279606

ANUL XVIII-lea, No. 1—2 IANUARIE—FEVRUARIE 1945

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: **Medicina şi Asistenţa medico-sanitară în Uniunea Sovietică. Criza învăţământului medical românesc. Institute de pediatrie** 5

REVISTĂ GENERALĂ

Prof. D-r ST. NICOLAU: **Tratamentul sifilisului congenital (tratament prenatal şi postnatal).** Partea I 9

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

Prof. D-r V. PAPILIAN, Conf. D-r I. G. RUSSU, Drd. V. V. PAPILIAN: **Ramurile posterioare ale nervilor cervicali şi sistemul depresor periferic** 20

V. şi E. ALEXENCO: **Tratamentul reumatismului cronic infectios secundar** 26

V. GASNAŞ: **Oportunitatea terapeuticei naturaliste în pediatrie în special şi medicina internă în general** 30

(Urmare pag. 2 cop).

7227 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

BIBL. UNIV. CLUJ-S.B.U
Nr. 5605 1946

Pag.

A. NANA şi OV. MAGDA: **Consideraţiuni asupra meningeomelor, în legătură cu 2 cazuri clinice** 41

I. RADVAN: **Intolerance hepatique et sulfamido-thérapie. Ictère sulfamidique precoce** 50

CAZURI CLINICE

AXENTE IANCU şi FL. POENARU: **3 cazuri de paralizie infantilă pe o secţie de copii mici din mediul rural** . . 56

I. FENEŞANU şi V. KASTENMAYER: **Hemiplazie vaginală cu hematocolpos enorm** 59

G. GRAMA: **Tumoră rară a glandei parotide** . . . 61

A. LAMBESCU şi P. TRIFON: **Observaţiuni clinice referitoare la chirurgia vasculară în Spit. Z. I. 382.** 63

N. I. ZAHARIA: **Tromboflebita sinusului cavernos şi meningita meningococică** 66

INVĂŢĂMÂNT MEDICAL

Dela Academia de Medicină. — Infiinţarea a 2 noui Facultăţi de Medicină 70

REORGANIZARE SANITARA

Adunarea Medicilor Democraţi. — Reorganizarea Corpului Medical. — Adunarea Generală a Colegiului Medicilor. — O nouă organizare a Corpului Medical. — Mişcarea Demografică şi Noua Organizare Sanitară a Ţării. — Probleme actuale ale sănătăţii publice. — Noui legiuiri sanitare în pregătire la Ministerul Sănătăţii. — Reorganizarea veniturilor spitaliceşti şi a Institutiilor pend.nte de Ministerul Sănătăţii 74 86

MEDICINA SOVIETICA

Ocrotirea mamei şi a copilului. — Copilul în Uniunea Sovietică. — Asistenţa medicală în U. R. S. S. — Activitatea Institutiilor superioare de învăţământ medical din U. R. S. S. — Institutul central pediatric de cercetări ştiinţifice. — Activitatea ştiinţifică a Profesorului Pavlov. — Un mare chirurg rus . . 87 103

ANALIZE

Infecţioase... pag. 104. — **Intoxicaţiuni...** pag. 106. — **Istoria medicinei...** pag. 106. — **Neuro-chirurgie...** pag. 106. — **Respirator...** pag. 107. — **Terapeutică...** pag. 108. — **Aparate noi...** pag. 109.

NECROLOG

† **Prof. S. Lalu** de M. C. 110

† **Doctorul Gr. Gr. Iamandi** de C. B. 112

*

Colaboratori... pag. 1. — **Din sumarele viitoare...** pag. 2. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** Cop. III.

Errata . . . . . Cop. III

P 279

ANUL al XVIII-lea

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

No. 1-2/1945

MIȘCAREA 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), Conf. E. LAZEANU (București), Prof. N. LUPU (București), Prof. C. MIHAILESCU (București), Conf. M. NASTA (București), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (București), Prof. GH. NICULESCU (București), Prof. I. NICULESCU (București), 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. TEȚU (București), Prof. DAN TEODORESCU (București), Conf. P. VANCEA (Iași), Doc. D. VASILIU (București).

Din „SUMARUL" No.
URMĂTOARE

Prof. ŞT. NICOLAU (Bucureşti): Tratamentul sifilisului congenital. Tratamentul prenatal şi postnatal. (Urmare).

Prof. C. I. PARHON et GHERTA WERNER: Sur un cas de vitiligo infantil. Ses relations avec les troubles neuro-endocriniens et metaboliques.

Prof. V. PAPILIAN şi C. V. ANTONESCU (Cluj-Sibiu): Mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice pe baza unor noi cercetări experimentale.

Prof. C. MOTAŞ: Imaginaţia în ştiinţă.

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

S. IRIMESCU (Bucureşti): Intelectualul de eri, de astăzi, de mâine. Misiunea lui socială: Cetăţean activ şi dinamic. — Bilanţuri tragice. — Prof. Fr. Rainer, cu ocazia comemorării la Soc. Şt. în Medicină.

A. NANA şi A. FAUR (Cluj-Sibiu): Perforaţia ulcerelor tuberculoase ale intestinului în peritoneul liber.

V. SĂBĂDEANU (Brăila): Valoarea semiologică a stazei papilare.

I. GHITEA (Alba-Iulia): Raport asupra stării de sănătate a Moţilor din jud. Alba.

N. I. ZAHARIA şi A. ZWIECK (Fălticeni): Consideraţiuni asupra unui caz de zona zoster.

V. GASNAŞ (Braila): Progresele făcute în ultimele decenii în domeniul diagnosticului şi tratamentului bolilor inflamatorii ale căilor biliare.

I. FENEŞANU şi V. KASTENMAYER (Orşova): Fibrom uterin enorm cu tumori multiple şi sarcină.

E. NUŢIU (Cetatea-de-Baltă—Tv.-Mică): Concepţia actuală a patogeniei şi tratamentului pelagrei.

E. BANU şi I. MIŞEA (Buzeu): Tratamentul septico-pioemiilor şi meningitelor cu punct de plecare otic în cursul scarlatinei.

H. MAKELARIE (C.-Lung): Asupra tratamentului fizioterapic al astmului prin aer comprimat la băile Kreţulescu din Câmpulung. — Diciologia medicală.

D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU şi O. DOBRESCU: Asupra unui caz de rănire gravă a uretrei.

D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU şi V. ALEXENCO: Asupra unui caz de hematom pulsatil după rănirea arterei femorale prin glonţ.

GH. BĂJEU: Tratamentul hemotoraxului supurat consecutiv plăgilor de război. — Perforaţiile intestinale prin ascarizi.

D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU şi GH. COSTIN: Corp liber articular (osteo-chondrom) în articulaţia genunchiului.

I. GLĂVAN: † Doctorul Vasile Bianu.

V. M. PLĂTĂREANU: Consideraţiuni asupra tuberculozei mamare.

I. TATOIU: Tratamentul salutar în tifusul exantematic.

MEDICINA ŞI ASISTENŢA MEDICO-SOCIALĂ IN UNIUNEA SOVIETICĂ.

Ştiinţă şi artă, în fiinţa ei; profesiune şi apostolat, în aplicare; curativă şi preventivă, în scop; individuală şi colectivă, în obiect; locală şi universală, în spaţiu; de totdeauna, în timp, legată fiind de existenţa biologică a omului; niciodată statică, evolutivă, uneori revolutivă, ca însăşi stările de sănătate şi de boală în cari se intră şi se iese pe nesimţite sau brusc, ca şi natura care face totuşi uneori salturi—medicina a devenit putere capitală în stat, situându-se pe plan social în câmpul muncei. Rolul medicinei în procesul de socializare al omenirei şi socializarea medicinei, la rândul ei, au fost limpede expuse de D-l D-r M. Kernbach, profesorul de medicină legală dela Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu, în 2 articole publicate în No. 11 şi 12/1944 ale revistei „Ardealul Medical".

Caracterul social de Medicină a muncei se constată cu precădere în **Medicina sovietică şi în Asistenţa medico-socială din Uniunea Sovietică.** Din articolele reproduse in extenso la paginile 87—103 ale revistei, şi prezentate în esenţă mai jos, se vede până la ce nivel a urcat medicina ştiinţifică sovietică, care este activitatea institutiilor superioare de învăţământ medical, cât de întinsă este şi cum se exercită asistenţa medico-socială în U. R. S. S.

OCROTIREA MAMEI ŞI COPILULUI, asigurată printr'o legislaţie progresivă, care a condus la Decretul Prezidiumului Sovietic Suprem al U. R. S. S., din 8 Iulie 1944 **„Despre majorarea ajutorului Statului acordat mamelor şi despre intensificarea ocrotirii mamei şi copilului"** prevede o creştere uriaşă a noilor aşezăminte de ocrotirea mamei şi copilului: a maternităţilor; a leagănelor, grădiniţelor şi sanatoriilor pentru copii; a consultaţiilor pentru copii; a bucătăriilor de lapte; a camerelor pentru alăptarea copiilor de sân la întreprinderi. O **reţea uriaşă de leagăne de sezon** pentru perioada muncilor agricole de vară **şi de leagăne permanente** acopere Uniunea Sovietică. **Policlinici speciale pentru copii** urmăresc ocrotirea sănătăţii copiilor de vârsta preşcolară şi a şcolarilor. 'Dela' 19.785 de medici de toate specialităţile în 1914 s'a ajuns în 1941 numai pentru **medicii specializaţi în pediatrie la un număr mai mare** de 18.000. Pentru pregătirea medicilor pediatri s'au organizat **Facultăţi speciale de pediatrie** pe lângă şcolile superioare de medicină; în 1941 în ţară erau 26 astfel de facultăţi. Afară de cadrele de pediatrie ale institutelor de medicină, în U. R. S. S. în anul 1941 erau **23 Institute de cercetări ştiinţifice pentru ocrotirea mamei şi copilului.** Maternitatea, naşterea şi educarea copilului e echivalentă în statul nostru cu un merit social, dând dreptul la medalie, ordin şi titlu de onoare **„Mamă eroină"** (Maria Kovrighina).

COPILUL IN UNIUNEA SOVIETICĂ se bucură de un respect deosebit, datorat în mare parte faptului că progresul deplin al Uniunei Sovietice nu va fi asigurat decât atunci când în fiecare copil va putea fi desvoltată o minte sănătoasă, braţe muncitoare şi o conştiinţă socială care să se integreze din plin binelui colectiv — scrie D-r Florica Bagdasar, care enumără

într'un documentat articol realizările principale efectuate în Uniunea Sovietică după 1917, pentru organizarea protecției copilului: în 1940 erau amenajate de sindicate **40.000 paturi, în case speciale de repaos pentru femeile însărcinate sau cari alăptau.** Un număr de **142.000 de paturi în maternități,** în 1941. **6000 așezăminte de consultații,** ai căror medici și surori de caritate se ocupă cu instruirea mamelor relativ la alimentarea și îngrijirea copiilor din prima zi după naștere și urmăresc copiii la domiciliu. **83.000 paturi în Spitalele de copii. 17.000 medici pediatri. Mortalitatea infantilă cea mai redusă. 890.000 paturi în leagănele deschise tot anul. 3.857.000 locuri în creșele sezoniere din colhozuri și sovhozuri. 54.000 grădinițe sau cămine de zi frecuentate de 2.300.000 copii.** Pe lângă toate instituțiile conferințe de pedagogie, de educația copiilor și de alimentația lor. **Deosebită atenție culturii propriu-zise** la care are drept fiecare copil sovietic, ca să-și însușească cunoștințele de care are nevoe pentru integrarea lui în viața colectivă. **Copilăria trăită din plin,** cu jocurile cele mai variate, toate sporturile. Jucăriile industrializate ca să le aibă fiecare copil. **Metoda globală în predarea scris-cititului.** O școală activă cu cele mai noui achiziții de pedagogie și psichologie.

ASISTENȚA MEDICALĂ IN U. R. S. S. **Gratuitatea asistenței medicale** a fost legiferată dela început. **Numărul școlilor superioare de medicină a crescut** dela 13 în 1914 la 71 în anul 1941. **Numărul medicilor a crescut la 150.000.** In centrele mari, dispensare în fiecare cartier. Paturile în spital sunt repartizate în raport cu numărul populației. **Vaste campanii sanitare de combatere a bolilor** venerice, sifilisului, tuberculozei, malariei, printr'un corp de medici specialiști. **Vasta campanie de educație sanitară a populației.** Sisteme sigure de protejare a lucrătorilor în fabrici. Ușurare a asistenței medicale la naștere. Scădere la minimum a mortalității infantile. Locuri speciale de recreare la mare și în munți. **Tratarea boalelor în faza incipientă** a condus la scăderea mortalității populației cu 50% (Victor Gavril).

ACTIVITATEA INSTITUȚIILOR SUPERIOARE DE INVĂȚĂMÂNT MEDICAL DIN U. R. S. S. s'a manifestat astfel: în **1914—18 cele 13 facultăți de medicină erau frecuentate de 8.500 studenți,** cu o promoție anuală de circa o mie medici; **în 1941 existau 72 școli superioare de medicină, frecuentate de peste 115.000 studenți,** cu o promoție anuală până la 15.000 medici. **O orientare spre problemele sociale.** Creiarea de **facultăți speciale de pediatrie** și higienă socială. Editarea în sute de mii de exemplare a manualelor de medicină. — L. Sirkin.

INSTITUTUL CENTRAL PEDIATRIC DE CERCETĂRI ȘTIINȚIFICE a fost organizat în anul 1922 ca un **Institut al ocrotirii mamei și a copilului.** Cuprinde 6 Servicii: Serviciul pediatriei și al terapiei; serviciul de fiziologie și nutriție; serviciul de desvoltare și educare a copiilor; Serviciul de patologie generală; Serviciul infecțiilor infantile acute și serviciul de higienă și de organizație a instituțiilor infantile. Toate cursurile sunt gratuite. — M. Blinkova...

ACTIVITATEA ȘTIINȚIFICĂ A PROF. PAVLOV, savantul de reputație mondială care a descoperit **reflexele condiționale,** este expusă pe larg de Prof. C. C. Parhon.

Despre MARELE CHIRURG MILITAR RUS NICOLAI IVANOVICI PIROGOV, — scrie Generalul-Colonel medic E. Smirnov.

Constatările acestea de-a-dreptul uluitoare vor surprinde dureros corpul medical românesc, care n'a avut până în prezent posibilitatea de informație și documentare. Ele vor apăsa greu asupra procesului de conștiință al oficialității noastre sanitare din trecut, care se găsea în situație și trebuia să le cunoască, pentru-ca să le traducă din timp în realizări folositoare pentru comunitatea românească, mai cu seamă pentru populația rurală. In loc, incuria a continuat să domnească în administrație; și cine să debarce pe „piratii din corabie" sau să le tae „antenele", adică odgoanele cu care erau remorcați (după expresiile D-lor Prof. Mezincescu și Danielopolu), n'a putut chiar dacă, stând pe sau alături de

banca ministerială, a vrut — denunțările numai tulbură apa, dar nu o purifică. O legiferare inadequată nevoilor reale și urgente, o organizare sanitară cu cadre necontrolate, improvizări fanteziste uneori ridicole — au condus la ajustări, nu la reforme de structură. Medicina românească n'a îmbrăcat la timp aspectul social al muncei. Organizarea noastră sanitară n'a pierdut cu un moment mai de vreme caracterul de improvizație.

* * *

CRIZA ÎNVĂȚĂMÂNTULUI MEDICAL SUPERIOR

Învățământul medical superior trece printr'o criză gravă, care va avea consecințe funeste în organizația sanitară și asupra asistenței medico-sociale. Din anul 1940—1941, se pregătesc cadre de studenți insuficient pregătiți, cari ca medici vor compromite grav sănătatea publică și prestigiul medicinei. Se repetă fenomenul dintre anii 1918—1928 cu promoțiile respective de medici dintre anii 1923—1928. Fenomenul este datorat pletorei de studenți care se înscriu mai cu seamă la Facultatea de Medicină din București și insuficienții cadrelor acestei Facultăți de a-i instrui cum trebue. La criza de repartiție care a rezervat un număr de circa 1520 de medici pentru mediul rural cu o populație de 80% din populația țării, se vor adăoga efectele unei pregătiri insuficiente. Consecințele vor fi incalculabile. Pentru o racordare cât mai potrivită a învățământului medical la nevoile sanitare ale țării, cum a opinat D-l Prof. D. Danielopolu, în calitate de Ministru al Sănătății, se va începe cu o reorganizare de bază a învățământului medical. Acest scop l-a avut în vedere D-l Prof. D-r D. Mezincescu, când a propus Consiliului Facultății de Medicină din București, un **Proect de reorganizare a învățământului medical**, pe baze cu totul noui, ale cărui idei esențiale le vom schița:

Reorganizarea învățământului nostru medical, care nu mai corespunde situației de azi a științelor medicale și nevoilor noastre sanitare, trebue făcută: 1. **In raport cu numărul studenților**, și 2. **In raport cu organizarea propriu-zisă a Facultății și cu alcătuirea programului de studii.**

1. Dela 1918 numărul studenților s'a înmulțit în disproporție cu capacitatea de primire a sălilor de studii și a laboratoarelor, ca și cu numărul de paturi din clinici. Pentru remediere s'a recurs la paliative, între cari limitarea din 1928 a numărului de studenți din anul I la 100, apoi la 200, și introducerea concursului de admitere în Facultate. Dar din 1940 numărul de admitere s'a triplat, și cum capacitatea de primire a amfiteatrelor și a clinicilor a rămas pe loc, s'a recurs la metoda serierii studenților cari lucrau în laboratoare sau la dublarea numărului de studenți dintr'o serie (la disecție), ceea ce a micșorat numărul orelor de predare a materiilor, și a condus la învățătură mai puțină și de repezeală.

Disproporția reese din constatarea că **din 125 de Facultăți de Medicină din Europa și din America-de-Nord 99**, adică 80%, **au în toți anii de studii un total de mai puțin de 500 studenți.** Alte 19 Facultăți, adică 15% din numărul total sunt frecuentate de numere de studenți cuprinse între 500 și 1000. Numai 5 Facultăți au un număr de studenți cuprins între 1000 și 2000. Și numai 2 au mai mult de 2000 studenți. De notat că cele **7 Facultăți de Medicină cu peste 1000 de studenți**, numai 7 în toată lumea, **sunt Facultățile de Medicină din marile capitale occidentale: Paris, Berlin, Roma, Viena** ș. a., cari deservesc centre întinse, au altă tradiție, se bucură de un utilaj bogat și au un material de studiu nelimitat; — din cele circa 40 Facultăți de Medicină din Statele-Unite numai 1 sau 2 au mai mult de 400 studenți (adică 500—600). Pe când **Facultatea de Medicină din București**

a avut în anul 1942—43 un număr de 2017 studenţi (numai în anul I şi al II-lea 909), **în anul 1943—44 un număr de 2409 studenţi** (numai în primii 2 ani, 1112), **în anul 1944—45 un număr de 3393 studenţi** (numai în primii 2 ani 1439 studenţi).

Faţă de aceste cifre eloquente, D-l Prof. Mezincescu socoteşte că admiterea a 100—150 studenţi în anul I este cea mai potrivită; reducere care nu se poate realiza decât prin **înfiinţarea a noui Facultăţi de Medicină la Timişoara, Sibiu, Craiova, eventual la Galaţi,** oraşe în care există paturi de spital în număr suficient pentru înjghebarea în jurul lor a unui învăţământ medical.

Noile Facultăţi de Medicină trebuesc organizate după alte norme de alcătuire ale programului de studii.

Intinderea programului actual de studii constitue cel mai grav inconvenient: 41 cursuri magistrale obligatorii (numai 8 durând un semestru, celelalte câte 2 semestre, cu lucrări de laborator, stagii de spitale şi examene); audierea celor 35 profesori şi 2 conferenţieri, şefi de lucrări, asistenţi; zilnic cel puţin 7 ore pe zi la Facultate sau la spitale; separat orele de revizuire a notelor, de cetit, de preparat examenele; cerérea unei sume copleşitoare de cunoştinţe. S'a ajuns la această situaţie anarhică prin înmulţirea catedrelor, prin înfiinţarea de cursuri de specialitate, prin repetirea unor anume discipline nici măcar fundamentale — fără să se ţină socoteala de pregătirea practicienilor „generali", de pregătirea specialiştilor, de cercetarea ştiinţifică; — s'a dat tutulor de toate şi din fiecare prea puţin.

Raportorul propune pentru remediere **împărţirea învăţământului în 2 cicluri distincte** şi bine delimitate, urmărind fiecare un scop perfect definit: **un prim ciclu,** constituind **învăţământul fundamental,** predă cunoştinţele necesare pentru a forma practicianul general, şi un al **doilea ciclu** care să constitue **învăţământul de specializare.** Primul ciclu va reprezenta un **învăţământ esenţial,** de cunoştiinţe generale, conferind anume drepturi; al doilea ciclu va constitui un **învăţământ complimentar,** de perfecţionare creiând la rându-i alte drepturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Problema drepturilor pe cari le conferă cele 2 cicluri de învăţământ, este de importanţă capitală pentru practica medicală şi pentru organizaţia sanitară; aceste drepturi trebue să fie în raport cu nevoile colectivităţii naţionale. Fiind admis că în ţările civilizate, ajunge un medic la 2000 locuitori, şi noi având în 1941 pentru o populaţie globală de 13.299.186, un număr de 8401; **s'ar putea susţine că avem numărul suficient de medici, dacă o repartiţie defectuoasă** (de 1520 medici la o populaţie rurală de 10.736.759 şi de 6901 medici la o populaţie urbană de 2.572.427) **n'ar creia o proporţionalitate anormală de 1 medic la 373 locuitori la oraşe** (inegalitate chiar pentru oraşe, Sibiul având 1 medic la 161 locuitori, Bucureşti 1 medic la 212 locuitori, Iaşi 1 medic la 236 locuitori) şi **de 1 medic la 7057 locuitori la ţară** (inegalitate chiar între judete. Vlaşca având 1 medic la 12.101 locuitori, Teleorman 1 medic la 11.539 locuitori, Vaslui 1 medic la 11.357 şi, în fiecare judeţ fiind întotdeauna multe circumscripţii vacante, proporţionalitatea se dublează şi chiar triplează). Avem deci **pletoră de medici la oraşe şi deficit de medici la ţară,** printr'o repartiţie defectuoasă, iar nu din cauza unui deficit general de medici. Cum „nimeni nu se poate gândi să oblige pe medicii care practică astăzi în oraşe să le părăsească", rămâne a **îndruma pe medicii noui în mediul rural prin măsurile de luat în ceea ce priveşte învăţământul** din anii de studii **şi în ceea ce priveşte drepturile pe care le conferă.** Astfel se va pune frâu şi pletorei dela oraşe, care dacă va continua va conduce prin concurenţă ilicită la desffiinţarea profesiunei medicale. Prin măsuri chibzuite, printre cari o **Primă de reşedinţă,** se va putea favoriza şi **stabilirea de liberi profesionişti la ţară.**

3. Intr'o parte finală, autorul propune, — pentru a face posibilă organizarea **medicinei de bază în ciclul fundamental** (medicină de bază, nu medicină elementară sau primară), precum ca să se creeze şi posibilitatea organizării învăţământului de specializare — **descongestionarea Facultăţii de Medicină din Bucureşti,** printr'o **reducere masivă a numărului studenţilor, cari vor fi primiţi în noile Facultăţi de Medicină, creiate în oraşele mari din provincie,** dispunând de multe paturi în spitale, a căror organizare numai în vederea predării învăţământului de bază va fi mai uşoară, nenecesitând atâtea laboratorii

și clinici ca în Facultățile organizate în vederea predării ciclului de specializare. Aceste Facultăți ar trebui să fie ataşate vechilor Facultăți şi să funcționeze sub supavegherea lor, cărora le-ar constitui ca niște **anexe,** spre exemplu cea din Craiova ar depinde de Facultatea din București, cea din Galați de cea din Iași. Relațiile dintre Facultatea-mamă și Facultățile anexe vor trebui să meargă până la **schimbul temporar de personal și să prevadă transferarea de drept dela una la alta.** Pentru ca scopul să fie atins, anume acela de a asigura instalarea medicilor la țară și de a stăvili înmulțirea medicilor din orașe, se vor lua următoarele măsuri: a) Absolvenților primului ciclu de învățământ li se conferă dreptul de liberă practică și titlul de **„medic diplomat"**; b) Titlul de **„doctor în medicină"** se conferă numai absolvenților ciclului de specializare; c) Autoritățile publice, instituțiile controlate de Stat, Facultățile de Medicină (pentru personalul lor auxiliar) nu vor încredința **funcțiuni medicale cu reședința la orașe decât doctorilor în medicină; medicii diplomați vor merge la țară,** necăpătând **dreptul de a se stabili la orașe decât după ce vor fi absolvit ciclul de specializare, drept care este rezervat tutulor,** și la orice epocă și vârste, **necreiându-se astfel nicio situație de inferioritate pentru absolvenții Facultăților din provincie.**

4. Raportorul prezintă **Programul învățământului fundamental,** care este inspirat de acela al Harvard Medical School-ului, tipic pentru toate Facultățile de Medicină din America și care comportă 4 ani de studiu, urmați de un an de internat obligator (Harvard Medical School este una dintre cele mai bogate Facultăți de Medicină din America; are 46 profesori titulari și 100 agregați și conferențiari pentru o populație studențească totală mai mică de 400 de studenți); la **noi ar comporta 5 ani de studii, plus anul de internat final.**

Programul prevede **30 săptămâni de lucru efectiv în cursul anului școlar, 22 săptămâni rămânând pentru examene și vacanță:** fiecare săptămână cuprinde în anii I—III câte 33 ore de prezență, iar în anii IV—V câte 39 ore de prezență, astfel încât numărul total de ore este de 990 în primii 3 ani și de 1170 în ultimii 2 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se specifică caracterele anului de internat, și felul cum trebue înțeles și organizat învățământul de specializare.

In încheere, raportorul atrage atenția asupra **problemei sociale a asistenței medicale în mediul rural,** care nu va putea fi rezolvată decât prin reformarea învățământului medical, prin necesitatea ca această **reformă să fie făcută prin organele competente universitare;** măsurile propuse constituind un **tot indisolubil** vor trebui aplicate în bloc, iar nu parțial.

Prin adoptarea acestui „Proect" alcătuit de D-l Prof. D-r D. Mezincescu de către Consiliul Facultății de Medicină, criza învățământului medical superior va lua sfârșit. Soluțiile propuse vor remedia tragicei situații din prezent a instrucției medicale și a formării de medici; și vor asigura în viitor o asistență sanitară eficace întregei populații din cuprinsul țării. Vor avea consecințe importante asupra întregei vieți universitare dela noi stăvilind năvală de studenți spre Facultățile de Medicină și îndreptându-i spre alte Facultăți. Cu avantagiile descongestionării actualelor centre universitare, învățământul medical românesc se va înviora, viața studențească românească se va însănătoși și cultura regională va lua avânt.

* * *

INSTITUTE DE PEDIATRIE

Ocrotirea mamei și copilului, care stă la baza asistenței medico-sociale în Uniunea Sovietică, a condus la creiarea de Facultăți speciale de pediatrie pe lângă școlile superioare de medicină, în 1941 fiind 26 de astfel de facultăți; în afară de cadrele de pediatrie ale Institutelor de Medicină erau în U. R. S. S. în 1941, 23 Institute de cercetări știin-

tifice pentru ocrotirea mamei și copilului, și mai mult de 18.000 medici pediatri.

La noi de-abia dacă în ultimii ani au luat ființă câte o secție cu circa 20—30 paturi pentru boli medicale de copii, în câteva capitale de județ. Copilul fiind un omuleț aparte, în afară de o **Secția de puericultură** pe care o reclamă pentru primele luni din viață, are nevoe de tot atâtea secții de specialitate de câte are nevoe omul în vârsta adultă, în special de o **Secție de chirurgie infantilă și ortopedie.** Se mai adaogă un **Serviciu de consultații de copii,** cu fișe, care să țină în observație pe toți copii, inclusiv preșcolarii și școlarii dintr'o localitate în care nu toate școalele primare și secundare au medici școlari, să-i interneze la nevoe, serviciu care să facă oficiul, stând în legătură, sau substituindu-se unei **Policlinici pentru copii;** și să facă controlul la domiciliu al tuturor copiilor printr'un **Serviciu de surori vizitatoare** de tipul asistentelor de ocrotire, cărora le-ar incuba sarcina în plus a supravegherii copiilor, controlul locuințelor, educarea mamelor în creșterea și alimentarea copiilor, practicarea vaccinărilor cu B.C.G., antivariolice, tifico-paratifice, difterice.

Toate aceste servicii puse în slujba îngrijirei copiilor nu pot lua ființă în orașele mari decât în cadrul unui Spital pentru copii, sau mai bine a unui **Institut de pediatrie,** care, lângă serviciile spitalicești menționate, ar avea misiunea coordonării și supravegherii tutulor serviciilor oficiale de asistență medicală a copiilor și școlarilor din localitate, a societăților particulare care urmăresc același scop, a leagănelor de pe lângă fabrici și uzine, a grădinițelor de copii. Acestor institute li s'ar atașa școli de surori de puericultură;—prin studenții cari ar funcționa în calitate de interni în serviciile sale, ar conduce la o specializare din anii de studii; — prin organizarea de cursuri de pediatrie ar constitui o școală de specializare pentru medicii din regiune; — ar forma centre de cercetări științifice pentru ocrotirea copilului ca în Institutele de pediatrie similare din Uniunea Sovietică; — ar putea eventual să fie ridicate la rangul unei adevărate facultăți de pediatrie, în cadrul facultăților de medicină a cărora creiare în câteva orașe mari din provincie o necesită organizarea învățământului medical pe baze noui, în conformitate cu proectul D-lui Prof. D. Mezincescu și cu o democratizare reală a învățământului superior.

Asemenea Instituute ar putea lua ființă în cel mai scurt timp în Timișoara, Craiova, Sibiu, Galați. Ele n'ar constitui sarcini budgetare noui, mai cu seamă că și-ar putea creia venituri proprii prin subvenții dela comune, instituțiile locale și dela particulari; iar complectarea lor s'ar face treptat.

In orașele în cari condițiile sunt favorabile, fiind date dependințele strânse dintre ele, ar putea fi atașate Institutului de Pediatrie și Serviciile de Maternitate, constituând împreună un **Institut de Pediatrie și Obstetrică,** autonom, pus sub conducerea unei autorități în materie.

