Sibiu. Domnia-sa este un emerit anatomist, dublat de un mare talent literar. Contribuţia d-sale face ca revista „Luceafărul", să strălucească tot aşa de luminos, pe cerul Ardealului, ca şi în trecut.

D-r Prof. Stoichiţă, este una din cele mai strălucite figuri din galeria noastră medicală contimporană.

Salut pe domnul prof. G. Ciocâlteu, decanul Facultăţii de Me-

dicină din București tot așa de meșter în a smulge tainele adevărului științific, ca și tainele versului.

Salut pe domnul prof. Iacobovici, personalitatea cea mai proeminentă a chirurgiei românești.

Salut pe domnul Pamfil Șeicaru, reprezentantul cel mai strălucit al presei românești, moldovean și el prin adopție, care a reușit să ridice presa română pe înălțimile pe cari au ridicat înaintașii moldoveni literatura.

Inainte de a termina, îmi dați voie să exprim toată recunoștința domnului prof. Tomescu, ministrul Sănătății, care marchează o nouă epocă a Ministerului Sănătății.

Până acum, activitatea Facultăților de Medicină, se desvolta intra muros. Dela venirea domnului prof. Tomescu la Ministerul Sănătății, activitatea lor depășește zidurile Facultății, angajându-se pe un plan social.

Datorită domnului ministru Tomescu, studenții în medicină, în vacanța școlară se duc să facă practică în mediul rural, luând contact cu realitatea, chiar de pe băncile școalei. Eu aș compăra practica studenților dela țară, cu practica internatului și a externatului de spitale, știut fiindcă marea majoritate a medicilor, care ies din Facultate, vor fi utilizați în mediul rural.

Grație stăruințelor domnului ministru Tomescu, profesorii universitari în vacanță, au la dispoziția lor câte un județ, unde controlează activitatea studenților și țin conferințe în colegiile medicale.

Experiența de până acum a arătat că studenții inițiați de Facultate și Inspectoratul sanitar, printr'o practică medicală în mediul rural, au adus mari servicii Statului, lipsit de medici în acest moment, dar și-au adus și lor servicii personale, întrucât au văzut la fața locului, ce trebue să mai învețe în universitate.

Insăși acest progres, la care participă reprezentanții științei medicale, din toate centrele universitare și floarea medicilor din Moldova, se datorește inițiativei domnului ministru Tomescu, care a ținut, ca și în capitala Moldovei, să se facă aceleași reuniuni medicale, ca și în celelalte capitale de provincii.

Participarea unui număr așa de mare de medici arată interesul pentru problemele ce se vor desbate.

In numele Comitetului de organizație și a Facultății de Medicină, salut pe medicii de față, cei mai mulți elevi ai acestei Facultăți, mândră că sămânța pe care au aruncat-o în cuprinsul Moldovei, a dat cele mai bune roade.

Mulțumesc tuturor celor care au ținut să ia parte la această sărbătoare științifică, de care Iașul este așa de mândru.

EXPUNEREA D-LUI D-R I. ALEXA, INSPECTOR GENERAL SANITAR, ASUPRA SITUAȚIEI SANITARE A MOLDOVEI.

In introducere, d-l D-r I. Alexa, inspector general sanitar al regiunii Iași, expune cauzele de pertubare determinate pe de o parte de concentrările care au început încă din 1939 și cari au deplasat un procent apreciabil de populație dela activitatea obișnuită, iar pe de altă parte de mișcările de trupe române, și apoi aliate, care au cantonat în cea mai mare parte în satele și

orașele Moldovei, apoi evacuarea temporară a populației de pe liziera Prutului, în același timp cu concentrarea personalului medical și auxiliar, toate acestea produceau perturbări adânci în evoluția stării sanitare.

Cercetând situația câtorva aspecte sanitare, d-l D-r Alexa insista asupra bolilor epidemice și a bolilor sociale.

Situația bolilor contagioase: In general curba epidemiologică a anilor 1941—1942 nu înregistrează, în afară de mici excepții, cifre mai ridicate decât media anilor de pace 1935—1939.

Astfel febra tifoidă în anii 1939—1940, a înregistrat o medie anuală de 975 cazuri, cifra cea mai ridicată fiind în anul 1937 de 1362 cazuri; în anii 1941 s'au înregistrat 672 cazuri, iar în 1942 s'au înregistrat 411 cazuri, iar în 9 luni ale anului 1943, 125 cazuri. Scăderea incidenței febrei tifoide este în strânsă legătură cu vaccinările succesive antitifo-paratifice, care s'au executat în focarele epidemice.

Problema febrei tifoide rămâne însă o problemă deschisă, câtă vreme administrația nu va lua măsurile reale de profilaxie și care sunt ridicarea salubrității satelor, constând în construcție de fântâni salubre, colectare și tratarea excretelor și a gunoaielor, iar la orașe aprovizionarea colectivă cu apă de fântâni salubre, colectarea și tratarea gunoaielor.

Difteria de asemenea a înregistrat între anii 1935—1939 o medie de 472 cazuri, iar în anii 1941—1942 respectiv 211 și 173 cazuri; această scădere e datorită vaccinărilor sistematice contra difteriei cu anatoxina Ramon.

Tifosul exantematic care în războiul 1916—1918 a decimat atâta populație civilă cât și armată, prin măsurile luate aici în Moldova, în vecinătatea sursei de infecție, înregistrează o urcare ușoară cu abia o treime față de anii 1935—1939, dar cu o mortalitate mai mult redusă; în adevăr, decesele prin tifos exantematic au fost de 75 în timp ce decesele prin scarlatină 83, rugeola 395, tusa convulsivă 150, difteria 128, febra tifoidă 55.

După ce se trece în revistă celelalte aspecte sanitare, d-sa evidențiază cifra mortalității generale care în anii 1941—1942 e mai scăzută decât în anii precedenți.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această scădere ce reprezintă o ameliorare a stării sanitare e determinată de acțiunea precisă a Ministerului Sănătății și anume: dotarea și înzestrarea instituțiilor sanitare începând cu dispensarul rural, înmulțirea cadrelor medicale și auxiliare, înființarea de școli speciale, măsuri de protecție adusă copilului, descentralizare sanitară.

Considerând forța natalității pe provincii, constatăm că în anul 1931, Oltenia înregistrează 34,5 născuți vii la mia de populație, pentrucă în anul 1941 această natalitate să scadă la 22,50 la mie. De asemeni Muntenia trece dela proporția de 39,4 la mie la 25,9 la mie, Bucovina dela 33,3 la mie la 27,5 la mie, Transilvania dela 31,2 la mie la 23,4 la mie, iar Banatul dela 22 la mie la 16 la mie. Numai provincia Moldovei care în anul 1931 înregistra o natalitate de 43,9 la mie, coboară în 1941 la 31,7 la mie, rămânând totuși cu cea mai mare natalitate din provinciile românești. Denatalitatea a determinat Ministerul Sănătății de a sesiza guvernul care actualmente este pe cale de a lua măsuri pentru stimularea natalității.

In timp ce reușita stimulării natalității este problematică, prin mijloacele materiale, aplicarea de măsuri speciale pentru scoborîrea mortalității infantile vor avea efecte sigure, deoarece se bazează pe achizițiile medicale. Iată de ce credem că avem dreptul să solicităm ca în strânsă legătură cu programul privind măsurile pentru stimularea natalității să se prevadă mijloace pentru scoborîrea mortalității infantile în Moldova.

Incheind acest raport, sunt sigur că interpretez sentimentele tuturor Moldovenilor și mai ales cele ale colegilor mei medici, dacă în primul rând aducem mulțumirile noastre respectuoase d-lui Ministru al Sănătății care nu e moldovean, dar care a făcut așa de mult pentru sănătatea publică din Moldova.

Cred că având în vedere concluzia care se degajă din citirea cifrelor privind natalitatea și excedentul de populație, cifre care arată că vitalitatea rasei noastre este aci în Moldova, că putem solicita d-sale de a privi cu aceeași bunăvoință și mai departe realizarea cât mai complectă a unei organizări sanitare.

In acelaşi timp îl rugăm să fie interpretul acestui congres pe lângă onor. Guvern şi pe lângă d-l Mareşal Antonescu, spre a lua măsuri pentru a se putea ridica situaţia economică a acestei provincii.

O cerem nu numai pentru faptul că suntem Moldoveni, dar şi pentrucă asigurăm vitalitatea şi rezistenţa rasei noastre şi mai ales pentrucă asigurăm persistenţa poporului nostru pe aceste meleaguri din totdeauna româneşti.

Cuvântarea D-lui Prof. D-r P. Tomescu.

D-l Prof. D-r P. Tomescu — Ministrul Sănătăţii şi ocrotirilor Sociale, arată că impunătoarea şedinţă a Congresului de Sănătate Publică a Moldovei a început printr'un pios omagiu adus trecutului îndepărtat, pentru a continua expunerea ultimelor realizări sanitare şi a celor mai recente proiecte de viitor.

Intemeierea Epitropiei Sft. Spiridon acum 200 de ani şi îmbogăţirea ei în cursul timpului prin donaţiunile generoase ale boerilor şi donatorilor, a făcut ca sănătatea poporului să fie timp de un secol şi jumătate în grija exclusivă a iniţiativei particulare.

Statul modern, luându-şi asupra sa obligaţia de a se ocupa de sănătatea publică, a continuat pe o scară întinsă iniţiativele generoase ale trecutului.

Aducând elogiile noastre recunoscătoare tuturor acelora care au contribuit în trecut la opera de asistenţă, ţinem să subliniem faptul că Statul de astăzi înţelege să-şi îndeplinească integral îndatoririle lui în materie de sănătate publică.

Ceva mai mult, credem că este o datorie din partea guvernului să ajute vechile fundaţiuni, în fruntea cărora stă cu atâta prestigiu Epitropia Sft. Spiridon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In conformitate cu dispoziţiunile Domnului Mareşal Conducător, acest ajutor s'a dat în mod larg în ultimii doi ani şi el va continua, astfel ca marile instituţiuni de asistenţă publică să-şi poată îndeplini rolul.

De astfel, procedând în acest fel, vom fi pe linia bunelor tradiţii. In adevăr, la venirea unui Domn nou pe tronul Moldovei, el întărea drepturile Epitropiei Sft. Spiridon asupra tuturor proprietăţilor sale şi dăruia noui moşii din averea Statului, pentru ca Spitalele să-şi poată continua activitatea lor atât de folositoare poporului.

Reexaminând situaţia actuală a Epitropiei, sunt sigur că Statul va interveni pentru ca Spitalele dela Iaşi să poată funcţiona în cele mai bune condiţiuni.

Concomitent cu grija pe care Statul trebue să o poarte Spitalelor, va trebui să desvoltăm pe o scară foarte întinsă acţiunea de asistenţă publică şi de medicină preventivă în mediul rural.

In acest scop Ministerul Sănătăţii a întocmit un plan de desvoltare şi organizare a Serviciului Sanitar, astfel ca într'un viitor nu prea îndepărtat să putem avea în mediul rural medicii şi instituţiunile de care se simte o absolută nevoie.

Pentru realizarea acestui plan de desvoltare a organizaţiei sanitare, avem nevoe de cadre numeroase, de personal medical şi auxiliar.

Din această cauză Guvernul a făcut un apel călduros pe lângă Facultăţile de Medicină ca să primească un număr mult mai mare de studenţi ca în trecut.

Domnul Prof. D-r P. Tomescu — Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a adus mulțumirile sale Facultăților de Medicină, care înțelegând marile nevoi sanitare ale momentului actual, au înscris în anul acesta 1500 studenți.

In momentul când Țara va avea încă 6000 medici, care astăzi sunt pregătiți în Facultățile de Medicină, cu siguranță că problemele care sunt astăzi greu de rezolvat, vor putea fi definitiv soluționate.

Datoria Statului este să ajute acest fenomen național și sunt sigur că o va face.

Rapoartele prezentate:

ASISTENȚA SPITALICEASCĂ IN MOLDOVA

Raportori: Prof. D-r Plăcințeanu și D-r I. Alexa

Primele înjghebări spitalicești au fost în Mânăstiri, Spitalul Colțea înființat de Spătarul Mihail Cantacuzino, în Mânăstirea cu același nume, a fost printre primele așezăminte de acest gen din țara noastră.

Mai târziu, în anul 1735, se înființează un alt spital la Mânăstirea Pantelimon. Curatoria Sft. Spiridon din Iași fondată de Alexandru Mavrocordat în anul 1785, își are originea încă dela ctitoria Logofătul Ștefan Bosie, făcută în anul 1743, pentru înființarea Bisericii Sft. Spiridon.

Din timpurile acelea și până astăzi numeroase danii dela Domnitori, Boieri și oameni de bine au permis Curatoriei Sft. Spiridon să contribuie la înființarea de spitale în Galați, Bârlad, Botoșani, Hârlău, Tg.-Frumos, Bălți, Roman, Tg.-Neamț, Tg.-Ocna, Iași. In Moldova contribuția particulară a adus un enorm aport.

In anul 1882, Epitropia a pus la dispoziția Facultății de Medicină saloanele sale pentru clinicile în care s'au format generații după generații medici.

In anul 1921, Epitropia Sft. Spiridon, avea 11 spitale în Moldova cu 691 de paturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă privim evoluția numărului de paturi în spitalele din Moldova, constatăm că în ultimii 2 ani, paturile de spitale au crescut dela 5048 în 1940 la 7375 în 1943, adică o creștere de 46% a paturilor de spitale.

In aceste date nu intră paturile spitalului Epitropiei Sft. Spiridon și ale Casei Naționale a Asigurărilor Sociale.

In legătură cu organizarea nouilor spitale se pun o serie de chestiuni:

1. **Un plan bun de construcție de spitale.** După ce un arhitect specializat în construcții spitalicești se va pronunța, va trebui să se constituie un comitet de tehnicieni cu experiență de spital: medic, administrator, soră de caritate, economist, care va studia în detalii construcția de spitale noui.

2. **Tipul de spital pentru capitale de județe sau municipii:** Se pare că cel mai bun este: o construcție verticală cu etaje în care fiecare etaj poate avea viață independentă. La spitalele mici trebue să existe cel puțin un serviciu de medicină internă și chirurgie, un serviciu de Roentgen, un mic laborator și câteva băi.

3. **Echipamentul.** Nu trebue să exagerăm în economie, evitând totuși luxul. Avem nevoie de lumină electrică, încălzire centrală, telefon, bucătăria cu sistem autocalor se pare că e cea mai bună. Spitalul trebue să aibă o farmacie proprie.

4. **Laboratorul central,** este o necesitate imperioasă într'un spital mare.

5. **Personalul sanitar auxiliar,** trebue să fie de bună calitate, căci un personal devotat, disciplinat și cu ținută demnă dă o plăcută atmosferă interioară, spitalului.

6. **Rolul educativ și științific.** Un centru spitalicesc trebue să aibă un marcat rol educativ și științific. De aceea este necesar să aibă o bună bibliotecă medicală.

7. **Colaborări.** Trebue să fie o strânsă colaborare între spitale. De asemenea trebue reglementate raporturile cu familiile bolnavilor.

Ministerul Sănătății în ultimii ani atacând toate problemele de sănătate publică a dat o deosebită atenție spitalelor, obținând următoarele realizări: Inființări de spitale și de secții de spitale, barăci spitale pentru tuberculoză, nou înființate, secții de maternitate, organizare de laboratorii și farmacii de spitale, organizare de biblioteci medicale. Au fost obligați studenții în medicină să facă practică în spitalele județene.

Măsura de descentralizare recent luată de Ministerul Sănătății, va permite fără îndoială ca instituțiile spitalicești să ia un și mai mare avânt, ele având la dispoziție fonduri, vor putea să se amenajeze convenabil și să se doteze complet și ca atare vor putea corespunde integral misiunei pe care o au.

In aceste rapoarte au prezentat comunicări d-nii: Prof. D-r L. Balif, D-r V. Pătrășcanu, medic primar director al Spitalului din Bacău, D-r N. Fălcoianu, medic primar director al Spitalului „Precista Mare" din Roman, D-r P. Bogdan, medic primar director al Spitalului de Stat din Piatra-Neamț, D-r A. Lupan, medic primar director al Spitalului „Anton Cincu" din Tecuci, D-r C. Băncescu, medic primar director al Spitalului de Stat din Fălticeni, D-r Adameșteanu, medic primar director al Spitalului de Stat din Huși, Consilier Ciuley din Ministerul Agriculturii și Domeniilor și D-r Cantemir Anghelescu, Directorul Igienei Sociale din Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Aceste comunicări vor apare în extenso în volumul consacrat congresului de sănătate publică al Moldovei, din Revista Medico-Chirurgicală organ al sănătății de medici și naturaliști din Iași.

STAȚIUNILE BALNEARE DIN MOLDOVA

Raportor: Prof. D-r Gh. Tudoranu.

Nenumăratele cercetări din ultimul timp în domeniul Balneologiei au căutat să explice multe necunoscute în terapeutica apelor minerale cărora le deschide un imens credit.

Din Moldova întregită voiu alege 4 tipuri reprezentative de ape minerale: 1) Slănicul Moldovei cu ape clorurate, bicarbonate și sulfuroase; 2) Vatra Dornei cu ape carbo-gazoase; 3) Budachi cu nămol mineral și 4) Strunga cu ape sulfuroase alcaline.

1. **Slănicul Moldovei,** este cea mai importantă stațiune din țară și printre cele mai repurtate din lume în tratamentele boalelor tubului digestiv, a boalelor de nutriție, a boalelor de rinichi, precum și în tratamentul boalelor căilor respiratorii.

Din pricina exproprierei Epitropiei din pricina anilor deficienți dela 1940 încoace, Slănicul n'a putut progresa prea mult.

Pentru a putea capta toți bolnavii care au nevoie de ape de Slănic, dar și de confort mai bun decât cel de acum este nevoie de următoarele: un restaurant dietetic care, grație stăruințelor Epitropiei, va fi încredințat anul viitor Societății de Patronaj din București, o instalație sistematică de încălzit apele, un pavilion de cură pe vreme de ploaie, un plan de sistematizare și înfrumusețare de stațiuni. Epitropia e pe cale să facă un împrumut în acest scop.

2. **Vatra Dornei,** are excelente ape carbogazoase pentru tratamentul boalelor de cord și aparatul circulator.

In stațiune din cele 10 isvoare 4 sunt sistematice, captate pentru băi care se pot face în cele mai bune condiții. Ar fi de dorit ca și aici să existe restaurante cu regim dietic în legătură cu regimul declorurat al bolnavilor de cord.

3. **Budachi Cordon.** Nămolul de aici ca și cel dela Tekirghiol, formează specificul lacurilor sărate din vecinătatea Mării Negre.

Budachi este un loc mult mai nou decât Tekirghiol și de aceea nămolul are proprietăți biologice și terapeutice superioare.

Grație cercetărilor personale împreună cu colaboratorii mei am studiat betenologia și procesele biochimice din nămol și am găsit că nămolul este produsul microbilor din nămol și că se regenerează perpetum.

Acțiunea terapeutică cea mai importantă se exercită asupra proceselor inflamatorii din articulații și asupra boalelor de femei.

Datorită nămolului excelent, talazoterapiei și plajei se pretează pentru o stațiune de interes general.

4. **Strunga**, este printre puţinele staţiuni din România cu sulfuri alcaline cu întrebuinţare în afecţiunile respiratorii şi a reumatismelor.

Am prezentat staţiunile mai importante din Moldova nu numai pentru a arăta aceste comori ale naturei la fel cu celelalte provincii, ci mai ales pentru a evidenţia terapeutica unor ape minerale incomplect valorificate şi nu în deajuns de utilizate în medicina curativă.

Ţara noastră a pierdut în războiul actual atâtea valori care s'au jertfit pentru neamuri. Este de datoria medicilor ca să-şi îndrepte toată atenţia cu toate mijloacele terapeutice spre căutarea sănătăţii celor rămaşi.

PALUDISMUL IN MOLDOVA

Raportori: D-r I. Alexa, D-r Gr. Gr. Iamandi, E. Unguureanu.

România înregistrează anual, după statisticile oficiale circa 200.000 cazuri noi de malarie, în afară de cazurile vechi; distribuţia acestor cazuri după regiune este următoarea: dintr'un total de 249.262 cazuri înregistrate în cursul unui an, 155.916 (62,55%) aparţin regiunei Moldo-basarabene care totalizează 5.279 978 de locuitori 1938), în timp ce pentru restul ţării ce totalizează 13.000.000 locuitori se înregistrează 93.346 (37.44%); raportul de impaludare faţă de populaţiune este de 3.0% populaţia Moldo-basarabeană şi de 0.7% în populaţia celorlalte provincii. Precizăm că aceste cifre trebuesc considerate numai în ceeace priveşte raportul şi nu la numărul de cazuri, deoarece cercetările făcute în staţiile de malarie arată că regiunile cu endemie mijlocie paludică înregistrează cel puţin 20 cazuri la sută locuitori.