Supunem această concepție D-lui D-r D. Bagdasar, actualul Ministru al Sănătății, care a pus la baza programului D-sale de activitate ocrotirea mamei și copilului.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

TRATAMENTUL SIFILISULUI CONGENITAL

TRATAMENT PRENATAL ŞI POSTNATAL

de

Prof. D-r ŞTEFAN NICOLAU

Fost Director al Clinicei Dermato-Sifiligrafice din Bucureşti

In sifilisul congenital infecţiunea luând naştere în cursul vieţii intrauterine, tratamentul raţional al boalei nu poate fi altfel conceput decât instituit chiar din această fază a vieţii produsului concepţiunii.

Un astfel de tratament neputând fi realizat, prin forţa lucrurilor, decât indirect, prin intermediul organismului matern, rolul instituirii sale revine de cele mai multe ori, în mod natural, obstetricianului, el fiind mai în măsură decât oricare altul să descopere, cu ocazia consultaţiilor prenatale, infecţiunea mamei şi implicit a fătului. Rolul pediatrului nu începe decât mai târziu, după naşterea copilului.

Tratamentul metodic al sifilisului congenital presupune, prin urmare, o colaborare din cele mai strânse între specialiştii amintiţi, obstetricianul trecând mâna, la momentul oportun, colegului său pediatru.

Dacă ţinem seama de principiile ce stau astăzi la baza tratamentului antisifilitic, am putea zice chiar că, în materie de sifilis congenital, rolul obstetricianului, deşi limitat la un interval de timp relativ restrâns, de câteva luni, depăşeşte în importanţă pe acela al pediatrului. Într'adevăr, tratamentul prenatal al sifilisului congenital fiind acela care realizează atacul infecţiunii cât mai aproape de începutul său, el poate fi comparat din acest punct de vedere cu tratamentul „precoce" al sifilisului căpătat, al cărui rol decisiv asupra desfăşurării ulterioare a infecţiunii este azi bine stabilit.

Ceva mai mult, dacă ne gândim la condiţiunile speciale în care ia naştere infecţiunea în sifilisul congenital, am mai putea zice că tratamentul precoce al infecţiunii îmbracă aci caracterul unei necesităţi mai imperioase încă şi mai urgente decât în sifilisul căpătat. Nu trebue să uităm, într'adevăr, că în sifilisul moştenit infecţia se comportă, chiar din primul moment, ca o infecţie generalizată, împregnând în mod masiv organele esenţiale ale vieţii, tocmai în momentul cel mai delicat al desvoltării şi organizării lor. Aceasta ne permite să înţelegem în-

fluența atât de nefastă pe care sifilisul netratat o exercită asupra produsului concepțiunii.

Cu toate condițiunile deplorabile pe care infecțiunea le determină în organismul fetal, un tratament instituit la momentul oportun va avea toate șansele să asigure creearea unor condițiuni propice unei bune desvoltări a fătului, permițându-i astfel, în imensa majoritate a cazurilor, să ajungă în bune condițiuni la naștere. In felul acesta se pune în mâna pediatrului un copil viabil, de multe ori în perfectă stare de sănătate aparentă, față de care rolul său se va mărgini la continuarea tratamentului și supravegherea ulterioară a copilului.

Acest program terapeutic al sifilisului moștenit n'ar putea fi adus la îndeplinire decât prin creearea unor cât mai numeroase servicii de consultații prenatale, unde s'ar putea depista la timp infecțiunea mamei și institui cât mai de grabă tratamentul său, și indirect acela al fructului ce poartă.

In conformitate cu cele enunțate mai sus, tratamentul sifilisului congenital trebue conceput ca un tratament, implicând 2 etape succesive: una prenatală și alta postnatală.

Inainte de a ne ocupa de problema tratamentului prenatal al sifilisului congenital, ni se pare indispensabil să fixăm mai întâi câteva puncte referitoare la justificarea acestui tratament, într'un caz dat, cu alte cuvinte la mijloacele ce ne stau la dispoziție pentru depistarea infecțiunii în această fază a existenței copilului.

Spre deosebire de diagnosticul sifilisului congenital în faza sa postnatală, care se poate face ușor și în mod cert, grație semnelor bine cunoscute ce cad sub simțurile noastre, diagnosticul infecțiunii produsului concepțiunii înainte de naștere rămâne, prin forța lucrurilor, un diagnostic de prezumție. Intr'adevăr, el nu poate fi afirmat decât indirect, pe cale deductivă, prin considerațiuni trase din situația infecției genitorilor, sau eventual a mamei singure, când aceasta n'a fost infectată decât în cursul sarcinei.

Așa fiind lucrurile, ni se pare de un deosebit interes practic să precizăm aci, pe cât se poate, împrejurările în care îmbolnăvirea produsului concepțiunii poate fi socotită ca certă, sau cel puțin ca suficient de probabilă, pentru a justifica luarea măsurilor necesare pentru salvarea sa.

In cele ce urmează ne propunem a discuta principalele situațiuni ce ni se pot prezenta, din acest punct de vedere, în practică:

A. — **Femeea însărcinată prezintă manifestări clinice de sifilis recent, sau numai o serologie pozitivă, indiciul unei infecțiuni ceva mai vechi, dar încă activă.**

Atitudinea pe care trebue s'o adoptăm în astfel de cazuri este din cele mai clare și nu poate suferi niciun fel de discuțiune.

In conjuncturile enunțate, șansele de infectare a produsului concepțiunii fiind absolute, nicio ezitare nu poate fi permisă. Tratamentul femeei însărcinate se impune aci nu numai ca o necesitate de moment, pentru a salva viața fătului serios amenințată prin infecțiunea ce i s'a transmis, dar și ca o măsură de prevedere, pentru a se asigura profilaxia eventualelor sarcini viitoare.

Regula stabilită rămâne valabilă chiar dacă femeea n'a fost infectată decât în ultimile luni ale sarcinii, examenele serologice demonstrând, contrariu de ce s'a crezut multă vreme, că contaminarea fătului este şi aci aproape constantă. In această din urmă împrejurare fiind însă vorba de transmiterea unei infecţiuni „pauci" spirochetice, aceşti copii se nasc adesea sănătoşi în aparenţă, manifestările infecţiunii lor nefăcându-şi apariţia decât mai târziu, şi uneori chiar târziu de tot (sifilis congenital tardiv).

B. — **Femeea însărcinată este o veche sifilitică.**

Unii sifiligrafi ca Boas şi Gammeltoft, Strandberg, Almkvist şi alţii, preconizează tratamentul necondiţionat al femeei gravide în trecutul căreia a existat sifilis, şi aceasta oricare ar fi vechimea infecţiunii sale, oricare ar fi fost tratamentul anterior urmat de dânsa şi oricare ar fi situaţia sa serologică de moment.

Acest mod de a proceda, inspirat dintr'un sentiment de prudenţă şi din dorinţa de a se realiza un maximum de securitate pentru produsul concepţiunii, păcătueşte, după părerea noastră, prin rigiditatea şi schematismul său excesiv.

Este adevărat că în starea actuală a cunoştinţelor noastre nu posedăm niciun criteriu, care să ne dea dreptul a afirma în mod absolut ştiinţific stingerea infecţiunii sifilitice într'un caz dat. Nu este mai puţin adevărat însă că experienţa sifiligrafică, bazată pe observaţia şi urmărirea îndelungată a unui mare număr de bolnavi, satisfăcând anumite condiţiuni de tratament, dacă nu este capabilă să ne dea o certitudine deplină în această privinţă, ea ne poate totuşi permite prezumpţiuni, practicamente destul de valabile, relativ la sterilizarea probabilă a organismului, sau cel puţin la posibilităţile de transmitere a boalei. Pe baza unor astfel de criterii de probabilitate s'a şi stabilit, de altfel, după consensul general al sifiligrafilor, data admisibilităţii la căsătorie a femeei sifilitice.

Aşa fiind lucrurile, credem că linia de purtare pe care o vom adopta faţă de o femee însărcinată, veche sifilitică, nu trebue judecată în mod dogmatic, ci discutată dela caz la caz.

Eventualităţile ce se pot întâlni aici le-am putea reduce la 2 categorii mai principale:

a) Femeea însărcinată a fost suficient tratată la începutul infecţiunii sale;

b) Femeea n'a fost tratată de loc, sau — ceea ce revine la acelaşi lucru — a fost insuficient tratată.

Iată modul nostru de a ne comporta faţă de fiecare din împrejurările enunţate:

a) Dacă femeea însărcinată, veche sifilitică, a fost supusă, la începutul infecţiunii sale şi în condiţiuni optime de precocitate, unui tratament antisifilitic riguros, urmat în mod regulat, conform cerinţelor clasice, timp de 4 ani; dacă reacţiunile sale serologice s'au negativat repede, după prima sau cel mult a doua serie de tratament, menţinându-se apoi constant negative; dacă vechimea infecţiunii sale se ridică la cel puţin 6 ani şi dacă în tot acest interval examenul clinic şi sero-

logic nu a arătat nimic anormal, — experienţa ne-a arătat că femeea însărcinată poate fi lăsată netratată, fără niciun risc pentru progenitură, vechea sa infecţiune putând fi, cu drept cuvânt, socotită ca stinsă.

Această linie de purtare n'o vom adopta, bineînţeles, decât atunci când posedăm date absolut certe relativ la antecedentele terapeutice ale femeei, cum ar fi de ex., prin excelenţă, cazul pentru persoanele aparţinând propriei noastre clientele, sau pentru acelea care ar putea produce referinţe scrise detaliate, emanând dela medicul sub îngrijirea căruia ele s'au găsit la acea epocă.

In faţa unei probleme, care comportă atâta răspundere din partea noastră, ar fi să comitem un act de uşurinţă condamnabil dacă ne-am mulţumi în această privinţă cu date aproximative, sau luând drept bază simplele afirmaţiuni ale bolnavei, de obiceiu greşite şi adesea tendenţioase. In cazul celei mai mici incertitudini, ne vom comporta faţă de aceste femei, la fel ca faţă de cele din categoria ce urmează:

b) Dacă femeea însărcinată este o veche sifilitică, de loc, sau insuficient tratată, ea va fi supusă, fără discuţie, tratamentului antisifilitic în tot cursul sarcinei.

Vechimea infecţiunii sale nu trebue să influenţeze aci cât de puţin decizia noastră, întrucât se ştie că din punctul de vedere al posibilităţilor de transmitere, pe cale de concepţie, sifilisul femeei se bucură de o perenitate ce o întrece cu mult pe aceea a bărbatului. Observaţia clinică arată într'adevăr că o femee bolnavă rămâne capabilă a infecta produsul concepţiunii, până la extrema limită a fecundabilităţii sale. Personal, am avut ocazia să văd o femee dând naştere unui copil sifilitic în al 18-lea an al infecţiei. Marcus relatează şi dânsul două cazuri asemănătoare, unul după 24 şi altul după 26 de ani, dela infecţie, iar Boeck unul după 37 de ani! (în acest din urmă caz era vorba de o femee infectată în copilărie).

Experienţa ne mai arată, pe de altă parte, că nicio prezumpţie valabilă nu se poate trage din starea prezentă a femeei însărcinate cu privire la soarta produsului concepţiunii, deoarece o sifilitică netratată este capabilă să-şi infecteze fătul, chiar dacă dânsa se găseşte pentru moment în perfectă stare de sănătate aparentă, adică lipsită de orice simptom clinic sau serologic al boalei. Se cunosc numeroase cazuri de femei însărcinate, ale căror reacţiuni serologice au fost negative în tot cursul sarcinei, ceea ce nu le-a împiedecat să dea naştere unor copii sifilitici.

De altfel, serologia femeei însărcinate este susceptibilă de anumite particularităţi, pe care este bine să le cunoaştem pentru a ţine seama de ele în practică.

Un prim fapt pe care dorim să-l menţionăm aci este acela că starea de graviditate pare exercita uneori un fel de acţiune inhibitoare asupra serologiei femeei, în sensul că reacţiuni serologice, pozitive până aci, pot deveni negative odată cu instaurarea sarcinei. Alteori un fenomen invers se poate observa, ca şi cum sarcina ar determina, la un moment dat, un fel de reactivare a serologiei, în cazurile latente serologiceşte până atunci. In asemenea împrejurări, pozitivarea reacţiunilor începe a se produce de obicei dela a 4-a sau a 5-a lună înainte, adică

odată cu desvoltarea circulației placentare (posibil prin trecere de reagine dela făt la mamă). Câteodată însă, pozitivarea reacțiunilor nu se manifestă decât către sfârșitul gravidității. Din punct de vedere practic, putem conchide că șansele obținerii unei serologii pozitive, la o femee însărcinată, în faza latentă a boalei sale, sunt cu atât mai mari, cu cât examenul serologic este practicat la o epocă mai înaintată a sarcinei.

Ca exemplu de serologie extrem de întârziată, citâm următorul caz, observat de Boas: O femee tratată în perioada secundară cu neosalvarsan și mercur, timp de un an, rămâne câtva timp după aceea însărcinată. Reacțiunile sale serologice, negative la începutul sarcinei, s'au menținut negative până la sfârșitul ei (controlul serologic fiind făcut lunar), nedevenind pozitive decât cu 14 zile (!) înainte de termen, iar femeea dând naștere unui copil acoperit de erupții sifilitice.

Asemenea reacțiuni serologice întârziate, prețioase de sigur pentru descoperirea unei infecțiuni ascunse a mamei, nu oferă, din nefericire, decât un mediocru interes pentru problema care ne interesează, adică aceea a salvării produsului concepțiunii printr'un tratament precoce.

Modul desfășurării sarcinilor anterioare, ale unei vechi sifilitice, nu constitue nici el un criteriu sigur cu privire la probabilitățile de transmitere asupra produsului concepțiunii prezente. Evoluția sifilisului netratat fiind caracterizată printr'o succesiune de perioade de activitate și de latență, moștenirea sifilitică poate prezenta și ea un caracter de alternanță. In virtutea acestei legi, nașteri de copii bolnavi pot fi urmate de nașteri de copii sănătoși — și viceversa — fiecare din aceste eventualități reflectând starea infecțiunii materne în epoca corespunzătoare concepțiunii.

Concluzia practică care se degajă din cele expuse este, o repetăm, că orice femee gravidă, veche sifilitică, a cărei infecție n'a fost tratată, sau a fost insuficient tratată la timpul oportun, va fi supusă în mod invariabil tratamentului, **oricare ar fi vechimea infecțiunii sale**, și chiar dacă pentru moment ea nu prezintă nicio manifestare clinică sau serologică.

Examenul serologic practicat sistematic poate aduce servicii însemnate pentru descoperirea boalei în cursul graviditățiî, dar în general rolul său revelator rămâne aci incomparabil mai redus decât în orice alt domeniu al sifilisului. Pentru acest motiv, negativitatea reacțiunilor serologice la o femee însărcinată, cu antecedente de sifilis, nu trebue să constitue niciodată un motiv de abținere dela tratament.

C. — **Femeea însărcinată, fără antecedente sifilitice proprii, a fost fecundată de un bărbat sifilitic.**

Un important număr de sifiligrafi preconizează tratamentul, fără excepție, al oricărei femei care a fost însărcinată de un bărbat sifilitic, oricare ar fi vechimea infecțiunii acestuia din urmă și oricare ar fi tratamentul urmat de dânsul în trecut.

Linia de conducere preconizată de acești autori, justificată poate odinioară, când terapia sifilisului nu dispunea de mijloacele active din prezent, nu mai poate fi acceptată azi, cel puțin în forma rigidă în care ea a fost enunțată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Curabilitatea sifilisului, atunci când el este tratat la timp şi conform regulilor stabilite astăzi, fiind în afară de orice discuţiune, atitudinea pe care o vom adopta faţă de o femee fără antecedente sifilitice personale, dar infectată de un bărbat sifilitic, va trebui, în mod logic, să fie subordonată, independent de orice alte consideraţiuni, situaţiunii în care se găsea infecţiunea acestuia din urmă în momentul procreaţiunii, cu alte cuvinte ţinând seama de tratamentul anterior urmat de dânsul şi de vechimea boalei sale. Graţie acestor date, cântărite în fiecare caz dat, cu toată minuţiozitatea cerută, vom putea reuşi să ne facem o idee destul de justă relativ la posibilităţile de infecţiune ale bărbatului.

Aşa fiind lucrurile, o regulă generală, stereotipă şi absolută, nu poate fi adoptată nici aci, problema trebuind să fie judecată individual.

1. Iată de ex. o primă categorie de fapte: Să presupunem că infecţia bărbatului dela care decurge sarcina, are o vechime de cel puţin 4 ani *); că ea a fost tratată dela început şi în condiţiuni pe care le considerăm astăzi ca fiind capabile să conducă la sterilizarea organismului; că reacţiunile sale serologice nu au avut timp să se pozitiveze, sau, dacă ele erau deja pozitive, s'au negativat repede după prima, cel mult a doua serie de tratament, menţinându-se apoi constant negative; că examenul lichidului cefalorachidian practicat la sfârşitul anului al 4-lea, atunci când s'a pus chestiunea încetării tratamentului, a fost normal. Intr'un cuvânt, un astfel de bărbat satisfăcând în mod sfrict toate condiţiunile cerute de statutul încuviinţării căsătoriei unui sifilitic, ar fi excesiv şi nelogic ca femeea însărcinată de dânsul să mai fie supusă tratamentului antisifilitic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ar fi într'adevăr un act de inconsequenţă din partea noastră ca, pe de-o-parte, să încuviinţăm, în astfel de cazuri, căsătoria, iar pe de altă parte, printr'un procedeu ce nu-şi poate găsi nicio justificare, să introducem un element de suspiciune şi adesea de discordie în menaj. In atari împrejurări, credem că ne putem mulţumi, în momentul confirmării sarcinei, ca exces de precauţiune, cu examenul serologic al soţului, practicat după o prealabilă reactivare, pentru a ne da seama dacă nu cumva, prin imposibil, vechea sa infecţiune s'ar fi putut redeştepta.

Acest mod de a proceda, adoptat de noi de multă vreme, faţă de bolnavii din clientela noastră particulară (şi care în practică va fi adoptat de cât numai faţă de persoanele al căror cazier terapeutic ne este perfect cunoscut), ne-a dat totdeauna deplină satisfacţie, femeile şi copiii lor, urmăriţi ani de zile, rămânând absolut indemni.

2. Dacă însă infecţiunea soţului este de dată mai recentă, sau dacă fiind chiar mai veche de 4 ani, nu a fost suficient tratată la timpul cerut şi dacă, a fortiori, la epocă nu prea îndepărtată de concepţiune a prezentat o recidivă clinică, sau chiar numai serologică, femeea însărcinată va fi supusă, fără discuţie, tratamentului, **chiar dacă ea nu prezintă nici cel mai mic semn, clinic sau serologic, de infecţiune.**

Experienţa ne-a arătat într'adevăr că un sifilitic netratat îşi

*) Condiţiunile de vechime ale infecţiunii reclamate aci sunt, după cum se vede, mai puţin severe decât acelea reclamate pentru sifilisul femeei (4 ani în loc de 6), durata posibilităţilor de transmitere a infecţiunii materne fiind mult mai întinse în timp decât accea a sifilisului patern.

infectează în mod fatal femeea, dacă nu chiar dela început, în tot cazul în cursul anilor, după jocul redeşteptărilor infecţiunii sale.

Un lucru pe care se cuvine să-l mai avem totdeauna prezent în memorie este că sifilisul femeilor infectate de bărbaţi vechi sifilitici se îndepărtează adesea cu totul de acela al sifilisului obişnuit, în sensul că poate îmbrăca masca unei infecţiuni „mute", adică lipsită de orice manifestare clinică şi adesea chiar serologică. Această eventualitate s'ar realiza, după statisticile lui Cordier, în 52% din cazuri, iar după acelea ale lui Lesser în 60% din cazuri.

Asemenea forme de infecţiuni, nedecelabile prin niciunul din mijloacele cunoscute astăzi, nu sunt de cele mai multe ori descoperite decât întâmplător, cu ocazia unui avort, sau a unui accident de ordine tardivă. Am avut ocazia să vedem în practica noastră femei avortând în serie, fără ca examenul cel mai minuţios, clinic şi serologic, să ne fi permis a descoperi la dânsele vreun simptom de infecţie. Explicarea enigmei nu ne era dată, în astfel de cazuri, decât de tratamentul antisifilitic care, aplicat cu titlul de probă, punea repede lucrurile în ordine.

Patologia sifilisului femeei rezervă prin urmare adesea surprinderi neaşteptate, în raport cu maternitatea, lucru de care este bine să fim preveniţi.

Explicarea acestor infecţiuni asimptomatice ale femeei, rămasă multă vreme enigmatică, începem să o cunoaştem astăzi, graţie cercetărilor lui Bessemans, Gastinel, Pulvenis şi alţii, care au demonstrat că fizionomia infecţiunilor sifilitice, rezultând din inoculări experimentale la epure, este în funcţiune de numărul spirocheţilor inoculaţi. S'a putut vedea astfel că, dincolo de un anumit prag de diluţiune a germenilor, inoculările nu mai dau naştere unui sifilis obişnuit ci, după cazuri, fie unei infecţiuni complect decapitate (**absenţă** de leziune primară la locul inoculat), fie unor infecţiuni cu totul **inaparente**.

Aceste date experimentale transpuse în domeniul clinicei umane, sunt de natură a arunca o vie lumină, relativ la înţelegerea formelor anormale de sifilis pe care le putem întâlni la femeile infectate de vechi sifilitici, infecţiunea lor făcându-se **prin intermediul spermei**, produs în general sărac în germeni. In asemenea condiţiuni de contaminări „**pauci**"— spirochetice, — contrariu de ceeă ce întâmplă atunci când ele rezultă din leziuni floride, bogate în germeni (cum ar fi de exemplu dintr'un accident primar, sau din leziuni secundare, erodate), care evoluează atât clinicește cât şi serologicește, după tabloul clasic, — sifilisul femeilor, infectate în condiţiunile arătate mai sus, va lua, la fel ca în inoculările experimentale a minima, caracterul unei infecţiuni oculte, pe lângă care putem risca a trece fără a o bănui.

Este aci, o repetăm, o formă aparte de sifilis, specială femeii, ea rezultând, după cum am văzut, din modalităţi de inoculare ce în clinică nu pot fi realizate decât la dânsa.

I. TRATAMENTUL PRENATAL AL SIFILISULUI CONGENITAL.

Tratamentul prenatal al sifilisului congenital nu poate fi realizat, prin forţa lucrurilor, decât în mod indirect, el reducându-se în fond la tratamentul mamei.

Una din condiţiunile cele mai importante pentru atingerea scopului urmărit aci, adică salvarea produsului concepţiunii, este ca tratamentul mamei **să fie cât mai precoce**, adică instituit cât mai aproape de începutul sarcinei. Acest deziderat capătă un caracter şi mai imperios atunci când este vorba de o femee atinsă de sifilis recent, la care prin urmare concepţia s'a înfăptuit în plină perioadă septicemică a boalei.

In cazul când contaminarea femeei s'a produs ulterior concepţiunei, la un moment oarecare al sarcinei, tratamentul va fi de asemenea instituit imediat de diagnosticul infecţiunii sale a putut fi stabilit, şi aceasta chiar dacă sifilomul primar şi-ar fi făcut apariţia în ultima lună a graviditătii. Este demonstrat astăzi că o femee însărcinată poate infecta fătul chiar în faza primară a infecţiei sale, graţie spirocheţilor răzleţi, care încep să invadeze, după cum se ştie, sângele, încă din primele zile ale sifilomului.

Altă condiţie nu mai puţin importantă pentru salvarea produsului concepţiunii este aceea ca tratamentul antisifilitic al mamei să fie un tratament activ, la maximum de intensitate, în limitele bineînţeles ale toleranţei organismului. Totodată, este esenţial ca acest tratament să fie urmărit cu perseverenţă în tot cursul sarcinii, conform regulelor ce vor fi arătate mai jos.

Terapia prenatală a sifilisului congenital a căpătat o eficacitate necunoscută în trecut, odată cu introducerea preparatelor arsenobenzolice în tratamentul femeei însărcinate. Deşi la începutul erei arsenicale o rezervă explicabilă s'a manifestat faţă de utilizarea acestor preparate, la femeea gravidă, experienţa clinică n'a întârziat să demonstreze că aceste rezerve erau departe de a fi îndreptăţite. Intr'adevăr, afară de rari cazuri, ca acelea publicate de Gougerot, Merklen, Wolff şi alţi câţiva autori, în care avorturi s'au produs în urma injecţiilor de neosalvarsan (ca un fel de reacţie Herxheimer intrauterină, după explicaţia propusă), practica a demonstrat că femeea însărcinată suportă, fără inconveniente, tratamentul arsenobenzolic bine condus.

In starea actuală a lucrurilor putem zice că, afară de contraindicaţiile de ordin general ale preparatelor arsenobenzolice, bine precizate de altfel astăzi, nicio incompatibilitate nu rezultă, în propriu, **din faptul sarcinei**, pentru întrebuinţarea lor. Am putea adauga chiar că, medicaţiunea arsenobenzolică, departe de a influenţa în mod defavorabil evoluţia sarcinei, exercită asupra ei o acţiune eutocică din cele mai remarcabile, prin aceea că adresându-se cauzei însăşi care predispune femeea sifilitică la avorturi, face cu putinţă desfăşurarea neturburată a sarcinei până la limitele sale fiziologice.

Intr'adevăr, toate datele sunt concordante pentru a demonstra incomparabila superioritate a preparatelor arsenicale, faţă de celelalte medicamente antisifilitice, în ce priveşte posibilităţile de salvare a fătului şi asigurarea evoluţiei normale a sarcinei. Astfel, după o statistică publicată de Boas şi Gammeltoft, din 98 de femei tratate exclusiv cu neosalvarsan în cursul graviditătii, 79 au dat naştere, la termen, la copii sănătoşi, şi numai 19 la copii sifilitici, pe când într'un alt grup de 111 gravide, tratate exclusiv cu mercur, numai 31 au dat naştere la copii sănătoşi, iar 80 la copii bolnavi.

Experienţa a mai arătat că aci, ca şi în tratamentul sifilisului în general, se pot obţine rezultate şi mai bune decât acelea observate în urma întrebuinţării neosalvarsanului singur, atunci când acestui din urmă medicament i se asociază, unul sau altul din celelalte medicamente antisifilitice, sub formă de curi mixte: arseno-mercuriale sau arseno-bismutice. Cităm ca exemplu o statistică aparţinând lui Jersild şi Kristyansen, după care, pe un număr de 100 de femei gravide, tratate cu astfel de curi combinate, s'au putut obţine 96 de copii sănătoşi şi numai 4 bolnavi.

Cum trebue condus tratamentul antisifilitic al femeei însărcinate?

Tratamentul antisifilitic al femeei însărcinate, afară de precauţiunile dictate de starea specială a organismului rezultând din faptul graviditătii, nu se deosebeşte, în liniile sale generale, de tratamentul obişnuit al sifilisului. Având în vedere scopul urmărit aci, el trebue să fie, cum am mai spus-o deja, un tratament activ, — în limitele toleranţii organismului.

Dacă toată lumea este de acord asupra acestui punct, unele divergenţe există relativ la modul de alcătuire a acestui tratament.

Unii autori ca Almkvist, Ahmann şi alţii, de teama ca tratamentele combinate să nu supună la o prea mare încercare organele emunctoriale ale femeei însărcinate, preconizează un sistem de curi **„monomedicamentoase"**, administrate în mod succesiv, fără întrerupere, făcând de exemplu să alterneze o cură neosalvarsanică cu una bismutică sau mercurială, fără nicio pauză intercalată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest mod de a proceda, inspirat dintr'un sentiment de excesivă prudenţă, ni se pare a merge tocmai în contra scopului urmărit. Intr'adevăr, un astfel de tratament **neîntrerupt**, departe de a menaja organismul, riscă, mai mult decât oricare altul, să determină oboseala organelor emunctoriale, iar atunci când fenomene de iritaţiune din partea acestor organe s'au produs, el nu ne lasă niciun răgaz pentru refacere. Toţi acei care au avut ocazia să urmărească, prin examene repetate de urină, modul de comportare al rinichiului, faţă de un tratament antisifilitic mai activ, s'au putut convinge că într'un important număr de cazuri, chiar când este vorba de persoane lipsite de orice tară renală anterioară, se poate observa, către mijlocul sau sfârşitul curei, semnele unei atingeri renale, mai mult sau mai puţin pronunţată, traducându-se fie numai printr'o uşoară albuminurii, fie câteodată prin apariţia, în plus, a unui număr mai mult sau mai puţin important de cilindri hialini sau granuloşi, şi uneori chiar de hematii. Din fericire, aşa cum ne-am putut convinge, toate aceste manifestări renale, de ordin iritativ, sunt reparabile, sfârşind prin a dispare în cursul perioadelor de pauză, lucru care nu s'ar putea întâmpla, de sigur, în caz de tratamente continue.

De altfel, independent de orice consideraţiuni de ordin medical, un astfel de tratament, prin caracterul său neîntrerupt, creează pentru femeea însărcinată o adevărată servitudine terapeutică, greu de acceptat în practică, şi căreia puţine bolnave i s'ar supune cu toată strictetea necesară.

Pentru motivele arătate, rămânem, în ce ne priveşte, partizan al

curilor mixte, intermitente, în tratamentul sifilisului femeei însărcinate, ori decâteori avem de-a-face cu o persoană sănătoasă şi fără tare renale anterioare.

Această formă de tratament activ o reclamăm oridecâteori împrejurările o permit, cel puţin pentru primele două serii, în epoca în care se joacă, ca să zicem astfel, soarta produsului concepţiunii şi când, prin urmare, este nevoie să se dea o lovitură cât mai puternică infecţiunii. Acest lucru ni-l putem cu atât mai uşor permite, cu cât în acest moment enunctoriile gravidei sunt mai puţin sensibile.

Tratamentul pe care îl vom administra aci va fi, afară de contraindicaţiuni speciale, cel obţinut în tratamentul de atac al sifilisului în perioada secundară. Pentru a evita o eventuală reacţie Herxhaimer, care ar putea fi fatală produsului concepţiunii, administrarea neosalvarsanului va fi totdeauna precedată de 4—5 injecţiuni bismutice, sau de un număr egal de injecţiuni mercuriale.

Doza maximă **unitară** de neosalvarsan nu va trebui să depăşească un ctgr. pe kilocorp. De altfel această doză nu va fi administrată integral, dela prima injecţie, ci se va începe prin a se pipăi toleranţa organismului, cu doze fracţionate, începându-se cu 1/6 sau 1/4 din doza maximală stabilită, pentru a se mări apoi dozele cu câte 1/6 sau 1/4 la fiecare dată, ajungându-se astfel în 4 sau 6 injecţii la doza unitară plină. Intervalele dintre injecţiile de încercare vor fi respectiv 3—4—5 zile.

Doza maximală unitară odată ajunsă, ea se va repeta mai departe, în caz de toleranţă perfectă, la intervale de 5—6 zile, până la însumarea dozei totale de administrat într'o serie, şi care nu va trece în mod obişnuit de 8 ctgr., sau maximum, la persoanele robuste, de 10 ctgr. pe kilocorp. Dacă femeea nu are vene accesibile, se va putea recurge la preparate arsenicale injectabile intramuscular de tip Solusalvarsan sau Sulfarsenol.

Paralel cu administrarea neosalvarsanului, injecţiunile bismutice deja începute vor fi continuate, intercalându-le la intervale de 3—4 zile, şi făcându-se în total 12—15 injecţii pe serie. Cantitatea de bismut administrată va fi astfel calculată, ca ea să nu depăşească la fiecare injecţie 1—3 miligr. de bismut metalic pe kilocorp, iar doza totală pentru o cură, 12—16 ctgr. pe kilocorp.. Aşa de ex. pentru o persoană de 50 de kilograme, doza unitară bi-hebdomadară va fi de 5—6 ctgr. Bi. metalic, iar doza totală pentru o cură va fi de 60—80 ctgr.

In caz de contraindicaţiuni speciale pentru Bismut, se va putea recurge, ca medicaţiune asociată neosalvarsanului, la preparate mercuriale, sub formă de injecţii intravenoase de cianur de mercur (15—20 inj. a 0,01 ctgr.) sau la fricţiuni mercuriale.

După o pauză de 1 lună, tratamentul mixt descris se va repeta sub aceeaşi formă, cu singura deosebire că neosalvarsanul va putea fi administrat acum dela început, fără nicio preparare bismutică sau mercurială anterioară, reacţiunile spirilare nemai-fiind, în acest moment, de temut.

Dacă aceste două prime serii de tratament mixt au fost perfect suportate, este interesul ca tratamentul să fie continuat sub aceeaşi

formă, până la sfârşitul sarcinei, pauzele între serii fiind de 4—5—6 săptămâni, după împrejurări. Rămâne însă bineînţeles că toate regulele enunţate până acum, nu au un caracter absolut şi invariabil, tratamentul urmând a fi individualizat, atât în ce priveşte compunerea cât şi dozarea sa, în conformitate cu gradul de toleranţă al organismului de tratat.

In conformitate cu cele spuse, dacă de ex. după tratamentele combinate dela început organismul femeei manifestă semne de intoleranţă renală sau hepatică (lucru care se observă destul de des în a doua jumătate a sarcinei), în scopul menajării organismului tratamentul va fi continuat sub formă de curi **monomedicamentoase**, separate prin intervale de 4—6 săptămâni, dându-se preferinţă preparatelor arsenicale în caz de slăbiciune renală, şi celor mercuriale în caz de deficienţă hepatică.

(Urmare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hepafix

PRINCIPIUL HEPATIC ANTIANEMIC

Cutii cu 5 fiole à 2 cc.
„ „ 10 „ „ 2 cc.

Fiole injectabile intramuscular

INDICAŢIUNI: Anemiile pernicioase, secundare de origină **sifilitică** şi **paludiană**, gravidice. Vărsăturile incoercibile ale sarcinii.

Cancer — Tuberculoză — Leucemie

Pentru mărirea rezistenţei bolnavilor la traumatismul operator.

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

RAMURILE POSTERIOARE ALE NERVILOR CERVICALI ȘI SISTEMUL DEPRESOR PERIFERIC

de

Prof. D-r V. PAPILIAN, Conf. D-r I. G. RUSSU, Drd. V. V. PAPILIAN

Secțiunea ramurilor posterioare ale nervilor cervicali III-VI împiedecă constant producerea sincopei adrenalino-cloroformice.

Influența periferiei corpului asupra funcțiunii cardiace pare să fie un fapt demonstrat, ținând seamă de mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice, interpretat cu un desechilibru simpatico-parasimpatic, ca și de existența unui sistem presoro-depresor, înglobat în sistemul nervos periferic, dar aparținând sistemului organo-vegetativ.

BCU Cluj

Studiul mecanismului sincopei adrenalino-cloroformice efectuat într'o serie de cercetări publicate anterior, a arătat că ipoteza desechilibrului brusc simpatico-parasimpatic are cea mai mare probabilitate de explicație a fenomenului.

Producând un desechilibru al sistemului vegetativ, fie prin excitarea parasimpaticului, fie prin paralizia simpaticului cu ajutorul substanțelor farmaco-dinamice, s'a putut împiedeca însăși producerea sincopei. (Russu-Papilian Antonescu).

De asemeni secțiunea unor nervi periferici (genito-crural, intercostali, accesor brachial cutanat intern) au avut aceleași efecte denotând existența unui sistem periferic capabil să producă desechilibrul simpatico-parasimpatic, sistem după părerea noastră presoro-depresor și dovedind în același timp rolul pe care-l joacă periferia organismului în menținerea reflexă a funcțiunii cardiace.

Continuând a utiliza sincopa adrenalino-cloroformică ca test asupra altor nervi, în vederea depistării întregului sistem depresor periferic, ca și a realizării de noi argumente în favoarea concluziunilor noastre anterioare, am experimentat asupra **ramurilor posterioare ale nervilor cervicali** (I—VIII).

Dispoziţiunea anatomică a ramurilor posterioare cervicale la câine este puţin diferită de cea dela om. Fiecare ramură posterioară cervicală se împarte întâiu în două ramuri: una vertebraiă şi alta dorsală. Ramurile dorsale sunt cele ce ne interesează, ele inervează musculatura aşezată dorsal coloanei vertebrale şi pielea regiunei cefei, împărţindu-se mai adesea într'o ramură laterală şi o ramură medială. Primii nervi merg şi la urechea externă. Ramurile mediale ale ramurilor posterioare cervicale merg în general spre linia mediană şi trecând pe lângă ligamentum nuchae sfârşesc în piele. Ramurile dorsale ale ramurilor posterioare cervicale III—VI se anastomozează între ele formând plexul cervical dorsal. Dispoziţiunea este următoarea: ramura dorsală a ramurii posterioare a nervului cervical al III-lea dă ramuri la muşchiul multifid, apoi se împarte în două ramuri dintre care una trece pe lângă ligamentum nuchae, până la piele, iar a 2-a trece prin muşchiul semispinal al capului şi se anastomozează cu ramura dorsală a celui de-al IV-lea nerv cervical (ramura posterioară). Ramurile dorsale ale ramurilor posterioare a nervilor cervicali IV şi V se anastomozează între ele — respectiv cu ramura dorsală a celui de-al III-lea şi al VI-lea cervical; ramura dorsală a ramurii posterioare a celui de-al VI-lea nerv cervical comportându-se identic cu ramura dorsală a celui de al III-lea. Astfel se formează plexul cervical dorsal, situat pe partea medială a muşchiului semispinal al capului.

La om, în afară de ramurile musculare şi cutanate, răspândite la aceeaşi muşchi şi regiune cutanată, dispoziţia plexului cervical posterior, descris de Cruveilhier, este întrucâtva variată. Iată descripţia dată de Testut: „ramura posterioară a primului nerv cervical, după ce iese între atlas şi occipital, se împarte în mai multe ramuri: una anastomotică, care înconjoară înapoi masele laterale ale atlasului şi se uneşte sub muşchiul oblic mare cu un firişor ascendent a ramurii posterioare a celui de-al II-lea nerv cervical. Ramura posterioară a nervului cervical al II-lea emite iarăşi mai multe ramuri, dintre care 2 anastomotice: una ascendentă, care se uneşte cu ramura anastomotică a primului nerv, alta, descendentă, care se uneşte cu ramura anastomotică a ramurii posterioare a celui de-al III-lea nerv cervical. Din această dublă anastomoză rezultă 2 arcade suprapuse, care îmbrăţişează: una masele laterale ale atlasului, iar cealaltă apofiza transversă a axelui. Aceste 2 arcade abandonează apoi ramuri musculare".

In plus este de remarcat că numai pe ramurile musculo-cutanate ale ramurilor posterioare s'au observat umflături gangliforme (Hirschfeld, Cruveilhier).

Tehnica experienţelor noastre a fost cea obişnuită în laboratorul Institutului de Anatomie Cluj-Sibiu. Sub narcoză cloroformică se secţiona nervul respectiv, totdeauna deasupra bifurcării, astfel ca să se intereseze şi ramurile anastomotice; apoi se administra în vâna femurală descoperită, la toate cazurile aceeaşi cantitate de adrenalină $1^0/_{00}$ (0mgr01 la kgr de animal). In tot acest decurs se înscria presiunea carotidiană pe un cilindru Marey.

Cercetările de faţă au fost executate pe 23 animale (câini) şi în tabloul de mai jos sunt rezumate rezultatele obţinute:

T A B L O U

No. cor.	Secțiunea ramurii posterioare a nervului:	Substanțele injectate în ordine	Sincopa adrenalino-cloroformică	Alte date
1	I cervical bilateral	adrenalină-atropină-adrenalină	Nu	
2	I cervical „	adrenalină	Da	
3	I cervical „	adrenalină-atropină-adrenalină	Nu	
4	II cervical „	„	Nu	
5	II cervical „	„	Nu	
6	II cervical „	adrenalină	Da	Secționat incomplet stânga
7	II cervical „	adrenalină-ergotină-adrenalină	Nu	
8	II cervical „	ergotină-adrenalină-atropină-adrenalină	Nu	
9	II cervical stâng	adrenalină-atropină-adrenalină	Nu	
10	II cervical „	„	Nu	
11	II cervical drept	„	Nu	
12	III cervical bilateral	„	Nu	
13	II-III cervical „	„	Nu	
14	IV cervical „	„	Nu	
15	IV-VI cervical „	„	Nu	
16	IV-VI cervical „	„	Nu	
17	III-VIII cervical și I-IV dorsal bilateral	„	Nu	S'au extirpat și mușchii spinali
18	III-VIII cervical și I-IV dorsal bilateral	„	Nu	Idem
19	IV-VIII cervical și I-IV dorsal bilateral	„	Nu	
20	V-VIII cervical și I-IV dorsal bilateral	„	Nu	
21	VII-VIII cervical și I-IV dorsal bilateral	adrenalină	Da	
22	VII-VIII cervical bilateral	„	Da	
23	VII-VIII cervical „	adrenalină-atropină-adrenalină	Da	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din datele tabloului se vede că am secţionat: ramura posterioară a primului nerv cervical bilateral la 3 animale; ramura posterioară a celui de-al doilea nerv cervical la 8 animale, dintre care la 5 bilateral şi la 3 unilateral; ramura posterioară a celui de al III-lea şi IV-lea bilateral la câte un animal; ramurile posterioare a nervilor cervicali II—III, IV—V—VI—VII—VIII cervicali şi I—II—III—IV dorsali, V—VI—VII—VIII cervicali şi I—II—III—IV dorsali, VII— VIII cervicali şi I—II—III—IV dorsali bilateral la câte un animal şi ramurile posterioare ale nervilor IV—V—VI cervicali, III—IV—V— VI—VII—VIII cervicali şi I—II—III—IV dorsali şi VII—VIII cervicali bilateral la câte două animale.

In aceste experienţe s'a produs sincopa adrenalino-cloroformică la 5 animale, dintre care la unul se secţionase bilateral ramura posterioară a primului nerv cervical, la altul ramura posterioară a celui de al doilea nerv şi la toate animalele, în număr de 3, la care se secţionase ramura posterioară a ultimilor doi nervi cervicali (VII—VIII).

Datele de mai sus ne permit a trage o primă concluzie: secţiunea ramurilor posterioare a nervilor cervicali I—VI inclusiv, uni sau bilateral, singure sau mai multe deodată, împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică cu 2 excepţii pentru primii doi nervi, dar absolut constant la ramurile de mijloc (III—VI), adică tocmai cele care constituesc plexul cervical dorsal; spre deosebire de ramurile posterioare ale ultimilor doi nervi cervicali (VII—VIII), care nu influenţează asupra sincopei, cu toate că într'unul din cazuri secţiunea era extinsă şi la primele 4 ramuri posterioare dorsale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu această ocazie e locul să arătăm că la unul dintre cazuri, sincopa adrenalino-cloroformică s'a produs numai după o injecţie de atropină, care se ştie are un rol favorizant (Papilian-Russu).

Cercetările noastre anterioare au evidenţiat o serie de nervi periferici (în special sensitivi: genito-crural, intercostali, accesor brachial cutanat intern) cu aceeaşi funcţiune, ceea ce ne-a făcut să bănuim existenţa unui reflex cardio-periferic şi să individualizăm prezenţa unui sistem funcţional presoro-depresor, cu rol capital în menţinerea reflexă a funcţiunii cardiace, sincopa fiind rezultatul unui desechilibru brusc simpatico-parasimpatic.

Experimental s'a demonstrat că „efectele cardiace a excitaţiei depresorilor aortici şi sinusali nu sunt în definitiv decât exagerarea acţiunii frenatoare, pe care aceşti nervi o exercită permanent asupra inimii; ei demonstrează existenţa la nivelul aortei şi carotidei interne a „avertizorilor" în special sensibili la variaţiunile de tensiune sanghină şi al căror rol este de a determina punerea în joc a reacţiunilor regulatoare a travaliului inimii şi a presiunei arteriale" (Hermann).

In aceste împrejurări nimic nu ne poate împiedeca să nu admitem prezenţa unor „avertizori" în toate părţile corpului omenesc, care trebue să funcţioneze ca o entitate biologică, ce influenţează şi este influenţată de organul central al circulaţiei; armonia funcţională neputând altfel exista. Totuşi cercetările noastre par să arate că există regiuni cu importanţă presoro-depresoare maximă, ca: regiunea cefei, regiunea axilară şi regiunea scrotală, toate trei bogat vascularizate. (Papilian-Russu-V. V. Papilian).

De asemeni este ştiut că „excitaţia nervilor vaso-sensibili ai circulaţiei generale determină rărire cardiacă. Injecţia intra-arterială de nitrat de argint, etc., provoacă hipertensiune şi bradicardie moderată, (Heger, Spolitta şi Consiglio, Pagano), care se poate atribui unui reflex cu punct de plecare în pereţii arterelor, dar care se poate la fel de bine localiza în capilare şi ţesuturi. Cu toate că acest reflex cardio-moderator poate fi declanşat prin compuşi organici mai puţin străini economiei animale ca ceilalţi: acid lactic, uric, urină (Kaufmann, Tournade) nu este demonstrat că aceşti nervi sensibili joacă un rol fiziologic în regularea frecvenţei cardiace" (Hermann).

Faptul că secţiunea unui singur nerv periferic împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică este, credem, demonstraţia absolută a rolului fiziologic jucat de periferia corpului prin sistemul funcţional presoro-depresor, ascuns în nervii periferici, dar aparţinând de sigur sistemului organo-vegetativ.

Pentru a încheia ne rămân de adăugat numai două puncte cu o importanţă deosebită.

In primul rând este rolul vagului. Secţiunea bilaterală a nervului pneumogastric, executată la alte trei animale (câini), dintre care la unul imediat la eşirea din baza craniului, pentru a interesa în mod cert şi rădăcina respectivă a nervului depresor, nu a putut împiedeca producerea sincopei la nici unul din cele 3 animale în experienţă, fapt demonstrat şi de alţi autori (Bardier-Soula-Stilmunkés), ceea ce denotă că drumul influxului nervos, deci căile reflexului nostru cardio-periferic, nu interesează vagul; dar nu trebue uitat că nervul pneumogastric reprezintă numai o parte a sistemului parasimpatico-simpatic.

In sprijinul afirmaţiei aceste vin şi cercetările lui v. Brücke, care arată că „excitaţia depresorului încetează de a mai rări pulsaţiile după smulgerea ganglionilor stelaţi şi cervicali inferiori". Chestiunea o avem în studiu şi va face obiectul unor prezentări viitoare.

In cadrul cercetărilor noastre sincopa adrenalino-cloroformică joacă rolul de test experimental. Datorită acestui fapt am putut ajunge la concluziuni importante; **sincopa adrenalino-cloroformică**, fiind un fenomen funcţional, **nu comportă niciun factor artificial.** In această direcţie însăşi autorii fac rezerve asupra valorii excitanţilor nervoşi utilizaţi curent în experimente, astfel Hermann scrie: „cu toate că centrii acceleratori pot fi la fel solicitaţi ca şi cei moderatori, de obiceiu reflexul inhibitor predomină, cel puţin cu **excitanţii artificiali** curent utilizaţi în laboratoarele de fiziologie, iar pe de altă parte se ştie că „rărirea cardiacă după excitarea nervilor sensibilităţii generale nu este constantă. Variază cu intensitatea excitantului şi starea funcţională a centrilor. Cu excitaţii slabe se obţine mai uşor accelerare (dar nu sigur) decât cu agresiuni forte, care produc în general încetinire cardiacă" (Simanowski, Mac William).

In concluzie: 1. Secţiunea ramurilor posterioare a nervilor cervicali III—VI împiedecă în mod constant sincopa adrenalino-cloroformică;

2. Secţiunea nervilor vagi nu influenţează producerea sincopei adrenalino-cloroformice;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3. Periferia organismului joacă un rol foarte important în menţinerea reflexă a funcţiunii cardiace;

4. Există un sistem presoro-depresor, răspândit şi ascuns în nervii periferici;

5. Până acum am putut determina trei regiuni: axilară, scrotală şi a cefei, cu o mare valoare presoro-depresoare.

BIBLIOGRAFIE

1. *Antonescu C. V.:* Prevenirea sincopei adrenalino-cloroformice prin paralizia simpaticului. Mişc. Med. Rom. Nr 3-4, 1940, p. 145.

2. *Antonescu C. V.-Vinţi I.:* Sincopa adrenalino-cloroformică şi vagul Clujul Medical Nr. 8, 1936, p. 515.

3. *Bardier-Soula-Stilmunkes:* Pneumogastrique et syncope adrénalino-chloroformique, C. R. Soc. Biol. T. XCVIII, p. 191.

4. *Ellenberger W.-Baum H.:* Handbuch der vergleichende Anatomie des Haustiere.

5. *Papilian V.-Russu I. G.:* Raportul dintre nervii periferici şi funcţiunea inimii. Ardealul Medical Nr. 7, 1944, p. 335.

6. *Papilian V.-Russu I. G.-Papilian V. V.:* Sistem depresor în nervii periferici. Mişc. Med. Rom. Nr. 3-12, 1944, p. 459.

7. *Papilian V.-Russu I. G.-Papilian V. V.:* Noi cercetări asupra sistemului presoro-depresor al periferiei. Comunicare Soc. Ştiinţelor Medicale, XII, 1944.

8. *Roger-Binet:* Traité de Physiologie. H Herman, T. VI, Circulation.

9. *Russu I. G.-Papilian V. V.:* Echilibrul simpatico-parasimpatic şi sincopa adrenalino-cloroformică. Ardealul Medical (sub presă).

10. *Testut:* Traité d'Anatomie Humaine, T III, Ed. VII.

Ceilalţi autori citaţi după Roger-Binet: Traité de Physiologie.

Prof. D-r V. Papilian, Conf. D-r I. G. Russu-V. V. Papilian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gli rami posteriori degli nervi cervicali ed il sistema depressore periferico.

La sezione dei rami posteriori dei III-VI nervi cervicali impedisce in modo costante la sincope adrenalino-cloroformica.

L'influsso della periferia del corpo sulla funzione cardiaca, sembra un fatto dimostrato, tenendo conto del meccanismo della sincope, interpretato come un disequilibrio simpatico-parasimpatico, come anche dell'esistenza di un sistema pressoro-depressore, compreso nell sistema nervoso periferico, ma appartenendo al sistema nervoso organo-vegetativo.

Prof. D-r V. Papilian, Conf. D-r I. G. Russu-V. V. Papilian.

The posterior branches of the cervical nerves and the peripheric dipressor system.

The section of the posterior branches of the III-VI cervical nerves hinders constantly the adrenalino-chloroformic syncope.

The influence of the periphery of the body on the cardiac function seems to be a demonstrated fact, considering the mechanism of the syncope, interpreted as a sympathetic-parasympathetic disequilibrium, as well as the existence of a pressor-dipressor system, comprised in the peripheric nervous system, but pertaining to the organo-vegetative nervous system.

Prof. D-r V. Papilian, Conf. D-r I. G. Russu-V. Papilian.

Les rameaux postérieurs des nerfs cervicaux et le système dépresseur périphérique.

La séction des rameaux postérieurs des III-e-VI-e nerfs cervicaux empêche constamment la syncope adrénalino-chloroformique.

L'influence de la périphérie du corps sur la fonction cardiaque semble être un fait démontré, tenant compte du mécanisme de la syncope, interpreté comme un déséquilibre sympathico-parasympathique, ainsi que de l'éxistence d'un système presseur-dépresseur, englobé dans le système nerveux périphérique, mais apartenant au système nerveux organo-végétatif.

TRATAMENTUL REUMATISMULUI CRONIC INFECȚIOS SECUNDAR *)

de

D-r V. ALEXENCO și D-r E. ALEXENCO

Nu ne vom ocupa de problema clasificării reumatismelor, această problemă fiind în afara celor propuse de noi în această lucrare, vom ține seama numai de clasificarea reumatismelor propusă de „Deutsche Gesellschaft für Rheumabekämpfung".

La fel nu ne vom ocupa de problema, tot atât de importantă și de discutată a etiologiei și a patogeniei reumatismului cronic infecțios secundar, ci ne vom mărgini să expunem procedeul terapeutic utilizat de noi în tratamentul acestei entități morbide.

Afară de cazurile, în care agentul patogen este bine cunoscut, fapt care ne ușurează mult tratamentul acestei maladii, întâlnim o serie întreagă de cazuri unde etiologia este necunoscută sau foarte greu de precizat. In aceste din urmă cazuri, tratamentul apare și mai greu de administrat.

Mai întâi vom trece în revistă principalele metode terapeutice cunoscute până în prezent.

In ceea ce privește tratamentul dietetic, reamintim că el nu mai joacă rolul care i se atribuia pe vremuri.

Tratamentul simptomatic și chimioterapia au înscris o serie nesfârșită de procedee terapeutice dela cele mai simple și până la cele mai complicate.

Începând cu administrarea derivaților celor mai obișnuiți ai acidului salicilic administrare extern, per os sau parenteral, trecând apoi la epoca administrării derivaților iodului, a sulfului, a argintului, a aurului singur sau asociat, a sărurilor insolubile de radium și a bromurii de mesotorium, constatăm că problema tratamentului reumatismului cronic infecțios în special a preocupat în largă măsură mințile cercetătorilor.

Odată cu epoca descoperirii sulfamidelor și în tratamentul reumatismului cronic infecțios secundar s'au încercat diferite tratamente cu sulfamide aplicate fie general, fie regional — în situ-peri-articular sau intra-articular.

Nu ne vom opri la problema tratamentelor dessensibilizante cu preparate histaminice administrate local sau general (Fl. Coste) și nici la tratamente prin novocainizări peri-articulare sau intra-articulare (M. Morin, Gh. Băjelu, L. Drăgănescu), la fel nu ne vom ocupa de problema balneoterapiei, talasoterapiei, climatoterapiei și a fizioterapiei sub diferitele ei forme de aplicare ca: aer cald, diathermie, intra-roșii, ultra-scurte, röntgenterapie, teleröntgenterapie și radiumterapie (I. Stoia și H. I. Stoia).

In ultimul timp și-a creiat un loc important tratamentul prin iritația nespecifică sub formă de proteino-terapie și vaccinoterapie care au deschis căi noi fiind utilizate singure sau asociate cu alte tratamente (Edelmann). Tot aici se înglobează și tratamentul cu venin de albine,

*) Studiu făcut la Spitalul de specialitate Aeronautic—Iași.

care în ultima analiză se pare că acționează în mod analog, adică în sensul unei terapii de iritație nespecifică (Ferdinand Hoff), la fel și administrarea intra-venoasă a extractului de cartilagiu „Sanartrit" preconizat de către Heilner (Umber).

In ultimii ani noi am utilizat pe o scară întinsă proteinoterapia și vaccinoterapia în tratamentul reumatismului cronic infecțios secundar.

Ca material terapeutic am utilizat: laptele, peptona, aolanul, yatren-caseina slabă și forte, paragen, diferite vaccinuri (autovaccinuri și stokvaccinuri) și un preparat de albumină microbiană Pyrifer.

Utilizarea în largă măsură a acestui procedeu terapeutic sub diferitele lui forme ne permite să afirmăm că proteinoterapia și vaccinoterapia utilizată așa cum se recomandă de obicei, adică sub formă de iritație la limită, cu doze mici, care produc o neînsemnată reacție locală și generală, nu duce la rezultate bune și durabile.

Rezultatele incomparabile mai bune, adeseori excelente, noi am obținut prin vaccinoterapie și proteinoterapie drastică, cu care am provocat ascensiuni termice de 39—40 grade, repetate la 2—4 zile interval.

Trebuește notat că cu această piretoterapie maximală, noi n'am avut absolut niciun accident sau inconvenient mai deosebit.

Bineînțeles această metodă n'a fost aplicată pe cazurile cu debilitate pronunțată sau cu turburări cardio-renale sau pulmonare, etc..

Un alt fapt la fel extrem de important, observat uneori de noi este că proteinoterapia și vaccinoterapia cu reacții termice mici și mijlocii a provocat uneori agravări foarte neplăcute a stării locale, — diferite reacțiunilor locale obișnuite după proteinoterapie.

La fel un fapt important este că proteinoterapia asociată cu alte tratamente medicale, nu schimbă mersul maladiei, de aceea noi în ultimul timp nu mai asociam proteinoterapia sau vaccinoterapia cu absolut niciun alt medicament.

Sunt binevenite însă, masajele și mobilizările sistematic aplicate.

In ceea ce privește tehnica, aceasta este cât se poate de simplă și va fi dictată în primul rând de fiecare caz în parte și în al doilea rând de proteina sau vaccinul utilizat. Doza de proteină sau vaccin necesară provocării unei reacții termice maximale nu variază mult dela caz la caz și este bine ca după ce ne obișnuim cu un preparat să rămânem la el, în felul acesta vom evita la maximum tatonarea dozelor necesare obținerii unei reacții termice maximale.

Dacă primul puseu febril a fost prea mic, vom mări doza cu $1/3$—$1/2$ iar în cazul când accesul febril a fost violent, vom rămâne la a doua inoculare la aceeași doză. Accesele de febră se vor repeta la fiecare 2—3—4 zile. In total vom face 8 până la 12 accese de febră maximală, după gravitatea cazului.

Dăm mai jos în rezumat, câteva foi de observație clinică.

OBSERV. I. — Bolnavul C. V., în etate de 24 ani, din Iași, este adus la spital pe data de 25 Oct. 1943, pentu dureri la nivelul articulațiilor membrelor superioare și inferioare, dureri cari fac ca bolnavul să umble foarte greu.

Antecedentele heredo-colaterale: nu prezintă nimic deosebit.

Antecedentele personale: Bolnavul declară că a suferit de uretrită gonococică, în 1936 şi de limfogranulomatoză inguinală subacută în 1941.

Istoricul maladiei actuale: Maladia debutează în Februarie 1942, cu dureri la nivelul ambelor articulaţii tibio-tarsiene. Bolnavul urmează un tratament salicilic după care se simte uşor ameliorat. Treptat apar dureri şi la nivelul articulaţiilor mici ale picioarelor, la nivelul atriculaţiilor genunchilor şi apoi la nivelul articulaţiilor pumnului. Reluând în repetate rânduri tratamentul salicilic şi alte tratamente medicale, bolnavul nu se mai simte ameliorat şi în cele din urmă se internează în Spital pe data de 25 Oct. 1943.

Starea prezentă: Bolnavul de constituţie picnică, are tegumentele şi mucoasele normal colorate; ţesutul celulo-adipos sub-cutanat normal desvoltat. La examenul aparatelor mari, nimic de remarcat.

Sistemul locomotor: dureri spontane şi provocate la nivelul articulaţiilor tarso-metatarsiene, metatarsiene, tibio-tarsiene a genunchilor şi la nivelul articluaţiilor cotului şi a pumnului. Uşoară tumefiere la nivelul articulaţiilor tibio-tarsiene. Din cauza durerilor articulare bolnavul are uşoară impotenţă funcţională.

Examenele de laborator: Analiza urinei arată prezenţa în sediment de rare leucocite izolate. Hemograma nu arată nimic deosebit. Sero-reacţiile sunt negative, cisto-uretroscopia arată prezenţa a câtorva lacunite.

A 3-a zi după internare şi examinare, bolnavul începe să fie tratat cu pyretoterapie maximală, iar după cinci şedinţe, bolnavul declară că se simte foarte mult ameliorat. Mersul devine fără dureri. După opt şedinţe, bolnavul părăseşte spitalul fără nicio durere la nivelul articulaţiilor.

OBSERV. II. — Bolnavul C. P., în etate de 27 ani, vine în Spital pe data de 2 N-brie 1943, pentru dureri la nivelul articulaţiilor membrelor superioare şi inferioare.

Antecedentele heredo-colaterale: nu prezintă nimic de remarcat.

Antecedentele personale: Pneumonie în copilărie, Rugeolă în 1928, Malarie în 1930, Uretrită gonococică în 1937—1938.

Istoricul maladiei actuale: In luna Mai 1942, după o amigdalită bolnavul începe să aibă dureri la nivelul articulaţiilor membrelor inferioare. Urmează un tratament salicilic, după care durerile se atenuiază simţitor, însă revin după un interval de timp. Până în prezent urmează diferite tratamente medicale, inclusiv cu venin de albine, sulf, aur, iod şi băi cu nămol fără ca durerile să cedeze.

La examenul marelor aparate, nimic deosebit.

Examenul sistemului locomotor: dureri spontane şi provocate la nivelul articulaţiilor membrelor superioare şi inferioare fără nicio modificare anatomică decelabilă la inspecţie şi palpaţie.

Examenele de laborator: In urină, albumina absentă; glucoza absentă şi sedimentul este normal.

Hemograma: Hemoglobină 80%, leucocite 7400 pe mmc., erytrocite 4.590.000 pe mmc. Leucograma: Poli. neutro 60%, Poli. bazo. 0%; Poli. eosino 0%; Limfo. 36%; Mono. 4%.