Judeţele din Moldova: Iaşi, Fălciu, Tutova, Tecuci, Vaslui, Botoşani, sunt cele mai impaludate, aici găsindu-se cele mai favorabile condiţiuni de desvoltare a anofelilor (relief, orohidrografie sol şi climă favorabilă); în adevăr aceste judeţe sunt situate în depresiunea Prutului mijlociu, a Jijiei şi a Prutului inferior, regiuni supuse aproape în întregime inundaţiilor, având o reţea bogată de ape curgătoare şi un teren favorabil pentru formarea apelor staţionare şi a sărăturilor, (terenuri salifere, favorabile desvoltării Anofeles masculipenis, artroparvus, cel mai important vector de paludism).

Revărsările sezoniere ale apelor şi condiţiunile climatologice extreme existente, determină aspectul economic agricol precar al regiunei care beneficiază pentru cultură numai de circa 1/3 din suprafaţa solului. Aceasta este cauza principală că populaţiunea e permanent într'o stare economică proastă care determină starea de subnutriţie generală a populaţiei rurale şi pe care se grefează uşor atât flagelul paludismului cât şi o serie de alte infecţiuni. Mortalitatea generală foarte ridicată din aceste judeţe este explicată atât de cauzele directe dar mai ales indirecte ale paludismului. Concluzia care se degajă din aceste date este următoarea: prima problemă care trebueşte atacată cu toată seriozitatea în zonele impaludate este problema paludismului.

Rezolvarea acestei probleme înseamnă odată cu punerea în valoare a terenurilor neproductive astăzi, ameliorarea stărei economice generale care determină o ridicare a standardului de viaţă, o stare de nutriţie normală, o locuinţă mai igienică şi confortabilă. Rezultatul acestei situaţii va fi numai scăderea mortalităţii şi morbidităţii prin paludism, dar prin rezistenţa crescută într'un organism sănătos, o scădere a mortalităţii prin toate cauzele.

In ce priveşte tratamentul, autorii enumără toate încercările terapeutice care s'au făcut timp de 10 ani în staţia de malarie Tomeşti şi anume: chinină sulfurică, chinină clorhidrică, alcaloizi de chinină, quinetum, stovarsol, chiniostovarsol, atebrină simplă, atebrină urmată de plasmochin, precum şi rezultatele obţinute.

Din toate aceste cercetări rezultă că oricare ar fi medicamentul utilizat, e nevoie de a-l aplica atât la cazurile acute cât şi la recidive; bolnavul trebue urmărit regulat pentru a ne asigura că au dispărut complect din sânge atât schizonţii cât şi gameţii; acest control trebue repetat mai ales în ce priveşte gametoforii, deoarece aceştia formează sursa permanentă de transmisiune, de aceea tratamentul cu medicamente schizontocide trebue urmat de un tratament gametocid (plasmochin).

Numai acţiunea de tratament a cazurilor acute nu e suficientă, deoarece sunt o serie de purtători fără simptome cari asigură transmisiunea; e nevoie de a proceda la măsuri de eradicare a paludismului.

Incercările făcute în stația de malarie Tomești (satul Oprișeni) arată că e posibilă eradicarea paludismului și prin metoda medicamentoasă; dar în timp ce această metodă e posibilă de aplicat în comunități restrânse cum de ex. stațiuni balneare, este greu dacă nu imposibil de aplicat pe o scară întinsă, deoarece este prea costisitoare, necesită personal foarte numeros și medicamente care să asigure tratarea întregei populații cel puțin de 3 ori pe săptămână ceea ce în practică e imposibil.

Deci măsura cea mai recomandabilă, dar costisitoare, căci necesită investiții mari dela început, este metoda marilor asanări, care vor reda în același timp și o suprafață de sol cultivabil.

Până ce în România se va putea realiza această metodă radicală, e necesar ca paralel cu tratamentul bolnavilor să se aplice și micile măsuri antianofeline, atât în locuințe cât și în adăposturi de vite și micile colectări de apă în marginele pâraelor.

Eficacitatea acestei metode a fost verificată într'o experiență făcută în două sate din stația de malarie Tomești și anume Osoi și Costuleni.

Autorii termină raportul cu recomandarea ca stațiunile de malarie existente în Moldova și anume cea dela Tomești și cea dela Socola să fie dotate complect atât cu personal cât și cu material, în același timp de a se înființa încă o stațiune în județul Fălciu la Spitalul Drănceni; se cere ca personalul de combatere să poată fi recrutat din absolvenți ai cursului primar după un curs prealabil de câteva săptămâni.

Raportul a fost ilustrat de un număr de dispozitive.

Raportorii relevă apoi rolul deosebit de însemnat pe care l-a avut regretatul Prof. D-r Gh. Zotta în organizarea luptei antimalarice în România și munca sa neobosită desfășurată zi de zi care i-a cauzat sfârșitul așa de prematur.

Intreaga asistență a păstrat un moment de reculegere în memoria Prof. D-r Gh. Zotta.

ZIUA II-a

ȘEDINȚA FESTIVĂ A SOCIETĂȚII DE MEDICI ȘI NATURALIȘTI DIN IAȘI.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La orele 10.15 a. m., a avut loc la sediul Societății de Medici și Naturaliști din Iași solemnitatea primirii d-lui prof. d-r P. Tomescu ca membru de onoare al acestei Societăți medicale.

Cuvântarea D-lui Prof. D-r V. Bujureanu.

Luând cuvântul d-l prof. d-r Vladimir Bujureanu, președintele societății de medici și naturaliști, a spus în rezumat, următoarele:

Societatea de medici și naturaliști din Iași, cea mai veche societate științifică din țară, și una din cele mai vechi din Europa, găsește fericitul prilej cu ocazia acestei vizite cu care ați binevoit să o onorați, pentru a vă exprima pe această cale prin președintele ei, care se simte dublu onorat de această însărcinare, toate mulțumirile și întreaga ei gratitudine pentru gestul dvs. de largă înțelegere a nevoilor cu care luptăm, abonând un număr important de biblioteci create de dvs. pe lângă spitalele ministerului sănătății la revista pe care o scoatem cu greutăți materiale din ce în ce mai mari. Pe lângă acest ajutor atât de prețios, gestul dvs., are însă pentru noi o semnificație mult mai înaltă:

Este dovada dorinței dvs., care se manifestă în atâtea împrejurări de a ține și a continua o cât mai strânsă legătură spirituală și intelectuală între instituțiile noastre de cultură și acei care sunt împrăștiați în țara întreagă pentru a aplica învățăturile căpătate, precum și dorința dvs. de a ridica nu numai nivelul sănătății acestui popor,

dar şi cultura lui. De aceia, comitetul societăţii ca un omagiu adus omului cu asemenea superioare preocupări, a hotărît să vă aleagă membru de onoare al ei. Şi în urma aplauzelor care pecetluesc această hotărîre vă roagă domnule ministru să binevoiţi a primi această calitate a Societăţii de medici şi naturalişti, urîndu-vă să duceţi cât mai departe opera începută.

Răspunsul D-lui Ministru al Sănătăţii.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, mulţumind pentru marea onoare ce i se face, arată că nu va utiliza în răspunsul său nici una din formulele obişnuite în aceste solemnităţi festive.

In adevăr este de rigoare ca acela ce primeşte o astfel de distincţiune să arate în primul rând, că ea este cu mult prea mare în raport cu meritele sale modeste. In al doilea rând să considere că distincţiunea se adresează nu atât persoanei sale, cât funcţiunei ce deţine şi în al treilea rând cel ce primeşte distincţiunea se angajează ca prin activitatea sa viitoare să merite onoarea ce i se face.

Renunţând la aceste formule tradiţionale, ţin să-mi exprim credinţa că hotărîrea Dvs. are un alt sens mult mai înalt decât al unei amabilităţi colegiale.

Sunt convins, aşa cum D-l Preşedinte a arătat, că apropierea dintre noi se datoreşte faptului că Dvs. sunteţi de acord, ca între organizaţia sanitară a Statului şi Facultăţile de Medicină să existe o permanentă colaborare ştiinţifică şi spirituală.

Dacă această colaborare nu s'a stabilit până acum, cred că se datoreşte faptului că profesorii Facultăţilor de Medicină nu au condus Ministerul Sănătăţii, decât rareori şi pentru un timp atât de scurt încât proectele lor nu se puteau transforma în realizări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiind convins de marele rol pe care oamenii de cultură în general şi Universitatea în special, trebue să-l joace în viaţa unui popor şi în organizarea lui de Stat, am căutat să aplic această idee fundamentală în viaţa medicală românească.

De aceea m'am adresat profesorilor Facultăţilor de Medicină rugându-i să se ocupe efectiv de întreaga organizaţie sanitară a Statului, în care vor aduce spiritul ştiinţific universitar, stimulând energiile, ajutând progresul instituţiilor şi urmărind cu atentă grijă evoluţia oamenilor de valoare.

Intr'o ţară nouă, care nu şi-a găsit încă formele definitive de viaţă organizată, profesorul universitar nu se poate limita la obligaţiile lui didactice şi la cercetările lui de ştiinţă pură. Mai ales profesorii de la Facultăţile de Medicină trebue să ia contact mai strâns cu realităţile naţionale fiind îndrumătorii competenţi ai întregei acţiuni sanitare. Cred că s'ar realiza un progres însemnat dacă mai ales profesorii de clinică şi de higenă ar lua sub supravegherea lor directă organizaţia sanitară a unui judeţ. Un început în această direcţie s'a făcut, cu bune rezultate şi sper că putem generaliza acest sistem.

Interpretând distincţiunea ce mi s'a acordat, în sensul unei adesiuni la colaborarea ce am solicitat, ea capătă pentru mine o importanţă excepţională. Mulţumindu-vă pentru această colaborare la acţiunea de ridicare sanitară a ţării, vă rog să binevoiţi a o face cât mai efectivă şi mai rodnică.

S'a vizitat apoi muzeul şi biblioteca Societăţii.

*

A urmat prezentarea următoarelor Rapoarte:

PRINCIPIILE CĂLĂUZITOARE ALE ORGANIZAŢIEI SANITARE

Raportor: Prof. D-r Iosif Stoichiţă.

Prin noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului din 1933, se caută să se dea viaţă unei noui organizaţii sanitare, şi să se dea mai multă atenţie problemelor de sănătate publică urbană cât şi mai ales rurală.

Ca prim deziderat Statul va avea în grija sa conservarea şi propăşirea patrimoniului biologic hereditar al neamului nostru, deci trebue ocrotită prin toate mijloacele care ne stau la dispoziţie, familia românească.

Al doilea principiu, este alcătuirea unei organizaţii sanitare şi de ocrotire vaste care să rezolve toate problemele de sănătate.

Un al treilea principiu imperativ este interesul care trebue să se dea problemelor de ordin preventiv.

Pentru a avea rezultatele dorite, organizaţia sanitară trebue să aibă un caracter tehnic, deci trebue să se augmente numărul medicilor igienişti şi surorilor de ocrotire, iar pentru a putea face faţă acestor deziderate, s'a preconizat descentralizarea în administraţia sanitară şi s'a cerut o colaborare largă cu toate autorităţile publice şi a particularilor. Este demn de relevat acţiunea care se duce împreună cu Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale cu Societatea Culturală „Astra" din Ardeal, Fundaţiile Regale, Crucea Roşie, etc.

Pentru a putea obţine rezultatele necesare trebue o coordonare a programelor de muncă. Volumul editat de Ministerul Sănătăţii „Indrumător al Muncii Sanitare şi Sociale la sate" va fi de un real folos.

Ministerul Sănătăţii, pentru a obţine un control şi o cooperare reală, va asigura conducerea întregei acţiuni sanitare şi prin organele sale centrale trebue să fie un organism de gândire de concepţie şi tehnică ştiinţifică capabilă, care să asigure acţiunea sanitară în toate domeniile sănătăţii publice.

S'a cerut pentru aceasta concursul institutelor de Igienă şi Sănătate Publică, se vor dota toate organizaţiile sanitare cu material pentru procurarea cărora vor fi chemate toate autorităţile publice să contribuie cu mijloacele lor.

Natural s'a dat o atenţie deosebită pregătirei şi selecţionărei personalului tehnic şi de specialitate, se vor organiza cursuri de perfecţionare, de iniţiere, etc., dar toate vor contribui la ridicarea neamului nostru, neam „de o continuitate de sânge, tradiţie, spaţiu şi destin".

PROBLEMA COMBATERII BOALELOR VENERICE IN LUMINA ACTUALEI LEGISLAŢII SANITARE

Raportor: Prof. D-r G. Năstase.

Combaterea boalelor venerice apare astăzi ca una din cele mai importante probleme sanitare. Legea din 10 Septembrie a. c., elaborată în plin război, vine să pună stavilă pericolului venerian prezent, iar pe de alta să înceapă o acţiune metodică, în contra formelor vechi cari subliniază sănătatea publică.

In trecut, lupta contra boalelor venerice nu a fost încununată de succes. Dacă analizăm cauzele acestui insucces observăm că, între altele, moravurile însăşi ale bolnavilor venerici au constituit o piedică.

N'am izbutit să cetim cel puţin numărul exact al venericilor şi în special al celor atinşi de sifilis, tocmai din cauza moravurilor bolnavilor.

Pentru a se corecta aceste greşeli, a trebuit să se întocmească o lege care prin condiţiile ei să asigure obţinerea unor rezultate optime, însă este ştiut că acestea nu se pot dobândi decât printr'o legiuire clară concisă, dar şi severă.

In adevăr dacă o privim în totalul ei, legea se prezintă sub aspectul unei severităţi care la prima vedere pare că iese din comun.

Examinând principiile legii, găsim cele patru comandamente care, de

altfel sunt menționate în expunerea de motive. Analiza lor justifică însă pe deplin prevederile legiuitorului care, ca să asigure în primul rând o stăvilire efectivă și neîntârziată a boalelor venerice, a introdus tratamentul obligator.

Această obligativitate pentru ca să poată fi urmată de rezultate cât mai complecte, trebue să se sprijine dela început pe o înscriere metodică a vericilor.

Dela început afirmăm că succesul combaterii venerismului depinde de modul cum vor fi organizate aceste oficii, care nu cer un personal nou, ci folosirea celui existent, însă îndrumat pentru un lucru metodic, simplu, dar perseverent.

După organizarea acestui oficiu, propunem un mod de înregistrare, care socotim că întrunește cele mai bune rezultate în scopul urmărit. După aceasta trebue să se organizeze tratamentul obligatoriu.

Ceea ce pare însă important în aplicarea tratamentului e că trebue să se țină cont și de toate condițiile prin care urmărim să obținem o profilaxie antiveneriană optimă, însă fără să prejudiciem bolnavului o micșorare a capacității de muncă.

Aceste tratamente dictează unele condiții care variază după cum ne aflăm în mediul rural sau în mediul urban.

Ca sugestie, socotim că propaganda antivenerică ar trebui să realizeze o reliefare a pericolului venerian și importanța tratamentului, pentru ca să se motiveze asprimea legii. Nu trebue să punem însă prea multă bază pe succesul acestei propagande, ci să ne sprijinim mai mult pe imperativul legii, cari asigură rezultatele.

In mediul urban, perseverând în combaterea venerismului, avem toată credința că se vor înfăptui rezultate mult mai complete și mai ușor decât în mediul rural.

Pentru a ne asigura satele de invazia veneriană, socotim că e necesar să se mențină în oraș până la vindecarea leziunilor contagioase, acei indivizi temporari care constituiesc o sursă de difuziune a boalelor venerice.

In mediul rural tratamentele antivenerice pe cât se poate nu trebue să constituiască o piedică dela ocupațiile obișnuite ale bolnavului. Ar fi nimerit ca bolnavii contagioși din acest mediu să fie spitalizați pentru un scurt timp, unde printr'un tratament de asalt, leziunile deschise să fie făcute inofensive.

Pentru asigurarea unui succes terapeutic, poate ar fi nimerit să se dea indicații asupra unui tratament standard, care atât ca timp, cât și ca tip ar preciza unele divergențe sau nedumeriri cu deosebire a medicilor tineri.

Certificatul de sănătate la contractarea căsătoriei constituie cea mai bună măsură profilactică în combaterea bolilor venerice.

Dacă însă se vor ivi unele situații care par mai greu de rezolvat, de sigur că nu trebue să eludăm legea, dar trebue să fie și o înțelegere asupra unei situații pe care medicul în parte o va putea soluționa.

Pentru ușurința procedurii și uniformizarea ei, e necesar să se dea un model tip de certificat, pe care de altfel îl și propune.

Controlul prostituției de care s'a ocupat atent legiuitorul și pe care l-a încadrat în ritmul reglementarist implică trei puncte importante.

a) Supravegherea prostituatelor înregistrate;
b) Urmărirea prostituției clandestine;
c) Redresarea prostituatelor.

Pentru cele două dela început să nu se admită nicio îngăduință; mai mult, să se aibe în vedere prostituția clandestină, căreia trebue să i se acorde o atenție deosebită, știindu-se că constituie o sursă de răspândire a boalelor venerice.

In privința redresării prostituatelor, în afară de măsurile pe care trebue să le ia Ministerul, legiuitorul a introdus o inovație dând posibilitatea ca unele din prostituate să-și poată aduna un mic capital cu scopul de a le înlesni reintrarea în societate.

Procedura de judecată într'un timp scurt, face dovada că justiția nu va apărea numai ca un regulator de situație, ci și ca un participant integral la întreaga operă socială.

In combaterea boalelor venerice, succesul se obține prin coordonarea

acţiunii organelor executive, care în această situaţie cuprind două grupe: primul, organe superioare de control şi dirijare; al doilea, organe de aplicare pe teren care sunt medicii şi ajutoarele lor.

Nu-i nicio acuzare, dar niciun adevăr, dacă insuccesul imperativelor legii sanitare anterioare, în care era prevăzut tratamentul obligator, îl atribuim unei lipse de perseverenţă, pe care au dovedit-o organele diriguitoare. Succesul legii va depinde deci şi de modul cum se vor complecta aceste două prezenţe, bine susţinute.

O campanie anti-veneriană necesită, pe lângă o dotare cu un material farmaceutic suficient, ci şi o echilibrare a activităţii în toate compartimentele sociale.

Sperăm că într'un număr de câţiva ani, formele contagioase ale boalelor venerice, vor fi în mare parte anihilate, rămânând ca mai în urmă să fie neutralizate şi efectele formelor latente.

Pentru desăvârşirea acestei opere în care este angajată întreaga nobleţă a profesiunei medicinei, corpul medical va trebui să fie prezent la datorie.

PROBLEMA MEDICO-SOCIALĂ A CANCERULUI IN MOLDOVA

Raportor: Prof. D-r Vladimir Buţureanu.

Problema cancerului poate fi privită din trei puncte de vedere:

1. Ştiinţific; 2. Clinic şi terapeutic; 3. Medico-Social.

Din punct de vedere ştiinţific, problema este urmărită de obicei în institute anume creiate în acest scop mai în toate statele civilizate.

Cancerul din punct de vedere clinic şi terapeutic este observat de clinicieni, chirurgi şi radiologi, în spitale izolate sau în institute anume creiate în acest scop, cari coordonează observaţiile şi cercetările.

Din punct de vedere medico-social, considerând cancerul ca o boală socială, problema se pune în a depista cât mai de timpuriu această maladie şi a se pune la îndemâna tuturor mijloacele cele mai moderne şi mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul lui.

La un moment dat în interiorul ţesutului, se produc schimbări anaplastice celulare, ca: polimorfism, hipercromatoză şi mitoză.

Clinic această fază nu se caracterizează prin niciun semn de malignitate ci se traduce printr'o alteraţie a tegumentelor cu diferite aspecte după locul pe care-l ocupă. Cele mai tipice leziuni din această categorie sunt: la nivelul mucoaselor, plăcile de leucoplazie linguală, bucală şi vulvo-vaginală sau geniană. La nivelul pielei sunt diskeratozele de tipul Paget cu predilecţie localizată la nivelul mamelei în diskeratoza lui Boman, ce se poate desvolta oriunde pe tegumente şi care se prezintă ca nişte pete lenticulare sau în formă de disc de culoare roşie, uşor proeminente în unele cazuri.

Aceste leziuni împreună cu alte afecţiuni cronice ca acneea, eczema, psoriazisul, petele de keratoză senilă pot să se transforme într'o tumoră malignă. Procentul de transformare este pentru unii de 5%, pentru alţii ajungând de 20%.