Sero-reacţia Bordet-Wassermann şi Meinicke negative.

Bolnavul este supus tratamentului cu pyretotherapie maximală. După primele 2 şedinţe durerile par să se accentuieze, pentru ca după 7 şedinţe să dispară complect.

OBSERV. III. — Bolnavul A. A., în etate de 30 ani, este adus pentru dureri vii la nivelul articulaţiilor membrelor superioare şi inferioare, precum şi la nivelul articulaţiilor temporo-mandibulare.

Antecedentele heredo-colaterale nu prezintă nimic deosebit.

Antecedentele personale: Scarlatină în 1920; Congestie pulmonară în 1932; Pleurezie sero-fibrinoasă stângă în 1940. Neagă maladiile veneriane.

Istoricul maladiei actuale: Maladia articulară debutează în 1932, deci acum 11 ani în urmă. Este tratat în repetate rânduri şi prin diferite servicii spitaliceşti şi balneare. Durerile articulare se ameliorează fără să dispară complect.

Starea prezentă: Bolnavul de constituţie astenică, are tegumentele şi mucoasele palide; ţesutul celulo-adipos subcutanat este diminuat. Sistem mus-

cular este redus, mai ales la nivelul membrelor inferioare (atrofie), iar la nivelul articulațiilor tibio-tarsiene, tarsiene și la nivelul articulațiilor genunchilor se constată o tumefiere a țesuturilor peri-articulare destul de evidentă. La examenul aparatelor mari nimic de remarcat. Examenele de laborator arată o discretă anemie hipocromă. Examenele radiologice nu decelează nimic deosebit afară de semnele unei poliartrite cronice.

Bolnavul este supus tratamentului prin pyretoterapie maximală și masaje. In total i se fac 12 ședințe, după care bolnavul părăsește spitalul fără niciun fel de durere. Bolnavul este revăzut în repetate rânduri și constată că starea bolnavului se menține foarte bună.

OBSERV. IV. — Bolnavul I. C., în etate de 37 ani, este internat în spital pentru dureri la nivelul articulațiilor membrelor inferioare.

Antecedentele heredo-colaterale nu prezintă nimic deosebit.

Antecedentele personale: La etate de 15 ani, a suferit de febră tifoidă în 1940, a suferit de malarie; amigdalită în repetate rânduri.

Istoricul maladiei actuale: Maladia articulară debutează acum 6 ani în urmă cu discrete dureri la nivelul articulațiilor genunchilor, dureri cari se accentuiază treptat cu toate tratamentele urmate, ba au început să intereseze între timp și articulațiile tibio-tarsiene.

Starea prezentă: Nimic deosebit la examenul marelor aparate, la fel nimic de remarcat la examenele de laborator.

Examenul sistemului locomotor: Dureri spontane și provocate la nivelul articulațiilor genunchilor și a articulațiilor tibio-tarsiene fără nicio modificare regională depistabilă la examenul clinic și radiologic.

Bolnavul se supune tratamentului cu pyretoterapie maximală și masaj. După 14 ședințe bolnavul părăsește spitalul fără nicio durere articulară.

In concluzie: bolnavii cu poliartrite reumatice cari au rămas insensibile la diferitele tratamente medicale, fizice și balneare au reacționat foarte bine la tratament cu piretoterapie maximală, aplicată după procedeul expus mai sus.

BIBLIOGRAFIE

L. Ramond.—Conférences de clinique médicale pratique; *Ferdinand Hoff.* Tratamentul bolilor interne; *Hațieganu Goia.*—Tratat elementar de semiologie și patologie medicală; *G. Braghia.* — Au sujet de la nouvelle réaction de Meister pour le diagnostic de l'infection rhumatismale. Gazzetta degli Ospedali de delle Cliniche. T. 60 Nr 2 din 8 1-939; *Gh. Bâjelu și L. L. Drăgănescu.* — O nouă metodă de tratament în durerile după traumatisme sau infecțiuni, Mișcarea Medicală Română Nr. 3-4 din 1943; *J. Le Clave.*—Autohemóterapia intradermică în tratamentul reumatismului cronic. Presse medicale din Iunie 1938; *F. Coste și M. Morin.*—Injecții intra-articulare cu anestezice și histamină în afecțiuni articulare. Soc. médicale des Hopitaux din Iunie 1939; *P. Lehman și Hickel.*—Teleröntgen. terapia în tratamentul reumatismului endocrinian poliarticular acut și subacut. Société d'électro-radiologie médicale de France, 9 Mai 1939; *Saucier.*—Tratamentul coreei reumatice prin electropirexie. L'union médicale du Canada, T. 67 Nr. 12; *Fl. Coste, M. Gaucher și M. Morin* — Tratamentul afecțiunilor reumatice. Ligue Francaise contre le Rhumatisme, Mai 1939; *I. Stoia* și *H. I. Stoia* — Influența Radium-ului asupra celulelor și importanța ei în practica reumatologică. Revue du Rhumatisme Nr. 2 din 1940.

OPORTUNITATEA TERAPEUTICEI NATURALISTE IN PEDIATRIE IN SPECIAL ŞI MEDICINA INTERNĂ IN GENERAL

de

D-r V. GASNAŞ

Medic secundar
al Spitalului de copii Galaţi

Voiu căuta să redau în această lucrare generalităţile şi particularităţile din terapeutica naturalistă, precum şi căile de aplicare a acestei terapii, citate de majoritatea pediatrilor români şi anume: Prof. D-r Gracţoschi, Prof. D-r Gane, Prof. D-r Rusescu, Prof. D-r Popovici, etc., de D-rii germani Brauchle, Pfaundler, Bircher, Brenner, Fischer, Braucheidt şi tratate în special de D-r Ad. Hoff, căreia mă realiez în urma rezultatelor confirmate la Spitalul de copii-Galaţi (secţia dispersată).

Ne bucură constatând că se acordă o atenţiune din ce în ce mai mare medicamentelor naturaliste. Acest fapt se datoreşte pe deoparte instrucţiunii lămuritoare care se face de ani de zile, prin viu grai şi prin scris, iar pe de altă parte este o consecinţă a lipsei medicamentelor datorită războiului. Medicul consultat, aproape că nu mai are posibilitatea să prescrie o formulă magistrală. El se vedea adesea silit să recurgă la noui metode de vindecare. De pildă, el prescrie anumite forme de împachetări (înfăşurări), cari se consideră prin metodele terapeutice naturaliste. Apoi băi regionale cu temperatură crescândă; dietele conţin mai mult decât altădată alimente crude şi zile de post. Anumite ceaiuri şi medicamente homeopatice se bucură de o popularitate mare. Se evită întrebuinţarea medicaţiunilor compuse (complicate) — din cauza greutăţii întâmpinate la aplicarea lor — a căror acţiune nu prea se deosebeşte de aceea a medicamentelor simple şi cari nu dau, în multe cazuri, rezultatele aşteptate.

Insă aceste începuturi îmbucurătoare sunt încă fără regulă; ele se bazează pe idei împrumutate dela metoda de tratament alopatică. De aceea nu pot fi evitate greşeli, rezultate greşite, ba chiar nereuşite. De aceea, mulţi medici se străduesc să pătrundă mai adânc în fundamentul şi posibilităţile metodei de vindecare biologice.

Vom încerca să expunem într'o serie de articole, cele mai importante elemente despre natura terapeuticei naturaliste şi vom exemplifica acest fel de tratament la diferite maladii.

I. PRINCIPIILE METODEI DE VINDECARE NATURALISTE

I. Sănătatea. Vieaţa, în forma ei spirituală şi materială şi prin felul cum decurge, serveşte la realizarea unui scop. Fiecare fiinţă vie, fiecare organ, fiecare celulă, fiecare proces biologic ajută la realizarea scopului; ele sunt de aceea astfel organizate şi ascultă de legi şi regule cari folosesc la ajungerea scopului. Fiecare fiinţă vie, este înzestrată cu tot ce e necesar conservării (întreţinerii) vieţii sale, pentru toată durata destinată. Moartea este lege. Incepând dela naştere, vieaţa este ameninţată. Organismul viu — ca să se păstreze — trebue să se apere împotriva pericolelor care-l ameninţă. Dacă organismul reuşeşte prin puterea sa de reacţiune să anihileze şi să se apere, în mod lent şi încontinuu, împotriva excitaţiunilor care acţionează asupra sa şi-l ame-

ninţă încât procesul vieţii să decurgă în cadrul normelor fiziologice, atunci el este sănătos.

„Sănătatea este echilibrul întregii activităţi a vieţii şi echivalentul formei exterioare şi interioare a corpului", formulează Brauchle.

Cu cât puterea de reacţiune în formă lentă, anihilează excitaţiile turbulente mai activ şi mai constant, cu atât starea de sănătate este mai sigură. Acţiunea anihilantă a acestei apărări lente o întâlnim la fiecare fenomen de vieaţă. Printre acestea se enumără compensaţia permanentă a economiei de căldură, garantată prin schimbul din circulaţia sângelui — mai cu seamă înăuntrul pielii — apoi prin regularea distanţei porilor, prin transpiraţie, etc. Apărarea lentă ţine în frâu chiar şi germenii primejdioşi cari se cuibăresc în mucoasele căilor respiratorii sau în traectul intestinal. O imigrare masivă de germeni patogeni poate fi de asemeni biruită prin apărare lentă. Acest proces a fost observat de către Pflaundler mai cu seamă la adolescenţi şi a fost descris de dânsul sub denumirea de „Stille Feiung".

In afară de germeni, mai sunt făcuţi inofensivi, fixaţi şi eleminaţi de către apărarea lentă: praful şi unele gaze, cari sunt introduse în corp prin aerul inspirat; toxice provenite dela schimbul de materie ca acid uric, produse de descompunere ale albuminei, acizi graşi, cari sunt permanent introduşi prin hrană sau se formează din aceasta în timpul schimbului de materie.

Apărarea lentă este rezultatul integrităţii tuturor organelor şi a lucrării lor armonice.

PCU Cluj / Central University Library Cluj

II. Turburarea echilibrului.

Dacă apărarea lentă nu e in stare să îndepărteze agenţii vătămători, atunci se produce turburarea echilibrului. Bircher-Brenner a denumit această stare „sănătate însărcinată". Iar Brauchle a scris în rev. „Medizinische Kl. 38/936 că „Turburarea echilibrului înseamnă vătămare şi pericol".

La bolile infecţioase, această stare periculoasă, dăinueşte un timp determinat, perioada de incubaţiune. Această perioadă se caracterizează de cele mai multe ori prin supărări subiective şi turburări funcţionale, în timp ce simptomele obiective nu se observă încă. După scurgerea acestei anumite perioade, turburarea echilibrului trece în stare de „apărare vijelioasă", adică în stare de boală. Apărarea vijelioasă tinde la restabilirea echilibrului. Dacă organismul nu se pune în stare de apărare vijelioasă, starea de boală nu se mai produce; iar din tulburarea echilibrului se desvoltă suferinţa primară.

III. Boala. Drept răspuns la ivirea tulburării echilibrului, toate funcţiunile vieţii se fortifică: de ex.: căldura corpului, circulaţia sângelui, eliminarea materiilor, formarea antitoxinei, etc.). Simptomele bolii, trebuesc considerate în esenţă, drept semn al apărării puternice. Pe lângă acestea se ivesc şi alte forme de simptome. Astfel durerea nu este apărare, ci un avertisment, alarmă. Tot aşa şi celelalte senzaţii subiective, înrudite (de aceeaşi natură) cu durerea, ca: indispoziţia, nelinîştea, insomnia, etc.. Altă grupă de simptome trebue considerată drept vătămare, drept înfrângere. Acestea se găsesc mai cu seamă în domeniul circuitului sanguin (circulaţia slăbită, colaps, stază, tromboză) sau în

câmpul de acțiune al sistemului nervos (spasm, paralizie, tulburările regulațiunii).

IV. Suferința. Dacă organismul pierde lupta, respectiv dacă rezultatul ei, restabilirea echilibrului, e compromis, atunci fie că se produce sfârșitul vieții, fie că viața se menține și atunci boala evoluează în maladie secundară.

Brauchle spune că suferința este totalitatea eșecului, a înfrângerii (de ex.: Înțepenirea după inflamație articulară; defect al valvulei inimei după Endocardită). Dacă suferința se produce fără prealabila producere a apărării vijelioase, adică fără să se fi ivit vreo boală, atunci este vorba despre o suferință primară.

V. Diagnosticul. Diagnosticul nostru nu se limitează numai la stabilirea numelui bolii și a caracterului agentului patogen: sau la aflarea organului, care participă mai mult la procesul boalei. Noi stabilim toate fenomenele bolii: „diagnoza stării". Astfel însemnăm cu semnul pozitiv, apărarea și cu semnul negativ, înfrângerea respectiv eșecul. Acest „diagnostic semnificativ" ne conduce către terapie.

Seria cauzalității, problema cauzei și a efectului (de ex.: infecțiune, deci boală) nu-i suficientă spre a înțelege procesul vieții. Cunoștințele dobândite prin acest mod de a privi lucrurile, nu sunt suficiente spre a pătrunde ingenios procesul de vindecare. In afară de seria cauzalității, care nu poate fi în niciun caz complect lămurită, ne preocupă mai cu seamă scopul și importanța proceselor biologice, căutând să întărim și să stăpânim simptomele de apărare. Diagnosticul semnificativ, spre deosebire de metoda cauzală, se referă la viitor (Grote).

Analiza semnificativă a fenomenelor maladive urmărește să afle sensul unui simptom, spre a conduce tratamentul după acest sens. (Fischer, Analiza semnificativă a fenomenelor maladive ca mijloc de cercetare clinică).

VI. Terapia. In fond scopul alopatiei este să desvolte și să întrebuințeze mijloace împotriva factorilor cauzali ai boalei, acel al terapiei simptomatice să atace — adesea în mod periculos — și să suprime diferitele simptome, acel al terapiei de substituție să înlăture fenomenele păgubitoare prin întregire; pe când terapia naturalistă merge pe căile indicate de puterea de vindecare a naturii către răpunerea vătămării și către aplanarea turburării echilibrului, întrebuințând în acest scop mijloace potrivite puterei de vindecare a naturii, deci naturale.

Terapeutica naturalistă nu poate pretinde, ca dânsa să domine neapărat singure. Este decisiv din punct de vedere terapeutic, ca în cazurile la cari se întrebuințează un mijloc împotriva factorului cauzal al boalei, sau un medicament simptomatic, sau o substituire, sau la cari e nevoie de o intervenție chirurgicală nu trebue neglijată o stimulare a apărării naturale, împlinirea cerințelor terapiei naturaliste, cât și îngrijirea și ocrotirea funcțiunilor păstrate și intacte, după cerințele acestei terapii. Metoda de vindecare naturalistă, are de umplut lacune importante la formele indicate de ajutor medical!

Metoda noastră, nu trebue să se limiteze la tratarea organelor sau sistemelor de organe direct atacate de boală. In planul nostru de vindecare își au locul — în sens activ — și organele resp. sistemele de organe cari nu sunt direct atinse.

Acest „tratament pornind dela sănătos" (Kleinschrod), însemnează o lărgire îmbunătăţitoare a acţiunii (procedării) noastre terapeutice şi îndeplineşte cerinţe unui tratament totalitar".

Terapia naturalistă nu este o terapie „expectativă" sau „conservativă". Dimpotrivă ea este foarte activă, şi dispune începând cu simpla spălare şi până la baia de supra-încălzire, de un asortiment admirabil de măsuri de vindecare. Este o greşală, când se desemnează aceste măsuri drept „therapia nulla" sau când se folosesc numai „ut aliquid fiat", greşală care trebue neapărat suprimată.

VII. Mijloacele de vindecare naturaliste.

Nu mijlocul, ci modul cum e întrebuinţat, decide dacă tratamentul este naturalist sau nu. Totuşi mijloacele întrebuinţate de terapeutica naturalistă îndeplinesc anumite condiţiuni: Sunt furnizate de natură şi determinate de natură. Aceste mijloace ne înconjoară în parte sub forma lor de origină (iniţială), iar parte corespund legilor naturale ca fenomene fiziologice.

Cele mai importante mijloace pe cari le întrebuinţăm sunt: căldura, frigul, lumina (lumina solară totală sau unele porţiuni ale spectrului), aerul, abţinerea dela hrană (postul), mişcarea şi exerciţiile de gimnastică, de respiraţie, masagiile, substanţele active din plante şi minerale. Se mai adaugă alimentarea cu alimente vitale, pe cari organismul le necesită la menţinerea echilibrului schimbului de materie. Eficacitatea mijloacelor de vindecare naturaliste este în funcţie de schimbul biologic dintre excitaţie şi reacţie. Excitaţiile au două grade de tărie: acelea cari produc o reacţie slabă şi acele cari produc o reacţie puternică. Printre primele se numără spălările, împachetările, duşurile, băile regionale, băile calde cu temperatură, constantă şi de scurtă durată, băile de aer, băile de soare de scurtă durată (fără eritem, drept consecinţă), postul (alimentarea numai pe lichide), cura de alimente crude, gimnastica, masagiile, tratamentul cu plante medicinale, clisma şi spălătura intestinală.

Printre excitaţiile cari produc reacţie puternică, cari sunt în măsură să readucă o suferinţă în stare de boală acută, se numără eritemul solar, băile calde cu temperatură crescândă şi de durată lungă (băile de supra-încălzire), postul riguros, cura cu uruială, tratamentul cu febră, cura lui Baunscheidt, emplasturele vezicante, (Fontanella), emeticele şi purgativele drastice.

Parte dintre excitaţiile puternice au fost folosite pe scară întinsă ani de zile sub numele de terapia corpurilor excitante. Gradul reacţiunii nu depinde numai de felul excitaţiei, ci şi de dispoziţia organismului faţă de reacţiune. Se va proceda după următorul principiu: Excitaţia cea mai slabă, care e în stare să provoace o reacţiune (vindecătoare) folositoare. este cea indicată.

Mijloacele de vindecare — remediile homeopatice ocupă un loc deosebit printre mijloacele naturaliste. Hemeopatia întrebuinţează excitaţii chimice, cari au relaţiuni specifice cu boala. Samuel Hahnemann ne-a indicat două căi, — prin regula asemănării şi prin metoda de încercare a remediilor asupra omului sănătos, — cari s'au arătat experi-

mental ca extrem de folositoare pentru găsirea remediilor, cari favorizează vindecarea pe cale naturală. Incercarea substanţelor minerale şi vegetale, a elementelor şi anumitor substanţe animale asupra omului sănătos, arată că organismul reacţionează faţă de cea mai mare parte dintre aceste substanţe, întotdeauna într'o anumită formă. Faţă de fiecare substanţă organismul reacţionează în mod specific. Incercarea mai arată, că multe substanţe provoacă reacţiuni asemănătoare acelora produse de feluriţi agenţi patogeni şi cu acelea cari se ivesc în decursul diferitelor stări de boală şi suferinţă.

Experienţa învaţă, că substanţele cari sunt în stare să producă o boală asemănătoare celeia existente, sunt în măsură să acţioneze asupra bolii existente în mod favorabil şi vindecător, dacă sunt administrate bolnavului foarte diluate. Apoi se constată, că substanţele întrebuinţate în homeopatie nu acţionează asupra organismului în general, ci în special asupra anumitor organe, ţesuturi, grupe de organe, funcţiuni şi asupra constituţiunii.

Obiecţiunea, cum că remediile homeopatice ar fi străine de organism, n'ar fi naturale şi deci contrare naturii, nu e justa faţă de ierburile şi de medicamentele homeopatice întrebuinţate. Toate substanţele, elementele şi compuşii lor cari se găsesc în natură, stau în raport biologic cu organismul nostru, chiar şi aşa numitele „toxice".

Toxicitatea este o problemă a dozei. Paracels spunea: „Toate materiile sunt otrăvuri, numai doza singură face ca o materie să nu fie otravă". Noţiunea toxicităţii este relativă. Dacă depăşim cantitatea optimală a unei excitaţiuni obişnuite, atunci ea devine otravă. Orice mâncare sau orice băutură, luată peste măsură, este otravă" (Paracels).

Noi trebue să administrăm substanţele active în doza situată în afara limitelor toxicităţii, însă să aibe totuşi efect terapeutic. Ele desvoltă atunci acţiunea lor excitatorie după legea fundamentală biologică a lui Arndt şi Schulz: „Excitaţiile mici ajută activitatea vitală, cele mijlocii o grăbesc, cele puternice o împiedică, iar cele foarte puternice o distrug; însă este cu totul subiectiv, ceea ce se consideră drept excitaţie slabă, medie, puternică sau foarte puternică".

Medicamentele chimice ale homeopatiei produc în fond o excitaţie, datorită raportului lor organo-specific. Wislicens caracterizează această acţiune în tratatul său: „Desvoltarea unei metode de vindecare pur fiziologice (1860)" astfel: „Organismul reacţionează, după cum e natural, numai faţă de intervenţia a doua (adică în contra medicamentului simile). In acest mod, străduinţele de vindecare active, însă insuficiente nu numai că se măresc cantitativ, ci chiar şi calitativ, se pun în mişcare noui posibilităţi de reacţie organică, însă asemănătoare". Caracterizarea sugerată a principiilor remediilor naturaliste ca: modificatoare generale" (mai cu seamă pe cale fizică); iar pe de altă parte a remediilor homeopatice ca „modificatoare specifice" (mai cu seamă ca excitante chimice) se arată a fi, din punct de vedere teoretic, o complectare minunată.

In afară de aceasta, tratamentul modificator general naturalist măreşte dispoziţia de reacţie a organismului faţă de dozele homeopatice. Apoi simptomele boalei apar mai pronunţate (mai cu seamă în timpul postului), încât alegerea medicamentelor homeopatice este astfel uşurată.

Măsurile fizicale ale terapeuticei naturaliste şi remediile chimice ale homeopatiei reprezintă cele două jumătăţi ale terapeuticei biologice.

II. CĂILE TERAPIEI NATURALISTE. Forţa de vindecare proprie fiecărei fiinţe vii se străduieşte, tinde să învingă toate turburările ivite şi toate vătămările pătrunse în organismul viu, şi să aplaneze toate fenomenele maladive cari au luat naştere. Terapeutica naturalistă merge pe căile bătute de forţa interioară de vindecare pentru restabilirea sănătăţii şi o susţine cu mijloacele naturale, care-i sunt proprii. Ca principiu esenţial se aplică aci tratamentul totalitar. Sediul boalei nu trebue considerat numai un focar infecţios, o modificare patologică sau un organ, prin urmare acestea nu trebue să fie singurul scop şi loc al activităţii noastre terapeutice. Pe de altă parte însă nici să facem contrariul, adică să tratăm în mod modificator „sau să transpunem numai organismul în condiţiile biologice optime, considerând procesul maladiv local drept expectativ. Intotdeauna trebue să meargă tratamentul general mână în mână cu cel local. Pe care din ele să punem mai multă bază, depinde dela caz la caz. La majoritatea bolilor e mai important tratamentul general, în timp ce cel local reprezintă numai o complectare. Cunoaşterea căilor pe care merge natura către vindecare, aparţine unui vechi domeniu de cercetare. Această cunoaştere, precum şi posibilitatea de a ajuta organismul în mod ingenios pe căile bătute de dânsul, reprezintă fundamentul terapeuticei naturaliste.

Cele mai esenţiale căi de vindecare sunt următoarele:

1. Deviaţiunea. Prin aceasta înţelegem eliminarea mărită a bacteriilor, toxinelor şi a produselor finale a schimbului de materie.

2. Adaptarea circulaţiei sângelui. Circulaţia sângelui joacă un rol hotărîtor la fiecare boală şi la fiecare suferinţă. Ca exemplu caracteristic avem Hiperemia la inflamaţie (aprindere), care trebue considerată drept fenomen puternic de apărare.

3. Conducerea funcţiunilor organelor. Fiecare organ are domeniul său de activitate. Atunci când organismul se apără în contra boalei, majoritatea organelor au activitate mărită, parte dintr'însele preiau funcţiuni suplimentare, pe cari nu le îndeplinesc atunci când organismul e sănătos. Se mai poate observa că organele se înlocuesc reciproc, în anumite funcţiuni (de ex.: pielea şi rinichii, stomacul şi intestinul).

4. Menajarea. Incetarea activităţii părţilor organelor sau sistemelor vătămate sau atacate, se face fie pe cale de reflex (de ex.: moleşeala produsă de Peristaltică, lipsa de poftă de mâncare), fie prin constrângere atunci când se produce durere.

5. Exercitarea. O ocupare şi întrebuinţare fiziologică mărită produce o muncă mai bună şi o adaptare mai bună la o situaţie nouă (de ex.: Hipertrofia muşchiului cardiac sau a altui muşchiu în cazul unei activităţi mărite. Randamentul mărit şi hipertrofia unui organ în cazul unei activităţi mărite).

6. Aprovizionarea. Instinctul (adesea foarte potolit la omul cult) cere anumite mâncăruri şi băuturi. In locul instinctului care ne lipseşte, în alegerea şi determinarea aprovizionării potrivite trebue să ne lăsăm conduşi adesea de hotărîre şi experienţă. Remarcăm vechea în-

trebare cu care suntem întâmpinaţi: „Ce-ţi lipseşte?" In multe cazuri boala este consecinţa unei lipse.

7. Apărarea specifică şi nespecifică. Pe lângă căile enumerate, se mai adaugă, la bolile infecţioase, posibilitatea organismului de-a forma substanţele specifice de apărare (antitoxine, lizine, aglutinine, etc.), cari sunt îndreptate, parte în contra germenilor pătrunşi, parte în contra toxinelor produse de aceşti germeni. Locul de formare al acestor substanţe, de apărare trebue căutat mai cu seamă la suprafaţa corpului, în piele şi mucoase, considerate drept organe de apărare naturală. Din punct de vedere histologic, celulele active ale ţesutului conjunctiv, trebuesc orânduite în sistemul reticulo-endotelian. Pentru stimularea apărării specifice organismului, ne stă deschisă calea prin stimularea suprafeţii organismului. Stimularea pielei, a mucoaselor cu formaţiunile lor limfatice, precum şi stimularea traectului stomac-intestin, deşteaptă şi măresc funcţia specifică de apărare. Drept procese nespecifice de apărare vom releva creşterea căldurii corpului (febra) şi leucocitoza, cari se produc paralel cu alte procese de vindecare şi modificări din organism. Acestea sunt supuse, abia în parte observaţiunii noastre. Stimularea lor nespecifică şi creşterea lor este foarte bine numită drept modificare, deoarece e în măsură să scoată organismul dintr'o stare de apărare anergică sau alergică şi să pornească în mod energic apărarea.

Susţinem organismul pe aceste căi proprii cu mijloace proprii naturii sale. Unele remedii susţin organismul pe două sau mai multe căi. Acest fapt are importanţă şi trebue ţinut seamă de dânsul la stabilirea planului de vindecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Deviaţiunea. a) **Eliminarea prin piele.** Cea mai importantă metodă este transpiraţia. Ea se face, la febră mare şi senzaţie subiectivă de căldură, prin spălări reci repetate, cel mai (activ) eficace mijloc cu cea mai mare cruţare. Apoi prin înfăşurări reci (mai cu seamă a pieptului, a mijlocului). In acelaşi timp dăm ceai cald cu miere, mărind astfel efectul. Ceaiurile se prepară din Flor. Sambuci, Flor, Tiliae Fol. Rosmarini. Tussilago farf. Lichen islandic. In caz de febră însoţită de frisoane se administrează căldura prin băi regionale cu temperatură crescândă, înfăşurări calde şi (lichide) băuturi calde. Băile şi înfăşurările reci constitue aci o greşeală profesională. In cazurile de febră scăzută sau de lipsă de febră (reacţiune incompletă) administrăm băile regionale sau totale, calde sau cu temperatură crescândă urmate de înfăşurări calde alternate de reci sau de împachetări uscate. Dacă în unele cazuri nu se produce transpiraţie, obţinem totuşi prin evaporare o stimulare a schimbului de materie şi de o eliminare mai mare. Această respiraţie mărită a pielei nu trebue subestimată, chiar dacă nu cunoaştem încă natura şi cantitatea substanţelor toxice, cari sunt eliminate din organism pe această cale.

II. In regiuni mici circumscrise, obţinem deviaţiunea prin Empl. mineral (de ex. la Erizipel).

III. Emplastre vezicante, Fontanella şi metoda Baunscheidt produc deviaţiunea la procesele inflamatorii imediat sub piele (Pleurită, Artrită, Nevrită).

b) **Purgaţiunea** I. Clistire pentru curăţirea intestinului gros. Clisma

sistem Suda. II. Ceaiuri purgative cum ar fi Reventul, Fol. Sennae, Rhammus cathartica, Spini cervinae, Fol. Mellefolii. III. Purgativele Ol. Ricini, Sare de Karlsbad şi Sulfat de Sodiu, nu se dau decât la persoane viguroase, în caz de ivirea fenomenelor toxice sau de stază biliară. Dacă în regiunea abdominală sunt observate fenomene inflamatorii se vor evita purgativele din grupa III.

c) **Intetirea expectoraţiei:** Baia de aburi a căpului. La Bronşită cronică veche, se aplică acest sistem numai dacă bolnavul expectorează flegma puţină. La pneumonie se va evita metoda!

2. Ceaiuri expectorante cu miere se vor da la Bronşită acută cu flegmă abundentă şi la Pneumonie. Ceaiurile se vor prepara din Tussilago Farfara, Fol. Salviae, Plantago maj. Thymus vulg, Lichen islandic.

3. Gargarisme cu lich. Alum. acet (2 linguri la un pahar cu apă caldă la fiecare 1/2 oră câte o gargară).

d) **Stimularea diurezei:** 1. Dacă rinichii sunt sănătoşi dăm ceai preparat din Fol. Betulae, Agropyrum repens, Hba.. Graminis rad., Fol. Rosmarini, Iarba de ovăz, (paiul uscat). Dacă trebue eliminată o cantitate de lichid limitată se va da Fol. Betulae pulv., 3 linguriţe de cafea pe zi în casete sau specialităţile Nephrisan sau Hydropsan. Prin înfăşurări reci, împachetări în regiunea şalelor, duşuri sau băi de şezut reci, după constituţia bolnavului.

2. Dacă rinichii sunt atacaţi sau vătămaţi se va recomanda post (dieta cu fructe sau suc de fructe). Se vor face împachetări calde în regiunea renală, baie de şezut caldă sau cu temperatură crescândă, urmată de o clătire rece.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

e) **Stimularea bilei.** In cazurile fără febră, se vor da aplicări şi împachetări umede şi calde. La cazurile cu febră se vor da alternativ împachetări calde şi reci. In ambele cazuri se vor prescrie ceaiuri preparate din Hba. Absinth (pelin), Hba. Mentae pip. Po. Taraxacum off. Dacila, Chelidoniu maj. Rad. Calami şi Rhamnus purshiana sau din amestecuri din aceste plante.

f) **Scoaterea de sânge.** Ea se face mai cu seamă dacă se ivesc tulburări serioase în circulaţie. Se face prin înţeparea venelor în caz de edem pulmonar, uremie, apoplexie, rec. Se face prin lipitori la Tromboză, Tromboflebită, Otită medie cu complicaţiuni, Meningită.

g) **Vomitarea.** Stimularea drastică a secreţiunii şi a excreţiunii pe calea stomacului şi a ficatului.

h) **Postul.** Se modifică esenţial activitatea organelor de digestie într'una pur eliminatorie. Clismele susţin acest procedeu de curăţire.

2. Adaptarea circulaţiei sângelui. Circulaţia este punctul principal de atac al aplicaţiunilor cu apă. Ea formează sistemul cel mai vast de legătură şi de aceea are importanţă deosebită. Urmând calea stimulării circulaţiei sănătoase, atacăm boala de pe „teren sănătos". Deoarece circulaţia reprezintă sistemul cel mai periclitat în decursul fiecărei boli, ea trebue să fie stimulată prin excitaţiuni biologice repetate spre a menţine acelaşi, sau spre a obţine un randament mai bun.

a) Stimularea unei hiperemii arteriale. La stări de stază, la insuficienţă circulatorie periferică prescriem spălări şi duşuri reci sau băi regionale reci sau cu temperatură crescândă, sau înfăşurări reci, după starea în care se află bolnavul.

b) Producerea unei hiperemii venoase. La inflamaţiuni locale limitate, se dau băi regionale calde sau cu temperatură crescândă, înfăşurări sau împachetări calde.

c) Devaţiunea. Dacă sângele este distribuit inegal, se dizolvă şi se împrăştie stazele prin aplicaţiuni făcute într'o regiune periferică a corpului (aşa numita „lăsare de sânge interioară"). Toate metodele se pot aplica. Alegerea depinde de situaţia cazului.

Exemple: „In caz de pătrunderea sângelui în cap se deviază, prin baie de picioare calde sau prin înfăşurarea pulpelor, sângele spre picioare. In caz de congestiune pulmonară (pătrunderea sângelui în plămâni) se deviază spre suprafaţă prin înfăşurarea pieptului sau picioare, prin înfăşurarea pulpelor.

d) Accelerarea circulaţiei sângelui. Scopul este o pătrundere mărită a sângelui în organe prin excitarea sistemului vascular periferic (aşa numitei „inimei secunde"). Pentru aceasta se prescriu spălări sau înfăşurări reci, sau băi regionale cu temperatură crescândă. In unele cazuri se pot da şi băi regionale reci.

3. Conducerea funcţiunilor organelor. Capacitatea de lucru a fiecărui organ este foarte cerută şi extrem de împovărată în decursul unei boli sau suferinţe. Mai cu seamă eliminarea mărită şi circulaţia accelerată a sângelui ridică pretenţii mari la organele corespunzătoare, mai cu seamă la circulaţie. In cele mai multe cazuri, se poate stimula şi îmbunătăţi funcţia unui organ (de ex.: a ficatului, rinichilor, ovarelor), printr'o pătrundere mai bună a sângelui, printr'o hiperemizare, care se pot produce de pildă prin aplicaţiuni calde. Apoi, atunci când randamentul unui organ scade din cauza unei vătămări înnăscute, dobândite sau trecătoare, parte din funcţiunile sale pot fi îndeplinite de către alt organ.

Exemple: La boală de rinichi sau în cazul unei leziuni acute a rinichiului, pielea este excitată către o eliminare mărită (transpiraţie, evaporare). La slăbirea inimei, sistemul vascular periferic produce o anumită compensaţie. Invers, imediat ce se ivesc obstacole periferice, inima îşi măreşte activitatea. Mişcările respiratorii ale toracelui şi diafragmei susţin inima în activitatea ei circulatorie. Mişcări de respiraţie perfect întărite, sunt în măsură să sprijine într'adevăr o inimă supraîncărcată sau care nu prea funcţionează.

4. Menajarea. a) Punerea în stare de repaos. La fiecare boală febrilă şi la tulburări de circulaţie decompensate, se recomandă liniştea la pat. La vătămări mărginite (panarijii, fracturi) e suficient să punem în stare de repaos; partea atinsă.

b) Postul (sub formă de dietă cu sucuri de fructe). E indicat la orice boală febrilă şi la tulburări circulatorii, mai cu seamă la decompensaţie. Printr'însul punem în stare de repaos şi cruţăm, toate organele cari participă la digestie, precum şi organele circulaţei. Bolnavul trebue să fie alimentat numai cu suc de fructe sau de legume, cam 750 gr. pe zi, fie concentrat, fie diluat, sau cu diferite ceaiuri medicamentoase.

c) Corectarea respiraţiei. Respiraţia deplină, convenabilă şi potrivită (mişcările respiratorii combinate ale toracelui şi diafragmei), linişteşte frecvenţa respiratorie mărită şi cruţă forţele, mărind în acelaşi timp

lucrul produs. O condiţie preliminară pentru corectarea respiraţiei este aerul curat.

d) Înlăturarea tulburărilor. Pe lângă că îndepărtăm pericolele cari pot lua naştere în urma lor, degravăm şi organismul, astfel de pildă prin deviaţiunea stazelor sângelui (vezi capitolul de mai sus, 2 c), sau prin liniştirea frecvenţei cordului, aplicând (comprese) înfăşurări reci sau făcând băi reci la mâini. Administrarea de calmante poate fi necesară pentru cruţarea forţelor (de ex.: Codeina în caz de tusă, somnifere la stări de nelinişte, etc.). Cercetare critică a indicaţiunii, este dela sine înţeles!

e) Calmarea durerilor. In caz de temperatură ridicată sunt de folos, adică calmează durerile, aplicaţiuni sau înfăşurări reci, la stări spasmodice sunt eficace aplicaţiuni fierbinţi sau băi cu temperatură crescândă. In cazuri grave, nu trebue ocolită prescripţia medicamentelor cu acţiune simptomatică.

5. Exerciţiul. Exerciţiul se recomandă mai cu seamă în caz de suferinţă. Astfel, de pildă, supunem la exerciţiu circulaţia periferică în cazul unei inimi bolnave. Sunt indicate mai cu seamă duşuri, spălări, băi regionale şi înfăşurări reci, spre a exercita şi a fortifica sistemul vascular, producând astfel „gimnastica circulaţiei". Apoi exercităm inima şi circulaţia printr'o împovărare fiziologică mereu crescândă, cum ar fi mersul zilnic din ce în ce mai mult în câmp (cure pe teren). Articulaţiuni slăbite sau înţepenite se întăresc şi se repun în stare de funcţiune prin gimnastică şi masagii. Când organele sunt inflamate nu se vor supune exerciţiului. După ce a trecut complect inflamaţia, se va începe imediat exercitarea.

6. Aprovizionarea. Hrana. In timpul stării febrile acute a unei boli sau în cazuri grave de tulburări ale circulaţiei se va opri alimentarea cu hrană solidă. (Lipsă de poftă de mâncare!) Se va da numai sucuri de fructe şi legume crude, precum şi ceaiuri medicamentoase. Prin alimentarea cu sucuri de fructe şi legume crude, aprovizionăm organismul din abundenţă cu Vitamine, Baze, Minerale şi alţi principii activi, de care are nevoe la fiecare boală şi la fiecare suferinţă într'o măsură deosebită.

b) Băuturile. Pe lângă sucurile de fructe şi legume, se vor mai da ceaiuri medicinale calde şi la nevoe apă rece proaspătă în porţiuni mici.

c) Lumină şi aer proaspăt. Bolnavul se va instala în cea mai aerisită şi mai luminoasă cameră a locuinţii. Tratamentul cu aer curat nu e hotărîtor numai în terapia Pneumoniei! Lumina solară are importanţă decisivă la unele boli (de ex.: la tuberculoza osoasă, boli de piele).

d) Căldura. Numai la necesitate pronunţată se face uz de căldură, cum am fi la frig, îngheţ sau mai cu seamă la frisoane. Mijloacele prin care procurăm căldura sunt băile regionale sau totale cu temperatura crescândă, înfăşurări fierbinţi, bouillote şi băuturi fierbinţi.

e) Medicamentele. Vom administra remedii alopatice, de substituţiune sau cu efect simptomatic numai la fenomene deficitare serioase, la tulburări grave şi la cazuri la cari ameninţă un pericol. Astfel la

Colaps se va excita circulaţia, la diabet grav se va da Insulină, inj. la dureri mari se vor administra calmante.

La multe boli şi suferinţe se grăbeşte vindecarea prin administrarea remediilor cu acţiune biologică, potrivit alese încât să stimuleze în mod specific puterea de vindecare, ca acelea pe care le furnizează Homeopatia după regula asemănării.

f) Ierburile medicinale. Se administrează sub forma de: sucuri, prafuri sau infuzii (ceaiuri). Ele produc înlesnirea eliminării, stimularea lucrului diferitelor organe, ameliorarea circulaţiei sângelui, liniştire şi somn.

7. Apărarea specifică şi nespecifică. Apărarea e stimulată şi înlesnită:

a) Prin excitarea pielei şi a mucoaselor. Pielea: 1. Metode hiperemizante ca: spălări, înfăşurări, duşuri, băi de aer, frotări uscate, frecări, 2. Băi de soare. Şedinţe scurte şi repetate până la pigmentare treptată sau iradiări puternice urmate de producerea unui eritem.

Mucoasa stomacală şi intestinală: 1. Metode hiperemizante ca, aplicaţiuni calde şi reci, clistire, spălături intestinale, purgative. 2. Metode de eliminare puternică ca postul şi emeticele. Mucoasa nazală şi a faringelui şi inelul faringian limfatic.

1) Gargarisme cu sol. de Alum. acet sau cu ceaiuri med.
2) Metoda Roeder.
3) Pulverizarea cu cărbune vegetal sau Alum. pulverizat.

Căile respiratorii: 1. Metodele hiperemizante sunt baia de vapori a capului şi inhalaţiunile. 2. Respiraţie adâncă la aer curat. b) Prin ridicarea căldurii corpului. 1. Introducerea şi ridicarea căldurii prin băi parţiale, semi-sau totale cu temperatură crescândă şi imediat urmate de împachetare uscată (băi de supra-încălzire). 2. Injectarea substanţelor producătoare de temperatură ridicată, febra (lapte, Pyrifer).

3. Producerea mişcării moleculare şi căldurii în ţesuturi prin şedinţe cu raze ultra-scurte. 4) Transmiterea malariei.

c) Prin mărirea leucocitozei. 1. Băi calde, reci şi cu temperatură ridicată. 2. Abces prin Terebentină injectabilă. Acest din urmă procedeu este rar indicat.

*

Rezumat: Terapeutica naturalistă, porneşte dela ipoteza cari atribue noui noţiuni fundamentale sănătăţii, boalei şi suferinţei. Diagnosticul se subdivide în diagnosticul stării şi diagnosticul însemnătăţii (semnificativ), a căror scop este aflarea sensului simptomelor. Remediile sunt naturale şi homeopatice. Remediile alopatice, cele simptomatice şi cele de substituţiune li se alătură numai în caz de tulburări copleşitoare sau de fenomene deficitare periculoase.

Se face o expunere a metodelor de vindecare naturale. Printr'o privire generală schematică, se indică mijloacele de vindecare naturaliste, cele mai importante, cari servesc la susţinerea puterei de vindecare proprie organismului. Se lămureşte poziţia medicamentelor alopatice şi homeopatice, faţă de remediile acestui sistem.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA MENINGEOMELOR IN LEGĂTURĂ CU 2 CAZURI CLINICE [1])

de

D-r AUREL NANA și **D-r OVIDIU MAGDA**

Autorii descriu 2 cazuri de meningeome observate în Clinica Chirurgicală din Cluj și Sibiu, din totalul de 75 tumori cerebrale întâlnite în timp de 24 ani (dela 1921 până la 1944).

Primul caz, cu localizare fronto-parietală, cu semne clinice de epilepsie jacksoniană și hemiplegie stângă, cu deplasarea în jos și spre stânga a întregului sistem ventricular, a fost observat la o bolnavă de 21 ani.

Cazul II este al unui bărbat de 45 ani, care a prezentat un meningeom cu localizare occipito-parietală stângă, de mărimea unei portocale, exteriorizat prin o largă breșă osoasă. La bază tumora prezenta formațiuni chistice cerebrale de vecinătate. Tumora a apărut după un traumatism, a evoluat numai cu dureri frontale, somnolență și tulburări de vedere.

In ambele cazuri s'a obținut o vindecare complectă și definitivă, după extirparea chirurgicală.

După descrierea cazurilor se fac considerațiuni asupra meningeomelor, insistând asupra particularităților întâlnite în cele 2 cazuri observate.

Meningeomele sunt tumori care pleacă și se desvoltă pe socoteala învelișurilor moi ale creerului. Numirea lor de meningeome, care este astăzi admisă de majoritatea autorilor, se datorește lui Cushing. Trecând în revistă literatura medicală, până a se ajunge la această unificare a nomenclaturii, găsim o serie de numiri, care s'au dat acestor tumori, ca: endoteliome, psamome, arachnoteliome; fibrome ale durei-mater, etc.

Meningeomul este o tumora destul de rară, întâlnindu-se abia în 13—15% din cazurile de tumori cerebrale. Cushing, în statistica din 1931, găsește un procent de 13,4%; Elsberg, în statistica lui din același an, ajunge la un procent aproape identic, de 13,2%. Olivecrona, în statistica din 1933, găsește un procent ceva mai ridicat, de 15,8%.

In Clinica Chirurgicală din Cluj și Sibiu, din totalul de 75 tumori cerebrale, am găsit abia 2 cazuri de meningeome.

OBSERV. I. — Bolnava M. E., în vârstă de 21 ani, din Cluj, care a fost trimisă în ziua de 7 Dec. 1934, din partea Clinicei Neurologice, în serviciul nostru, pentru o epilepsie jacksoniană și o hemiplegie stângă, datorite unei tumori cerebrale localizate în regiunea fronto-parietală dreaptă.

In antecedentele eredo-colaterale nu găsim nimic demn de remarcat. Boala actuală datează de aproximativ un an, când a debutat insidios, cu dureri de cap localizate în regiunea frontală și cu scăderea acuității vizuale.

De 6 luni a fost cuprinsă brusc de o criză de epilepsie. In același timp se insatlează în mod progresiv o hemiplegie stângă și un sindrom tipic al unei hipertensiuni intra-craniene, cu cefalee frontală, vărsături intermitente și obnubilație progresivă a vederii.

De atunci crizele epileptice s'au repetat de câteva ori, iar în ultimul timp surveneau aproape tot la 2—3 zile.

---

1) Lucrare făcută în Clinica Chirurgicală din Cluj-Sibiu. Director: Prof. D-r Al. Pop.

La examenul general al bolnavei nu găsim nimic deosebit. Bolnava prezintă o hemiplegie stângă. Uneori se constată mişcări convulsive care interesează atât membrul superior, cât şi cel inferior stâng.

La puncţia lombară se constată că lichidul cefalo-rachidian curge cu jet puternic, presiunea cu manometrul lui Claude fiind 30 în poziţie culcată.

Examenul ocular arată o stază papilară mai accentuată în partea dreaptă. Nervul optic drept prezintă semnele unei atrofii destul de avansate. Se mai contată o retracţie concentrică a câmpului vizual, iar reflexul luminos este diminuat.

Ventriculografia în poziţie antero-posterioasă ne arată o deplasare în jos şi spre stânga a întregului sistem ventricular.

Se face intervenţia chirurgicală sub anestezie locală, făcând o incizie curbă, care circumscrie un lambou larg fronto-parietal. După craniectomie osteoplastică se constată sub lamboul osos prezenţa unei formaţiuni chistice, care interesează dura pe o întindere de 5—6 cm.^{2}, având o coloraţie galbenă-brună. Această formaţiune prezintă aderenţe foarte puternice cu dura, fiind chiar imposibilă desfacerea ei.

Se secţionează dura în jurul neoformaţiunei, ceeace produce o scurgere abundentă de lichid cefalo-rachidian, după care se observă că neoformaţiunea pătrunde şi în substanţa cerebrală, cu care prezintă câteva aderenţe.

După extirparea tumorii, care are mărimea unei nuci, fiind formată din mai multe chiste mici, iar pe secţiune are un aspect areolar, se aşează la loc lamboul osos şi se închide plaga.

Evoluţia postoperatorie normală. După câteva zile bolnava poate mişca gamba şi braţul. Staza papilară retrocedează rapid, dar atrofia optică persistă chiar după părăsirea clinicei noastre.

Bolnava este reinternată în Clinica Neurologică pentru continuarea tratamentului. Ventriculografia făcută după 6 săptămâni arată o revenire aproape la normal a întregului sistem ventricular.

La examenul isto-patologic al piesei se constată că este vorba de un meningeon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERV. II. — Un bărbat H. N., de 45 ani, din Sadu-Sibiu, care a intrat în serviciul Clinicei Chirurgicale din Sibiu în 21 Iunie 1943, pentru prezenţa unei tumori de mărimea unei portocale în regiunea occipito-parietală stângă.

In antecedentele eredo-colaterale şi personale nu găsim nimic demn de remarcat.

Boala actuală, pentru care a venit în clinică, datează de aproximativ un an, când a suferit un mic traumatism la nivelul regiunei occipito-parietale stângi, unde s'a lovit cu o rangă de fier, în timp ce lucra la repararea unei linii ferate. După traumatism a apărut la acel nivel o tumefacţie uşor dureroasă, de mărimea unei nuci, care după câteva zile a dispărut complect, fără să prezinte alte fenomene.

La 6 luni după traumatism, bolnavul a observat apariţia unei tumori de mărimea unei nuci, în regiunea occipito-parietală stângă, fără să prezinte dureri la nivelul tumorii. Treptat şi în mod lent tumora a crescut în mod progresiv, atingând în timpul din urmă mărimea unei portocale.

De aproximativ 2 luni a început să prezinte dureri la nivelul tumorii, dureri care în timpul din urmă erau destul de mari şi prezentau un caracter de iradiere spre regiunea frontală. Durerile se accentuau în timpul eforturilor sau când bolnavul tuşea.

De o lună a observat că i se tumefiază pleoapa superioară dreaptă şi în acelaşi timp îi scade acuitatea vizuală a ochiului drept, putând vedea clar cu acest ochiu numai la distanţă mică.

In timpul din urmă bolnavul a prezentat o somnolenţă continuă, fără ca totuşi să poată dormi nici chiar noaptea, trezindu-se mereu din cauza durerilor.

La examenul fizic general al bolnavului nu se constată nimic deosebit.

La examenul local se constată o deformare a craniului, determinată de prezenţa unei tumori la nivelul regiunei occipito-parietale stângi. Tumora

este de mărimea unei portocale, de consistență dură, puțin elastică, nereductibilă. Tumora este ușor mobilă sub tegumente, iar prin baza ei largă de implantare aderă de planurile profunde. Tegumentele deasupra tumorii sunt destinse și mobile, fără să prezinte semne de alterațiuni inflamatorii.

Examenul reacției Wassermann în sânge negativ. Punctia exploratoare făcută în massa tumorii rămâne negativă.

In 23 Iunie 1943, se face intervenția chirurgicală sub anestezie locală cu novocaină.

Se face o incizie de aproximativ 12 cm. dealungul axului mare al tumorii. După secțiunea pielei și țesutului celular subcutanat se ajunge la aponevroza epicraniană, care se secționează și se pătrunde în spațiul decolabil dintre aponevroză și tumoră. Se eliberează tumora de jur împrejur, până la nivelul osului, unde se palpează un ușor cadru osos, înăuntrul căruia se simte o depresiune determinată de o dehiscență osoasă. La acest nivel baza tumorii este puternic aderentă de planurile profunde.

La suprafața tumorii se observă, prin transparența membranei de înveliș, o vascularizație foarte abundentă.

Se eliberează baza tumorii de jur împrejurul brașei osoase și apoi cu multă atențiune tractusurile fibroase care o legau de țesuturile vecine. La acest nivel membrana separatoare lipsește în bună parte, găsind la baza tumorii formațiuni chistice cerebrale de vecinătate, puternic aderente de massa tumorii.

Procedând în felul arătat mai sus, se reușește cu oarecare greutate să se extirpe tumora în întregime.

In partea medială a tumorii s'a deschis în parte sinusul longitudinal, fiind puternic aderent de tumoră. Hemoragia care s'a produs a fost oprită prin tamponare.

Tumora extirpată avea volumul unei portocale, era incapsulată în parte, iar pe secțiune s'a constatat că era formată dintr'un țesut tumoral de consistență dură, de culoare albă-roșcată, de aspectul cărnei de pește. Spre baza tumorii se constată câteva formațiuni chistice și fragmente osoase multiple, infiltrate în massa tumorală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul isto-patologic, făcut de d-l Prof. Titu Vasiliu, în secțiunile făcute se constată o structură tumorală epitelială, se văd tuburi și alveole formate din celule cubico-cilindrice; lumina de cele mai multe ori este cavitară și conține și fragmente fibrilare albuminoase, provenite din distrugerea celulelor conjunctive superficiale. Nu este o structură glandulară propriu zisă. In jurul alveolelor se vede o stromă conjunctivă, pe alocuri bogată și formată din trabecule mari, conjunctive. Nu sunt cariochineze atipice. Nu sunt caractere de malignitate. După interpretarea d-lui Prof. Titu Vasiliu, tumora ar pleca dela meningele moale, fiind un meningeom.

Evoluția postoperatorie a decurs în condițiuni normale. A doua zi după operație, bolnavul nu a mai acuzat niciun fel de durere și de atunci a putut dormi liniștit, fără a se trezi din somn, din cauza durerilor, ca înainte de operație. De asemenea deodată cu dispariția durerilor au dispărut și tulburările de vedere pe care le avea ochiul drept. Temperatura s'a menținut normală în tot timpul evoluției postoperatorii.

Plaga s'a cicatrizat per primam.. In ziua de 8 Iulie 1943, bolnavul părăsește clinica vindecat.

*
* *

Meningeomele sunt de obiceiu tumori solitare, unice, care iau naștere și se desvoltă pe socoteala arachnoidei. Caracterul esențial și principal al acestor tumori este faptul că ele sunt bine delimitate prin o capsulă fibroasă proprie, care le separă de creer, care nu este invadat, ci numai comprimat.

De cele mai deseori meningeomele sunt extra-cerebrale și vin în conexiune directă cu dura-mater, de care aderă. Excepțional se pot găsi în mijlocul substanței cerebrale, fără nicio conexiune aparentă cu meningele.

In mod obişnuit însă, meningeomul se comportă ca o tumoră benignă, încapsulată, fără tendinţe la recidive, care permite o vindecare definitivă prin ablaţie. El nu invadează substanţa cerebrală, ci numai o comprimă, săpând veritabile nişe. Se insinuă pe suprafaţa oaselor şi în crăpături, producând la acest nivel distrucţii osoase sau reacţii osteogenice. Provoacă o vascularizaţie abundentă în vasele cerebro-meningee adiacente tumorii, de unde accentuarea amprentelor vasculare ale diploei, cu neoformaţiune vasculară considerabilă; aceste vase de neoformaţiune pătrund cu tumora în oasele vecine, săpând veritabile canale.

Modificări caracteristice pentru meningeome sunt creşterea tumorii în os şi vascularizaţia abundentă a craniului şi durei-mater.

Modificările osoase sunt destul de frecvente. Cushing le găseşte într'o proporţie de 25%. Ele se traduc prin simple subţieri osoase necaracteristice, erodări osoase prin creşterea tumorii în oase (aşa cum am avut şi în cazul doi) şi prin neoformaţiuni osoase sub formă de spicule osoase ale tablei interne sau ale tablei externe sau în fine, mai frecvent ca o îngroşare difuză a tablei externe sau interne.

Modificările vasculare sunt şi ele foarte frecvente şi se traduc prin o vascularizaţie foarte abundentă a tumorii, aşa cum am observat şi noi în ambele cazuri, formând o reţea vânoasă abundentă. Aproape patognomonică pentru meningeom este prezenţa unei astfel de reţele în cap de meduză, care se desvoltă în jurul unei endostoze a tablei interne.

De obiceiu mărimea meningeomelor variază dela câteva grame până la mărimea unei mandarine. In observaţia II a noastră tumora a atins volumul unei portocale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Consistenţa meningeomelor variază, uneori fiind de consistenţă dură, pe suprafaţa de secţiune cu o culoare roşie-sură (cum a fost în cazul nostru al doilea); alteori consistenţa este moale, chiar aşa de moale încât se pot aspira masele tumorale cu un aspirator, cu scopul de a uşura extirparea lor pe cale chirurgicală; în mod excepţional meningeomul poate fi chistic, aşa cum a fost la noi în primul caz.

Meningeomul este de obiceiu unilateral, iar în cazuri de tumori bilaterale, tumora începe întotdeauna de-o-parte şi numai într'o fază tardivă a desvoltării devine bilaterală.

Localizarea cea mai frecventă este cea parasagitală, aşa cum a fost şi în cazurile noastre.

Există cazuri, deşi mai rare, aşa cum a fost în cazul II al nostru, unde porţiunea intracraniană a tumorii este foarte mică, cu mult mai mică decât tumora din oase şi părţile moi, ca de exemplu când tumora se exteriorizează prin o breşă osoasă în ţesutul subaponevrotic. Un astfel de caz, asemănător cu al nostru, când tumora s'a exteriorizat în ţesutul subaponevrotic, a fost descris de Olivecrona.

Giocchino de Luca relatează cazul unei femei de 56 ani, care prezenta un menigeom cu destrucţie osoasă întinsă, exteriorizat prin o breşă vastă la nivelul parietalului, care măsura 10 cm. în sens sagital şi 11 cm. în sens transversal. Tumora era neaderentă la piele, parcursă de o reţea vânoasă abundentă şi avea pulsaţii sincrone cu ale radialei.

Meningeomul poate suferi o degenerescenţă calcară, părţile cele mai vechi ale tumorii infiltrându-se cele dintâiu.

In vecinătatea tumorilor meningeale, ca şi a altor tumori diverse (hemangiome, tuberculome, etc.) se întâlnesc frecvent modificări vasculare ale substanţei cerebrale, cu formare de chiste cerebrale de vecinătate, aşa cum a fost şi în cazul II al nostru. Cavitatea chistică poate fi uneori evidenţiată prin examenul radiografic, prin ventriculografie, (Askenazy şi David, Petit-Dutaillis, Bertrand şi Sigwald).

In anumite cazuri, foarte rare, meningeomul îşi pierde capsula sa limitantă, formată din ţesut conjunctiv şi invadează în mod direct creerul (S. N. Rovè). Tumora ia atunci un caracter de malignitate locală, care complică extirparea ei, din cauza lipsei încapsulării.

In alte cazuri, în fine, excepţionale, meningeomul poate fi multiplu şi prin multiplicitatea lui, sau alteori prin coexistenţa lui cu alte tumori, să fie deasupra tuturor resurselor terapeutice chirurgicale.

Din punct de vedere **istologic** meningeomele sunt de mai multe tipuri.

Wirchow descrie endoteliomele meningeale şi numeşte psamome tumorile din acest grup care prezintă incluzii calcare.

Oberman distinge 3 tipuri de tumori meningeale:

Tipul I corespunde meningeomului mezotelial, cu o evoluţie rapidă. Celulele acestui grup posedă o citoplasmă grăsoasă voluminoasă, mai mult sau mai puţin turtită şi un nucleu ovalar. Substanţa intercelulară este puţin abundentă.

Tipul 2 corespunde meningeomului fibros, cu o evoluţie mai lentă, aceste tumori desvoltându-se mai încet. Celulele au un aspect fuziform. Aceste tumori sunt uneori bogate în substanţă intercelulară, fibroglie, fibre elastice şi colagene.

Tipul 3 corespunde angiomului meningeal, cu o structură angioblastică, meningeomului angioblastic după Cushing şi Bailey.

Cushing propune numirea de meningoblastome, care la rândul lor ipot fi de tipul epitelial sau de tipul fuziform, glial, corespunzătoare primelor două tipuri din clasificarea lui Oberman.

Laas propune numirea de arachnoteliome la endoteliomele desvoltate pe seama celulelor superficiale a'e arachnoidei.

Clasificarea lui Oberman pare să fie mai completă, dând o caracterizare mai detailată a acestor tumori. Pe lângă cele 3 tipuri descrise de Oberman am putea adăuga al patrulea tip, acela al meningeomului chistic.

Primul nostru caz s'ar putea încadra în acest grup din urmă, iar al doilea caz în grupul al doilea, al meningeomului fibros.

Uneori se observă neoplazii maligne difuze ale meningelor. După Schuster, aceste tumori difuze ale meningelor se pot împărţi în 3 grupe:

1. Tumori metastatice difuze, unde focarul primar este în afara cutiei craniene.
2. Tumori difuze, ieşite din neoplazia primară a meningelor şi
3. Tumori difuze, primare, de provenienţă necunoscută.

In ce priveşte **simptomatologia** acestor tumori meningeale, ele fiind

neoformaţiuni care cresc încet, tabloul clinic de cele mai multe ori este destul de lung şi nu rareori se întinde pe mai mulţi ani, cum am observat şi noi în ambele cazuri ale noastre.

Creşterea înceată este posibilă concomitent cu invadarea creerului şi să devină proporţional foarte mare, înainte de a se traduce prin simptome, uneori fiind chiar surprize de autopsie.

Oltramare I. H. Rutishauser E., citează cazul unui istoric de valoare; care nu a prezentat în timpul vieţii absolut nicio tulburare psichică şi la autopsie s'a găsit un meningeom voluminos al şanţului olfactiv, comprimând lobii frontali.

După Cushing şi Olivecrona, meningeomul apare mai frecvent între 40 şi 50 ani. Se poate observa însă şi la o vârstă tânără (primul nostru caz avea 21 ani) sau chiar la copii sub 10 ani.