Toate aceste leziuni printr'o terapie simplă trebuesc îndepărtate: o mică excizie, o cauterizare, etc.

Pentru fiecare organ există o fază precanceroasă care este absolut nenecesară să fie cunoscută.

Pentru cancerul digestiv în special cel stomacal, care se prezintă într'o proporţie de 9% din totalul morţilor de cancer şi 21,1 la 100.000 populaţie, simptomele de debut după Harris sunt:

1. Pierderea progresivă a apetitului; 2. Dureri epigastrice; 3. Dureri abdominale nedefinite; 4. O veche istorie de ulcer cu exacerbarea simptomelor; 5. Rău general; 6. O istorie de cancer în familie; 7. O mică pierdere în greutate; 8. Oboseală; 9. Anemie.

Trebue suspectat de asemenea orice ulcer a cărui posibilitate de transformare în cancer există în 3—4 procente. Când tumora este palpabilă, limita operabilităţii a trecut deja.

Din datele statistice prezentate, culese din ţările unde lupta contra cancerului este destul de intensă, reese că un slab procent beneficiază de tratament.

Mortalitatea post-operatorie variază şi ea între 2—3% procente în ulcer. In gastrectomiile pentru cancer, mortalitatea este enormă. Finsterer dă 19,4% pe 340 cazuri, iar în cazurile incipiente 6,9%. In ulcer el dă o mortalitate de circa 2%. La St. Ionh's Hospital mortalitatea a fost de 4%, iar la Oghterson a fost de 62,2%.

Dintr'o serie de 370 cazuri dela Iohns Hopkins Hospital numai 3,5% au trecut după 5 ani. Aceasta este situaţia tragică a cancerului de astăzi.

In cancerul uterin, cancerul colului formează marea majoritate a cazurilor şi constituie o treime din totalitatea cancerului la femei. Din statisticele germane se constată că din 50 milioane locuitori, 25.000 femei mor anual de cancer al colului, mortalitatea prin cancer al colului, raportată la mortalitatea generală prin cancer este de 20%.

Dintre cazurile ce se prezintă la medici, Rendez găseşte următorul procentaj: 8,7% operabile în mod sigur, 12,4% la limita operabilităţii, 46% neoperabile, iar 33% netratabile.

Primul simptom ce trebue să atragă atenţia pacientului şi a medicului este hemoragia care în 80% apare între menstre, apoi cu ocazia unor eforturi a trepidaţiilor vehiculelor sau în urma raporturilor sexuale.

In 6% a cazurilor (după Martyloff), hemoragiile apar sub forme de menstruaţii prelungite sau care revin după o zi sau două.

Martins dă o statistică, de 35% de cazuri inoperabile după primele săptămâni dela apariţia primelor semne, iar dacă au trecut 4 săptămâni numai 18—25% din cazuri sunt operabile (Fuchs şi Iohn).

Mijloacele prin care se pot depista mai uşor leziunile sunt: Testul lui Schiller, care se bazează pe faptul pus în evidenţă de Lahm şi anume că mucoasa normală a colului şi a vaginului este bogată în glicogen. Badijonând mucoasa vaginală cu o soluţie io o iodurată se obţine pe mucoasa normală o coloraţie brun acajiu, iar porţiunile neoplazice nu se colorează.

Testul lui Schiller serveşte ca un mijloc care ne indică locul de unde trebue luată biopsia.

Al doilea mijloc este Colposcopia lui Hiemlmann, aceste mijloace se pot utiliza combinat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biopsia este al treilea şi cel mai important mijloc de depistare.

In ceea ce priveşte tratamentul dispunem pe lângă chirurgie de Roentgen şi mai ales Radium terapie, tratament care la noi în ţară este inabordabil.

Cancerul mamar este o altă localizare care în special la noi în ţară face ravagii; şi aici avem leziuni precanceroase sub forma de mici noduli nedureroşi. Dacă la oraş femeile se prezintă adeseori încă la timp la medic, nu se petrece acelaşi lucru în mediul rural, unde cel mai adesea femeile se prezintă când cancerul nu mai e operabil.

Numărul total al canceroşilor ce trec anual prin spitale se poate aprecia cam de 10.000.

Din datele Institutului Central de Statistică singurele care pot folosi şi cari ne dau situaţia doar între 1931—1938, reese că din 14.579 pacienţi cu tumori tratati 7034 aveau cancer deci 48,2%.

In anul 1938 numărul de deces prin cancer a fost de 8903 cazuri, având în vedere că durata medie de viaţă a unui canceros e cam de 2 ani, rezultă că ar fi circa 18.000 de canceroşi în toată România.

Media de decese urbane este de 5.09% faţă de 1.44% de decese prin cancer în mediul rural.

Depistarea la noi nefăcându-se exact, statisticele noastre ne dau cifre mult inferioare realităţii.

Dintre provincii, cea mai mică mortalitate o avem în Dobrogea, 13,5 la 100.000 locuitori, maximul e în Bucovina cu 49,2 faţă de media ţării care e de 28,8 decese la 100.000 populaţie. Moldova dă un procent de 25 la 100.000 locuitori.

Se observă că în aglomerările urbane procentul mortalităţii este mai ridicat decât la sate.

Statistica după confesiuni, care exprimă importanţa factorului etnic şi rasial se prezintă în felul următor la 100.000 populaţie: pentru ortodoxi 27,6 decese prin cancer, mozaici 72,2, luterani 72, romano-catolici 67,4, lipoveni 21,8.

Luptă energică referitor la morbiditatea şi letalitatea prin cancer trebue

dusă printr'o educaţie a masselor, care se poate face prin propagandă ce trebueşte dusă abil spre a nu înfricoşa şi a inspira încredere în eficacitatea tratamentului aplicat de timpuriu.

Ea trebue să fie continuă şi să insiste asupra:

1. Cancerul se vindecă prin două mijloace: a) Chirurgie; b) Radio-terapie.
2. Cancerul este vindecabil în faza incipientă;
3. Simptomele de debut;
4. Necesitatea imperioasă a controlului periodic.

Propaganda în mase se face prin broşuri, cărţi, afişe sugestive, filme cinematografice, radiofonie.

Prin propagandă procentul cazurilor incipiente operabile creşte.

Trebueşte şi o educaţie a personalului medical şi auxiliar pentru a depista precoce cancerul.

Mai trebue creiate şi centre perfect utilate cu personal şi material pe lângă clinicele mari chirurgicale ale Facultăţilor de Medicină, unde să existe laboratorii indispensabile d'agnosticului precis.

Să se creeze la spitale un număr suficient de paturi pentru curabili şi incurabili.

Printr'o luptă bine organizată, condusă sistematic şi cu tenacitate, de către toţi factorii competinţi şi în toate straturile sociale, de sigur că vom obţine o diminuare apreciabilă a numărului celor ce sunt răpuşi de această maladie.

ZIUA III-a

PROBLEMA GUŞEI IN MOLDOVA

Raportor: Prof. D-r L. Ballif.

Raportorul expune situaţia locuitorilor cu guşă endemică, în România în genere şi în Moldova în special, insistând asupra acestui factor de degenerare a populaţiei din multe regiuni muntoase ale ţării.

In ultimii ani s'a constatat un număr din ce în ce mai mare de copii cu uşoare hipertrofii tiroidiene chiar şi în regiunile de deal şi şes, regiuni socotite ca indemne de guşă endemică. Aceste hipertrofii tiroidiene se observă în deosebi la copii săraci, subnutriţi şi cari locuiesc în aer viciat, în camere suprapopulate.

Marea majoritate a autorilor admit că hipertrofiile tiroidiene din regiunile cu guşă endemică ar fi consecinţa sărăciei în iod a solului plantelor şi animalelor din acele regiuni; hipertrofia constituind reacţia fizio-patologică a glandei tiroide la indivizii în carenţă iodată. (Se socot 50 gr. adică 0,50 mgr. de iod drept cantitatea de iod necesară zilnic pentru un individ).

Alţi autori, al căror număr scade din ce în ce admit încă fie un factor „guşigen" transmis prin apă, fie infecţii cu diverse microorganisme. Oricare ar fi cauza sau cauzele hipertrofiilor tiroidiene simple sau a guşei din regiunile endemice, toţi autorii admit acţiunea extraordinară a profilaxiei şi tratamentului guşei simple sau endemice prin iod.

E necesar să se precizeze că profilaxia guşei trebue făcută prin administrarea iodului în cantităţi mici (maximum jumătate de miligram pe zi) timp de mai mulţi ani sau poate toată viaţa (la locuitorii din regiunile endemice grave). Perioadele din viaţă când glanda tiroidă funcţionează maximum sunt: perioada fetală, copilăria, pubertatea şi la femee graviditatea şi menopauza şi în aceste perioade are nevoie ca să aibă asigurată rezervele de iod necesare bunei sale funcţionări.

Din punct de vedere practic profilaxia guşei trebue făcută de organele de stat prin administrarea sării iodate (cel puţin o parte iod la 200.000 părţi sare) aşa cum se face în toate regiunile cu guşă endemică din Europa şi America. In România trebuesc de urgenţă puse în funcţiune aparatele necesare aflate la Salinele din Slănic, Prahova, Cacica, Bucovina şi Tg.-Ocna—Moldova, pentru a se asigura în mod continuu aprovizionarea întregei populaţiuni din regiunile endemice cu sare iodată. Iodul administrat în aceste doze minimale, dar suficiente bunei funcţionări tiroidiene, nu determină niciodată guşa toxică sau boala lui Basedow.

Medicii au datoria să trateze din timp hipertrofiile mici tiroidiene şi guşele sporadice din regiunile fără endemie de guşe. Tratamentul se poate face

în cele mai bune condiţiuni, prin administrarea continuă a iodului în doze mici, maximum un miligram pe zi, timp de 1—3 ani. Din punct de vedere practic e mai uşor să se dea în doze ceva mai mici, în centigrame, de două ori pe an câte 15 zile primăvara şi 15 zile toamna. E clasică doza dată în de mărime, 4 grame de iodură de potasiu pe an, 2 grame primăvara. (Câte 0,2 gr. pe zi) şi 2 grame toamna tot câte 0,2 gr. pe zi, timp de 10 zile. In aceste doze nu se observă niciodată turburări provocate de tratamentul iodat. Alţi autori la noi în ţară, D-l Prof. Danielopol, administrează chiar doze mai mari de iod în tratamentul guşelor sporadice. In orice caz medicii trebue să evite dozele mai mari de iod 20—3 centigrame care se pot administra un timp limitat circa 1 lună — numai în tratamentul boalei lui Basedow, în deosebi în pregătirea preoperatorie a pacienţilor.

Hipertrofiile simple ale tiroidei, guşa coloidă şi guşa parenchimatoasă cedează foarte uşor la tratamentul iodat, dar în guşile noduloase tratamentul trebue făcut numai sub supravegherea apropiată a pacienţilor şi la cel mai mic indiciu de apariţia simptomelor de guşă toxică trebue indicată intervenţia chirurgicală.

Medicina putând indica metode sigure pentru profilaxia guşei endemice şi pentru tratamentul individual al guşei sporadice, autorităţile respective au îndatorirea să dispue executarea pe teren a acestor măsuri pentru stingerea acestor boli sociale cari duc la regenerarea rasei.

Problema guşei depăşeşte prin însemnătatea ei un simplu capitol de patologie socială. Prin numărul mare de indivizi atinşi de această afecţiune prin răspândirea ei, prin consecinţele sale asupra descendenţei, problema guşei trebueşte rezolvată în ţara noastră.

Un rol important îl au medicii şcolari cari trebuesc să depisteze cele mai uşoare hipertrofii ale glandelor tiroide.

DEPISTAREA INFECŢIEI PRIMARE TUBERCULOASE IN CADRUL PROSECTURILOR DE SPITAL ORGANIZATE

Raportor: Prof. D-r C. Vasilescu.

Digitized by Central University Library Cluj

Din studiile făcute de raportor pe un număr de 556 necropsii reese frecvenţa infecţiei tuberculoase pe cale respiratorie (96%). Numai 4% din infecţiile tuberculoase se fac pe cale digestivă sau pe alte căi.

Pe acest număr de 556 necropsii la copil, a căror vârstă varia dela 3 săptămâni până la 16 ani, am constatat de 92 ori leziuni primare tuberculoase, cu 126 focare a lui **Gohn**, o frecvenţă mai mare a acestor leziuni a fost observată între 2 luni şi 4 ani.

Un mare număr din leziunile acestea primare erau recente (52);

Focarul lui **Gohn** este o leziune exudativă tipică şi prin coloraţii speciale se poate pune în evidenţă resturi din structura elastică a alveolelor, bronşiolelor şi vaselor, cuprinse în porţiunea de ţesut caseificat; din contră, în regiunile proliferative (tuberculi), nu se găsesc fibrele elastice.

In masa de caseum a leziunilor complexului primar a lui Ranke, se găsesc bacili, variabil numeroşi, în majoritatea cazurilor şi chiar când a început depunerea depozitelor de calcar în focarele pe cale de cicatrizare sau cicatrizate.

Apariţia bolilor infecţioase (rugeolă, tuse convulsivă, bronchopneumonie post-scarlatinoasă, post-rugeolică şi post-difterică, gripa), determină o reactivare a complexului primar tuberculos şi ca o consecinţă, diseminări locale, pe cale limfatică, bronşică şi pe cale hematogenă; uneori masa caseificată se ramoleşte şi se elimină pe cale bronchică formând chiar caverne.

Studiind într'un memoriu deosebit, un număr de 366 necropsii din totalul de 720 cazuri, am constatat 53 cazuri de leziuni tbc.; din acest total de 366 cazuri, 141 erau vaccinaţi cu b. c. g. Printre cele 53 cazuri cu leziuni tuberculoase, 23 erau vaccinaţi, 15 nevaccinaţi şi 15 nu aveau antecedente sigure; s'a stabilit un contact infectant direct la 47,8% din aceşti copii.

In general, vaccinaţia cu B. C. G. prin metoda „per os" dă rezultate interpretabile şi cu totul nesigure, dacă nu se face izolarea copilului imediat după naştere în condiţii riguroase ştiinţifice. Cele mai multe din cazurile vaccinate care prezentau leziuni t. b. c. au avut contact tuberculos.

Din numărul de 720 sugari studiaţi necropsic de noi. In leagănul Sf. Eca-

terina, procentul mare de bacilari (11,6%) îl au copiii dela țară; parte din acești copii erau născuți de mame tuberculoase care sunt internate în sanatorii, sau pentru o altă parte mai mică, mamele muriseră deja de tuberculoză la data când au fost internați în leagăn.

La copil în general, dar mai ales în vârsta primei copilării se găsesc leziuni din cele mai variate, care nu totdeauna au putut fi diagnosticate clinic; de aici importanța mare ce o prezintă studiul făcut metodic într'o prosectură de spital organizată.

Anatomia patologică prin complexa sa activitate, este un factor important medico-social; ea poate aduce un aport considerabil conservării sănătății.

Este necesar ca să ia ființă servicii de prosectură pe orașe acolo unde spitalele au o capacitate mai mică și de asemenea în fiecare spital care are o capacitate de cel puțin 100 paturi.

Până la organizarea acestor prosecturi cu laboratoare conduse de specialiști, materialul biopsic, cel din sala de operație sau acel recoltat pe masa de necropsie va fi examinat de Institutele de Anatomie patologică: București, Cluj-Sibiu și Iași din zona căruia face parte spitalul respectiv. De aceea trebue să se formeze din timp personalul cu care să se încadreze aceste servicii de prosectură, candidații putându-se specializa pe lângă Institutele de Anatomie Patologică amintite mai sus.

La sfârșitul desbaterilor s'a votat următoarea **Moțiune:**

a) Complectarea instituțiilor sanitare de medicină curativă cât și a celor de medicină preventivă în sensul de a putea avea la fiecare spital județean toate secțiile de specialitate, iar în mediul rural de a se obține prin Ministerul de Interne ca în toate comunele primăriile să pună la dispoziția serviciului sanitar local două camere pentru a se putea realiza dispensarul comunal de care se simte așa de mare nevoie și care permite populației de a urma orice tratament medical, fără deplasare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) Inmulțirea surorilor de specialitate, înmulțirea medicilor de circumscripție rurală pentru a ne apropia de proporția de 1 medic la fiecare 5000 locuitori, conform cu noua lege sanitară, proporție la care astăzi suntem încă departe.

c) Inmulțirea surorilor de ocrotire pentru a avea în fiecare comună o soră de ocrotire, până la posibilitatea formării acestor specialiste să se facă aranjamente cu Ministerul Culturii Naționale spre a se putea repartiza la fiecare comună o învățătoare de igienă și gospodărie.

d) Provocarea de conferințe interministeriale fie spre a se putea găsi mijloacele de ameliorare a condițiilor economice, fie de a se deschide noui drumuri pentru ridicarea standardului de viață din Moldova, fără de care eforturile sanitare nu pot da roade depline.

In ce privește lupta contra paludismului este necesar de a se lua măsuri privind pe de o parte depistarea tuturor cazurilor de paludism; generalizarea luptei anofeline. Punerea în valoare a terenurilor neproductive din cauza revărsărilor și inundațiilor, va determina o îmbunătățire a stărei economice care se va reflecta prin o ameliorare a nutriției generale a populației, o locuință mai igienică și prin aceasta o ridicare a standardului de viață. Ca rezultat final vom înregistra nu numai o scădere a morbidității și a mortalității prin paludism dar și o scădere a mortalității generale, în special în mediul rural.

In ceea ce privește combaterea boalelor venerice, să se ia toate măsurile de a se diagnostica toate formele contagioase ca printr'o terapie bine susținută să se răspundă la o profilaxie activă.

In organizarea acestei combateri să se dea o atenţie deosebită la înfiinţarea oficiilor judeţene antivenerice care apar ca un regulator în stăvilirea acestor boli.

Să se grăbească organizarea depozitelor judeţene farmaceutice, pentru ca materialul terapeutic să poată circula mai rapid şi să fie mai la îndemâna medicilor.

Cu privire la problema din Moldova să se pună la dispoziţia staţiunilor Slănicul Moldovei, Vatra Dornei, Budachi şi Strunga, astfel de mijloace încât aceste staţiuni să poată deveni centre terapeutice la îndemâna întregei populaţii.

Profilaxia şi tratamentul guşei simple prin sare iodată e urgent necesară în toate regiunile cu guşă endemică. Tratamentul individual trebue aplicat în regiunile neendemice copiilor de şcoalele primare şi în toate cazurile când medicul şcolar constată cele mai mici hipertrofii tiroidiene, căci atât guşele cât şi numărul din ce în ce mai mare al guşelor „sporadice" la copii insuficienţi nutriţi cedează complect la tratamentul iodat.

Astfel s'ar putea păstra integral bunele calităţi ereditare ale numeroşilor copii şi adulţi suferinzi de această afecţiune, cu o cheltuială minimă din partea Ministerului.

Având în vedere că diagnosticul cancerului se pune în general tardiv e necesar de a avea în Moldova un centru anticanceros cu instituţiile de terapie având tot utilajul modern, instituţii de raze Roentgen şi afectarea unui mai mare număr de paturi pentru a se putea spitaliza toate cazurile nu numai cele operabile dar şi acele ce sunt la limita operabilităţii şi chiar cele neoperabile cari pot totuşi beneficia de Radium şi Roentgen terapie.

Crearea de azile pentru incurabili canceroşi cari devin o povară pentru familie.

Organizarea şi desvoltarea unei propagande intense prin toate mijloacele şi în toate straturile sociale este imperios necesară.

Reîmprospătarea micei simptomatologii precanceroase la întregul corp sanitar prin cursuri speciale ţinute concomitent cu o propagandă intensă pentru educarea maselor asupra necesităţii tratamentului precoce.

Obligativitatea examenului genital anual al tuturor femeilor pentru a se putea diagnostica la timp cazurile incipiente. In mediul rural această depistare poate fi asigurată prin moaşele comunale special instruite în acest scop.

Având în vedere rolul important al prosecturilor, e necesar de a se înfiinţa servicii de prosectură în toate oraşele mici. In oraşele mari e nevoie ca fiecare spital având o capacitate mai mare de 100 paturi să aibă o prosectură. Până la organizarea acestor prosecturi cu laboratorii conduse de specialişti, materialul biospic din sala de operaţie sau acel recoltat prin necropsie va fi examinat în Institutele de anatomie patologică din Bucureşti, Sibiu şi Iaşi. Este necesar să se formeze din timp personalul cu care se vor încadra aceste servicii de prosectură, candidaţii putându-se specializa pe lângă Institutele de Anatomie patologică ale Facultăţilor de Medicină din ţară.

Biblioteca Universitatii Regele Ferdinand I din Cluj ROMANIA

DIGIBAÏNE

Complex Tonicardiac
1/3 Digitalină + 2/3 Ouabaină

Acţiune mai rapidă şi intensă, efect mai durabil decât cu digitala sau digitalina. Nu se acumulează.

Activitate sinergică mărită datorită asociaţiunei digitalinei ca regulator al ritmului cu ouabaina care tonifică cordul.

Doza mijlocie:
20—30 picături pe zi în puţină apă

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Akne-Milkuderm

Sulf. Resorcină, Ichtyol în
cremă de lapte

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

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

Desitin-Werk Carl Klinke, Hamburg
Codex S.A.R., Cal. Şerban-Vodă 41, Bucureşti

PARTEA II

Comemorare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ROBERT KOCH

de

C. BARTH
Şef de lucrări la Fac. de Medicină din Iaşi

„Les hommes célèbres n'ont pas contri-
„bué seulement à la richesse, à la gloire et
„au bonheur de leur pays, mais leur travail
„personnel devient un bienfait pour le monde
„entier. — Pasteur".

A trecut una sută de ani de când s'a născut Robert Koch şi sceptici ne gândim azi la cele spuse odinioară de Julius Schvalbe: „Nu vom mai vedea niciodată pe unul asemenea lui..." Se prea poate ca această afirmaţie să fie adevărată, totuşi, geniul lui Koch încă străluceşte, iar opera sa şi mai ales metoda sa de lucru în domeniul bacteriologiei şi cel al bolilor infecţioase au rămas până azi cuvinte

de evanghelie. Nu fără motiv, dar toată lumea ştiinţifică din Germania cât şi din alte ţări civilizate ţin să celebreze în mod solemn această aniversare. Pentru noi, românii, această comemorare a lui Robert Koch capătă un interes deosebit şi prin aceia că cel mai mare bacteriolog al nostru, Babeş, a fost elevul lui Koch. In adevăr, Babeş a lucrat la Koch în două rânduri şi chiar multe din lucrările lui, cum e seroterapia antidifterică, etiologia febrei de Texas, reacţia leproşilor la tuberculină, diferite cercetări în holeră, au fost verificate şi aprobate de Koch. La datoria morală se adaugă aşa dar şi o mândrie naţională când ţinem să comemorăm pe marele Koch. Graţie faptului mai sus pomenit, România a fost prima ţară din Sud-Estul Europei, unde studiul bacteriologiei a căpătat toată atenţia pentru lumea medicală; sub influenţa şcoalei lui Koch, reprezentată prin Babeş, ca şi sub impulsul şcoalei pasteuriene, reprezentată prin alţi iluştri bacteriologi, odată cu studiul bacteriologiei se introduc şi metode noui în depistarea şi combaterea bolilor infecţioase.

* * *

Robert Koch s'a născut la 11 Decembrie 1843, în Clasthal din munţii Harz — deci în inima Germaniei. Chiar din copilărie el s'a arătat a fi deosebit: în vreme ce fraţii săi se ocupau cu colecţia de mărci poştale, Robert la o vârstă însă mică, se arată sârguitor în studii şi un mare iubitor al naturei, făcând colecţie de minerale, fluturi şi insecte. Tatăl său, un specialist în minele din împrejurimi, cu puţină învăţătură, dar cu multă experienţă şi bun simţ, căpătate din viaţa de toate zilele şi din multele călătorii făcute în străinătate, oferă micului Robert singurul lucru de preţ aflat în casă, o lupă. Cu acest instrument, pe jumătate stricat Robert se apucă de lucru cu seriozitatea unui savant şi curând camera lui devine un laborator şi un mic muzeu în acelaşi timp. Cei din casă îl lasă în voie, deşi nu par a da mare atenţie micului savant; numai o camaradă a lui de şcoală şi prietenă a surorei sale, Emmy Fraatz, îl înţălege mai bine şi-l ajută la prepararea pieselor pentru muzeul său. Această prietenie va continua cu aceiaşi înţălegere reciprocă şi mai târziu, când Emmy Fraatz, va deveni soţia lui. Studiile medicale le face Robert Koch la Göttingen, cu multe sacrificii materiale din partea celor de acasă şi cu multă stăruinţă din partea tânărului medicinist. E greu de afirmat dacă Koch era cu totul entuziasmat de medicină şi de unii din profesorii săi. Foarte probabil că teoria originală a lui Henle, unul din profesorii săi din Göttingen, cu privire la concepţia lui despre etiologia unor boli (contagium animatum) să-i fi atras atenţia tânărului Koch în mod mai deosebit. Sigur însă e faptul că Koch s'a achitat conştiincios de îndatoririle academice. Dovada o avem în faptul că Koch câştigă primul premiu asupra unei lucrări puse la concurs de Facultatea de Medicină din Göttingen şi a cărui titlu era: „a se stabili printr'o serie suficientă de cercetări, dacă nervii din uter posedă ganglioni şi în ce măsură". Robert Koch deja asistent în muzeul patologic al lui Wilhelm Krause, câştigă premiul de 80 taleri împreună cu un concetăţean al său, lucrarea având ca Motto: „Nunquam otiosus". O altă dovadă o avem şi în faptul că Robert Koch devine doctor la o vrâstă deja tânără, neavând decât 22 ani. Gândurile sale acum erau împărţite, căci îl stăpânea, ca şi pe tatăl său odinioară, dorul de a voiaja, de a vedea noui ţări, nu în scopul de simplă aventură, ci de studii şi cercetării. Incepe însă practica medicală în condiţii modeste la un azil de alienaţi nu departe de Hamburg, şi de sigur că vizitele dese în marele port german, îl duc la ideia de a se face medic de marină. Emmy Fraatz, cu care se căsătoreşte, îl ţintueşte însă în patrie şi Koch îşi reia practica medicală, prin câteva localităţi din Prusia orientală; războiul din 1870, la care participă bucuros, îi dă ocazia să capete o nouă experienţă în febra tifoidă şi în plăgile de război, — experienţă pe care el o va valorifica ulterior

în studii originale după cum vom constata imediat. In 1872, Koch ajunge medic sanitar (Kreisphysicus) într'o mică localitate din Prusia orientală, Wollstein, — localitatea care va deveni curând celebră, pentrucă Koch realizează aici **prima sa lucrare** și una din cele mai principale: **anume acea asupra antraxu'ui.** Nu ne facem ecoul tuturor disputelor de atunci ca și de acum cu privire la această operă — devenită clasică și ca concepție și ca execuție. Discuțiile pe atât de savante pe atât de sterile: cui îi revine prioritatea descoperirei primului microb patogen, sau unde se găsea puritatea culturilor de bacterie carbonoasă nu șterg întru nimica valoarea operei lui Koch, — în adevăratul model de creație științifică (Metchnicoff). In adevăr, Koch prin studiul său asupra cărbunelui tranșează definitiv și aproape complect problema acestei boli: etiologia și patogenia ei cu toată filiațiunea dintre microb și spor, dintre un caz uman și altul animal, în fine latura experimentală. Chestia atenuărei virusului și seroterapia rămân singurele părți ale problemei ce vor fi rezolvate mai târziu și de către alții. Dar considerând epoca și împrejurările în care a lucrat Koch la antrax o admirație ne cuprinde mai mare și mai motivată ca a contimporanilor săi. Fără călăuza sigură a unui maiestru, fără pregătirea prealabilă măcar a unui student în medicină din zilele noastre, într'un laborator improvizat, unde totul este inventat și realizat până la amănunt; mai mult: lucrând în puținul timp pe care îi permite clientela de toate zilele, în acea epocă de chaos a bacteriologiei, când pe de o parte se lua în derâdere chiar pe Pasteur, când vorbea de microbi și pe de altă parte, când tot ce se vedea la microscop era imediat socotit cauza boalei, încât la un moment nu se mai găseau atâtea boli pentru multimea microorganismelor observate la microscop, — e lesne de înțeles de ce opera lui Koch stârnește o admirație veșnică. Dealtmintrelea aceiași admirație a stârnit-o Koch și în 1876 când pleacă la Breslau pentru a arăta lucrarea sa lui Kohn, celebrul botanist german, care deja scrisese despre spori. Timp de 8 zile, Koch demonstrează și reproduce toate experiențele sale în fața lumei medicale din Breslau și printre care se găseau autorități de seamă ca Weigert, Traube, Auerbach și mai ales Cohnheim. Se părea tot mai clar că nu e departe timpul să se realizeze profeția lui Pasteur, emisă încă de 7 ani înainte: „E în puterea omului ca să se facă să dispară de pe fața pământului bolile infecțioase....“ Kohn publică imediat lucrarea lui Koch în a sa revistă cunoscută „Beiträge zur Biologie der Pflanzen“, reușește să reție pe Koch la Breslau, pentru a continua lucru numai în această direcție și intervine imediat la Berlin, unde vedea posibilități mai mari de activitate pentru Koch. Puțin după acela însă Koch se reîntoarce la Wollstein, nevoit să-și reia din nou funcția de medic practician, căci în Breslau murea de foame. Aici va sta până la 1880, — dar, bineînțeles, fără să renunțe la ocupația sa de predilecție, — adică lucru în lumea microbilor. Dar interesant de remarcat: în loc ca Koch să continue cu același zel și metodă scrupuloasă cercetarea în o nouă boală contagioasă pentru a descoperi un nou microb dimpotrivă a doua sa lucrare, publicată tot în revista lui Kohn în 1877, tratează numai chestiuni de tehnică bacteriologică. El dă aici indicațiuni foarte prețioase de felul cum trebue să se aplice microscopia în studiul microbilor, indicând metode de fixare, colorare și chiar de fotografiarea microbilor. S'ar părea prin aceasta că Koch pune în gardă lumea științifică de a nu se grăbi în găsirea a noui microbi, fără a nu respecta o metodă elementară dar sigură de cercetare, pe care el a inventat-o, a executat-o și ține să o respecteze și alții. De fapt în această lucrare nu se vede numai spiritul exact și meticulos până la detalii, care se va evidenția în toate lucrările ulterioare a lui Koch, ci o originalitate netăgăduită: Koch e cel dintâi care aplică coloranții bazici de anilină a lui Weigert în colorația microbilor, el e cel dintâi care aplică fotografia în studiul bacteriologic. „Nimeni nu te va crede dacă nu arăți fotografii“, spune Koch nu fără o oarecare ironie în acest memoriu, probabil gândindu-se la scepticismul lumei medicale din acea vreme în ce privește microbii.

Și în adevăr acest scepticism curând l-a putut constata însuși Koch așa după cum Pasteur l-a întâlnit deja în Franța. In 1878, Koch prezintă la congresul medicilor și naturaliștilor din Kassel a **3-a a sa lucrare efectuată tot în Wollstein,** în care aduce lămuriri **asupra etiologiei infecțioase a plăgilor**

dela om şi animalele de laborator. Cum era şi de aşteptat, lumea nu e de loc satisfăcută de noua sa lucrare: Untersuchungen über die Aetiologie der Wündinfektionskrankeiten. Şi totuşi şi această lucrare este de o importanţă covârşitoare. Nu numai că demonstrează experimental rolul microbilor în plăgile supurate, apropiind în mod genial experienţa lui din războiul dela 1870, cu datele de laborator el face aici un studiu original, studiind microbii în situ concomitent cu leziunile anatomo-patologice; el trece mai departe la studiul microbilor în afara plăgilor, — cultivându-i in vitro şi încă în generaţii succesive, ca apoi să treacă din nou la studiul lor in vivo, prin inoculări la animale. E lesne de înţeles că nu-i interesau pe naturaliştii din Kassel septicemia şoarecilor, dar pentru medicina experimentală de mai târziu acest studiu al lui Koch e un abecedar pe cari toţi experimentatorii vor trebui să-l buchinească.

Fapt sigur e că aceste 3 lucrări dintâi a lui Koch nu au rămas fără răsunet pentru oficialitatea germană, căci la 1880 Koch a chemat la Berlin în departamentul imperial al sănătăţii. Aici i se pune la dispoziţie un laborator care nu mai era ca cel din Wollstein; în plus 2 asistenţi îl vor secunda la lucru: Löffler şi Gaffky, cari curând vor deveni ei însăşi mari bacteriologi, mărind prin aceasta şi mai mult faima maestrului în Germania şi peste graniţă. In aceste împrejurări, Koch porneşte la lucru mai aprig ca la Wollştein. Dealtmintrelea era şi timpul ca lumea să afle noi microbi şi noi descoperiri în domeniul bolilor infecţioase din partea lui Koch. Koch nu era Pasteur: nici nu era prea entuziasmat şi nici căuta să influenţeze pe cei din jurul său în fiecare dimineaţă cu noui descoperiri sau noui idei. Rece, calculat şi metodic, ca un tratat de geometrie (de Kruif) Koch nu se grăbeşte la descoperirea de noui microbi, ci caută mai întâi să-şi fixeze mai bine încă metoda sa de lucru. Da, fără metodă nu e progres durabil şi Koch ştie aceasta, el fiind prototipul omului cu metodă în lucru. Nu anticipări clădite pe ipoteze, nu fapte pe jumătate demonstrate; acestea nu rezistă la proba timpului, n'au caracterul eternităţei. Şi în ştiinţă, ca şi în alte domenii, rezultate durabile nu se obţin decât pornind dela fapte sigure şi mai ales dela fapte simple. Şi Koch porneşte la lucru în noul său laborator din Berlin dela un fapt de o extremă simplicitate, — dela aceea ce noi azi numim bucătăria laboratorului; Koch vrea să obţie un astfel de mediu de cultură pentru microbi ca să poată avea oricând colonii pure dela unul şi acelaşi microb. Ce simplu lucru, — am zice noi astăzi! Ce greu şi în acelaşi timp important lucru era aceasta la începutul bacteriologiei, adică pe vremea lui Koch! De aceia el nu e mulţumit nici de mediile lichide a lui Pasteur şi nici de mediile utilizate de el până în prezent: umoarea apoasă a ochiului sau serul sanguin. Lui îi trebue un astfel de mediu ca oricând să obţie colonii pure şi izolate de microbi, ca apoi să pornească la lucru sigur. Cu alte cuvinte nu poţi fi sigur că ai ajuns undeva, dacă ignorezi punctul de plecare. Şi Koch îşi propune a găsi un mediu solid şi reuşeşte, căci tot ce îşi propune acest geniu trebue să se realizeze. **Printr'o anumită proporţie de bulion şi gelatină, Koch realizează în 1811, primul mediu solid cunoscut în bacteriologie.** E o descoperire epochală care îl face pe însuşi Pasteur să exclame la congresul internaţional din Londra: C'est un grand progrès! Şi în adevăr progresul a şi însemnat în bacteriologie faptul introducerii mediilor solide, căci Koch prin aceasta nu întârzie ca peste un an să descopere baccilul tuberculos, după cum alţii reuşesc pentru noi microbi descoperiţi.

In **şedinţa istorică a societăţii de fiziologie din Berlin dela 24 Martie 1882, Koch aduce la cunoştiinţa lumei medicale** una din cele mai de seamă descoperiri în domeniul bacteriologiei: în acelaşi stil lapidar dar şi după aceiaşi metodă riguroasă şi încadrată în fapte experimentale ce nu lasă nicio îndoială, cum a fost în lucrarea cărbunelui, Koch demonstrează în mod irefutabil **cum că cauza tuberculozei este un baccil pe care el l-a constatat, l-a izolat, l-a cultivat şi în fine l-a inoculat cu succes la animale.** Numai prin această singură descoperire, capitală atât în domeniul bacteriologiei cât şi în cel a medicinei în general, oricine ar fi putut trece în rândul nemuritorilor. In adevăr meritul lui Koch este de o îndoită valoare prin clarificarea etiologiei tuberculoase: pe deoparte lumea medicală este lămurită de

acest teribil flagel al rasei umane care datează din timpurile arhiistorice şi deci cunoscându-se mijlocul de depistare a tuberculozei, o serie întreagă de consecinţi binefăcătoare pot decurge pentru omenirea suferindă; pe de altă parte, din dificultatea mare pe care Koch a întâlnit-o în descoperirea bacilului tuberculos, el a ajuns la **stabilirea acelor legi sau postulate de cercetare microbiană**, cari vor rămânea pentru totdeauna menţionate şi respectate de bacteriologi în cercetările lor. Aceste legi sunt: Orice microb şi în general microorganism specific trebue să fie asociat cu un proces morbid şi deci cu o boală: 1) se poate izola în stare pură; 2) se poate inocula la un animal sănătos şi susceptibil pentru a produce totdeauna aceiaşi boală şi în fine 3) poate din nou fi pus în evidenţă şi izola în stare pură din maladia experimentală. Înţelegem acum de ce acest mare spaţiu dintre prima şi a doua descoperire a lui Koch în domeniul boalelor infecţioase, adică între studiul său clasic despre antrax din 1876 şi cel al tuberculozei din 1882. Studiul microbilor nu se rezumă la o simplă goană în a găsi ceva într'o boală infecţioasă; bacteriologii, aceşti „vânători de microbi" trebue să se supună unei anumite disciplini ştiinţifice de lucru şi cercetare pentru ca descoperirea lor să fie durabilă la critica contimporanilor şi la proba timpului. Astfel, toată osteneala lor nu se reduce decât la efemera existenţă a unui articol de gazetă.

Intre timp, Koch se ocupă nu numai cu microbi, ci şi cu mijloacele de distrugere a acestor microorganisme. Cu intuiţia lui genială el aplică în laborator ca şi Lister în chirurgie o serie întreagă de mijloace de antisepsie şi asepsie. Chiar de când era la Wollstein făcea o întrebuinţare largă de sublimat coroziv, — încât mâinile i se înegrise, iar mai târziu stabileşte şi o metodă originală de apreciere a puterei antisepticilor, folosindu-se de rezistenţa mare a sporilor. De asemenea în 1881, Koch şi cu asistenţii săi perfecţionează ideea liu Merke de sterilizare cu ajutorul aburilor, **introducând în laborator cunoscutul lui cuptor sau autoclav.**

In 1885, Koch pleacă în Egipt, unde se ivise o epidemie de holeră. Toţi biografii săi afirmă în cor că aceasta a fost o ocazie fericită pentru Koch de a călători, cunoscându-se dorinţa lui, manifestată din copilărie, de a voiaja. De sigur, că nu trebue exclusă această plăcere subiectivă, deplasându-se în ţări civilizate, asistând la congrese interesante ori luând parte la banchete oficiale. Dar a pleca într'o ţară semi-civilizată, a sta în mijlocul holericilor fără să ştii nici cum te poţi îmbolnăvi şi nici când poţi muri, e greu de admis că aceasta e o plăcere. Oricum, Koch pleacă în Alexandria şi se ocupă serios de cercetări. Sobru în toate şi puţin comunicativ, Koch nu împărtăşeşte nimic din lucrul său celorlalţi membrii din comisia germană sau franceză. Intre timp epidemia de holeră din Egipt se stinsese. El raportează atunci guvernului german că nu e sigur pe ceea ce a găsit şi e nevoie de noi cercetări în India, unde holera este endemică şi unde ar avea ocazie să studieze toate condiţiile de infecţie, nu numai agentul patogen. Pleacă deci în India ca să se întoarcă în ţară în 1884, deplin victorios şi de data aceasta: **cauza holerei, e tot un microb, baccilul virgulă.**

Koch este recunoscut acum de toată lumea ca unul din cei mai de seamă bacteriologi. In 1885 este numit la Berlin profesor de bacteriologie şi higienă. Acum nu e vorba de ocuparea unei catedre; o şcoală nouă în viaţă în jurul maestrului, cu ucenici veniţi din toată lumea, între care Welch din America, Kitasato din Japonia, Babeş din România.