Uneori, prin erodarea oaselor calotei craniene, meningeomul se exteriorizează şi apare sub tegumente sub forma unei tumori de mărime variabilă, neaderentă de piele, sesilă, cu o bază largă de implantare, cu o oarecare mobilitate, puţin sensibilă la palpare, aşa cum a fost şi în cazul nostru al doilea.

De cele mai multe ori însă meningeomul nu se exteriorizează, ci se traduce prin diverse semne determinante prin mărirea presiunei cerebrale sau prin invazia directă a creerului.

Nu există nicio legătură între sediul tumorii şi intensitatea fenomenelor de compresiune.

Cel mai des şi mai constant semn al creşterii presiunei cerebrale este durerea de cap.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Staza papilară nu e un semn aşa de constant ca durerea de cap, e totuşi destul de frecvent întâlnită şi am găsit-o şi noi.

Modificările psichice sunt de asemeni destul de dese, mai ales în localizările frontale.

Un alt semn destul de des întâlnit îl formează tulburările de natură excitatoare sau paralitică din partea teritoriului motoric şi sensitiv al scoarţei. Aceste semne se întâlnesc în localizările temporo-parietale. Apariţia de accese de epilepsie jacksoniană se întâlneşte destul de frecvent după Groff R. A., într'o proporţie de 30,%.

In meningeomul cu localizare posterioară, occipitală, cel mai frecvent simptom este hemianopsia omonimă.

Se mai pot întâlni: sindromul piramidal, tulburări de echilibru, o stare de desorientare cu conservarea memoriei şi atenţiei (Nayrac şi Guillaume), disartrie, tulburări de vedere, diplopie, miopie (în cazul 2 al nostru), exoftalmie (Hodges F. I.), pareză facială, etc..

Mai rar se poate observa o cianoză a feţei în urma tulburărilor de circulaţie vânoasă din cutia craniană. Se pot observa chiar vărsături, dar numai ocazional.

Alte ori, în fine, meningeomul se poate manifesta cu tulburări mintale. Marchand citează cazul unei femei de 41 ani, cu delir de persecuţie, cu idei de influenţă, la care numai după 8 ani apar semne organice: vorbire greoaie, torpoare, dificultate în mers. Controlul autopsic a arătat prezenţa de leziuni encefalice difuze. cu caracter inflamator reacţional, care au condiţionat tulburările mintale.

Intre semnele locale cu o valoare deosebită pentru diagnostic sunt modificările osoase şi vasculare care le-am amintit mai înainte şi care ne pot da relaţiuni nu numai asupra sediului, dar chiar şi asupra felului tumorii.

In stabilirea **diagnosticului** meningeoamelor ne poate fi de un real folos examenul radiografic, combinat eventual cu o ventriculografie. Se poate evidenţia cu acest examen conexiunea tumorii cu osul, modificările osoase (subţieri osoase, lipsă de substanţă, îngroşarea tablei externe sau interne, hiperostoze sub formă de spicule, etc.). Combinând aceste examinări cu arteriografia putem constata şi modificările vasculare, care atunci când există în combinaţie cu modificări osoase, sunt aproape patognomonice pentru meningeom.

Tot prin examenul radiografic se poate constata şi deformarea ventriculilor (ca şi în cazul nostru dintâiu), prezenţa de cavităţi chistice, impregnarea cu calciu a tumorii, etc..

Examenul poate fi complectat prin cercetarea lichidului cefalo-rachidian. Glettenberg insistă asupra măririi cantitative însemnate a lichidului cefalo-rachidian şi absenţa măririi elementelor celulare, această disociaţie fiind, după acest autor, în favoarea unui meningeom.

In stabilirea diagnosticului de localizare, pe lângă semnele fizice obţinute prin radiografie, ne ajută şi semnele clinice şi cele de focar, cunoscând că în tumorile frontale, pe lângă un istoric mai lung al boalei, găsim mai frecvent tulburări psihice; în tumorile temporo-parietale sunt mai frecvente tulburările excito-motoare şi sensitive din partea scoarţei cerebrale, cu accese de epilepsie jacksoniană, paralizii de tip cortical şi tulburări de sensibilitate; iar în tumorile occipitale semnul aproape constant este hemianopsia omonimă cu diverse tulburări de vedere.

In privinţa **terapeuticei**, am amintit că aceste tumori sunt printre scele mai curabile tumori intracraniene, pe cale chirurgicală, pretându-se la o extirpare complectă, graţie faptului că sunt bine delimitate de creer.

De obiceiu intervenţia se poate face sub anestezie locală, fiind necesară anestezia generală numai excepţional, la indivizi foarte sensibili.

Ca metodă operatorie şi cale de acces folosim aceea obişnuită în orice craniectomie, cu lambou osteo-musculo-cutanat, iar în cazurile când tumora este exteriorizată, se poate face extirpare şi cu o simplă incizie de-a-lungul axului mare al tumorii, aşa cum am procedat şi noi în cazul al doilea.

In cazul unde bolnavul refuză intervenţia chirurgicală sau unde tumora are un caracter invadant, se poate utiliza cu oarecari succese radioterapia.

Giocchino de Luca relatează un caz de meningeom cu destrucţie osoasă întinsă şi exteriorizat printr'o breşă osoasă mare, care a fost supus unui tratament radioterapic încununat de succes, masele tumorale dispărând în urma tratamentului şi leziunile osoase reparându-se.

Aceasta ne dovedeşte că meningeomul este uneori o tumoră radiosensibilă.

Totuşi, în toate cazurile unde intervenţia chirurgicală este posibilă, tratamentul chirurgical radical este preferabil, dând o vindecare promptă, definitivă şi fără recidive, aşa cum am obţinut şi noi în cazurile noastre.

Les auteurs décrivent 2 cas de méningiomes observés dans la Clinique Chirurgicale de Cluj et Sibiu, sur un total de 75 tumeurs cérébrales (de 1921 à 1944).

Le premier méningiome, à localisation fronto-pariétale, appartenait à une femme de 21 ans, qui présentait une épilepsie jacksonienne et une hémiplégie gauche, tout le système ventriculaire était deplacé en bas et à gauche.

Le deuxième malade, âgé de 45 ans, était porteur d'un méningiome à localisation occipito-pariétale gauche, atteignant le volume d'une orange exteriorisé par une large brèche osseuse. La tumeur, apparue après un traumatisme, n'a évolué qu'avec des douleurs frontales, une somnolence, et des troubles de la vue. A sa base, la tumeur présentait des formations kystiques cérébraux de voisinage.

On a obtenu une guérison complète et définitive, dans les deux cas, après l'extirpatian chirurgicale.

La présentation des cas est suivie des considérations sur les méningiomés au cours desquelles sont rehaussées les particularités rencontrées chez ces deux malades.

Gli autori descrivono 2 casi di meningioma osservati nella Clinica Chirurgica di Cluj e Sibiu facenti parte dei 75 casi di tumori cerebrali incontrati nel tempo di 24 anni (dal 1921 —al 1944).

Il primo caso, con localizzazione fronto-parietale, con segni clinici di epilessia jacksoniana ed emiplegia sinistra e spostamento sinistro inferiore dell'intero sistema ventricolare, è stato osservato ad una malata di 21 anni.

Il secondo caso appartiene ad uomo di 45 anni, che presenta un meningioma con localizzazione occipito-parietale sinistra, avente la grandezza di un'arancia, esteriorizzato da una larga scissura ossea. Alla base, il tumore presenta formazioni scistose cerebrali di vicinanza. Il tumore è apparso in seguito ad un trauma ed è evoluato soltanto con dolori frontali, somnolenza e turbamenti visuali.

In tutti e due i casi si è attenuta una guarigione completa e definitiva con l'estirpazione chirurgica.

Dopo la descrizione di questi due casi seguono delle considerazioni sui meningiomi insistendo sulle particolarita incontrate nei 2 casi sopra studiat.

BIBLIOGRAFIE

1) *Askenazy et David*: Méningeome avec kyste cérébral de voisinage. De l'intérêt pathogénique et diagnostique d'une telle association. Rev. neurologique, Paris, Nov. 1938, Nr. 5, pag. 513-517.

2) *Aymés, Vernejoul, Laplane et Gasquet*: Tumeur médullaire intradurale (méningoblastome) du I-er segment dorsal, avec paraplégie douloureuse, extirpation guérison. Rev. neurol. Paris, lunie 1933. pag. 1206-1210

3) *Alajouanine, Guillaume et Thurel*: Méningiome suprasellaire. Ablation complète. Guérison. Considérations phisiologiques à propos de la résection du lobe frontal droit, nécessitée par l'intervention. Rev. neurol. Paris, lan 1924, pag. 70-76.

4) *Bernsteiu Sidney:* Ueber des Verhalten des Schädelknochens beim Duraendotheliom. Wirchows Archiv. Berlin, 21 Nov. 1933, pag. 501-539.

5) *Bergstrand H. and Olivecrona H.*: Angioblastics meningeomes American Journal of Cancer, New-York luie 1935 pag. 522-530.

6) *Boschi et Cambailla*: Meningioma in sed rolandiça inferiore controlatto all'intervento operatorio. Minerva Medica, Turin 1935, Nr. 6. pag 197-210.

7) *Cornil L. et Monsinger M.*: Le méningoblastome lacunaire des méninges spinales. Annales Anat. path. et Anat. méd. chir. Paris, lunie 1933, pag. 725-729.

Craig W. Mc. K.: Suprasellar meningioma causing mental derangement: results following removal. Procced. staff. meetings, Mayoclinic, Rochester 1934, pag. 104-107.

9) *Cushing:* Brain 1921, pag. 341.

10) *Cushing*: Brain 1922 pag 252.

11) *Cushing*: Intracranial tumors, Springfield Ill, 1932, Thomas.

12) *David, Bissery et Brun*: Sur un cas de méningiome de la faux opéré avec succés. Absence de troubles paralitiques apres rèsection du sinus longitudinal au niveau de l'abouchement des veines rolandiques. Rev. neurol. Paris, 1934 Mai, pag. 725-730.

13) *D. Petit-Dutaillis et Ectors E.*: A propos de certaines formes anormales des méningiomes, tumeurs multiples, tumeurs récidivants, tumeurs infiltrants. Presse médicale 21 Martie 1936, pag, 486-490.

14) *D. Petit-Dutaillis, Bertrand et Sigwald*: Schwannome polykystique de la dueemère. Image pneumographique particulière. Rev. neurol. Paris, Dec. 1937, pag. 880-887.

15) *Elsberg*: Bull. neurol. inst. 1931, pag. 389.

16) *Fischer Josef*: Meningeom der hinteren Schadelgrube, Monatschr. für Ohren und Laring-Rhin. lan. 1935, pag. 40-48.

17) *Groff R. A.*: The meningioma as a cause of epilepsy. Ann. o Surgery 1935, pag. 167-175.

18) *Guillain G., Petit-Dutaillis, Bertrand I. et Schnite*: Chondrome de la duremère. Opération et guérison complète. Bull. et Mem de la soc. méd. Hopitaux de Paris, 27 Oct. 1930, pag. 1484-1491.

19) *Guillaumat*: Méningeome de la petite aile du sphénoide. Rev. Otoneuro-opht. Paris, Aprilie 1937, pag. 297.

20) *Gardner W. J.*: Surgical management of the intracranial meningioma. Brit. J. Surgery. Bristol. lulie 1938, pag 123-165.

21) *Gettenberg O.*: Zur Liquordiagnostik der Hirntumoren, insbesondere der Meningiome bzw. der meningealen Tumoren. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunden. Leipzig, 5 Martie 1935 pag 226-235.

22) *Harbitz H. F.*: A case of multiple meningioma combined with diffuse meningiomatose With remarks on some combinations of multiple tumors. Acta Path. et Microb. Scandinavica, Copenhaga 1935, pag. 24-37.

23) *Hynek, Varadi et Cech*: Sur un cas de méningoblastome malin de la duremère à propagation periostée. Le Sang. Paris, Dec 1935, pag. 914-926.

24) *Hodges F. I,*: Meningioma of the sphénoid. Wisconsin M. l. Milwanke, 1930, pag. 632.

25) *Hosoi Kiyosh*: Meningiomas with special reference to the multiple intracran al type, Amer. J. Path. Boston, 1930. pag. 205.

26) *Laas F.*: Über die sogennante End theliome der Hirnhaute Beitr. Z. path. Anat. Jena 1935, pag 431.

27) *Lichtenstein and Ettison*: Diffuse mesotheliom a of the leptomeninges associated with cortical and ventricular glial hernias, a clinical pathologic study and report of a case. Arch. Path. Chicago 1937, pag. 497-507

28) *Luca (Giorchi o de)*: Un caso di meningioma a localizzione multiple curato con i raggi X. Radiologica Medica, Milano, Sept. 1936 pag. 708-714.

29 *Marchand L.*: Tumeur cérébrale d'origine dure-mérienne à symptomatologie mentale et à caracters particuliers. Annal. Anat Path. et Anat. méd.-chir. Paris, lulie 1936, pag, 934-939.

30) *Nayrac et Guillaume*: Remarques sémiologiques relatives à un cas de méningiome frontal, opéré et guéri. Rev neurol. Paris Martie 1937, pag. 351-354.

31) *Oberman Charles*: Neoplasms of the envelopes of the nervous system. J. Jowa, State Ch. Soc. 1930, pag. 376.

32) *Oltramare John et Lindhauser*: Endothéliome (méningiome) volumineux de la dure-mère, sans troubles cérébraux, çhez un intellectuel. Rev. neurol Paris, Dec. 1934, Pag 890-896.

33) *Plenk*: Über meningiome. Wiener Klin, Wochenschrift, 28 Aprilie 1933, pag. 518-523.

34) *Olivecrona*: parasagittalen Meningeome, Leipzig, 1934.

35) *Raaf J. E. and Craig W.*: Multiple meningiomas. Report of a casa

in wich 3 intracranial meningiomas wer removed succesfully. Arch. Chicago, Oct. 1935, pag. 601-607.

36) *Rove S. N.*: Parasagittal meningiomas. Ann. J. Surgery. New-York, Ian. 1939, pag. 138-141.

37) *Schuster H.*: Neoplazii maligne difuze ale meningelor, Nowotwony. Varşovia, 1932. pag. 302-310.

38) *Schusterowna H.*: Chestiunea tumorilor generalizate ale meningelor cerebrale şi medulare. Polska Gazeta Lokarska, Varşovia, 1933, pag. 490.

39) *Schwartz Ch. W*: The meningiomas from a roentgenological viewpoint. Amer. J. Roentgen, Springfield, Mai 1938, pag 698-712.

40) *Stuhl L.* Aspects anatomiques et radiologiques de quelques méningiomes de la convexité du cerveau. Bull. Soc. Radiol. méd. de France, Paris, Aprilie 1931. pag. 159.

Hôpital militaire central „Regina Elisabeta" Bucarest
2-a Service Médical
Médecin-en-chef: Lt.-Col. D-r Manu N.

INTOLERANCE HEPATIQUE ET SULFAMIDOTHERAPIE ICTÈRE SULFAMIDIQUE PRECOCE

par

I. RADVAN

de l'hôpital militaire central „Regina Elisabeta" Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Demonstrat prin cai şi teste biologice multiple, *icterul sulfamidic precoce* este o nouă formă de reacţiune a organismului faţa de medicaţiunea sulfamidată.

In patogenie, rolul cel mai important revine terenului care reacţionează printr'o intoleranţă hepatică sub formă icterică la doze minime de sulfamide.

Les recherches concernant l'action des sulfamides sur le foie n'ont pas abouti à une conclusion univoque. A côté des recherches qui semblent démontrer une action plus ou moins nocive sur le foie, il y a d'autres qui tendent à démontrer que les fonctions hépatiques ne soient pas atteintes par les sulfamides. Parfois, au contraire, lorsqu'elles sont atteintes, ces fonctions peuvent même être favorablement influencées par un traitement sulfamidique.

L'atteinte du foie au cours du traitement par les sulfamides a été notée par plusieurs auteurs. Cette atteinte plus ou moins sévère se manifestait cliniquement par un ictère ou hépatite toxiqué allant, soit jusqu'à une atrophie aigue mortelle, soit à la guérisomn. **Bannick, Brown, Foster, Garvin, Gottron** et d'autres ont noté des cas d'ictère grave ou d'hépatite letale après l'administration des sulfamides. **Durel, Pallazoli** et **Bovet, Benda, Decoux, Desiderius, Korn, Martin** et **Delaunnay** ont observé l'apparition de l'ictère à type bénin après 12 à 17 jours de traitement et même 40 jours après la fin de la sulfamidothérapie. Pourtant, l'hépatite ictérigène sulfamidique reste, selon certaines statistiques, un accident très rare. **Niescher** a noté sur 421 cas, traités par Dagenan, une seule fois l'apparition de l'ictère.

L'exploration fonctionnele du foie, d'autre part, après l'administration des sulfamides, a montré de différentes côtés une déficience hé-

tique plus ou moins accusée. **Harvey** et **Janneway** ont trouvé une diminution de l'élimination de la bromsulfonphtaléine. **Paunesco-Podeanu** et **Apostol** ont noté une déficience galactopexique du foie dans une proportion de 4/5 des cas. La bilirubinémie a été moins influencée, de sorte que sur 16 cas examinées, 7 fois elle a ité légèrement augmentée. Par contre; **Schmidt, Fischer** trouvent que les fonctions hépatiques soient très rarement influencées par les sulfamides, même en cures prolongées. Certains phénomènes toxiques observés n'entraînaient pas des troubles fonctionnéls du foie de sorte que, soit l'épreuve de Bauer, la courbe glycémique et l'urobilinogène (Schmidt), soit l'aminoacidurie et l'urobilinogénurie (Fischer) ne donnaient pas des réponses patholigiques. Les recherches de **MM. Capitanovici, Diaconesco** et **Gherghinesco,** enfin, tendent à démontrer que l'état du foie apprécié avec l'épreuve du galactose et de la bilirubinémie, montre, à la suite de la médication sulfamidique, une réaction bien différente: légèrement pathologique, nulle et même favorable, suivant le sujet en expérience.

D'autre part, en clinique, **Scherber, Wanick, Schmidt** ont obtenu la gérison même de l'ictère gonotoxique traité par les sulfamides; **Bohland, Mancke, Plötner, Siede** ont traité avec succès l'angiocholécystite aigue et les cholangites accompagnées d'insuffisance du foie; **Quitter** a guéri un ictère infectieux aigu pendant quatre jours de traitement sulfamidique et **Cleveland** a noté dans les cas d'atteintes sévères du foie une bonne réponse à la sulfamidothérapie.

Il est évident, qu'en présence d'une telle opinion à triple aspect, l'apparition d'un ictère au cours de la sulfamidothérapie peut provoquer des discussions. Par conséquent, nous avons cru très intéressante une observation, communiquée, en collaboration avec **MM. Balaban, Popa** et **Sgandar,** à la Société médico-militaire de Bucarest, en novembre dernier.

Il s'agissait d'un ictère survenu chez un jeune homme avec une urétrite gonococcique aigue de date récente (quelques jours après un traitement sulfamidique). La dose totale de substance n'avait pas dépassé 4,5 gr. La nature sulfamidique de l'ictère a été démontrée par différentes voies et nous insistions alors sur cette réaction extrême de l'organisme à forme d'ictère précoce vis-à-vis des sulfamides.

Voici l'observation (résumée).

B. M., de 22 ans. Antécédents nuls. Le 26 août dernier, l'apparition d'une urétrite gonococcique pour laquelle on lui prescrit des sulfamides. Le premier jour, il ingère 2 gr. de Eubasinum. A cause d'une vive intolérance, avec des symptomes nerveux et digestif, le malade ne prend pas le médicament le 2-e jour; il le reprend le 3-e jour, lorsqu'il ingère 2,5 gr. de sulfamide. Le lendemain matin, il a intterrompu la curre, définitivement cette fois, à cause de l'apparition des symptômes d'une vive intolérance: nausées, anorexie, céphalée et asthénie très marquées. Après 3 jours, apparaît la jaunisse, pour laquelle le malade est amené à l'hôpital.

A l'entrée: ictère franc; température 37,2°; pouls 68; pression sanguine 11—6 cc.; foie normal ce volume; rate légèrement percutable; enfin l'étage supérieur abdominal est sensible. Cholurie saline et pigmentaire positive. Bilirubinémie 1/13.000 (Fouchet); B.-Wass. négatif. Présence d'une urétrite gonococcique peu active.

Traitement hygièno-diététique, Vichy artificiel; traitement local pour l'urétrite.

BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ "CAROL I"

Evolution stationnaire et apyrethique durant la première semaine d'hospitalisation.

Considérant qu'il s'agit d'un ictère de nature sulfamidique survenu chez un sujet hypersensible, nous avons recherché la sensibilité de l'organisme et et particulièrement du foie à la sulfamide.

1. **L'intradermo-réaction a été négative.**

2. **L'administration d'un gramme d'Eleudron détermine une prompte intolérance et l'accentuation progresive de l'ictère: la bilirubinémie passe de 1/133.000 à 1/5000** au cours de 5 jours.

3. Le malade est en cours d'amélioration; ictérométrie 1/8000; galactosurie provoquée avec les concentrations suivantes: I = 18,43 $^0/_{00}$, II = 5,44 $^0/_{00}$, III = 1,85 $^0/_{00}$, IV = 0; **élimination absolue: 3,29 gr.**; leucogramme: globules blancs 7200, polineutro. 66, eosin. 6, monocytes 7, lympho. 21 p. 100.

L'administration d'un gramme de Eubasinum détermine: intolérance avec accentuation de l'ictère, (bilirubinémie 1/6000), et l'augmentation progressive du déficit galactosique:

II-e jour: concentrations: I = 19,54, II = 5,89, III—IV = 0; **élimination absolue: 3,77 gr.**, leucogramme sans modifications appréciables.

IV-e jour: concentrations: galactosuriques: I = 27,4, II = 5,02 $^0/_{00}$, III—IV = 0; **élimination absolue: 4,53 gr.**

IX-e jour: concentrations galactosuriques: I = 14,42, II = 7,2; III—IV = 0; **élimination absolue: 5,24 gr.; Ictérométrie: 1/6000.**

Insulino-thérapie, injections de glucose et drainage médical.

Amélioration clinique très évidente: bilirubinémie 1/23.000, galactosurie: I = 14,4, II = 3,34, III—IV = 0; **élimination absolue: 3,47 gr.**

Vu la période de déclin dans laquelle cet ictère paraîssait se trouver, nous avons refait l'epérience ci-dessus.

Une nouvelle administration d'un gramme de Eubasinum détermine, les jours suivants, une légère augmentation de la bilirubinémie (1/17.000) et de la galactosurie, suivies pendant plusieurs jours d'un arrêt en plateau de ces tests. Dcette fois, l'intolérance hépatique soit été peu évidente, c'est peut-être que le le malade se trouvait traité par l'insuline-glucose. Ultérieurement, le malade étant soumis au même traitement, l'ictérométrie et la galactosurie reviennent lentement à l'état normal après deux autres semaines.

* * *

Bien que l'intolérance du foie à forme ictérique vis-à-vis des sulfamides (sulfathiazol, sulfonilamidopiridine) soit donc indéniable, deux hypothèses entrent cependant en discussion, avant d'envisager la nature exclussivement sulfamidique de cet ictère.

La première hypothèse réside dans le fait que chez notre malade évoluait en même temps une urétrite gonococcique plus ou moins active. On sait qu'une série de faits cliniques et statistiques d'une part, l'exploration fonctionnelle du foie chez les sujets avec diverses manifestations gonococciques, d'autre part, démontèrent que la gonotoxine peut déterminer parfois, soit une hépatite ictérigène **(Chwalla, Pavel, Radvan, Fulde, Vasiliu et Aldan, Schreber, Popper et Wiedemann)**; soit des troubles fonctionnels hépatiques sant expression clinique appréciable **(Wanieck, Paunesco-Podeanu, Apostol et Bejan)**. Mais il ya à remarquer que la majorité des ictères soit apparue chez des sujets avec une infection neissérienne de longue durée et compliquée (chez notre malade l'infection était de date récente et non compliquée). D'autre part, les troubles fonctionnels du foie, jugés selon le test galactosique, sont rarement observés même dans les cas d'infection gonococcique compliquée.

Pour **la deuxième hypothèse**, il faudrait peut-être admettre la

coïncidence d'un ictère de type catarrhal. Nous avons aisement écarté cette hypothèse par la recherche de la sensibilité sulfamidique chez un de nos cas d'ictère catarrhal.

P. C. de 25 ans; Ictère du type catarrhal datant depuis 4 jours. Syphilis et salvarsan dans les antécédents.

A l'entrée: bilirubinémie 1/12.000; galactosurie provoquée. Concentrations: I = 15,4, II = 15,09, III—IV = 0. p. 1000; **élimination absolue: 7,76 gr..**

Le 3-e jour, la bilirubinémie baisse à 1/20.000 et la galactosurie provoquée donne des chiffres beaucoup diminués: I = 11,38, II = 6,17, III—IV = 0 p. 1000; **élimination absolue 5,23 gr.**

Les jours suivants, ni l'administration de deux grammes d'Eleudron et ni l'administration d'un gramme de Eubasinum n'ont empêché la regression progressive et rapide de l'ictère: bilirubinémie 1/30.000; **galactosurie 4 gr. (élimination absolue).**

Cette expérience démontre évidemment que les sulfamides n'ont pas une influence nocive sur les fonctions du foie dans l'ictère catarrhal, fait qui concorde avec les résultats obtenus par MM. Capitanovici, Diaconesco et Gherghinesco [1]).

Devant ces faits, comment pourrait-on expliquer le mécanisme de l'ictère sulfamidique?

Dans le dernier temps, on a publié des phénomènes allergiques variés et plus ou moins graves coïncidant avec la reprise d'un traitement sulfamidique. Parmi ces accidents, on a noté aussi l'hépatite ictérigène, dont le déterminisme a été expliqué par un phénomène de sensibilisation du foie. La contrepreuve a été faite par différentes voies: baisse leucocytaire sanguine avec éosinophylie et neutropénie, augmentation du déficit galactosique après l'administration d'une dose de sulfamide et parfois par une intradermoréaction sulfamidique positive. A noter que lorsque l'allergie sulfamidique apparaît, elle s'accompagne généralement de phémomènes de choc plus ou moins graves, d'urticaire ou d'autres érythèmes, toujours occasionés par une reprise de traitement sulfamidé. Un tel exemple très démonstratif, nous avons tout récemment observé avec M. le D-r Manu:

Il s'agit d'un malade G. C., de 21 ans, qui se trouvait hospitalisé pour une cortico-pleurite droite. A un moment donné, il présente une urétrite pour laquelle on lui prescrit 3 grammes d'Eleudron par jour. Le 3-e jour, il accuse brusquement des phénomènes allergiques: érythème intense et urticaire généralisée, fièvre à 38°, céphalée, leucopénie sanguine à 4000, neutropénie à 42%, et 8% osinophyles dans la formule leucocytaire. Tous ces phénomènes sont disparues en 2—3 jours, après un traitement adéquat. Avec cette occasion, le malade nous a raconté qu'il avait suivi quelques mois auparavant un traitement analogue sans aucun accident pour la même urétrite.

La théorie allergique, si séduisante soit-elle, ne peut pas être soutenue dans le cas qui fait l'objet de ce mémoire. Le malade n'a eu dans ces commémoratifs aucun traitement sulfamidé, la formule leucocytaire a été indécise, ainsi que l'intradermo-réaction, qui est restée néégative.

---

1) *Capitanovici (M) Diaconesco* et *Gherghinesco*: Rev. sanitară, militară, 1942, Buc.

Un phénomène d'intoxication ou d'intolérance gastro-duodénale est aussi d'interprétation difficile dans la génèse de l'ictère précoce. L'ictère observé par différents auteurs est apparu en général plus tardivement et après des cures suffisamment longues et des doses suffisamment élevées. Une dose si modeste de sulfamide ne peut pas déterminer l'ictère toxique et en ce qui concerne l'intolérance digestive, celle-ci ne s'accompagne pas obligatoirement d'ictère.

A cet égard, notre suivante observation en est concluante:

P. V., de 23 ans, est amené d'urgence avec des symptômes aigus survenus au cours d'une sulfamidothérapie pour urétrite gonococcique: fièvre fièvre à 38°, céphalée, vertige, lypothimies, asthénie généralisé, nausées et vomissements, troubles visuels et hypotension à 9—5. Le malade avait ingéré pendant 4 jours une dose globale de 12 grammes de Eubasinum. A côté des symptômes ci-dessus, on lui constate une bilirubinémie de 2 mgr.% (normale 1—1,6), une glycémie à 1,6 gr.‰ et une atteinte rénale discrète avec albuminurie et hématies dans l'urine sans l'augmentation de l'urée sanguine. Un traitement diététique associé au serum glycosé hypertonique guérit le malade au cours de quelques jours, sans donc qu'un ictère franc soit été installé.

Il semble donc que l'ictère ne soit dû ni à une sensibilisation, ni à un phénomène toxique habituel et ni de même à une intolérance digestive proprement dite.

Considérant que dans la répartition des sulfamides dans l'organisme, le foie entre en jeu au premier plan, tout conclut que **l'ictère sulfamidique précoce décrit par moi soit l'expression d'une intolérance hépatique, d'une sensibilité particulière du foie à des doses mêmes minimes de sulfamides.** Chez un tel sujet ayant un foie intolérant, le médicament pourrait se comporter comme toxique sur la cellule hépatique, d'où s'impose en même temps une contre-indication formelle pour le traitement sulfamidé. Si l'intolérance digestive interviendra, celle-ci agirait vraisemblablement comme facteur accessoire par l'inhibition des secrétions digestives, causée par les sulfamides. L'inhibition secrétoire pourrait seulement favoiser l'attaque sulfamidique contre les organes qui participent habituellement à la génèse de l'ictère, c'est-à-dire contre le groupe synergique foie-pancréas-duodénum [1]). Mais pour que l'ictère apparaisse, il faudrait admettre encore un facteur conditionnel. En effet, **le rôle pathogénique le plus important revient ici au terrain qui réagit sous forme d'une intolérance hépatique manifestée cliniquement par l'ictère précoce.** Il faut souligner que la notion de **biotropisme** du foie s'éliminait dans notre cas, à plus forte raison que dans la dernière observation, où s'agissait d'un ancien gonoréique, l'intolérance sulfamidique est survenue tardivement et non sous forme ictérique.