Dar cursurile îi răpesc prea multă vreme şi apoi o problemă îl obsedează într'una pe Koch, aceea a tuberculozei. Cu descoperirea cauzei tuberculozei şi cu studiul infecţiei tuberculoase experimentale nu s'a rezolvat complect chestia tuberculozei, — gândeşte Koch; trebue imperios de găsit şi mijloace de vindecare. Deja încercări de vaccinare şi chiar de seroterapie se fac ici-colo pentru alte boli infecţioase. Deci un motiv mai mult pentru lucru în această direcţie: şi în laborator printre animale de experienţă, dar şi în spital printre bolnavi. Un **Institut de boli infecţioase i se creiază la Berlin** în 1891, a cărui direcţie Koch o menţine până în 1904. Este interesant de relevat această nouă ipostază a lui Koch: renumit bacteriolog, el nu renunţă de a fi şi medic. Face vizită regulat în spital; se interesează personal

de diferite cazuri clinice de tuberculoză; face observaţie, ia note. Dar acuma se întâmplă că pentru prima dată Koch să greşească: **La al 10-lea congres medical internaţional din Berlin, deci la 1890. Koch anunţă că a găsit mijlocul de tratare a tuberculozei şi chiar de vindecare.** E vorba de **tuberculină**, — de primul produs elaborat de Koch din o cultură de baccili tuberculoşi şi pe care noi azi o denumim şi o întrebuinţăm sub numele de **tuberculina veche a lui Koch** sau **At.** Curând după această anunţare plină de atâtea speranţe, se constată însă deziluzii. După cum ştie fiecare medic azi, tuberculina are o întrebuinţare restrânsă ca mijloc terapeutic. Cu alte cuvinte sunt indicaţiuni şi contraindicaţiuni în întrebuinţarea acestui produs a lui Koch. Cu toţii recunoaştem că gloria lui Koch ar fi rămas în toată a ei splendoare dacă tuberculozei i s'ar fi recunoscut dela început valoarea ei deplină ca mijloc de diagnostic şi numai o slabă şi limitată valoare ca mijloc terapeutic. Dar cine putea opri convingerea fanatică a lui Koch în a aduce un bine omenirei suferinde, în care la fiecare 7 oameni sănătoşi trebue socotit unul tuberculos? Sigur, medicii contimporani şi colaboratorii lui Koch ar fi putut-o face şi vina lui Koch revine lor de fapt; ba forţaţi trebue să recunoaştem că tocmai medicii au fost şi printre cei dintâi acuzatori ai lui Koch în această problemă şi s'au făcut ecoul de reproşuri a lumei suferinde şi amăgite în speranţa vindecărei. **Mai târziu, însuşi Koch revine asupra valoarei tuberculinei, arătând că aplicarea ei trebue să se facă mai mult în scop de diagnostic:** In fond vom vedea însă că Koch nu renunţă niciodată la rezolvirea complectă a problemei tuberculinei, indiferent dacă timpul sau mijloacele îi sunt potrivnice. Astfel în 1897, deci şapte ani după descoperirea primei tuberculine, constatăm că Koch reia chestia tuberculinei. Este instigat în fond de a găsi numai decât mijlocul terapeutic şi ideal contra tuberculozei, el porneşte de fapt dela datele experimentale ce i le oferă vasta sa experienţă în materie de tuberculoză experimentală. El nu poate uita **observaţia făcută întâi de el şi confirmată apoi de toată lumea ştiinţifică,** anume că un animal odată având o infecţie tuberculoasă, se arată destul de rezistent la o nouă infecţie tuberculoasă: e vorba de ceea ce numim în medicina experimentală sub numele de **„fenomenul lui Koch".** La aceasta se adaugă observaţia constatată zilnic în Medicină că tuberculoza este curabilă şi deci orice infecţie tuberculoasă nu este fatală. Atâtea motive, deci, de a lucra mai departe şi deci noi încercări pentru a ajuta organismul uman infectat ca să reziste şi să iasă biruitor din această încercare. Vechea tuberculină Koch a întrebuinţat-o ca un mijloc antitoxic; când experienţa nu i-a conformit această convingere, el prepară **noi tuberculine** (TA. Alkkaline tuberculin; TO = Tuberculin Oberschhict şi TR = Tuberculin Rückstand). Toate aceste noi încercări a lui Koch se fac în acelaşi scop ca şi cele vechi şi ca şi cele ulterioare: în a rezolva complect problema tuberculoasă, odată pentru totdeauna. De aici puţin emoţionat de criticile ce i se aduc, ocupaţia lui de predilecţie este în domeniul tuberculozei în toate formele şi sub toate raporturile ei. Astfel în 1900 îl vedem pe Koch la congresul internaţional contra tuberculozei la Londra, vorbind de diferitele tipuri de bacili tuberculoşi (tip uman şi tip bovin); în 1901 reia din nou chestia tuberculinei şi ajunge la o combinaţie dintre TO şi TR, — sub numele „emulzie baccilară" (BE). In fond, oricare ar fi forma de tuberculină preconizată de Koch, principiul diriguitor rămâne acelaşi pentru el: a găsi un mijloc biologic de vindecare a bolnavului fără a risca o recrudescenţă a boalei. Şi acest principiu într'atâta l-a obsedat pe Koch, că nu l-a părăsit decât odată cu moartea. Dejadupă ce părăseşte Institutul de boli infecţioase, Koch se ocupă cu tuberculoza bovideelor ca şi cu tuberculoza umană, — în special tuberculoza cutanată şi cea a mucoaselor, unde tuberculina s'a arătat destul de activă. Chiar **boala care l-a răpus, — un sindrom cardio-renal cu astm cardiac —.** Koch o raportează la tuberculoză, considerând astmul său de origină tuberculoasă şi nedând mare atenţie afecţiunei care curând îl va răpune. Cât de mult a contribuit Koch în tuberculoză, fiecare medic din orice ţară o ştie. Chiar în Germania, unde critica din partea lumei medicale în frunte cu Virckow părea mai acută, această recunoaştere a meritelor lui Koch n'a întârziat şi la 25 de ani după descoperirea baccilului tuberculozei, un mare fond se instituie **(R. Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkolose),** la care toată lumea

contribuie, începînd cu Kaiserul şi chiar persoane din afara Germaniei, ca americanul Carnegie

Nu trebue însă să ne închipuim că activitatea prodigioasă a lui Koch s'a mărginit numai la tuberculoză; ea s'a extins şi-n alte domenii ale bolilor infecţioase. Astfel în 1892 îl vedem pe **Koch, ca un igienist,** combătând cu succes holera care s'a ivit în Hamburg şi în aceeaşi calitate şi cu competinţa pe care singur o avea în acea vreme în Germania, publicînd în 1893, un **memoriu clasic asupra epidemiilor de origină hidrică.** In cadru acestor epidemii nu intră numai holera, dar şi infecţiile tifico-paratifice la care Koch a contribuit indirect. Două fapte trebuiesc relevate cu această ocazie: 1. Koch e **cel dintâiu care stabileşte noţiunea de purtător,** o noţiune extrem de importantă în studiul epidemiologic al unor maladii infecţioase; într'adevăr de-atunci nu este igienist de pe suprafaţa globului care să o ignoreze când e vorba de a depista sursa unei epidemii sau a o combate; al 2-lea fapt de remarcat e că Koch, deşi a lucrat în febră tifoidă şi după ale lui sfaturi competente s'au putut combate cu succes epidemii de febră tifoidă în Germania, a lăsat pe elevul său Gaffky să publice studiile bacteriologice cu privire la etiologia acestei boale. Aici se vede maestrul ideal care dă numai directive şi lasă pe ucenicii săi să desvolte anumite teme. Pe Koch dealtmintrelea îl interesa, în afară de problema tuberculozei cum am văzut, şi alte boli cu etiologia diferită decât cea microbiană. Deja aceste vederi largi, Koch le arată în 1890 la un congres internaţional şi de-acolo se poate vedea că nu era străină pentru el şi noţiunea de viroze, sau cea de boli parazitare. Pleacă chiar în 1899 în Italia şi mai apoi în Java şi Noua-Guineea pentru a studia malaria, — confirmând pe Ross, care din 1897 evidenţiase rolul ţânţarilor în propagarea paludismului. Aduce chiar contribuţii interesante şi în acest domeniu, stabilind între altele **legătura dintre infestaţia paludică şi hemoglobinurie.** Dealtmintrelea studiul bolilor tropicale l-a pasionat în aceeaşi măsură cu cel al bolilor microbiene din Europa şi nenumărate sunt călătoriile pe care Koch le face în acest scop: aşa îl vedem în Africa-de-Sud, unde la invitaţia guvernului englez, studiază pesta bovină şi cu care ocazie instituie o metodă preventivă de inoculare; îl găsim de asemenea în Rhodesia, în coloniile germane din Africa-de-Est şi-n alte ţări exotice pentru **studiul febrei de coaste, piroplasmozelor, bolei somnului,** etc.. Koch e acela care propune întâi **întrebuinţarea atoxilului în tripanosomiază** (106). In fine, Koch se duce şi în Japonia în 1908, unde lumea medicală în frunte cu elevul său Kitasato îl venerează ca pe un zeu; cu această ocazie Koch ţine mai multe conferinţi. Deja numele lui Koch e arhicunoscut pe tot globul şi meritele sale sunt nu numai apreciate în Germania, unde e numit membru al tuturor societăţilor ştiinţifice şi primeşte titulatura de Excelenţă, dar şi peste hotare. **In 1906,** Koch primeşte printre cei dintâi, **noul premiu internaţional Nobel, pentru cercetările sale epocale din bacteriologie şi medicină.** Sfârşitul vieţii sale este însă tulburat prin aprecierile puţin amabile ce se făceau cu privire la a 2-a căsătorie a sa.

După o pneumonie pe care Koch o biruie în Berlin, el caută un loc de convalescenţă şi e dus la Baden-Baden; aici îl îngrijesc pofesorii Briegger şi Krause, care ne dau ultimele amănunte din viaţă acestui titan. Cu toată gravitatea boalei Koch e optimist; nădăjduieşte curând să se reîntoarcă la Berlin, pentru a relua studiul tuberculozei,, dar se stinge printr'un colaps cardiac în ziua de 27 Mai 1910. După dorinţă, cenuşa corpului său incinerat, este depusă într'o urnă la Institutul care-i poartă numele, cu următoarea inscripţie lapidară:

ROBERT KOCH
11 Decembrie 1843, 27 Mai 1910.

* * *

După această descriere cronologică şi pe cât posibilă obiectivă a celuia care a fost şi a cea ce a creiat Robert Koch, se impune a sintetiza opera sa în caracterele ei esenţiale şi mai ales a privi omul în justa lui poziţie de pe soclul istoric al bacteriologiei în special şi al medicinei în general. Dar mai înainte de toate se impune să ştim — şi aceasta s'ar părea că e partea cea mai palpitantă din viaţa lui Koch — care a

fost mobilul care l-a mânat pe Koch, simplu medic practician, să abordeze studiul cu totul nou al bacteriologiei? Intrebarea ni se pune cu atât mai imperios cu cât din schiţa biografică deja expusă s'a putut constata cum Koch dintr'odată se apucă de studiul cărbunelui cu o siguranţă şi originalitate care ne lasă nedumeriţi: fără cunoştinţi prealabile, fără bibliotecă, fără laborator, fără conducerea unui maiestru care să diriguiască novicele în a nu face greşeli. E greu de răspuns la această întrebare: cu atât mai grea ni se pare această întrebare cu cât pentru celălalt fondator al bacteriologiei de peste Rhin, adică pentru marele Pasteur, explicaţia o găsim mai repede şi oarecum logică prin însăşi natura studiilor întreprinse de el: chimist prin educaţie, trece din mineralogie, la cristalografie; de aici la asimetria moleculară, la fermentaţie şi fermenţi, ca final să se oprească la boli şi microbi. Dar la Koch nu este aşa. Biografii săi, între care Metchnicoff, lămuresc faptul istoriceşte. Koch, mai tânăr cu 21 ani decât Pasteur, n'a fost străin de ideile şi afirmaţiile lui Pasteur; la aceasta s'ar putea adăuga şi faptul că Koch a fost influenţat în mare măsură de învăţătura fostului său profesor din Göttingen, Henle, care propaga o nouă teorie a bolilor infecţioase prin al său „contagium animatum"; de aici şi până la admiterea microbilor nu e decât un pas. Aparent, explicaţia pare plauzibilă; dar să facem istorie adevărată. In momentul când Koch lucrează în cărbune, Pasteur abia isprăvise disputa celebră cu Liebig cu privire la fermentaţie şi la fermenţi, — aceştia din urmă socotindu-se ca organisme viabile, cu o autonomie biologică bine determinată. Se vorbea de microbi, — e adevărat; dar în mod vag şi timid, după cum nu trebue de uitat, că şi înainte de Pasteur însă se vorbea de microbi. Mai mult dacă vreţi: se întâlnise bacteridia carbonoasă în cazuri de antrax de către mulţi, ca Roger şi Davaine în 1850, Pollender, un conaţional al lui Koch, în 1849. Dar câtă nesiguranţă, de chaos, dacă ne gândim că cei mai mulţi considerau microbii ca secundari infecţiei şi nu cauzatori de boală. Dar chiar în cazul din urmă, cu câtă uşurinţă se abuza de această nouă etiologie a bolilor. Botanistul Hallier din Jena, spre exemplu nu mai isprăvia cu descrierea tuturor ciupercilor şi a altor microorganisme găsite în diferite boli infecţioase. Ce poate deci afla Koch din acest chaos? Explicaţia lui Metchnicoff dar nu ne satisface; mai puţin ne va satisface explicaţia lui de Kruif, autor a unei colecţii de biografii de bacteriologii, intitulată sugestiv „Vânători de Microbi", De Kruif caută să romanţieze primul capitol din viaţa de cercetător a lui Koch, după moda azi în mare stimă a biografilor, afirmând că Koch primise cadou dela soţia sa un microscop şi repede s'a apucat de studiu. Dar, admitem cu toţii azi, nu orice medic în posesia unui microscop devine în mod necesar bacteriolog, şi deci, cu atât mai puţin pe vremea lui Koch. Explicaţia trebue să fie alta: Koch, ca un Faust redivivus, era îmboldit de un demon: prin cercetare să ajungă la adevăr. Ca medic nu era mulţumit de cunoştiinţele medicale de pe acea vreme şi totuşi, ca medic era obligat să le trateze. Geniul lui creator îl mâna atunci la cercetare şi adevărul la care trebuia să ajungă nu putea fi altceva decât cauza boalei mai întâi şi apoi vindecarea. Din acest impuls intern şi divin, nedefinit dacă vreţi, Koch se ridică peste timp şi oameni şi creiază

BCU Cluj / Central University Library Cluj

din nimic, — în sensul teologic, am zice el făcea minuni. Dealtmintrelea din acelaşi impuls intern, Koch odată stăpân pe disciplina bacteriologică, se întoarce iarăşi la rolul de medic: el nu se mulţumeşte după cum s'a văzut cu descoperirea cauzei tuberculoase, culcând-se liniştit pe patul victoriei; el se străduieşte o viaţă întreagă să-i găsească şi leacul. Şi chiar când nu reuşeşte complect, nimic nu-l împediică să cerceteze mai departe: tăcând şi lucrând, el ignorează critica şi, dacă vreţi, se ignorează pe el, pentrucă Koch niciodată nu şi-a estimat opera. Din acest fel de a servi lucrurile, Koch este tipul eroului definit de Carlyle, erou al medicinei în general, al bacteriologiei în special. Şi eroul se impune prin însuşi prezenţa lui: e un fenomen care nu are nevoie de fişe şi antecedente.

Caracteristica operei lui Koch? Originalitate şi metodă ar fi poate singurele atribute ale operei lui. Când creezi din nimic ce poţi spune oare altceva decât că e minunat şi original. Original în concepţie, original în amănunte. Ce se ştia spre exemplu de tuberculoză înainte de Koch? Se ştiau poate multe, dar se ignora principiul. Se ştia diferite forme anatomo-patologice, pe care unii ţineau să le unifice într'o formă tipică şi ştiinţifică, pe când Virchow încă făcea dinstincţie între tubercul şi scrofule. Se ştia dela Villemin că boala e contagioasă, dar se ignora esenţialul: prin ce este tuberculoza contagioasă. Baumgarten văzuse chiar un bacil în secţiunile histologice, dar nu făcea nicio legătură între acest bacil şi leziunile concomitente. Dar vine Koch şi rezolvă totul după o muncă supraomenească de 2 ani; el găseşte bacilul în tuberculoza umană, îl colorează, îl izolează în cultură pură şi cu această cultură reproduce tuberculoză experimentală la animale, — aşa după cum s'a văzut.

Metoda lui Koch, este o disciplină de lucru sfântă, care o ridică la rangul de lege, totdeauna plecând dela fapte simple, uneori extrem de simple (amintiţi-vă născocirea mediilor solide), pentruca cu acelaşi pas încet şi sigur să ajungă la ansamblu. Din această cauză, tot ce a realizat Koch nu sufere nicio obiecţie, pentrucă el însuşi în timpul cercetărilor şi execuţiei unei idei şi-a făcut sigur toate obiecţiile. Din această cauză, nimic din ce a descoperit Koch nu este rezultatul întâmplării: totul este conceput, executat şi sintetizat după postulate şi legi dela care nu se abate un moment. O singură dată numai întâmplarea i-a sugerat ceva: la Berlin, făcând în laborator diferite combinaţii şi încercări pentru preparaţia unor medii ideale de izolare, zăreşte pe un raft o felie de cartof, uitată de mult şi cu diferite pete pe ea. Se opreşte, o examinează atent şi imediat, din diferitele pete de pe ea se fac mai mult preparate şi le examinează îndelung la microscop. Asistenţii lui sunt intrigaţi de ce nu mai pleacă şeful acasă şi când, timid pătrund în laborator, Koch le arată preparatele; fiecare din aceste preparate arăta o colonie separată de microbi sau ciuperci cari nu spuneau mult pentru asistenţi. Dar Koch îi lămureşte pe deplin: cu medii solide se pot obţine colonii separate. Rezultatul acestei descoperiri pentru Koch, imediat şi pentru bacteriologie în viitor îl ştiţi deja.

Dar Koch omul? Noi muritorii de toate zilele, din curiozitate inerentă firei umane, rar facem distincţie dintre savant şi om; ne

interesează opera savantului, dar ne intrighează şi viaţa savantului, adesea confundându-le, dar niciodată apreciindu-le pe fiecare la justa lor valoare.

Koch a fost un tipic exemplu de individualist; străin de ce-l înconjoară fără a ajunge la hipertrofia eului; străin chiar de tot ce a descoperit, căci niciodată nu şi-a supra-estimat valoarea operei lui. Când află din ziare — Koch se găsea în acel moment în Bulawaja (Rhodesia) într'o călătorie de studii — că a fost sărbătorit în Germania cu mult fast cu ocazia aniversării de 60 ani, — printre fumul de ţigară el spune celor dimprejur: „Privind viaţa mea în totul, se poate spune că am făcut multe. Dar eu tocmai aceasta am uitat-o deja!"

Şi această aparentă modestie o arată şi mai clar atunci când se întoarce victorios din India. El spune textual admiratorilor săi: „Am lucrat pe cât am putut mai mult... şi dacă succesul meu a fost mai mare decât al celor mai mulţi, motivul e că am trecut printr'un domeniu medical, unde aurul şedea alăturea de drum; dar aceasta nu-i mare merit". Se înţelege că Koch lucrând mereu după disciplina lui riguroasă era până la un punct exclusivist şi refuza orişice nu intra în vederile lui. In acest sens şi nu din spirit de ostilitate, Koch s'a arătat puţin comunicativ cu cei ce-l abordau. Metchnicoff ne pomeneşte că în două rânduri a căutat să-i explice lui Koch fenomenul fagocitozei şi de 2 ori n'a reuşit. Dar antiteza era evidentă între aceşti doi oameni: unul slav, comunicativ şi exuberant, celălalt german, rece şi tăcut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar fiindcă vorbim de omul Koch nu trebue să trecem sub tăcere şi obiecţiile cari i s'au adus şi ca savant şi ca om. Aceasta nu o facem în sens peiorativ, ci tocmai a-l înţălege şi mai bine.