Conclusion. A côté de formes d'ictère toxique survenu à la suite des doses très élevées où des cures prolongées sulfamidiques, à côté de formes d'ictère allergique, heureuesement très rares, observés à la suite de la reprise d'un traitement sulfamidé, il est à envisager aussi un autre: **l'ictère sulfamidique précoce, qui constitue une forme réactionnelle extrême dès le début d'une cure sulfamidée.**

---

1) *I. Pavel.* Les ictères, un volume, Buc. 1943. (2-e édition).

Le rôle pathogénique le plus important revient ici au terrain, qui réagit sous forme d'une intolérance hépatique, manifestée cliniquement par l'ictère précoce.

Ni la nature ni les doses des sulfamidés n'auraient d'importance pour mettre en évidence l'intolérance du foie:

Celle-ci est intervenue, comme nous l'avons vu, à des doses minimes et dès le début de la cure; et

La réaction provoquée chez notre malade a été la même pour deux sulfamides différentes.

L'intolérance hépatique constitue une contre-indication formelle pour l'administration des sulfamides. En dehors de la suppression immédiate du médicament, le traitement de l'ictère sulfamidique ne comporte aucune indication spéciale. Cependant le traitement insuline-glucose semble utile et il reste à voir si dans les cas avec extrême réaction, ce traitement ne corrigerait pas l'intolérance hépatique vis-à-vis des sulfamides.

Inntolleranza epatica e. sulfamidoterapia. L'ittero sulfamidico precoce.

L'autore descrive l'ittero sulfamidico precoce come una nuova forma di reazione del organismo di fronte alle sulfamidi.

Attraverso molteplici ricerche e testi biologici si dimonstro la natura di questo ittero. nel quale il fatto patogenico il piu importante e fornito dal terrene che reaziona soto forma di una inntolleranza epatica di fronte à dosi ancho minnimi di sulfamidi.

L'inntolleranza epatica e una contoindicazione formale per l'addministrazione delle sulfamidi. Fuori del fatto che si deve interrompere immediatamente la medicazione sulfamidica, il trattamento di questa forma di ittero non comporta nessuna indicazione speciale. Sembra tuttavia che il trattamento con insulina-glucosi sia utile, e rimane a videre si negli casi con estremà reazione, questo trattamento non corrigerebbe l'inntolleranza epatica di fronte alla sulfamidi.

Reprezentanța p. România: S. I. F. S. A. R. București IV, Avram Iancu 32

Leagănul Sf. Ecaterina–Bucureşti

TREI CAZURI DE PARALIZIE INFANTILĂ PE O SECŢIE DE COPII MICI DIN MEDIUL RURAL *).

de

Doc. D-r AXENTE IANCU şi **D-na D-r FLORICA POENARU**

O parte a copiilor mici din Leagănul Sf. Ecaterina Bucureşti, au fost evacuaţi din cauza bombardamentelor aeriene la Filipeşti-de-Târg, jud. Prahova. Aci, la un moment dat, apar trei cazuri de poliomielită acută anterioară, pe care dorim să le comunicăm.

CAZUL I. — Enache, vârsta 2 ani şi 2 luni, greutate 9200 gr.

Antecedente personale: copil găsit, internat în Instituţia noastră la vârsta aproximativ 2 luni, cu semne de rachitism precoce cranian, nas în şes s. r. B. W. pozitivă.

A avut cu puţin timp înainte de boala actuală, varicelă (17. V. 944), care a redeşteptat otita bilaterală supurată cronică, închisă de curând şi rujeolă (26. V. 944), formă uşoară, vindecată în 31. V. 944. I s'a făcut tratament antiluetic.

Istoricul boalei actuale: După vindecarea rugeolei, timp de 2 luni, copilul s'a desvoltat binişor, a crescut cu 1000 gr. în greutate. In ziua de 31. VII. subfebril, 37,5. Rhinofaringită. Starea generală foarte bună. 1. VIII. Febril. Faringele intens iperemiat. Coriză acută. Pulmonar: câteva raluri sonore. Urechile nu drenează, nu unst dureroase. Tratament: desinf. naso-faringian, sulfapiridină. Revulsie toracică.

2. VIII. Febra în creştere 39°. Pulmonar 0. Urechea stângă dureroasă, a reînceput să dreneze. Prontozil, tratament otic, tonicardiace.

3. VIII. Febra se menţine 38°. Scaune lichide şi vărsături alimentare somnolent. Faringele intens iperemiat. Pulmonar 0.

4. VIII. Aceeaşi stare febrilă, 38°, însă starea generală, care se menţinuse până acum satisfăcătoare, începe să se altereze. Apatic, somnolent. Nu sunt semne meningeale. Pe regiunea fesieră dreaptă şi sacrată, se observă câteva vezicule cu conţinut clar (asemănătoare celor de herpes, dar de volumul unei boabe de porumb, buchet de 3—4 elemente). Retenţie de urină, glob vezical, nu prezintă semne meningeale. Este izolat la o rezervă (sondaj, sulfamidă toxicardiace, etc.). Ora 5 p. m., la contra-vizită se observă o paraplegie flască, paralizia muşchilor lombari şi a membrului superior drept.

*) Fragment din comunicarea făcută la *Societatea Română de Neurologie* din Bucureşti, în ziua de 5 Decembrie 1944.

Membrele inferioare — balante — copilul nu schiţează nicio mişcare activă. Ridicat deasupra patului şi lăsat să cadă, membrul inferior cade brusc şi greoiu. Nu se observă reacţii de apărare. Hipotonie marcată şi atrofie musculară. Reflexele rotuliene abolite. Reflexul achilian diminuat mult. Sensibilitatea obiectivă pare normală.

Membrul superior drept: braţul drept atârnă de-alungul trunchiului în poziţie de rotaţie internă. Mişcări active nule în articulaţia scapulo-umerală, articulaţia cotului şi a pumnului. Se observă mişcări de mică amplitudine ale degetelor (flexiune, extensiune). Hipotonie, atrofie muscularâ. Reflexele tendinoase: abolite. Sensibilitatea pare conservată, nu se observă turburări vasomotorii. Copilul nu poate păstra poziţia şezândă (paralizia muşchilor lombari). Retenţia urinară a cedat. De asemenea şi turburările digestive.

Tratament: injecţii cu sânge dela o infirmieră, care în anul 1942, îngrijise copii bolnavi de poliomielită; 2) urotropină, nu am putut administra ser de convalescent, vitamină B_1, din cauza lipsei lor în localitate.

5. VIII. A odua zi febra a scăzut la 37,5. Starea membrelor inferioare aceiaşi. In schimb se observă mişcări ale degetelor mânei drepte, de amplitudine mai mare şi mişcări active în articulaţia pumnului drept. Starea generală mult mai bună. Copilul este vioiu, se interesează de ceea ce se petrece în jurul lui. I se mai face hemoterapie şi se internează la secţia de boli contagioase, Spitalul Filipeşti-Târg.

Revăzut după 2 luni: paraplegie flască. Uşoare sechele musculare (deltoid, biceps ale membrului superior drept).

CAZUL II. — Corcodel C-tin: 2 ani, greutate 14.500 gr.

Antecedente personale: ascaridoză, convulsiuni (rhinofaringtie s. r. B. W.-Meinicke, Kohn: negativă), diateză exudativă-varicelă, rugeolă.

Istoricul boalei actuale: Copil bine desvoltat, vioiu, merge bine, în picioare, desvoltare psichică şi intelectuală: normală.

In ziua de 10. VIII. stare subfebrilă, prost dispus-anorexie, Faringe uşor iperemiat — coriză — Pulmonar: 0.

11. VIII. Febra ridicată 40°, somnolent. Retenţie de urină, care nu ajunge totuşi la un sondaj. Reflexele tendinoaes: normale. Uşoară redoare a cefei. Tratament: sulfapiridine d. u. f., tonice cardiace.

13. VIII. Persistă starea febrilă 39°. Redoare discretă a cefei. Semnul lui Brudzinsky şi Kernig slab pozitive, Hipotonie a muşchilor coapsei stg. Reflexele rotuliene diminuate. Copilul execută mişcări active, de apărare, de retracţie, a membrelor inferioare. Sensibilitatea obiectivă normală. Retenţie de urină. Constipaţie. La examenul celorlalte organe: 0.

14. VIII. Febra 37°. Redoare mai accentuată a cefei şi coloanei vertebrale. Execută mişcări ale membrelor inferioare, însă cu greutate mai accentuată la membrul inferior stg. Atrofie musculară discretă a muşchilor coapsei drepte, mai marcată la coapsa stg. Nu se susţine bine pe picioare. (Copilul începe să plângă). Pus să meagă susţinut: mersul este anevoios şi pare dureros. Membrele inferioare se flectează sub greutatea corpului. Membrul superior drept. Copilul execută mişcări de prehensiune şi mişcări în articulaţia cotului, dar mişcările în articulaţia scapulo-umerală dreaptă sunt imposibile. Mişcările pasive în această articulaţie sunt dureroase, de asemenea şi palparea maselor musculare ale regiunei. Sensibilitatea obiectivă pare a fi normală în rest. Reflexele tendinoase, rotulian abolit la stânga, foarte diminuat la dreapta. I se face o punctie lombară: lichid limpede, hipertensiv. R. Pandy: negativă. R. Nonne-Appelt: negativă. Elemente celulare: 0 (?). Glicorachia (Wirtz şi Krehl): 2,92 la mie. Albumina în L. C. R. (Siccard: 0,20 la mie.

Tratament: 1) Maternohemoterapie (infirmieră ce a îngrijit alt copil cu paralizie infantilă; 2) Urotropină; 3) Betaxin (B_1) 1—2 capsule; 4) Regim lactat. Este internat în secţia de boli contagioase (Spitalul Filipeşti-Târg).

După 3 săptămâni este revăzut: copilul poate merge în picioare nesusţinut, dar oboseşte curând. Mişcările active normale: se observă doar o uşoară „trenare" a membrului inferior stâng.

Mişcările active a membrului superior drept normale, afară de articulaţia humerală, care permite mişcări de amplitudine redusă.

CAZUL III. — Obatsky Mihail, vârsta aproximativă (copil găsit), 10 luni, greutatea 5300 gr.

Antecedente personale: distrofie, piodermită, varicelă, otită supurată medie bilaterală, adenită supurată axila dreaptă, turburări digestive repetate-rugeolă.

Istoricul boalei actuale: copil palid, distrofic.

15. VIII. Subfebril: starea generală bună. Nu tușește, faringe iperemiat. In rest nimic deosebit.

16. VIII. Febra în creștere. Se alimentează cu greutate. Faringele mai puțin iperemiat. Pulmonar: câteva raluri sonore. Urechea stângă foarte dureroasă. Extremitățile membrelor inferioare reci și cianozate. Reflexele tendinoase: normale. Tratament: revulsie toracică, tratament otic, sulfapiridine 1½ comprimat.

17. VIII. Febra persistă. Se observă apariția unei paralizii a membrului inferior stâng (monoplegie). Membrul inferior stâng: păstrează o atitudine de rotație externă în decubitus dorsal. Copilul fiind ridicat și susținut de subțiori, membrul inferior stâng atârnă balant, în timp ce pe cel drept îl flectează pe bazin. Reflexele rotuliene: abolit la stângul normal: dreapta. Sensibilitatea obiectivă pare normală. Presiunea maselor musculare, nu pare a fi dureroasă. Hipotonie musculară și atrofie musculară membrul inferior stâng. In rest starea generală bună. Nu se observă semne meningealee. Punctie lombară: lichid limpede, hipertensiv. R. Pandy: pozitivă (++). R. Nonne-Appelt: pozitivă (++). Elemente celulare: 62 pe mmc. (Limfocite 90%, Hematii 10%).

Glicorachie (Wirtz și Krehl): 1,20 la mie; Albumina L. C. R. (Siccard): 0,10 la mie; Reacția Guillain (benzon coloidal): intens pozitiv (Nr. II) în tuburile 9, 10, 11; pozitiv (Nr. I) în tuburile 8 și 12).

CONCLUZIUNI:

Intr'un salon dela primul etaj al secției evacuată la **Filipeștii-de-Târg, jud. Prahova, a „Leagănului Sf. Ecaterina"-București**, am observat în luna August 1944, 3 cazuri de paralizie infantilă evidentă, prezentând forme clasice: primul caz cu paralizia membrelor inferioare și a a membrului superior drept, al doilea caz: forma meningeală cu dureri nevritice și al treilea caz cu monoplegia membrului inferior stâng. Rhinofaringitele și dispepsiile febrile în număr de 6 le considerăm noi ca forme abortive.

Cazurile sunt atribuite unei contaminări datorită unor purtători de germeni, care au stabilit legătura cu cazurile izolate din comunele învecinate, declarate ceva mai curând serviciului sanitar județean. Se admite posibilitatea coexistenței a două cazuri de paralizie infantilă, formă meningeală: unul la o mamă sifilitică internată împreună cu sugarul ei în salonul unde și-a făcut apariția poliomielita și altul la servitoarea pretorului din localitate, acesteia făcându-i-se și punctia lombară.

Vârsta copiilor îmbolnăviți a fost respectiv de: 2 ani și 2 luni, 2 ani, și al treilea copil de 10 luni.

Sexul lor: masculin.

Cazurile publicate în literatură ca fiind observate „într'un azil de copii din Cluj" s'au publicate în revista „Clujul Medical" sau „episodul constatat", „nell' Ospedale di Transilvania" au fost observate și publicate de D-rii Axente Iancu-Clui și L. P. Dariu.

Unul din noi este deci în situația de a publica de data aceasta o a doua mică epidemie de poliomielită observată de către noi la **Filipeștii-de-Târg**, jud. Prahova, în vara anului 1944, în luna August.

Spitalul Orşova-Severin

HEMIPLAZIE VAGINALĂ CU HEMATOCOLPOS ENORM

de

D-r IANCU FENEŞANU şi Stud. KASTENMAYER VICTOR

Imperforaţiunile himeniale sunt destul de rare, după cum ne aminteşte Ombredanne, Lejars, Faure. Când există, dau naştere hematocolposului, însă cu atât mai rare sunt aplaziile vaginale, dând naştere hematometriilor. Întâlnind un caz cu o aplazie în partea mijlocie a vaginului, la care s'a produs un hematocolpos în porţiunea superioară a simulacrului de vagin, credem că merită să fie publicat.

Este vorba despre o tânără de 17 ani, E. Ştefania, din Berzasca, jud. Severin, (foaia de observaţie No. 382), care s'a internat în ziua de 11 Iulie 1944, în spitalul Orşova, pentru dureri abdominale vii şi cu o tumoră enormă în etajul inferior al abdomenului, pornită din bazin.

Antecedente heredo-colaterale. Sunt fără importanţă.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecţioasă. N'a avut niciodată menstruaţie. In ultimii doi ani avea dureri abdominale la diferite intervale de timp. Nu poate preciza dacă aceste dureri erau regulate sau nu, însă erau din ce în ce mai insuportabile.

Istoricul boalei. Se prezintă la spital împreună cu mama ei, deoarece cu trei săptămâni înainte de a veni la spital, durerile erau vii în etajul inferior abdominal, în acelaşi timp simţind o mărire a abdomenului în acest etaj. Consultând diferite femei, moaşa comunală şi medicul de circomscripţie, este trimisă la spital cu diagnosticul de fibrom uterin.

Starea prezentă. De constituţie mijlocie, cu toate ţesuturile bine conformate pentru etatea ei. La examenul abdomenului constatăm o tumoră până la ombilic, care cuprinde aproape tot etajul inferior, rotundă, mobilă în toate direcţiile, de consistenţă moale. La examenul organelor genitale, vulva normal conformată (cu labiile mari, mici, uretră) cu himen destul de evident şi normal. Nu facem tuşeul vaginal, fiind virgină — după cele constatate obiectiv şi după spusele bolnavei.

In faţa acestor date, punem diagnosticul de kist ovarian enorm.

Dinpartea celorlalte organe, nimic deosebit. Astfel în ziua de 14 Iulie 1944, D-r Feneşanu I. şi stud. Kastenmayer V., procedăm la operaţie sub rachianestezie Nov. 0,12 ctg. cardiasol Efed.; se face laparatomie subombilicală. După deschiderea peritoneului găsim o tumoră enormă, care ocupă întreg acest etaj, de consistenţă moale, culoare roşie violacee, iar pe partea superioară vedem uterul mic cât o mandarină, cu toate ligamentele foarte întinse ca nişte coarde-hăţuri, mergând în bazin pe părţile laterale. Tumora fluctua uşor la palpare, având chiar senzaţia de val. Tumora era aşezată retrovezical şi înaintea rectului, fiind în continuare cu vaginul.

Facem o punctie cu un ac destul de gros şi extragem un lichid sanghinolent, sirupos, care abia vine pe ac în siringă. In faţa acestor elemente ni se impune diagnosticul de retenţie menstruală — hematocolpos, — bănuind o atrezie a vaginului, deasupra orificiului himenial, deoarece pe acesta l-am examinat şi a fost normal. Inchidem peretele abdominal, punem bolnava în poziţie ginecologică şi după o toaletă riguroasă a organelor genitale externe care erau normale, procedăm la un control al vaginului, unde constatăm că după simulacrul de vagin care era îndărătul himenului care exista, restul vaginului lipsea complect, nici urmă nu era. După ce depărtăm buzele mari şi mici în pense dinţi de şoarece, facem o incizie transversă lată de 3—4 ctm. controlând în continuu cu vârful degetelor. Ajungând la această profun- [illegible] consistenţa şi fluctuaţia tumorii. Făcând încă o incizie în profunzime, mică de câţiva milimetri, sub controlul indexului stâng, apare în plagă un lichid negru-sirupos — ca păcura — sânge transformat. Se scurge o cantitate

de cel puţin 2 jum. kgr. de acest lichid. Pe măsură ce lichidul ieşea, tumora abdominală scădea şi apăreau formele uterului la palparea abdominală. Ajungând uterul în bazin şi scurgându-se întreaga cantitate de lichid, putem tuşa colul uterului care era normal şi cu orificiul central. Se fac spălături cu apă cu tinctură de iod 1/5000, apoi am procedat la refacerea vaginului, lărgind incizia şi tunelul creat, aducând mucoasă vaginală existentă de sus şi am suturat-o circular la mucoasa vulvară după indicaţiile Faure şi Siredey, creindu-i astfel un vagin în tot traectul existent. Am introdus o meşe în vaginul existent şi creiat, pe care am scos-o după 24 ore. Apoi s'a continuat cu spălături. Suturile s'au prins per primam, astfel că după 12 zile, bolnava părăseşte spitalul complect vindecată şi cu durerile abdominale dispărute.

Din expunerea acestui caz se vede că este vorba de retenţia fluxului menstrual la o tânără de 17 ani din cauza lipsei vaginului în porţiunea mijlocie, pe o distanţă de 4—5 cm., producându-se o tumoră enormă intraabdominală — Hematocolpos — prin dilataţia la maximum a porţiunei superioară a vaginului existentă — uterul şi anexele rămânând normale — deasupra şi îndărătul acestei tumori.

După cum am amintit, imperformaţiile himeriale sunt destul de rare, cu atât mai mult aplaziile vaginale.

In toată literatura avută la îndemână nu am găsit decât un singur caz de asemenea natură — a lui Faure şi Siredey — în care se aminteşte de „o obliterare în partea mijlocie a vaginului pe o distanţă de 4 cm. în care după incizia fundului vaginal prin disocierea ţesutului celular cu degetele, au putut deschide un hematocolpos mic cât o mandarină". In cazul nostru, după incizia fundului de sac vaginal, am încercat continuu să găsim un plan de clivaj — ne-a fost imposibil; continuu a fost nevoie de bisturiu şi vârful foarfecilor, până la punga enormă de sânge colectat. Prezenţa acestor malformaţiuni congenitale a organelor genitale se datoresc lipsei de desvoltare şi de resorbţie a extremităţii inferioare a sinusului genital, format prin fuzionarea canalelor lui Müller — care se întâmplă după luna a III-a a fătului intruterină până în luna a V-a. Astfel că această lipsă de desvoltare şi resorbţie a canalelor lui Müller se poate face la diferite locuri dând naştere la imperforaţii himeriale — aplazii vaginale la diferite înălţimi — ori pe diferite lungimi, cazul nostru. Astuparea colului uterin de unde hematometria, sau o trompă-hematosalpinx.

Locul desvoltării tumorii, depinde unde este abstrucţia traectului genital.

După cum am văzut din descrierea cazului prezentat, desvoltarea tumorii este periodică şi dureroasă, mai ales în timpul menstruaţiei. Durerile după aceea se liniştesc, deoarece o parte din lichidul sanghinolent resorbindu-se, iar conţinutul care rămâne devine mai consistent-sirupos, ceea ce au constatat toţi chirurgii care au operat asemenea cazuri.

Diagnosticul acestor atrezii produse a tractusului genital la femeie până la pubertate când începe menstruaţia, trece neobservată şi n'are nicio importanţă; odată cu producerea menstruaţiei care din cauza obliteraţiunilor — deoarece nu are pe unde ieşi la exterior, se colectează şi devine evidentă prin fenomenele dureroase şi prin creşterea unei tumori care este întotdeauna în atreziile vaginale intraabdominale (cazul nostru)

— diagnosticul este destul de dificil, putând fi confundată cu tumorile elastice abdominale ale etajului inferior (Kist de ovar, sarcină, etc.). Insă printr'un examen atent al organelor genitale la persoanele tinere în perioada pubertăţii, cu dureri abdominale periodice — mai mult sau puţin regulate, fără să apară menstruaţia, se poate pune diagnosticul, făcând la nevoie şi un tuşeu rectal, putem stabili o obliterare a tractusului genital şi lua măsuri în consecinţă.

Aceste tumori pot ajunge până la mărimi destul de mari, până la două—trei laturi deasupra ombilicului (cazul nostru până la ombilic). Restul organelor genitale interne sunt normale, numai că sunt ridicate deasupra tumorii, întinzând ligamentele ca nişte corzi. Singurul tratament este cel chirurgical. Trebuiesc evitate punctiile — din cauza infecţiilor care se produc foarte uşor. In general se cere multă asepsie din cauza infecţiilor care se produc şi aduc multe dezastre. Atenţie mare în timpul actului chirurgical la uretră şi la rect.

Am adus la cunoştinţă acest caz pentru următoarele considerente:

1. Raritatea cazului. (Faure şi Siredey),
2. Desvoltarea la care a ajuns tumora, până la ombilic.
3. Aplazia vaginului în porţiunea mijlocie.
4. Creerea vaginului existent, prin scoborîrea mucoasei vaginului existent, prin tunelul creat şi suturarea circulară a ei la mucoasa vulvară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TUMORĂ RARĂ A GLANDEI PAROTIDE, OPERATĂ ŞI VINDECATĂ FĂRĂ SECHELE.

de

D-r GHEORGHE I. GRAMA

La începutul acestui articol vom prezenta cazul despre care este vorba şi la sfârşit vom face consideraţiuni asupra lui.

Este vorba de bolnava I. A., de 32 ani, căsătorită, cu patru copii, din Craiova. In antecedentele heredo-colaterale nu găsim nicio afecţiune asemănătoare cu aceea pe care o prezintă bolnava. In antecedentele personale găsim că boala pentru care ne consultă datează de şase ani, debutând cu un trismus parţial al feţei, după care bolnava a observat apariţia unei tumorete în regiunea parotidiană stângă, de mărimea unei cireşe. Tumoreta nu producea la început niciun fel de jenă fiind nedureroasă. Tumora s'a desvoltat în mod lent timp de patru ani. După acest interval, desvoltarea a fost mai rapidă şi a început să jeneze, mai ales la masticaţie şi la vorbire. In ultimul timp producea o compresiune accentuată asupra conductului auditiv extern, astfel încât bolnava este determinată de acest motiv să se prezinte la consultaţie.

La examenul clinic se remarcă o tumoră în regiunea parotidiană stângă, care este desvoltată mai mult în $^1/_3$ inferioară a glandei, comprimând conductul auditiv extern şi lobulul urechei. Este de mărimea unei nuci, elastică, nedureroasă, iar tegumentul de'a suprafaţă este mobil şi nu prezintă nicio modificare de culoare. Ganglionii regionali nu sunt interesaţi, iar deschiderea gurei se face în limite normale. Este afebrilă.

După toate aceste caractere ne aflăm în prezenţa unei tumori a glandei parotide. După consistenţă nu poate fi vorba de o tumoră mixtă şi nici nu este

vorba de o tumoră cu caracter malign după evoluția clinică. In 12 Aug. 1943, intervenim sub anestezie locală printr'o incizie verticală asupra tumorei. Constatăm cu această ocazie, că tumora prezintă o capsulă periferică, care o separă net de țesuturile vecine. O decolăm cu ușurință având aderențe numai la polul profund. Aci ne găsim într'o situație mai dificilă, deoarece ramurile facialului trec prin peretele profund al capsulei. La tracțiunea ce facem pentru a elibera tumora observăm, că bolnava face fenomene de paralizie facială. In acest moment am separat cu multă atenție, ramurile din facial, care treceau prin capsulă și aceasta numai după ce am deschis capsula la fața externă. Extirpăm tumora în întregime și la sfârșit extirpăm și capsula, fragment cu fragment, pentru a evita ramurile facialului.

Inchidem plaga, lăsând un colț de meșă în unghiul inferior pentru 48 ore. Bolnava nu prezintă nicio tulburare din partea facialului. Tumora extirpată are o consistență elastică, este de culoare gălbuie, foarte friabilă. Evoluția plăgii decurge în condițiuni bune, vindecându-se în șase zile. Bolnava părăsește spitalul după opt zile, vindecată. Piesa recoltată este trimisă pentru analiză histo-patologică la „Laboratorul de Higienă", Craiova, unde examenul este făcut de către D-na D-r Bolintineanu și ne dă următorul rezultat:

Secțiuni'e făcute în tumora trimisă arată o proliferațiune epitelială difuză, formată din celule mici cu nucleul sferic sau ovoid separate de fibre colagene și de niște formațiuni circulare granulare sau fibrilare, în jurul cărora se dispun radiar nucleii celulelor tumora'e pe mai multe straturi. Aceste formațiuni dau un aspect caracteristic tumorii examinate, aspect ce se întâlnește în tumori'e pledate dela ganglionii simpatici și denumite simpatoame. Credem că este vorba de un simpatom. „Laboratorul de Higienă" trimite și la „Institutul Cantacuzino", București, pentru confirmarea diagnosticului histo-patologic, de unde vine rezultatul următor: In secțiunile colorate cu hematoxilină-eozină se văd grupuri de nuclei, de talie mijlocie, rotunjiți sau ușor alungiți, bine colorabili, aranjați în rozetă. Centrul rozetei este ocupat de protaplasma fin fibrilară. In alte părți, aranjamentul de rozetă este mai puțin clar. Peste tot infiltrația de bule grăsoase. Sistemul vascular relativ sărac. **Diagnostic: Simpatom.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se poate vedea din cele de mai sus, că este vorba de un simpatom, tumoră foarte rară la acest nivel. Cercetând literatura relativ la această problemă, n'am găsit niciun fel de informație. Prin urmare n'am găsit descrisă astfel de tumoră la nivelul glandei parotide. In cazul nostru este vorba de un **simpatom primitiv al parotidei**, deoarece la examenul general făcut bolnavei, n'am găsit o altă acuză în altă parte a organismului, care să denote prezența unei tumori asemănătoare.

Tumorile simpatice se observă mai des la copii, deoarece se crede că sunt de natură embrionară. In cazul nostru este vorba de o bolnavă de vârstă mijlocie. Celula simpatică embrionară poate evolua spre celulă ganglionară sau să devină celulă glandulară parasimpatică. De aceea, tumorile simpatice de tip adult pot prezenta două structuri diferite: unele formate de celule simpatice ganglionare și altele de celule parasimpatice. Ganglioneuromul apare mai frecvent la nivelul simpaticului și glandei supra-renale; mai rar în nervii cerebro-spinali și creer. Cele mai multe apar la stânga, lângă coloana vertebrală, dela baza craniului până la sacru. Sexul femenin este mai frecvent interesat. Cauza ar ține la turburările de desvoltare embrionare, pledează combinația cu alte turburări de desvoltare. In general, ganglioneuromul are o desvoltare benignă, cum s'a prezentat și în cazul nostru. Poate însă, prin diviziune mitotică sau amitotică să ia o desvoltare malignă, putând să pătrundă în țesuturile vecine sau în vinele mari. Astfel, ganglioneuromul retroperitoneal are aderențe cu aorta, vâna cavă și arterele lombare.

In regiunea cervicală se observă ganglioneuromul pe partea late-

rală, sub baza craniului, în regiunea submaxilară, Sommerfelt, uneori până la claviculă. Geymuller a avut un caz cu ganglioneurom al gâtului şi după un oarecare interval a făcut boala lui Recklinghausen. De aci a dedus, că ganglioneuromul ar fi o formă frustă a acestei maladii.

Conduita operatorie a fost fixată de către Berard şi Faurer, iar prognosticul operator este în raport cu calitatea istologică a tumorei.

Cazul pe care îl publicăm este interesant din două puncte de vedere: I. Este un caz extrem de rar de astfel de tumoră la nivelul parotidei. II. Extirparea tumorei s'a făcut, fără să se producă vreo leziune a ramurilor facialului. Bolnava revăzută după şapte luni, nu prezintă nicio modificare la nivelul intervenţiei, iar funcţiunea facialului este normală.

OBSERVAŢIUNI CLINICE REFERITOARE LA CHIRURGIA VASCULARĂ IN SPITALUL Z. I. 382.

de

D-r LAMBESCU ALEXANDRU şi **D-r TRIFON PETRU**
Medic Căpitan — Medic Locotenent

BCU Cluj / Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

Spitalul Z. I. Crucea Roşie No. 382 şi-a deschis realmente porţile în ziua de 8 Septemvrie 1944, primind un important lot de răniţi de război, români şi ruşi, în total de 256.

Chirurgia vasculară ce s'a realizat dela primirea acestui lot de răniţi, cu observaţiunile şi comentariile respective, se cristalizează în jurul următoarelor cazuri:

OBSERV. I. — Soldatul R. Mihail, de 34 ani, este internat cu: **bont supurat după amputaţia coapsei stângi în $^1/_3$ medie.** După 48 ore se declară o hemoragie masivă din întreaga suprafaţă de secţiune. Ligaturile în plagă fiind imposibile din cauza friabilităţii ţesuturilor, iar hemostaticele locale fără efect, se decide intervenţie. Sub anestezie generală cu Eunarcon se practică ligatura arterii şi venei femurale sub arcada crurală. Hemoragia se opreşte, supuraţia se reduce cu timpul şi survine vindecarea.