Una din principalele obiecţii aduse operei lui Koch, e aceia că prea mult se vorbeşte în ea de tehnică şi deci nu toată opera sa ştiinţifică are un caracter unitar şi riguros ştiinţifică. Cu tot caracterul peiorativ, această obiecţie merită a fi discutată. Este adevărat că Koch, un geniu inventativ prin excelenţă, a dat cel întâi indicaţii foarte multe şi foarte variate de tehnică în bacteriologie: cum se face un preparat microscopic, cum se colorează şi în fine cum se examinează el cel întâi folosind condensatorul lui Abbé şi imersia. După cum aţi aflat, tot Koch e acela care utilizează diferite metode de cultivare a microbilor, ajungând final la introducerea mediilor solide pentru izolare. In fine Koch e printre cei dintâi care face uz de antiseptice şi instituie metode originale de sterilizare ori de controlul puterei antisepticilor. Dar, Doamne, în primele începuturi ale bacteriologiei, se puteau face cercetări fără o tehnică precisă? A admite contrariul, e ca şi cum am crede că-i posibil un laborator fără aparatură şi aparatură fără o tehnică. Ştiinţa, oricare i-ar fi obiectivul — admiteţi, — nu e un hokus-pokus, progresul făcându-se numai prin mişcare de baghetă. Ori meritul lui Koch, ca şi de altmintrelea a lui Pasteur, e tocmai că nu numai au fost fondatorii bacteriologiei ca ştiinţă, dar şi primii iniţiatori de tehnică bacteriologică, pentru care posteritatea trebue să le fie recunăscătoare. Metchnicoff e surprins că în timpul vizitei la Institutul Pasteur, Koch continuu lua note în tot ce priveşte tehnica. Nimic

mai natural pentru oricine ţine să se iniţieze mai mult într'o disciplină nouă. Ş'apoi a greşit vreodată Koch din aplicarea şi respectarea acestei tehnice, aşa cum se întâmplă adesea azi în lumea oamenilor de laborator? Dimpotrivă, regretăm că acest maiestru iscusit nu ne-a lăsat mai multe date de tehnică. Cu siguranţă că spiritul lui ingenios, nu ca al oamenilor de cavernă — cum se exprimă de Kruif în biografia sa — era un izvor nesecat de noi şi originale metode de tehnică. Este demn de relevat aici convorbirea ce a avut-o cu Kolle, un elev al său şi din care reese că celui întâi care i-a trecut prin minte de cultura ţesuturilor a fost tot Koch. Această ideie, realizată mai târziu de Levis, Carrel şi Harrisson, se ştie ce bogată contribuţie a adus în biologie.

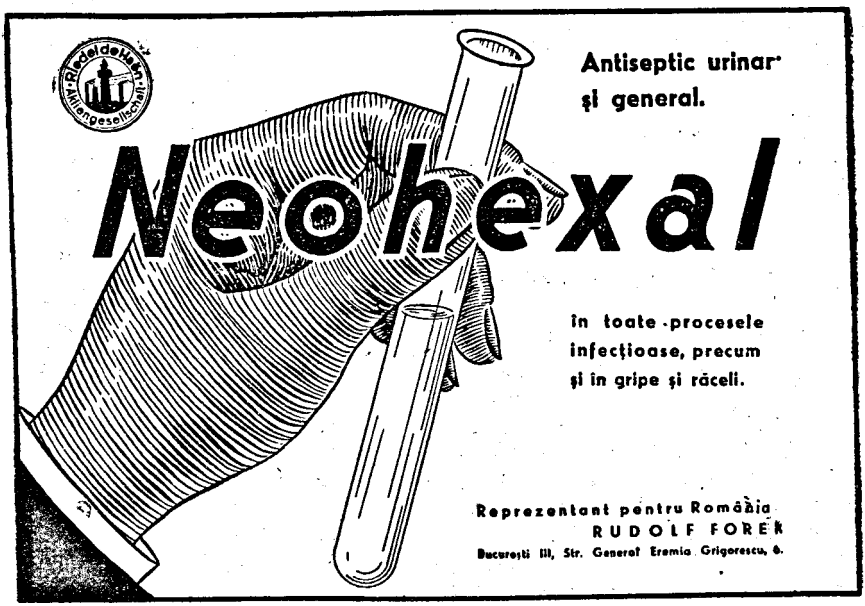
Nu mai insistăm asupra altei obiecţii care i s'a imputat lui Koch, aceea cu privire la tuberculină şi la posibilităţile de vindecare a tuberculozei. Pasteur, care în chestia turbărei a fost mai fericit decât Koch, a fost totuşi acuzat că omoară oamenii. Cine cunoaşte psihologia egoistă şi foarte răutăcioasă a bolnavlior de tuberculoză, speculată de anumiţi medici de rea credinţă, îşi poate foarte bine închipui la câte atacuri şi acuzaţii a fost supus Koch după ce a amintit la 1890 puterea de vindecare a tuberculozei. Dar să trecem la o altă acuzaţie ce s'a făcut şi încă se face lui Koch, şi care formează o temă des discutată în bacteriologie: Koch a fost puţin înţălegător pentru marele Pasteur. E destul de regretabil când se mai speculează această temă, după cum regretabil e de asemenea faptul că sunt tratate de bacteriologie, unde se vorbeşte exclusiv numai de Koch ori numai de Pasteur. In fond care-i realitatea? In viaţa ştiinţifică ca şi în viaţa de toate zilele, deseori întâlnim un fel de a gândi şi un fel de a vorbi, în care obiectivitatea este în mare carenţă. Pe scurt: există un mahalagism ştiinţific. Ca şi când s'ar descoperi America, se face caz de faptul că Pasteur dela 1870, refuză de a mai ceti vreo publicaţie germană, sau că Koch evită să discute cu Pasteur problema atenuărei virusurilor la congresul de igienă dela Geneva, în 1882. Sau alt caz: Pasteur, chiar pe tribuna Academiei de Medicină, este vehement până la violenţă cu adversarii săi, adică medicii şi Koch, sfidează confinienţile sociale ale colegilor săi, divorţând şi însurându-se a doua oară? Dar ce a pierdut bacteriologia din toate acestea? Şi Pasteur şi Koch trebuesc de fapt priviţi ca primii fondatori al acestei noui ştiinţi medicale. Animozitatea aparentă dintre aceşti 2 titani nu era decât maniere deosebite de gândire şi de lucru a două personalităţi, a două lumi dacă vreţi, de dincolo şi dincoace de Rhin, cari nu se aseamănă şi nu se suprapun. Pasteur, tip reprezentativ a geniului latin, după ce abordează studiul fermenţilor, trece repede la cel al microbilor şi în exuberanţa geniului care planează peste noianul de fapte şi lumi noui, atacă chestia atenuărei virusurilor şi intră de-adreptul în domeniul medical, cu noui metode de tratament, — el nefiind medic, Koch, la rândul său, şi el tip reprezentativ al unei alte rase, stăruie în studiul unui microb până la complecta epuizare a subiectului, cum a fost cazul cărbunelui sau a tuberculozei; el aduce noţiuni noui de tehnică şi cercetare a căror originalitate timpul nu o poate şterge. Finalul? Pasteur a recunoscut în totul ceea ce Koch a lucrat

în cărbune, complectându-l cu celebra lui experienţă de vaccinare, iar Koch uită repede de critica adusă lui Pasteur în chestia atenuărei virusurilor şi instituie la Institutul său din Berlin procedeul lui Pasteur de vaccinare contra turbărei. Trebue să fim miopi de a nu mai vedea în toate acestea animozităţi şi contraziceri, cari să fi dăunat ştiinţa bacteriologiei. Dar pigmeii întotdeauna sunt foarte zeloşi în a găsi obiecţiuni şi puncte slabe în viaţa oamenilor mari, crezând în van că prin aceasta îi apropie de nivelul lor. La bucuria lor efemeră se opune admiraţia desăvârşită a omenirei întregi care beneficiază continuu de opera lui Robert Koch. In Japonia, în fiecare an se face o comemorare la bustul lui Robert Koch din Institutul de bacteriologie Kitasato, săvârşindu-se şi un serviciu religios în cultul lui Shinto şi e demn de notat că această comemorare n'a încetat niciodată dela moartea lui Koch, nici chiar în timpul ostilităţilor din războiul mondial trecut. Intr'un chip modest comemorăm şi noi azi memoria lui Koch şi această comemorare se va face totdeauna, chiar dacă oraşe şi ţări se irosesc sub bombardamentul aeroplanelor cu câte patru motoare de tip „Liberator". Poporul care a dat pe Robert Koch e mai tare ca moartea.

Am consultat pentru acest articol;

1) *H. Unger:* Robert Koch.—Tauschnitz Edition, 1941.
2) *E. Garrison*, An Introduction to the History of Medicine. IV, Edition, W. B. Saunders Company' 1929.
3) *E. Metchnicoff:* Trois Fondateurs de la Médecine moderne, Pasteur. Lister, Koch. Ed. F. Alcan, 1933.
4) *P. de Kruif:* Microbe Hunters. Ed. The Albatross, 1935.
5) *W. Kolle:* Robert Koch. Zentralblatt f. Bakteriologie I. Abt. 127. 1933

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj



Necrolog

† PROFESORUL EMILE SERGENT
(1867—1943)

Profesorul Sergent a fost una dintre cele mai proeminente figuri medicale ale Franței, și foarte cunoscut în toate țările unde se face medicină. Dotat cu o abundență de aptitudini necesare clinicianului, Profesorul Sergent era un fanatic cercetător și un pasionat medic. El avea darul de a preda cu un talent remarcabil, posedând toate cunoștiințele necesare și utile unui bun profesor. Având o voință de fier, el a putut să învingă multe obstacole și să obțină toate titlurile, pe care un medic de valoare le poate câștiga. Nimeni mai mult ca Profesorul Sergent, nu știa să pună în practică achizițiile unei vaste experiențe și a unei lecturi intense. In fiece seară, în cabinetul său, departe de sgomotul orașului, Profesorul Sergent, cu o răbdare de benedictin, lucra și clasa observațiile luate în diversele servicii unde a activat. In politică, în sociologie, în filosofie, în literatură avea idei personale pe care le difuza.

Toată opera sa, formidabilă după cum o afirmă Bezançon, este consacrată studiului maladiilor aparatului respirator. Tuberculoza pulmonară ocupă primul plan. In tinerețe se ocupa de studiul endocrinologiei, știință încă la acea epocă și discutată, studiind în special capsulele supra-renale și corpul tiroid. Insuficiența supra-renală acută și linia albă Sergent—Bernard sunt descoperiri cunoscute de toți aceia cari practică medicina.

Cărțile sale sunt atât de cunoscute de lumea medicală, încât nu e nevoie să mai fie citate.

Fost intern „medalie de aur", asistent la spitalul St. Antoine în serviciul lui Ernest Gaucher, fost medic de spitale, Profesor de clinică propedentică, membtu și Președinte al Academiei de medicină din Paris, Profesorul Sergent a fost atașat de un singur spital, pe care l-a regretat adânc când l-a părăsit, de spitalul „la Charité" din Rue Jacob, azi dărâmat pentru a se clădi pe terenul ocupat de acest spital Facultatea de medicină. In acest spital s'au scris cele mai importante pagini ale clinicei franceze de către marii cliniciani ca: Laënnec, Corvisart, Bayle, Leroux și Potain.

Serviciul său a fost ocupat de marele Laënnec, creatorul metodei anatomo-clinice care a pus baza clinicei moderne. Profesorul Sergent spunea adesea-ori acelora care-l vizitau: „dacă scormoniți între scândurile care formează pardoseala sălilor de bolnavi, mai găsiți încă din praful scuturat de pe botinele lui Laënnec".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La spitalul „la Charite" şi apoi la „Broussais" unde a fost transferat în 1935, Profesorul Sergent organizase primul serviciu de chirurgie toracică, realizând astfel colaborarea între medici şi chirurgi. Din această colaborare a eşit excelenta carte asupra supuraţiilor bronşice, pulmonare, pleurale şi mediastinale, publicată în 1940, care este o probă evidentă a unei metode, unei perseverenţe, unei răbdări şi unei conştiinţe rare-ori întâlnite la aceaşi persoană. (Bezançon).

Inainte de a muri, cu câteva săptămâni apare o carte: „**La formation intelectuelle et morale des élites**", în care găsim principiile vieţii sale, pe care le expune sub o formă de „vérités premières" şi pe care orice medic trebue să le cunoască.

Castaignè, în numărul din 15 Noembrie al revistei franceze: Revue des deux mondes, sub titlul de: **Le Professeur Sergent et les élites médicales**, vorbeşte de ultima lucrare a ilustrului dispărut.

Castaigne susţine că în această carte, Profesorul Sergent s'a pictat pe el însuşi, după cum scria Montaigne: „C'est moi-même que je peins et l'on m'y verra en ma personne naturelle".

Profesorul Sergent poate fi considerat ca model al elitelor intelectuale. Pentru el morala profesională trebue respectată cu sfinţenie; ea comportă datorii şi drepturi specificate în deontologia medicală.

Medicul nu poate exercita cu succes profesiunea sa, dacă n'are o instrucţie şi o formaţie ştiinţifică bine stabilită. Conştiinţa medicului se află de cele mai multe ori supusă unor probe grele. De aceea el trebue să asculte de cele două comandamente care decurg din obligaţiile impuse de legi şi din datoriile impuse de conştiinţă. Glasul conştiinţei primează, căci conştiinţa este cea mai importantă dintre legi.

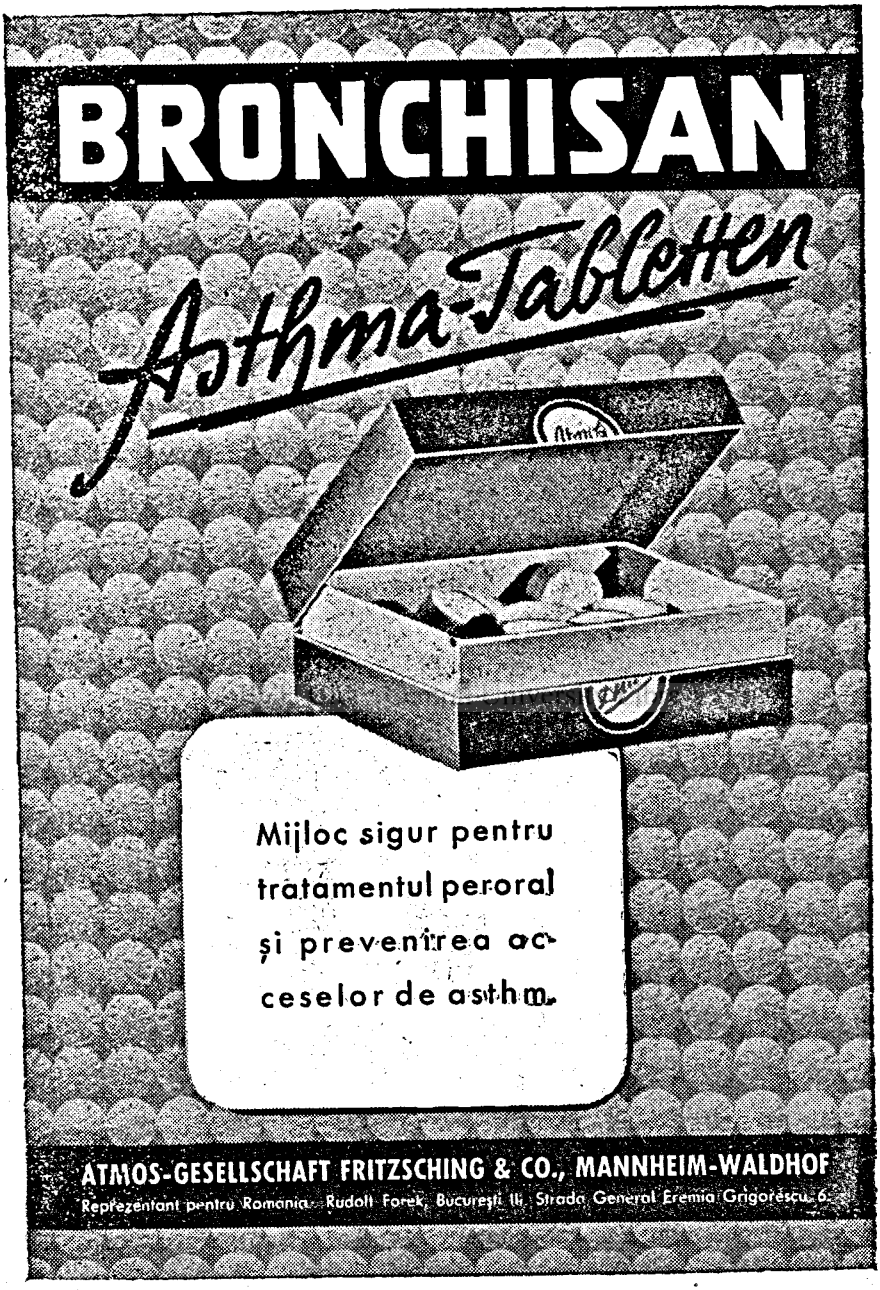
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pasteur susţinea că dacă ştiinţa n'are patrie, savantul are una. Profesorul Sergent iubia Franţa şi era înamorat de Paris, oraş care macină energiile, însă care consacră geniile.

Fiind un fervent patriot, Profesorul Sergent atribuia gândirei franceze o acţiune atât de bine-făcătoare, încât susţinè să fie cunoscută pretutindeni. Aşa se explică numeroasele călătorii întreprinse în lumea întreagă. El iubia ţara noastră şi a vizitat-o de două ori, în 1926 şi 1928. Prin moartea Profesorului Sergent, România pierde un mare şi încercat prieten, iar studenţii şi medicii noştri un protector convins de calităţile rasei noastre apţă pentru studiul medicinei.

Profesorul Sergent a murit la 24 Mai 1943, în vârstă de 75 de ani; el poate fi considerat ca purtătorul de cuvânt cel mai autorizat şi cel mai respectat al gândirii medicale franceze.

Emil Gheorghiu


BRONCHISAN
Asthma-Tabletten
Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea acceselor de asthm.
ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF
Reprezentant pentru Romania: Rudolf Forek, București II, Strada General Eremia Grigorescu 6.

ABURI TĂMĂDUITORI

Precursori tratamentului modern de înhalație!

Glycirenan reputat de decenii pentru profilaxia și tratamentul asthmului bronșic, bronșitele, rhinitei, laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

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

GAZETA FARMACIILOR LA IMPLINIREA A 100 NUMERE

INCIPIT VITA NOVA *)

Cu ocazia împlinirii a 100 numere dela apariţie, Gazeta Farmaciilor scoate un număr festiv, în care publică articolul scris de D-nul Farmacist Aurel Scurtu, Directorul revistei, în No. 1, din anul 1935, articol pe care îl reproducem mai jos pentru adâncul său înţeles; — de asemenea publică lista colaboratorilor Gazetei dela 1935—1943; — şi Tabla de materii dela No. 1—100 pe anii 1935—1943.

In Ţara Românească farmacia a devenit o instituţie fără apărare, fundamental desrădăcinată dela baza organică a tradiţiilor şi disciplinelor ei, care au veghiat câteva decenii la buna şi onorabila ei desvoltare.

Românii de baştină nu mai îmbrăţişează farmacia, şi astfel cariera nobilă de a cunoaşte, de a conserva, de a doza, de a prepara medicamentul şi de a apăra sănătatea publică, se exercitează în majoritate absolută de străini.

Tulburată de mercantilismul în care agonizează, exploatată de empirismul şi prejudecăţile exponenţilor a căror mandate de ani de zile nu au mai fost supuse verificărilor statutare, lovită de cei protivnici, abandonată şi hulită, farmacia a încetat de a mai fi o profesiune, ea se identifică numai cu comerţul.

Elitele spirituale îndepărtate dela conducerea vechilor organizaţiuni profesionale au fost înlocuite cu clanuri asociate şi încadrate în paragrafele de bază ale codului de comerţ care a desfiinţat primatul ei ştiinţific.

Preocupările ştiinţifice, literatura, scrisul şi cugetarea însăşi, nefiind valori materiale de pus la cântar au devenit relicve de muzeu. Preţurile curente de tot felul, adevărata literatură farmaceutică ad usum, frenezia speculaţiunilor şt câştigurilor, susţinute de ritmul celui mai colorat spirit droguistic sunt icoane mistice la cari se închină azi farmaciştii noştri. Marfa a gonit ştiinţa şi deci gândirea şi ideea.

Indiferenţa şi neîncrederea opiniei publice, suspiciunea umilitoare a corpului medical, supravegherea poliţienească a organelor de control, şomajul îngrijorător al tineretului farmaceutic, sunt realităţi sumbre care cheamă conştiinţa profesioniştilor noştri în ajutorul salvgardării instituţiei.

In această atmosferă apăsătoare apare *„Gazeta Farmaciştilor"*. Ea poartă şi va duce cu tot curajul celei mai ferme demnităţi, în fiecare oficină, flamura pentru a lumina adâncul conştiinţelor oneste şi a le face să înţeleagă necesitatea de a colabora la o grabnică concordie şi solidaritate a tuturor forţelor vii, întru apărarea intereselor oficinei şi ale căminurilor noastre. Congresul naţional în acest scop se convoacă la Bucureşti.

Trebue să ne vedem şi să ne strângem iarăşi mâna. Să uităm ce am suferit şi să iertăm celor ce au greşit.

Refacerea comuniunei profesioniste spirituale se impune, căci numai restabilind bune raporturi şi frăţia între colegi, vom putea păşi la închegarea unei sincere solidarităţi, trezind în fiecare simţirea azi stupefiată de socotelile mărunte şi de apăsarea nesăţioasă a mercantilismului pernicios.

Aceasta o aşteaptă şi înalta autoritate a Ministerului sănătăţii, care ne va ajuta în realizarea dreptelor noastre revendicări profesionale, dacă vom dovedi că suntem numai farmacişti.

---

*) Primul articol din No. 1—1935 din Gazeta Farmaciilor, scris de Farm. Aurel Scurtu, Directorul revistei.

Aşteptăm, în primul rând dela *farmaciştii români*, cu înţelegere pentru problemele naţionale ale exerciţiului farmaciei, cu iubire pentru Patria şi profesiunea noastră tulburată de atâtea nemeritate umilinţi, deplină încredere şi neprecupeţită susţinere în lupta ce începem pentru a deschide *farmaciei româneşti*, un drum nou pentru o viaţă nouă, şi o nouă aşezare într'un climat nou, a tutulor rosturilor existenţii noastre ca buni fii ai acestei ţări.

Incipit vita nova

Galaţi 15 Mai 1935.

Aurel Scurtu

* * *

Lecţie inaugurală

ZOOLOGIA ŞI PARAZITOLOGIA IN CADRUL PATOLOGIEI GENERALE ŞI AL ECONOMIEI ZOOTEHNICE

LECŢIA INAUGURALĂ A D-LUI PROF. D-R G. DINULESCU, CHEMAT LA CATEDRA DE ZOOLOGIE ŞI PARAZITOLOGIE A FACULTĂŢII DE MEDICINĂ VETERINARĂ DIN BUCUREŞTI

In aula „Institutului Naţional Zootehnic", D-l Prof. D-r G. Dinulescu, şi-a desvoltat lecţia inaugurală asupra „Zoologiei şi parazitologiei în cadrul patologiei generale şi al economiei zootehnice".

Cuvântarea D-lui Prof. Al. Vechiu, Decanul Facultăţii de Medicină Veterinară

D-l Prof. Al. Vechiu, Decanul Facultăţii de Medicină Veterinară, a relevat întâi activitatea noului profesor în laboratoarele Prof. Brumpt şi Caullery, unde a studiat amănunţit caracterele morfologice, clasificaţia, ciclul de evoluţie şi acţiunea patogenă a paraziţilor şi larvelor lor. Astfel, D-sa a stabilit că dermatita de vară a obrajilor la cai, a cărei cauză nu se cunoştea, este determinată de larvele din primul stadiu al lui Gastrofilus inermis. Prin lucrările sale din domeniul anatomiei patologice, a mai dovedit că şi tumorile duodenale dela aceleaşi animale, sunt produse de larvele de studiul al 2-lea şi al 3-lea ale lui Gastrofilus meridionalis.. Aceste lucrări au făcut obiectul tezei sale de doctorat la Universitatea din Paris, la care a obţinut cea mai mare menţiune ce se poate acorda la Sorbona.

D-l D-r Dinulescu a publicat lucrări de mare însemnătate, stabilind influenţa sucului gastric în biologia paraziţilor.

Pentru meritele sale excepţionale a fost chemat să înfiinţeze „Institutul de cercetări piscicole al României; aci, printr'o muncă continuu şi susţinută, a reuşit să creeze o serie de staţiuni piscicole pe care le-a dus la înflorire.

Pentru lucrările sale ştiinţifice, în urma recomandării Prof. Picard şi Segny — reputaţi entomologi — D-l D-r Dinulescu a fost onorat cu premiul „Passel", iar în urma recomandării Prof. Caullery, cu premiul „Tremont".

D-l Decan Vechiu la încheere, a adăogat că D-l Prof. Dinulescu trece la catedra ilustrată de predecesorul său, Prof. Ciurea, al cărui nume a trecut de mult hotarele ţării şi ale cărui descoperiri au fost recunoscute de savanţi streini.

In numele consiliului profesoral a prezentat noului profesor expresiunea sentimentelor de admiraţie pentru tot ce a înfăptuit şi va înfăptui.

Zoologia şi parazitologia în cadrul patologiei generale şi al economiei zootehnice

D-l D-r Prof. Dinulescu, după ce a omagiat un mare număr de profesori streini şi români, pentru tot ce au făcut aceştia în desăvârşirea pregătirei sale ştiinţifice, a anunţat că în această secţie şi-a propus să arate care este poziţia celor două materii de studii ale catedrei de zoologie şi parazitologie în domeniul patologiei generale şi al zootehniei.

Ştiinţa zoologică, mai mult ca oricare altă ştiinţă, s'a desvoltat din curiozitatea omului de a cunoaşte ce este împrejurul său. Omul preistoric a deşemnat pe pietrele din peşteri animalele din jurul lui. Această curiozitate s'a transformat apoi într'o dorinţă de instruire. Târziu de tot, zoologia s'a îndreptat şi către ştiinţele practice; omul a căutat să înveţe cari sunt legile ce comandă viaţa, aplicând cunoştiinţele de biologie zoologică, la îngrijirea şi exploatarea animalelor. Intr'o primă etapă, zoologia s'a ocupat cu descrierea animalelor, făcând clasificarea lor. Le-a privit ca obiecte moarte, scriindu-le doar conturul şi catalogându-le într'o ordine care este veşnic în frământare.

Dar zoologia a trecut mai târziu la o altă etapă, aceea explicativă. Această etapă este caracterizată printr'o stăruitoare analiză a aspectului exterior al animalelor.

In învăţământul zoologiei s'au înrădăcinat atât de tare vechile idei cari erau demonstrate cu exemple cari impresionau vederea şi loveau imaginaţia, încât este greu astăzi să se înlocuească aceste teorii cu altele, bazate pe exemple şi observaţii cari cer să fie judecate spre a fi înţelese.

Marii cercetători însă au adus şi aduc contribuţii noui, cari, nu numai că desleagă multe din enigmele vieţii, dar contribuie într'o largă măsură şi la îmbunătăţirea stării de viaţă a animalelor şi a omului. Ajungem astfel la contribuţiile cercetărilor de zoologie în domeniu patologiei generale şi a creşterii animalelor.

D-l Prof. Dinulescu a precizat numeroase exemple din care se poate vedea limpede că patologia generală a progresat şi a câştigat dela zoologia unor animale cari ar părea neînsemnate faţă de interesul general.

In a doua parte a lecţiei sale inaugurale, noul profesor a stăruit asupra importanţei parazitologiei, ştiinţa care se ocupă cu studiul animalelor şi plantelor parazite.

Din cele arătate de D-sa se vede că zoologia şi parazitologia se situiază cu importanţa lor în cadrul patologiei generale şi al economiei zootehnice.

Zoologii şi parazitologii au rezolvat multe probleme, însă au rămas în desbateri multe chestiuni delicate. Şi după cum problemele rezolvate sunt datorite muncii asidui a unor cercetători şi în parte a înţelegerii oamenilor, tot astfel, de acum încolo, este nevoie de aceeaşi activitate în laboratorii şi pe teren, din partea specialiştilor şi multă înţelegere din partea acelora, în profitul cărora se duce această mare şi vastă acţiune.

* * *

Conferinţe

CONCEPŢIA RASIALĂ ŞI CONCEPŢIA ETNICĂ LA POPORUL ROMÂN

In sala Teatrului Comunal din Turda şi în faţa reprezentanţilor vieţii noastre publice şi culturale din acest colţ de ţară, a avut loc inaugurareea pe anul în curs a activităţii **Asoc. Prietenii Universităţii Cluj-Sibiu**, secţia Turda, prin Conferinţa D-lui D-r Victor Papilian, Decanul Facultăţii de Medicină, care a vorbit despre **„Concepţia rasială şi concepţia etnică la poporul român"**.

D-l D-r Todea Cornel, preşedintele asociaţiei a prezentat auditoriului pe distinsul conferenţiar.

Luând cuvântul D-l Prof. D-r Victor Papilian, după ce a adus mulţumiri autorităţilor locale şi publicului pentru modul cum au fost pri-

miţi studenţii Universităţii Cluj-Sibiu, pentru largul concurs dat acestora, D-sa a continuat:

„Această primire se adresează în primul rând Facultăţii de Medicină Cluj-Sibiu, şi mai apoi Universităţii din Cluj, care este mai mult decât o instituţie de cultură, este ideea Ardealului în totalitatea lui, este ideea românismului în totalitatea sa, care se suprapune perfect făpturii geografice a poporului român.

„Se poate ca în împrejurări vitrege, harta unui neam să sufere unele modificări, ca acele recente, prin care a trecut şi poporul român; imboldul naţionalist şi ideea lui nu pot suferi nicio modificare.

„Iată de ce venim astăzi la Turda, pentru a ne împărtăşi şi cumineca din marele crez al tuturor românilor pentru a face pregătirile premergătoare ale praznicului, ale marelui praznic de mâine care este România la hotarele sale fireşti".

In continuare, conferenţiarul face câteva considerente asupra definiţiunii de rasă care printr'un straniu concurs de împrejurări nu este bine definită nici prin contur, nici prin conţinut.

Vorbitorul arată cele mai importante rase dela albi:: nordică, alpină, galică, est-europeană, mediteraniană, dinarică şi orientală. Citează lucrările făcute asupra Moţilor din munţii apuseni şi comparând compoziţia rasială la maghiari, ajunge la următoarele concluziuni: numerie brachicefalie mai mare la români, forma de hiperbrachicefalie e mai accentuată la români.

Concluzia generală a conferinţei este că etnicul depăşeşte rasialul.

Naţiunea este un principiu spiritual, bazat pe o mare solidaritate cu rătăciri în trecut şi datorii în viitor.

De aceea D-l Prof. Moldovanu dela Cluj, înlocueşte termenul de naţiune cu acela de neam. Neamul pentru d-sa este o comunitate de sânge, de tradiţie, de spaţiu şi de spirit.

Conferenţiarul într'o interesantă paranteză atrage atenţiunea asupra problemei imigraţiunei, legată de cea a căsătoriilor mixte. Dacă neamul românesc conţine mai multe rase, este o etnie prin această unitate sufletească şi pe baza determinărilor sanguine. Sângele împreună cu limba desemnează adevăratele contururi ale hărţii geografice ale României de mâine.

(c) Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

* * *

PATOGENIA BOLILOR INFECŢIOASE, PROBLEMA HRANEI

D-nul Prof. D-r Hans Eppinger, Directorul Clinicei I Medicale a Facultăţii de Medicină din Viena, a ţinut în Bucureşti, în cursul lunei Martie 1943, 2 conferinţe: **Patogenia bolilor infecţioase şi Problema hranei**, a căror prezentare în rezumat o facem după D. D-r Marieta Trifan şi D-r I. Stoia, din Revista Spitalelor, No. 3—4/1943.

PATOGENIA BOLILOR INFECŢIOASE.

In ziua de 17 Martie 1943, în prezenţa unei asistenţe selecte şi numeroase, a ţinut d-l Prof. Hans Eppinger, prima sa conferinţă la Facultatea de Medicină.

Vorbind despre patogenia bolilor infecţioase, Prof. Eppinger pune la baza ei turburările de permeabilitate celulară cari duc la transudarea plasmei în organe şi formare de edem seros. Acest fenomen se poate reproduce experimental prin injecţii de histamină.

Când transudarea plasmei este masivă se poate ajunge la colaps.

Turburările de permeabiltiate sunt explicate prin cunoscutele experienţe cu fluoresceină la salamandră.

Oedemul seros se produce în ficat, stomac, inimă şi vase, plasma se infiltrează întâiu în spaţiile interstiţiale apoi în cele intercelulare, pentru ca la urmă să pătrundă chiar între membrane şi protoplasma celulară.

Pentru a restabili permeabilitatea celulară alterată, conferenţiarul recomandă în inflamaţii administrare de **piramidon, vitamină C. şi E. corteuil şi acetil-cholină** injectată după o tehnică specială.

PROBLEMA HRANEI.

Prof. Eppinger, a vorbit în Amfiteatrul Spitalului Brâncovenesc în cadrul Societăţii Anatomo-Clinice.

Prof. Eppinger în conferinţa sa insistă asupra felului de a ne hrăni, mai ales în circumstanţele actuale. Printre altele D-sa spune: „Este important să consiliem o hrană mixtă, formată din carne şi zarzavaturi multe, pentru a ajuta să se facă o bună digestie, de oarece un scaun cu o importantă cantitate de materii de balast, adică bogată în celuloză, se elimină mai uşor. Această hrană bogată în celuloză accelerează peristaltismul intestinal, mărind în acelaşi timp şi cantitatea de materii fecale. In America s'a făcut experienţe cu hrană, cu şi fără celuloză, la pui de găină, puii hrăniţi fără celuloză în 4—6 săptămâni au sucombat prin oedemele articulaţiilor, anemie şi impotenţa membrelor. Dacă s'au dat în afară de carne, praf de stradă, sau praf de cărbune, sau hârtie sugativă, adică materii de balast, care nu au altă proprietate decât de a încărca intestinul şi a mări peristaltismul fără să fie absorbite de organism, aceşti pui n'au murit. Dacă hrana este prea săracă în celuloză, se desvoltă o constipaţie alimentară, materiile fecale sunt foarte reduse de volum, conţine puţină apă şi pot stagna 4—8 zile în cec şi colon ascedent din cauza spasmelor fibrelor musculare şi din cauza consistenţei prea mare a scaunelor prin pierderea apei. Aici trebue să amintim despre „constipaţie fără constipaţie" unde avem zilnic scaun şi cu toate acestea în intestin se găseşte cantităţi destul de mari de materii fecale, care stagnează. Cauza este lipsa materiilor de balast.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Constipaţia alimentară este un fel de autointoxicaţie. Bolnavii aceştea au mâinile reci, suferă adesea de hiperaciditate. La persoanele cu ulcer gastric şi duodenal, trebue să fim atenţi asupra funcţiei intestinale, aproape întotdeauna ulcerul este însoţit de o gastrită, care este cauza durerilor şi aici adeseori găsim o constipaţie, uneori familiară, important să schimbăm în cazul acesta regimul. La ulceroşi se obişnueşte să se dea un regim fără celuloză, prin aceasta noi mărim constipaţia. Când avem dureri în ulcer, anestesiem stomacul printr'o spălătură cu o soluţie hipertonică de 30% de glucoză, sau dacă nu suportă glucoza, facem o spălătură stomacală cu o soluţie de cocaină (Larocaină) care ameliorează durerea şi astfel putem să începem cu un regim cu materii de balast. De multe ori o constipaţie alimentară poate simula o apendicită, de asemenea stări de diarie, cauzată prin stagnarea materiilor fecale în intestine irită mucoasa, putând să producă microabcese, cari la rândul lor întreţine diaria; în aceste cazuri intestinul este locul focarului infecţios. La persoanele cu constipaţie cronică s'a găsit de multe ori colibacili în urină şi bilă, care predispune la colicistite, pielite şi cistite. Foarte multe femei însărcinate au constipaţie cronică din cauza sarcinei, sufere în acelaşi timp de colecistită. Se recomandă în constipaţie cronică „Rohkost", care are multă celuloză mai ales morcovi şi gulii şi afară de asta şi vitamine. Baza regimului de constipaţie alimentară o formează **pâinea de tărâţe, fructele şi legumele.** Cel mai bun lucru este **regimul mixt,** compus din carne şi vegetale cu multe materii de balast, adică hrană cu multă celuloză.

D-ri M. Trifan şi I. Stoia

* * *

VIAȚA ȘI SEMNIFICAȚIA LUI PARACELSUS

CONFERINȚA D. Prof. FERDINAND SAUERBRUCH

In seara zilei de 29 Ianuarie, a avut loc la Institutul German pentru Știință, Conferința Profesorului Sauerbruch, despre „Viața și semnificația lui Paracelsus". Cunoscutul chirurg dela Facultatea de Medicină din Berlin, în prezent mobilizat cu gradul de medic general la Marele Cartier al armatei germane, a prezentat chestiunea respectivă, atât de controversată, în condițiuni impecabile de precizie și claritate.

Paracelsus a stat — ne-a spus conferențiarul — timp de patru sute de ani în adâncă uitare. A trebuit să vină actuala epocă de revizuiri pe planul social-politic și în consecință pe acela al valorilor culturale pentru ca acest mare om „înțelenit" (verschollene Mann) să-și capete stima cuvenită. Secolul al 19-lea l-a înțeles cel mai puțin, universitățile privind cu ostilitate orice încercare de critică obiectivă a operei lui Paracelsus și chiar simpla pomenire a numelui său.

Cu toate că numai un om dotat cu o natură poetică l-ar putea înțelege, totuși semnificația întreagă a operei rămâne a fi studiată de medic, care este singur în stare „să pătrundă la izvoarele faptei sale". Paracelsus a lucrat întreaga lui viață din imboldul unui imens „dor de a cunoaște", privind profesiunea medicală drept cea mai apropiată de sensul întreg al omului, drept o masivă afirmație a vieței. De bună seamă că pentru a înțelege astfel de lucruri este necesară o cunoaștere amănunțită a tribulațiilor diverse ale vieței lui Paracelsus, petrecută în constantă peregrinare și nesfârșit sbucium. Spre deosebire de alți medici de seamă, de un Vesal sau de un Vircow, opera lui Paracelsus nu poate fi cercetată independent de viața sa.

Ideia de a studia sensul vieței și faptelor acestui medic l-a stăpânit pe profesorul Sauerbruch din anul 1910, când a început să conducă clinica chirurgicală dela Zürich. Cercetând documentele rari pe vremea aceia referitoare la Paracelsus, dânsul și-a dat seama că Paracelsus a fost cel dintâi medic german care și-a îndreptat cercetarea spre științele naturei și care, rupând cu tradiția universitară, și-a predat cursurile în limba germană. Paracelsus socotea că medicina se sprijină pe sinteza dintre experiență și raționament (experientia et ratio) și în această ipostază a fost cel dintâiu care a înțeles dinamica boalelor, inaugurând gândirea funcțională în medicină.

Iată dar, că Paracelsus nu prezintă exclusiv semnificația unui vraciu popular sau a unui mistic, deși creația faustiană a lui Goethe se identifică cu personalitatea acestui medic. De altfel, Goethe a fost dintre puținii cari l-au înțeles deplin pe Paracelsus, pregătind calea unui Kolbenheyer, cu a sa cunoscută trilogie.

Conferința profesorului Sauerbruch a fost bogată în interpretări oportune, prețioase și pline de căldură, contribuind să facă cunoscute publicului românesc viața și opera unui om a cărui personalitate „desparte medicina evului mediu de aceea a epocei moderne". Aprecierea justă a oamenilor de seamă și acordarea onoarei cuvenite, constitue de bună seamă o caracteristică a popoarelor cu structură lăuntrică sănătoasă, cari merită să fie admirate și să trăiască.

D-r C. Săndulescu

* * *

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

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

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

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

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

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

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

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

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

VITAMINA C

ASCORBINA

Carlo Erba-Milano

Comprimate şi fiole

Toate indicaţiunile Vitaminei C

VITAMINA B_1

BETASTERIL

Carlo Erba-Milano

Comprimate şi fiole

Toate indicaţiunile Vitaminei B_1

„CA"-WASSERMANN

MILANO

Arsenical — Magnezian

FORMULA: Calciu camfosulfonat 4%
Magneziu „ 4%
Calciu cacodilat 2%
Extr. paratiroidă 0,001%
„ suprarenală 0,001%

Injecţiuni intravenoase sau intramusculare

PREZENTARE: Cutii cu 10 fiole a 5 cc.
„ „ 5 fiole a 10 cc.

Recalcifiant, remineralizant, tonic echilibrator al sistemului nervos, activant al funcţiunilor emopoetice, fagocitare şi al nutriţiei, stimulent al sintezelor biologice, stări presenile

REPREZENTANŢA pentru ROMÂNIA

COROMIT S. A. R.

BUCUREŞTI I, Strada Stavropoleos 3, Telef. 5.40.87—3.66.05

DIABETUL CA PROBLEMĂ SOCIALĂ
(DIABETES EIN SOZIALES PROBLEM).

D. Prof. Falta dela Viena a ţinut în Mai 1943 la Societatea anatomo-clinică din Bucureşti o conferinţă asupra Diabetul ca problemă socială.

In toate ţările culturale diabetul este în creştere. Cu insulina viaţa diabeticilor s'a prelungit. Este important să le menţinem capacitatea lor de lucru. Tratamentul cu insulină este substituţional: punem bolnavul la un regim de probă şi îi dăm de 3 ori pe zi doze de insulină, mărindu-le atâta timp — până când în urina de dimineaţa, prânz şi seara nu mai există glucoză. Dar există şi bolnavi, mai ales obezii cu hipertensiune, cari sunt rezistenţi la insulină, unde trebue doza de 5—10 ori mai mare ca normal. Rezistenţa aceasta poate să fie trecătoare din cauză nervoasă, sau provocată de o maladie infecţioasă.

Depot-insulina trebue dată cu mare prudenţă; s'a observat lipodistrofii mai frecvente după acest fel de insulină ca după insulina veche. Cea mai potrivită dietă la diabetici este să aibă în fiecare zi aceeaşi cantitate de albumină, grăsime şi hidrocarbonate şi aceeaşi împărţire a hidrocarbonatelor la diferitele prânzuri din zi. Diabeticii trebue să mănânce regulat.

In ceea ce priveşte hereditatea — la diabetici, cari se căsătoresc, trebue sfătuiţi să nu aibă copii, să nu se răspândească mai departe acest flagel şocial.

In coma diabetică trebuesc date doze eroice de insulină. La diabeticii uşori, eforturile musculare sunt utile; la cei gravi, sunt periculoase, dar sub protecţia insulinei şi diabeticii gravi sunt încă capabili de eforturi fizice destul de însemnate.

Prin eforturi fizice nevoia de insulină scade, atuncea diabeticii iau sau mai puţină insulină sau de loc înainte de eforturi, sau în timpul acesta mănâncă mai multe hidrocarbonate. Câteodată sfătuim diabeticii incapabili de eforturi fizice, să schimbe mediul şi clima.

Foarte important este acomodarea la profesie şi un anumit antrenament al diabeticului, în regim şi în modul lui de viaţă. Baza tratamentului este, în control frecvent.

Profesia sa trebue să corespundă stărei sănătăţii diabeticilor. De exemplu, nu trebue să fie un diabetic şofer, aviator, soldat, conducător de locomotivă etc. Cu introducerea insulinei a crescut capabilitatea de lucru la diabetici şi a scăzut mortalitatea. După **Joslin**, mortalitatea în comă a scăzut dela 60% la 3,3%. Care este acuma cauza creşterei diabetului? Intre altele: mâncarea prea abundentă, mai ales grăsime, abuzul de alcool şi nicotina, prea puţină mişcare fizică, inervare şi surmenajul psihic, etc..

Predispusă pare să fie rasa evreiască. S'a constatat că predispoziţia la diabet variază cu schimbarea felului de viaţă. De exemplu, locuitorii din Irlanda suferă rar de diabet, dar foarte des, dacă emigrează în Statele Unite americane.

Ca concluzie: diabeticii trebue supraveghiaţi şi controlaţi cu atenţie. iar copiilor lor trebue explicat ce pericol este răspândirea acestei maladii în altă generaţie.

D-r I. şi H. Stoia
(Rev. Spit. 11-12 | 1943)

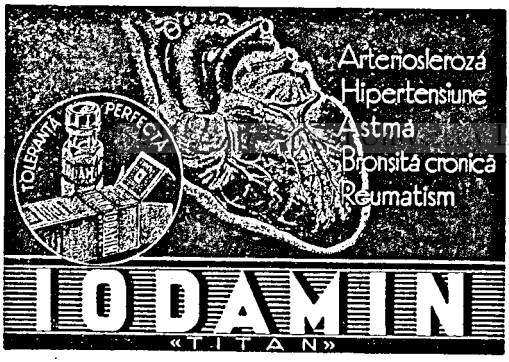
* * *

CARACTERUL ŞI IMPORTANŢA MICROSCOPIEI FLUORESCENTE
(WESEN UND ANWENDUNG DER FLUORESCENZMICROSCOPIE)

D-l Prof. Hamperl a ţinut în ziua de 26 Octomvrie 1943 la Spitalul Brâncovenesc, conferinţa sa cu numeroase proiecţiuni, intitulată Caracterul şi importanţa microscopiei fluorescente.

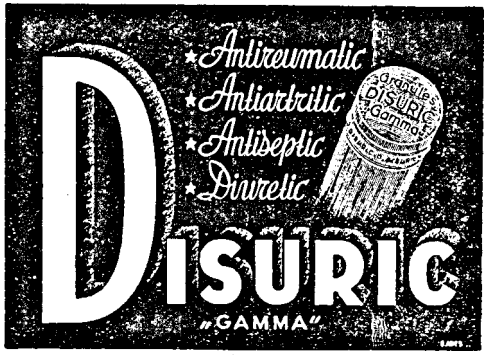
Prof. Hamperl între altele spune: Fluorescenţa este producerea razelor luminoase vizibile prin influenţa razelor ultraviolete invizibile. Ca izvor de producere a razelor ultraviolete ne servim de o mică lampă de quarţ cu un filtru de sticlă neagră, care se adaptează la un microscop obişnuit. Ţesuturile fluorescează în diferite culori şi diferite ţesuturi au fluorescenţa lor proprie, de ex. porfirina are fluorescenţa roşie, lipofuxina galbenă, iar melanina nu are de loc. Cu ajutorul microscopiei fluorescenţe se poate depista prezenţa vitaminei A, care este asociată aproape totdeauna cu grăsimea. Se poate găsi şi mici urme de medicamente sau materii chimice introduse în organism, de ex. substanţa cancerogenă benzopirina. Benzopirina se aşează în celulele epidermului, lezează membrana nucleară şi opreşte mitozele: după 2—3 zile revin mitozele, dar sunt patologice. Influenţa benzopirinei nu se limitează numai la epiderm, ci pătrunde şi sub epiderm unde produce o inflamaţie leucocitară. După 3—4 zile nu se mai găseşte iar toate funcţiunile celulare decurg iarăşi normal. Benzopirina introdusă în organismul şoarecilor odată cu hrană, a fost găsită cu ajutorul microscopiei fluorescente după 1—2 ore în bilă. Există substanţe fluorescente cari au o afinitate pentru anumite ţesuturi, cari fiind îmbibate cu aceste materii se colorează cu o culoare caracteristică; este vorba de fluorochrom. Ca exemplu putem numi auromina, care are afinitate pentru bacilul Koch; prin aceasta putem să diagnosticăm bacilul Koch. Desavantajul este, că culoarea nu durează mult şi nu se poate fotografia. Avantajul microscopiei fluorescente este, că ne permite constatarea cantităţilor foarte mici care pe calea chimică ar fi imposibil de depistat.

D-r H. Stoia
(Rev. Şpit. 11-12 1943)



MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



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

ANALIZE

Deontologie

RESPONSABILITATEA MEDICULUI

de: I. FRUMA

1 vol. de 508 + XXIV pag., cu o prefaţă de Prof. D-r M. Kernbach. Ed. Welther, Sibiu, 1943.

Hotarul exercitării profesiunei medicale a fost considerat până în ultima vreme drept un cadru labil şi elastic, ce putea fi depăşit, chiar în dauna bolnavului de bunul plac al medicului consultant. Progresele uimitoare ale medicinei experimentale au adus, desigur şi un progres vădit în posibilităţile de vindecare, dar totdeodată şi o lărgire a posibilităţii de a săvârşi erori de către acei care, insuficient pregătiţi, utilizează metodele moderne de vindecare. Datorită caracterului contractual pe care-l posedă relaţia dintre medic şi pacient, responsabilitatea medicală a devenit un fapt efectiv, delimitând în mod precis hotarele între care medicul îşi poate exercita cunoştinţele medicale şi modalitatea după care se poate conduce această exercitare. Jurisprudenţa relativă la domeniul responsabilităţii medicale, fiind însă până în prezent răspândită prin diferitele arhive ale tribunalelor, n'a putut fi pusă la îndemâna acelora pe care această responsabilitate îi interesează în mod deosebit, adică la îndemâna medicului şi juristului. Ceea ce putea călăuzi, până în prezent, medicul, în aplicarea practică a cunoştinţelor sale, era doar bunul său simţ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cartea Domnului I. Fruma întitulată **„Responsabilitatea medicului"** completează această mare lacună, formând un tratat complet şi unitar, ce aruncă o privire de ansamblu asupra acestei probleme care, interesează în aceiaşi măsură pe medic şi pe jurist. Culpa medicală fiind de natură internaţională, tratatul Domnului Fruma conţine atât jurisprudenţe locale cât şi jurisprudenţe străine. Datele româneşti au fost culese de către autor, în dorinţa sa scrupuloasă de documentare, cu mari greutăţi, fapt ce face cu atât mai preţioasă indicarea lor.

Opera eclectică a Domnului I. Fruma, ne prezintă deci figura unui autor erudit, care pentru a arunca o privire cât mai completă asupra problemei responsabilităţii medicale, a consultat nu mai puţin de 400 de volume de specialitate şi peste 500 de jurisprudenţe. In felul acesta „Responsabilitatea medicului" devine o operă extrem de documentată, iar concluziile autorului pot avea pretenţia de a constitui o sinteză unitară referitoare la această problemă.

Spiritul teoretic care domneşte în lucrarea Domnului Fruma se vădeşte în analiza juridică a responsabilităţii civile a medicului, precum şi în determinarea normelor după care trebue să se conducă conştiinţa şi atitudinea profesională a medicului. In schimb, spiritul practic ce însufleţeşte această operă, face pe autor să completeze speculaţiile şi teoriile privitoare la normele care reglementează responsabilitatea medicului, arătându-ne şi care este minimul de îndatoriri medicale supuse unei reglementări juridice, precum şi care sunt sancţiunile pe care le suportă medicul în cazul nerespectării acestui minim de îndatoriri. Autorul analizează astfel culpa medicală în cazul refuzului de asistenţă, în stabilirea diagnosticului, în eliberarea certificatelor, în alegerea şi aplicarea tratamentului şi în erorile săvârşite în cele mai importante specializări medicale.

Graţie unei sistematizări admirabile, opera de mai sus devine, printr'o analiză prealabilă a conduitei medicale şi o sinteză unitară consecutivă, o sin-

teză de jurisprudenţă în domeniul responsabilităţii medicale. Cartea Domnului Fruma este scrisă într'un stil foarte agreabil, graţie exemplificărilor multiple, ceea ce o face accesibilă nu numai juriştilor ci şi medicilor puţin obişnuiţi cu vocabularul juridic. In fine, prezentarea grafică excelentă completează calităţile de mai sus, formând din cartea Domnului Fruma o operă ce merită să fie citită.

Conf. D-r Victor Preda

Clinici medicale

CLINICI MEDICALE

de: Prof. GH. TUDORANU

1 vol. de 174 pag. Edit. „Iaşul medical", Iaşi, 1943.

Volumul cuprinde o serie de Cercetări şi observaţiuni clinice făcute de autor, Profesor de Clinică Medicală la Facultatea de Medicină din Iaşi.

Parte din aceste lucrări au fost deja publicate, parţial; iar altele n'au văzut încă lumina tiparului, precum; **Contribuţiunile la studiul asociaţiei diureticelor cu medicaţia acidă şi alcalină,** cari vor apare într'unul din numerile viitoare ale acestei reviste.

Intre cele dintâi se situiază: **Studiul acţiunei de stimulare şi inhilare a secreţiei şi motilităţii gastro-intestinale prin substanţe introduse pe cale stomacală, intestinală şi intra-venoasă,** în cari sunt redate cercetările autorului asupra fazei intestinale a digestiei stomacale şi constatările asupra indicaţiei serului glucozat şi contraindicaţiei serului fiziologic, în clisme, la bolnavii cu ulcer de stomac, operaţi şi neoperaţi; — **Cercetările asupra cholocistopatiilor,** făcute asupra 20.000 cazuri de litiază biliară şi 150 bolnavi cu sequele de cholecistectomie; — **Contribuţiunile la stadiul hepatitei acute icterigene,** asupra a 60 bolnavi, la cari nu s'a putut pune în evidenţă paratificul B, ca în epidemia din 1917 şi la care examenul chimic al bilei a descoperit o albuminocholie; — **Alteraţiile toxice ale limfocitilor,** descrise de autor încă din 1936, în diferitele categorii de boale.

Cercetările urmărite în serie şi constatările făcute din studiul a zeci de cazuri; — precum şi contribuţiunile originale aduse la cunoaşterea şi tratarea afecţiunilor menţionate, conferă acestor studii de ordin clinic o înaltă valoare ştiinţifică.

M. C.

Diateze

D-r P. RÂMNEANŢU: **Despre diatezele constituţionale şi frecvenţa lor la noi.** Buletinul eugenic şi biopolitic, No. 9—10/943.

Concluzii:

1. Diatezele sunt stări morbide individuale, ereditare, durabile, care interesează organismul în ansamblul lui. Diatezele au la bază „un bloc de dispoziţii înnăscute", în interiorul căruia există „sintropii" (Pfaundler).

2. Depistând diatezele constituţionale cu ajutorul semnelor de recunoaştere propuse de N. Pende, am găsit că la Românii studiaţi, au frecvenţa de 37,7% la femei şi de 17,3% la bărbaţi. Cele mai frecvente diateze găsite, sunt în ordinea descrescândă a procentelor: cea endocrinopatică, atrepsică, tuberculoasă, care e egală la ambele sexe, celelalte sunt mai frecvente la femei decât la bărbaţi. Cea neoplazică prezintă însă o diferenţă pe sexe mai redusă faţă de celelalte trei diateze înşirate.

3. Intre frecvenţa diatezelor şi etate în general am găsit un mers paralel, cu tendinţă de urcare spre vârstele mai mari, cu excepţia celei endocrinopatice care nu este influenţată de etate, iar cea tuberculoasă prezintă o urcare mai ales între 30—39 de ani.

4. Faţă de tipul constituţional al persoanelor examinate diateza atrepsică şi cea tuberculoasă e mai frecventă la longilini, iar cea lipogenă la brevilini. Diatezele endocrinopatice şi neoplazice nu prezintă nicio polarizare faţă de biotip.

M. M. R.

Laborator

D-ri D. TIMUŞ, V. PETRESCU-COMAN şi F. MEDEŞAN: **Cloruro-cristalizarea cu lichid cefalo-rachidian normal şi patologic la sugar şi copil.** Revista de Pediatrie, No. 3/1943..

Concluziuni:

Cloruro-cristalizarea este o metodă de diagnostic sensibilă şi dat fiind faptul că este pozitivă chiar cu diluţii foarte mari de lichid cefalo-rachidian, ar putea fi şi o metodă mai precoce decât reacţiunile clasic cunoscute pentru a depista prezenţa albuminelor în lichidul cefalo-rachidian. (Reacţia Nonne-Apelt şi R. Pandy).

Se practică uşor neavând nevoie de un apareillaj şi reactivi prea complicaţi: o soluţie de NaCl. 8%, lame, pipete Pasteur, tuburi de hemoliză şi microscop.

De sigur, că face parte din cercetările de mai multă specialitate şi precizie şi va fi practicată numai în Clinici şi de persoane care au răbdare şi priceperea de a se uita ceva mai mult la o lamă microscopică.

M. M. R.

Meninge

Prof. D-r ALFRED RUSESCU, Conf. D-r D. TIMUŞ şi D-r RĂDULESCU LIDIA: **Meningită acută puriformă aseptică benignă.** (Consideraţiuni în jurul a 5 cazuri clinice). Revista de Pediatrie, No. 3/1943.

Concluziuni:

1. Meningita purulentă aseptică benignă, sindrom individualizat pentru prima dată de Widal, are caractere proprii:

a) In perioada acută, lichid cefalo-rachidian purulent, bogat în polinucleare şi constant amicrobian; după puncţia lombară se observă o ameliorare subiectivă şi obiectivă netă a pacientului;

b) Spre sfârşitul perioadei acute când lichidul începe să se clarifice, apar în lichid limfocite de regulă în număr redus, luând locul granulocitelor cari dispar complect.

Cluj Central University Library Cluj

2. Etiologia afecţiunei nu este încă precisă. Se admit două teorii etiologice:

a) Prima — susţinută de puţini autori, cari consideră meningita purulentă aseptică ca o maladie autonomă, datorită unui virus neurotrop;

b) A doua teorie — cea mai plauzibilă — admisă astăzi aproape unanim, susţine că meningita purulentă aseptică este secundară şi este de natură toxică.

3. Diagnosticul de meningită purulentă aseptică se pune după câteva puncţii lombare şi după o serie de examene cito-biologice ale lichidului cefalo-rachidian.

Aceste examene trebuesc să fie: examene directe precum şi însămânţări pentru a nu face confuzie cu o meningită cerebro-spinală cu meningococi care apar mai tardiv şi în număr mic.

4. Deşi unii autori preconizează că atunci când nu se găsesc microbi în lichidul cefalo-rachidian să ne abţinem dela orice terapie specifică, noi credem că trebue să se introducă intrarachidian sulfamide sau ser şi ser intramuscular, mai ales din cauza posibilităţii unei erori de diagnostic (meningită cerebro-spinală).

M. M. R.

Respirator

ABCESUL PULMONAR LA COPIL

de: **Prof. D-r A. RUSESCU, I. CIUPAGEA** şi **N. RĂDULESCU POPEA**

Tip. Cultura, Bucureşti 1942.

Intr'o excelentă monografie în care documentarea chestiunei şi controlul tuturor datelor, în primul rând al celor radiografice şi al concepţiunilor terapeutice, sunt împinse la extrem, autorii fac studiul

Abcesului pulmonar la copil, după consideraţiunile trase din 16 cazuri personale.

Istoric, definiţie, clasificare, frecvenţa abceselor la copii, condiţiile etiologice în care apar germenii, cauzele, patogenia prin care apar, anatomia patologică, evoluţia clinică, studiile radiologice în serie, vindecarea, prognosticul, diagnosticul pozitiv şi cel diferenţial, complicaţiile, câteva aspecte ale maladii rezultând din observaţiile amănunţit redate ale celor 16 cazuri, tratamentul abcesului pulmonar chirurgical, medical şi fizioterapic sunt puse la punct cu un deosebit simţ critic de ordin clinic care situează această lucrare printre cele mai bune ale şcoalei de pediatrie româneşti.

Frecvenţa remarcabilă a acestei afecţiuni care de cele mai multe ori trece neobservată şi eficacitatea terapeutică a diferitelor metode aplicate eclectic de către autori, subliniază în deajuns valoarea şi folosul practic al acestei lucrări.

M. C.

Terapeutică

D-ri DAN BERCEANU şi PANAIT TEODORESCU: **Tratamentul** Revista spitalelor, Martie-Aprilie, 1943.

In arsuri, procedeele lui Ferguson şi Davidson consistă în **taninisare** sau pulverizaţii ale leziunilor combustionate. Prin această terapeutică se urmărea o izolare a arsurilor printr'un proces de **tăbăcire** la nivelul leziunilor, obţinând toate consecinţele terapeutice locale şi generale azi îndeobşte cunoscute.

Noi, atât în arsuri cât şi în degerături uzăm de o altă tehnică.

Aplicăm pe leziuni un pansament cu toate regulile celei mai stricte asepsii şi ordonăm apoi ca din 12 în 12 ore pansamentul să fie udat cu o soluţie de tanin 30 la mie.

Pansamentul rămâne pe loc 7—8 zile, când este schimbat pentru controlul leziunilor.

In general, pentru a obţine vindecarea, este nevoie de 3—4 pansamente, ceea ce înseamnă că 25—30 de zile sunt suficiente pentru a obţine vindecarea.

Formula soluţiei este următoarea: acid tanic 30 gr.; ap. distilată 1000 gr.; bicarbonat de Na. 30 gr. (pentru a reduce aciditatea); oxicianură de Mercur 0,25 ctgr. (ca sterilizant).

Concluzii: Pansamentul degerăturilor prin soluţia de tanin, prin tehnica de îmbibare şi schimbat la 7—8 zile, are avantagiile următoare asupra tuturor celorlalte tratamente întrebuinţate până azi în degerături:

1. **Biologice:** generale, prin oprirea rezorbţiilor locale ale substanţelor de dezagregare a albuminelor celulare, foarte toxice, cu repercusiuni clinice grave asupra organismului; locale, prin grăbirea cicatrizării plăgii degerate.

2. **Practice:** prin această terapeutică cu tehnica indicată se face o economisire considerabilă de personal, muncă şi material de pansament, se micşorează suferinţele degeraţilor, prin rărirea pansamentului. Dispariţia completă a mirosului caracteristic acestor necroze histolitice constituie iarăşi un avantaj care trebue să fie luat în consideraţie. In fine, scurtarea considerabilă a timpului de spitalizare a acestor răniţi de război, cari dau numărul cel mai mare de permanentizaţi în Spitalul nostru de Război. Această permanentizare durează, în general, între 6 luni şi un an, adesea şi mai mult.

Din experienţa noastră putem afirma azi că această metodă ne-a dat rezultate precise şi neaşteptate, timpul de vindecare scurtându-se până la 2 luni cel mult, ceea ce, dacă ar constitui singurul avantaj al metodei, ne autorizează a o consilia cu toată convingerea în tratamentul degerăturilor.

M. M. R.

Digitized by Central University Library Cluj