Comentarii. Nutriţia bontului s'a făcut fără prejudicii prin anastomozele rămase. Astfel cele două ruşinoase externe şi-au asigurat irigaţia dela obturatoare şi ruşinoasa internă, iar circonflexele dela fesieră şi ischiatică. Deşi femurala este o arteră rea din acest punct de vedere, deşi din cauza stării de şoc a rănitului, n'a fost timp să se realizeze concomitent o simpatectomie, totuşi circulaţia colaterală s'a refăcut şi bontul s'a vindecat perfect.

OBSERV. II. — Fruntaşul Gh. Ion de 35 ani, este adus dela trenul sanitar cu **hemoragie externă la gamba stângă, după p'ăgi perforante** prin schije de brandt. La coapsă garrou. Din cauza sediului plăgilor şi din cauza supuraţiei, nu se poate opera în spaţiul popliteu şi suntem forţaţi să legăm artera femurală stângă în canalul lui Hunter. Hemoragia se opreşte complect, fără ischemia gambei. Până la vindecarea deplină, gamba mai sângerează de câteva ori, dar fără importanţă.

Comentarii. Ligatura a fost pusă, cum recomandă Sarroste şi Carillon, dedesubtul marei anastomotice pentru motivul că aceasta se anastomozează cu articulara supero-internă şi ar putea, eventual, să restabilească circulaţia în teritoriul poplitei, deşi „aceste articulare sunt subţiri şi circulă în planuri fibroase puţin extensibile". Ligatura a fost pusă cu fir de catgut pentru a-i da — ca să zicem aşa — un caracter temporar, urmând ca după organizarea chiagului gambier şi rezorbţia firului, circulaţia să fie reluată, bineînţeles admiţând că intima nu a făcut o cicatrice obliterantă. Relativ la circulaţia precară a acestei regiuni, menţionăm o lucrare a lui Berceanu, publicată în „Revista de Chirurgie", prin care autorul explică anatomic restabilirea circulaţiei în anumite cazuri.

OBSERV. III. — Soldatul M. Alecu, de 22 ani, prezintă: **Fractură cominutivă, deschisă, grav infectată la coapsa dreaptă.** Membrul inferior corespunzător este imobilizat în aparat gipsat pelvi-cruro-gambier ferăstruit.

Din cauza transportului cu căruţa dela trenul sanitar până la spital, pe o distanţă de mai mult de 1 km. şi din cauza imperfecţiunii gipsului, fragmentele se deplasează şi rup femurala superficială. Hemoragia externă este masivă. Se operează de urgenţă şi sub anestezia generală cu cloroform se leagă artera şi vena la vârful triunghiului Scarpa. Sângerarea stopează, însă în al doilea timp se practică şi amputaţia pentru fuzările septice ce ameninţau viaţa rănitului.

Comentarii. De sigur că la acest caz, fiind urmat de amputare, comentariile nu mai au rost; amintim numai că ligaturile vasculare executate înainte de amputaţie (întâiu artera, apoi vena) constituesc un excelent procedeu, fie că amputaţia se face în aceeaşi şedinţă, fie că este rezervată pentru o şedinţă ulterioară. In acest mod se asigură hemostaza, ceea ce este mare lucru pentru un rănit de război, iar dacă exereza este necesară, ea devine o operaţiune mai elegantă şi mai rapidă. Cu toate acestea nu suntem de părere a se suprima tehnica garroului, la baza membrului fiindcă nu sunt excluse surprize circulatorii, cu hemoragie neplăcută, pe care tocmai am dorit s'o evităm.

OBSERV. IV. — Sergentul D. Radu, de 24 ani, timp de 10 zile este pansat pentru o **plagă unipolară, supurată, la faţa internă a gleznei** drepte. Radioscopia nu notează nicio leziune osoasă importantă şi nici retenţia vreunui corp strein. Totuşi, după acest răstimp, fără motiv apreciabil, face hemoragie externă din plagă. Se fac tamponări, pansamente strânse, hemostatice intra-musculare, dar fără rezultat favorabil. Se recurge la ligatura vaselor tibiale posterioare de partea dreaptă, la nivelul maleolei interne. Rănitul se vindecă fără urmări.

Comentarii. Pentru faptul că plaga era supurată şi pentru moment burată de un chiag voluminos, s'a încercat ligatura mai sus de gutiera retro-maleolară, care devenea laborioasă. Cu acest prilej subliniem dreptatea autorilor între cari şi Lecene, cari recomandă ca incizia să coboare — obligator pentru buna reuşită a descoperirei — până la vârful maleolei. Orice deplasare în sus, riscă să facă operaţia infructuoasă. In cazul nostru, am prelungit incizia până la vârful maleolei, am descoperit vasele, le-am legat, am evacuat chiagul şi am drenat.

OBSERV. V. — M. Gh., de 25 ani, este tratat ca un convalescent pentru două plăgi unipolare la nivelul deltoidului drept, pe cale de cicatrizare. După 20 zile se constată că la braţul corespunzător, pe faţa lui

posterioară se formează o colecțiune, ce se incizează economic. La deschidere se precizează că de fapt s'a evacuat un hematom supurat. Se drenează. După 48 ore hemoragie masivă. Se schimbă diagnosticul în **anevrism disecant supurat al humeralei** și după tehnica lui **Desault** se leagă artera axilară deasupra scapularei inferioare pentru a se evita zona periculoasă descrisă de **Dercque** și **Soupart.**

Hemoragia se oprește complect.

După o săptămână, din cauza gangrenei extensive se decide și se practică desarticulația umărului. După altă săptămână, rănitul face flebită supurată la membrul inferior stâng, apoi septico-piohemie și termină cu exitus.

Comentarii. Autori ca Porta, Farabeuf, Morestin, Mignon, sunt de părere că „această zonă periculoasă nu există totdeauna și circonflexele nasc uneori dintr'un trunchiu comun cu scapulara inferioară. Anastomoze musculare nedisecabile, puse în evidență prin radiografie, prin injecțiuni fine și prin experiența clinică, restabilesc circulația, dacă nu sunt distruse prin leziuni musculare importante". In adevăr, între circonflexe și colaterala externă superioară, ramură a humeralei, există o anastomoză destul de fragilă, care în cazul nostru fusese distrusă de ambele procese anevrismal și supurativ. Pe de altă parte cercul arterial periscapular a fost insuficient ca să irige membrul superior cu toate că ligatura a fost aplicată între scapulara inferioară și mamaro externă. Massé citat de Rouvière susține că după ligatura arterei axilare, nu importă la ce nivel, numeroase anastomoze asigură continuitatea comunicațiunilor între gât, umăr, torace și membrul superior.

Ceea ce noi am observat în legătură cu această circulație este faptul că în timpul desarticulației, cu toată ischemia membrului superior, a fost nevoie să legăm din nou humerala, care sângera în jet mic, sistolic, dar care sângera deși se ligaturase axilara. Deducția ce s'ar degaja ar fi că o oarecare restabilire circulatorie se efectuase, iar că gangrena brațului s'ar datora în special elementului infecțios extensiv, cu miosită necrotică favorizată de deficitul circulator.

Totodată învederează necesitatea aplicării garroului așa cum am arătat la finele comentariilor observației a III-a.

CONCLUZII:

Din expunerea observațiunilor precedente, se pot trage următoarele concluzii:

Restabilirea circulației în teritoriul subjacent ligaturei se datorește mai multor factori, între cari cel mai important este existența și calitatea anastomozelor. De sigur că funcționarea acestor anastomoze poate fi influențată prin tratament. Sunt în comerț o serie de vaso-dilatatoare, cari prepară colateralele. Apoi gimnastica preoperatorie, agenții fizici, cari cer un timp pentru desăvârșirea operei. La Soc. de Chirurgie din București s'au prezentat cazuri de chirurgie vasculară și s'a convenit că pentru desvoltarea colateralelor este nevoie de un timp de minimum 2 luni în anevrisme. La răniții noștri nu s'au putut prepara colateralele, fiindcă operațiile s'au executat în extremă urgență. La niciunul nu s'a putut face arterio-simpatectomia lui Leriche și nici injecțiuni cu preparate pe bază de cholină.

Restabilirea circulației a fost completă la gambă și parțială la braț. Este de sperat că brațul ar fi avut mai multe șanse dacă n'ar fi fost subminat de un virulent proces infecțios. De altfel mecanismul ischemiei nu este similar în ligaturi și în tromboze. (Acestea din urmă cuprind și colateralele și au un caracter extensiv, iar emboliile pot fi multiple, adică pot invada simultan artera principală și colateralele ei.

In rezumat pronosticul pare mai bun în ligaturi și mai puțin favorabil în tromboze-embolii.

Intr'un caz de anevrism arterio-venos în regiunea poplitee, la un rănit de război, operat prin extirpare, unul din noi (Lambescu) a obținut un rezultat excelent.

Chirurgical se poate preveni ischemia prin simpatectomii (arterieectomii) și prin evitarea exciziilor musculare masive, cari compromit namurile anastomotice.

Desvoltarea colateralelor nu se poate face în ligaturi de urgență decât post-operator, prin toate mijloacele ce ne stau la îndemână.

Observations cliniques concernant la chirurgie vasculaire à l'hopital z. i. 382.

Les auteurs exposent leur experience à propos de cinq cas d'observations cliniques en tirant les conclusions suivantes:

Le rétablissement de la circulation dans le territoire sous-jacent à la ligature est dû à plusieurs facteurs parmi lesquels le plus important est l'existence et la qualité des anastomoses qui peuvent être compromises par suite d'une inflamation grave et étendue ou bien à la suite d'une excision ample des tissus musculaires ou bien favorisées par des moyens vaso-dilatateurs médico-chirurgicaux.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observazioni cliniche riguardo alla chirurgia vascolare all'ospedale z. i. 382

Gli autori espongono le loro esperienze o proposito di cinque cassi d'osservatione clinica, traendo le seguenti conclusioni:

Il ristabilimento della circolatione nel territorio sottostante al legamento è dovuto a parecchi fattori, tra i quali il importante è l'esistenza e la qualita delle anastomosi che possono essere, o compromesse in seguito a un infiammazione grave e vasta, oppure in seguito a un ampio taglio dei tessuti muscolari, o favorite da mezzi vasodilatatori di natura medico-chirurgica.

TROMBO-FLEBITA SINUSULUI CAVERNOS ȘI MENINGITA MENINGOCOCICĂ

de

N. I. ZAHARIA

Medic Primar, Fălticeni

Pe când infecțiile stafilococice localizate la față și în primele porțiuni ale aparatelor respirator și digestiv sunt mai frecvente decât infecțiile urechii mijlocii, apariția trombo-flebitei sinusului cavernos ca o consecință a primelor e mult mai rară decât infecția sinusului lateral ca urmare a afecțiunilor auriculare. Astfel flebita sinusului cavernos apare relativ rar în practica medicală și spitalicească.

Se știe că cel mai ades infecția flebitică intra-craniană se face pe cale venoasă, dela mici focare de infecție, de obiceiu stafilococice, localizate la tegumentele feții și mucoaselor: oculare, nazo-faringee, bucală și ale sinusurilor maxilar, etmoidal, sfenoidal, și frontal, —

pe calea venelor anastomotice, propagându-se prin vecinătate, „de proche en proche", fie pe cale septicemică.

In afară de semnele locale caracteristice, așa cum sunt descrise și la cele 2 cazuri observate de noi și redate mai jos, tabloul clinic poate îmbrăca, în ceea ce privește starea generală, fie o formă pyohemică, fie una tifoidică, fie o formă meningitică, ultima explicabilă fie numai prin o simplă reacție meningeală, fie ca o extensie a infecției la meninge prin agentul cauzal primitiv, în general stafilococul.

Având ocazia să observăm nu de mult, 2 cazuri de trombo-flebita sinusului cavernos evoluând cu o adevărată stare meningitică, datorită însă — fapt curios — meningococului, am socotit interesant să le descriem în rândurile ce urmează.

* * *

OBSERV. I. — Bolnavul Mircea H., de 20 ani, este adus la 14 Iulie 1942, în secția izolare a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" Bacău [1]), în stare gravă, cu febră și oedeme ale pleoapelor.

Antecedente personale și heredo-colaterale — fără importanță.

Istoric. Maladia datează de 10 zile. După o mică pustulă de foliculită pe obrazul drept, ruptă prin grataj, apare un oedem al pleopelor drepte, care cedează după un tratament ambulator la Secția Chirurgicală a Spitalului. Acum 5 zile, oedem al pleoapelor stângi, febră și dureri în ceafă; după două zile de stare rea, un medic practician prescrie Prontosil și unguent precipitat flav. Starea generală rea persistă, se înrăutățește chiar, cefalee, febră, oedem al ambelor pleoape din ce în ce mai pronunțat; în urmă prostrație. In această stare este adus la spital.

Starea prezentă. Bolnavul în stare de prostrație complectă, nu răspunde la întrebări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Respirația stertoroasă.

Ceea ce atrage imediat privirile este un oedem congestiv al pleoapelor, bilateral. Fanta palpebrală închisă, pleoapele oedematiate și puternic îndurate (oedem dur care nu lasă amprente), constituind ca două capace, care sunt greu îndepărtate pentru a lăsa să se vadă globii oculari. Aceștia se mai văd greu și din cauza conjonctivelor palpebrale și bulbare cari sunt congestionate, oedematiate, bursuflate, constituind un chemosis apreciabil, secretând un lichid sero-purulent care aglutinează cilii. Globii oculari sunt exaftalmiați puternic și complect imobili. Pupilele mijlociu dilatate, egale, nu reacționează la lumină.

Fața este de asemeni ușor oedematiată în regiunea malară.

Pe buza inferioară, jumătatea sa dreaptă, crustă sanguinolentă-melicerică, de mărimea unei fasole. Pe buze și gingii, fuliginozități; mucoasa ușor sângerândă.

Câțiva ganglioni duri se palpează în regiunea submaxilară stângă.

Pulmonar, raluri buloase mari diseminate.

La cord niciun suflu; pulsul net bradicardic față de febră (82 pentru 39°).

Splina și ficatul în limite normale. Abdomenul retractat.

Sistemul nervos. Poziție în cocoș de pușcă. Crampa cefei; semnul lui Kernig prezent. Reflexele rotuliene diminuate, tripla retracție, Babinski prezent bilateral (ultimul se observă și spontan).

La puncția lombară se capătă un lichid cefalo-rachidian turbure. In acesta, Laboratorul de Higienă (D-l D-r V. Crăciunescu) găsește: Albumină 2.20 gr. la mie; glucoza 0; globulină abundentă; Pandy și Nonne-Appelt intens pozitive; citologie: extrem de numeroase polinucleare alterate; direct în centrifugat, prezența frecventă a meningococului.

Bolnavul sucombă în noaptea de 16 Iulie, la nici 48 ore dela internare.

Familia nu a încuviințat autopsia.

1) Cazurile au fost observate pe când funcționam ca medic secundar la acest spital.

OBSERV. II. — Copilul Costel V., de 6 ani, din Letea Veche, este adus la 19 August 1942, în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" din Bacău, pentru stare generală grav alterată, febră și oedeme ale pleoapelor.

Antecedente personale.

Istoric. In cursul acestei veri a avut în mai multe rânduri leziuni ale pleoapelor (orgelet, ulcioare), uneori însoțite de oedemul acestora; totdeauna însă leziunile retrocedau complect.

La 14 August a. c., a apărut un ulcior al pleoapei inferioare drepte, situat pe fața sa internă și care a crescut progresiv. După 2 zile, la 16 August s'au instalat febra și cefaleea, atunci moderate, dar cari apoi au persistat mereu și s'au accentuat progresiv. In acelaș timp oedem discret al pleoapei. In noaptea următoare au apărut vărsături alimentare, cari apoi — fie alimentare, fie bilioase — s'au repetat mereu până în prezent. Deci din acest moment febra cefaleea și vărsăturile indicau o stare meningitică. La aceasta se adăuga constipația, care durează de acum până la sfârșit.

La 17 August, colecția mică purulentă a orgelet-ului a spart spontan; oedemul alb, redus, s'a întins la ambele pleoape drepte. La 18 August, oedemul, mai pronunțat, al acestor pleoape a devenit congestiv; In acelaș timp se remarcă exoftalmia globului ocular drept, care împinge înainte pleoapele puțin întredeschise și conjunctiva bursuflată și oedematiată care acoperе o bună parte din glob (chemosis). Concomitent încep să se oedematieze și pleoapele stângi. Din seara acestei zile inconștiență totală: copilul nu mai răspunde la întrebări și starea generală este extrem de gravă. A doua zi este adus la spital.

Toată evoluția descrisă mai sus a avut loc deci în decurs de numai 5 zile.

Stare prezentă. Pronunțat oedem congestiv, dur, al pleoapelor drepte; fanta palpebrală închisă aproape complect. Conjunctivele oculară și palpebrală oedematiate, congestionate, cu sufuziuni sanguine multiple și o secreție seroasă care aglutinează cilii și lipește pleoapele. Punct hemoragic cu crustă roșie pe marginea superioară a pleoapei inferioare în treimea internă, în locul unde a fost ulciorul. Pleoapele stângi simplu oedematiate, oedem alb, moale.

Ochii imobili, nu reacționează la lumină; globul ocular drept puternic exoftalmiat. Corneea ușor depolită la dreapta.

Oedemul cuprinde și rădăcina nasului, care apare astfel lățit la bază.

Pulmonar, la ascultație, raluri ronflante și subcrepitante rare, diseminate pe întreaga arie respiratorie.

La cord nimic deosebit. Pulsul bate 128, regulat.

Splina și ficatul în limite normale. Abdomenul suplu, nedureros.

Examen neurologic. Poziție în cocoș de pușcă. Crampa cefei și semnul lui Kernig schițate. Reflexul rotulian abolit. Babinski prezent, uneori și spontan. Reflexele cutanate: abdominale și cremasterian, normale. Contracțiuni clonice ale mandibulei, mișcări repetate și involuntare de masticație; uneori contracturi ale membrelor. Convulsii generalizate la câteva ore după internarea în spital. Torpoare totală; copilul nu vorbește și nu răspunde la întrebări. Nu delirează.

La puncția lombară, lichid cefalo-rachidian opalescent.

Curba termică: la 19 August, 38°5; la 20 August, 40.

Examene de laborator (D-r V. Crăciuneanu): Urina (19 August): nor gros de albumină

Sânge: Uree 0,39 gr. la mie; Clorul (Na Cl) 5,70 la mie; Calciu 0,08 ctgr. la mie.

Hemocultura: s'au desvoltat stafilococul, bacilul piocianic și bacili cutanați (dela materialul nesteril).

Lichid cefalo-rachidian: Albumina 0,30 gr. la mie; glucoza 0,70 gr. la mie; prezența globulinei: reacțiile Pandy și Nonne-Appelt pozitive; direct în centrifugat și prin culturi, prezența frecventă a meningococului liber și intra-leucocitar.

La 20 August, 28 ore dela internare, bolnavul sucombă.

*
* *

In primul caz este vorba de o trombo-flebită a sinusului cavernos plecată dela o pustulă de foliculită a feţii. Starea meningitică a rămas aci tăcută clinic fiind estompată de tabloul grav al trombo-flebitei şi nu a fost depistată decât la examenul clinic şi confirmată de puncţia lombară. Hemocultura nu s'a făcut, aşa că nu ştim dacă a existat o stare septicemică şi în caz că a fost, care era agentul etiologic. Probabil că infecţia sinusului cavernos s'a făcut totuşi pe cale sanguină având în vedere bilateralitatea afecţiunii, iar punctul de plecare al infecţiei a fost focarul stafilococic din pustula obrazului. In cazul unei infecţii pe cale venoasă directă dela această leziune la endocraniu, bilateralizarea flebitei craniene devine mai greu explicabilă. Oricum ar fi, legătura de cauză la efect între foliculita feţei şi flebita sinusurilor cavernoase este un fapt stabilit încă de mult şi factorul intermediar şi determinant pare a fi şi de astădată stafilococul.

Ceea ce este însă mai greu de explicat e prezenţa unei meningite cu meningococ: lichid turbure, în lichidul cefalo-rachidian albumina foarte mult crescută, zahăr scăzut la zero, globulinele abundente, polinuclearele foarte frecvente, prezenţa meningococului şi semnele clinice concludente. Ar fi fost poate de aşteptat mai curând prezenţa stafilococului în lichidul cefalo-rachidian.

Nu putem explica în cazul de faţă, prezenţa meningococului în cavitatea subarachnoidiană, fenomen curios şi rar semnalat, decât ca o exacerbare a microbismului latent, fixat la un loc de rezistenţă minoră (determinată poate de starea septicemică).

Al doilea caz, internat la un interval mic de timp după primul, confirmând astfel încă odată legea seriilor, atât de banală în spitale, prezintă aceleaşi caractere particulare: o stare meningitică cu meningococ în lichid, evoluând concomitent cu trombo-flebita sinusului cavernos. Aci însă, fenomenele meningeale au fost precoce, apărând înaintea celor ce trădau flebita craniană. Cazul ar trebui deci interpretat ca o meningită meningococică, pe care apoi s'a grefat trombo-flebita cavernoasă plecată dela un mic focar stafilococic al pleoapei (orgelet) existent anterior. Posibil ca infecţia venoasă să fi fost favorizată în acest caz de localizarea anterioară meningeală, sau poate de slăbirea forţelor generale de apărare ale organismului cu acest prilej.

Hemocultura nu a dat decât un răspuns îndoelnic care nu poate fi luat în consideraţie. Totuşi prezenţa stafilococului ar putea indica o stare septicemică, cu toată localizarea unilaterală a trombo-flebitei.

In ambele cazuri trebue să vedem deci o extensie, mai mult sau mai puţin pronunţată, a stafilococului. O generalizare a acestuia nu poate fi luată în consideraţie, căci au lipsit cu totul semnele de meningococcemie.

La amândoi bolnavii, moartea s'a produs cu fenomene nervoase grave, trădând o atingere întinsă a sistemului nervos.

In rezumat, două cazuri de trombo-flebita sinusului cavernos evoluând cu meningită meningococică concomitentă; în primul caz fiind vorba de o afecţiune meningitică apărută în cursul evoluţiei flebitei craniene, în al doilea caz, proces invers: trombo-flebita cavernoasă exteriorizându-se clinic deabia după apariţia semnelor meningitei cu meningococ.

Am prezentat cazurile pentru raritatea acestei asociaţii morbide.

DELA ACADEMIA DE MEDICINĂ

Comisiunea Universitară

Ședința din 6 Iulie 1944

Comisiunea Universitară a Academiei de Medicină a ținut ședință în ziua de 6 Iulie 1944.

Au asistat la ședință D-nii Profesori și Doctori: Danielopolu, Dumitru C. C. Enăchescu Marin, Mezincescu Eduard, Misirliu Vladimir, Nițulescu Virgil, Pârvulescu V., Popa Grigorie, Popescu Marin, Proca Gh. Gh., Simici D., Timuș D., Vlădescu Radu.

D-l Prof. **Danielopolu** face următoarea expunere, ca bază de discuție.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Academia de Medicină, prin diviziunea sa de organizare are, după legea din 12 Aprilie 1935, atribuția de a studia, întocmi programe și face propuneri Ministerului Culturei Naționale asupra organizării învățământului medical, medico-veterinar și farmaceutic.

Principiile de organizare fiind aceleași și pentru celelalte facultăți științifice, Academia a invitat și reprezentanți ai acestor facultăți. După războiul actual se vor pune probleme în organizarea Statului în cari va fi nevoie să se stabilească la baza lor principii științifice. Universitatea și Academiile vor trebui să aibă un rol important în organizarea țării, prin oamenii de știință ce fac parte din aceste instituții. Arată situațiunea actuală a Universităților noastre cari permit învățământului românesc independența sa față de străinătate. Nivelul științific trebue menținut și asigurat printtr'o bună recrutare a profesorilor făcută numai din oameni de știință și prin ușurarea și recompensarea cercetărilor științifice.

Vorbește în special asupra recrutării profesorilor la cele trei facultăți de cari, prin lege, se ocupa Academia de medicină.

Aceste facultăți au, nu numai scopul de a prepara practicieni, dar și de a face să progreseze știința. Este nevoie să se stabilească o bază mai științifică profesiunilor libere, fără de care ele alunecă pe partea comercială.

Ca probe pentru recrutarea profesorilor titulari, propune o expunere de activitate științifică făcută în public de candidat, o a doua expunere asupra modului cum înțelege candidatul disciplina la care candidează, o probă didactică extemporară făcută după o lucrare practică. Aceasta ar fi o lecție la patul bolnavului, sau o probă de laborator pentru catedrele de laborattor. Cere să se discute aceste probe și utilitatea unui vot al Consiliului după una sau mai multe probe. In ce privește recrutarea asistenților, propune recomandarea lor de profesori de pe o listă întocmită pe baza unui concurs.

D-l prof. Danielopolu, leagă **chestiunea recrutării cu asigurarea cercetărilor științifice.** Știința aplicată s'a desvoltat foarte mult și trebue să se ia măsuri ca ea să nu împiedice desvoltarea cercetărilor științifice. Trebue să se stabilească o legătură cât mai strânsă între știință pură și știință aplicată,

aceasta din urmă depinzând de progresele celei dintâi. Ştiinţa aplicată asigură însă o viaţă mult mai uşoară practicianilor ştiinţei decât ştiinţă pură oamenilor de ştiinţă. La noi cei cari realmente lucrează pe terenul ştiinţific nu sunt recompensaţi.

Nu este vorba de a plăti ştiinţa, ci de a o răsplăti.

Propune înfiinţarea **Primei pentru ştiinţă** cu care s'ar recompensa lucrările întregului corp didactic profesoral şi ajutător ce îndeplineso anumite condiţii, ca de exemplu acelea cari sunt primite în marile periodice străine de limbă universală. In revistele serioase se primeşte cu dificultăţi publicaţiile străine. Se poate stabili lista revistelor cari ar conta în alegerea publicaţiilor. Se poate reglementa în orice caz ca numai lucrările originale să capete prima pentru ştiinţă şi stabili un maximum de publicaţii ale unui autor ce poate primi această primă.

Crede că fondul se poate uşor realiza. In primul rând trebue ca într'un fel sau altul ştiinţa aplicată să vie în ajutorul ştiinţei pure. Se pot prevede pentru acest fond taxe suplimentare la toate instituţiile de ştiinţă aplicate anexate catedrelor, un timbru pe ordonanţe medicale, taxe pe specialităţi farmaceutice, etc. Se vor obţine donaţiuni.

Crede că profesorii şi asistenţii cari nu au niciun venit dela Institutele de ştiinţă aplicată sau din profesia liberă, trebue să primească un salariu mult mai mare. Aminteşte că salariile actuale ale corpului didactic sunt departe de a fi ajuns la salariul în aur dinainte de războiul trecut.

Propune aplicarea dispoziţiilor din unele ţări străine unde studenţii asigură printr'o taxă suplimentară lecţiunile, lucrările practice. Este nevoie să se mărească taxele actuale şi ele să fie aplicate în raport cu veniturile părinţilor. In general ar trebui să se asigure venituri mai mari Universităţei care să ajungă să se întreţină în bună parte singură.

Crede că este nevoie să se întărească dispoziţia din lege după care profesorii puşi la retragere pot să-şi continue cercetările ştiinţifice.

D-l Prof. **Danielopolu** propune să se procedă la o discuţie generală, după care, în şedinţele următoare se va discuta în detaliu fiecare punct.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Prof. **Popa** crede că cea mai bună lege a fost legea Arion cu art. 81, care cerea, pentru a fi prezentat semnăturile majorităţii profesorilor facultăţii. Obţinerea semnăturilor majorităţii era o garanţie destul de serioasă. Dar fiecare lege valorează cât valorează cei ce o aplică. Cere obligativitatea votului. Insistă asupra dificultăţii şi discuţiilor interminabile ce au loc la alegerea juriului.

Propune două categorii de asistenţi: provizorii şi definitivi.

Aceştia vor fi numai şefii de lucrări — titlu ce nu se va putea obţine decât după un examen prin care se va cerceta activitatea ştiinţifică. Cere înfiinţarea de locuinţe în instituţii pentru corpul didactic definitiv. Această măsură ar uşura foarte mult cercetările ştiinţifice. Clientela prea desvoltată împiedică corpul didactic a întreprinde cercetări ştiinţifice.

Aminteşte existenţa în alte ţări de fonduri pentru ştiinţă din care se ajută foarte mult cercetările ştiinţifice. Astfel se explică în parte că în ţările cele mai atinse de războiul actual, toate revistele apar în mod normal.

Crede că înfiinţarea unui fond pentru ştiinţă este foarte nimerit şi uşor de realizat şi că se vor putea obţine donaţiuni şi legate.

D-l Conf. **Enăchescu Marin** susţine ca proba de titluri şi lucrări să fie publică şi urmată de votul Consiliului. In cazul în care nu s'a putut face numirea astfel, se va proceda la concurs, cu toate probele.

Este de părere că asistenții să fie recrutați de profesori de pe o listă întocmită pe baza unui examen de capacitate.

D-l Prof. **Popa Gr.** este pentru proba în public cu condiția ca publicul să fie compus numai din membrii ai corpului didactic.

Discuțiunea continuă pe fiecare punct separat în ședințele următoare.

* * *

Ședința din 13 Iulie 1944

La ședința din 13 Iulie 1944, a comisiei universitare, au asistat D-nii Profesori și D-ri: Bălteanu I., Crăiniceanu Al., Danielopolu Deleanu N., Dumitriu C. C., Enăchescu Marin, Jovin I., Lazeanu Emil, Mezincescu Eduard, Misirliu Vladimir, Nițulescu Virgil, Pamfil G., Proca G. G., Stoilov S., Stoicescu S., Stoichiță N., Tanașoca T., Timuș D., Vlădescu Radu.

După unele propuneri făcute de D-l D-r Crăiniceanu, D-l Prof. **Danielopolu** pune în discuție chestiunea recrutării Profesorilor universitari și corpului didactic ajutător și propune în ce privește recrutarea profesorilor formula următoare:

Candidații fac act de candidatură. Ei sunt supuși la două expuneri publice făcute în fața întregului consiliu; o probă de activitate științifică și o expunere în care candidatul arată modul în care înțelege disciplina sa și cum crede a o conduce și organiza. Intr'o altă ședință a Consiliului, fiecare profesor poate să-și expună avizul, după care se procedează la vot.

Chestiunea transferării nu se mai pune, nefiind cât de puțin umilitor, ci chiar interesant pentru el, ca un profesor candidat la o altă Facultate să expună în public activitatea sa științifică și modul cum, cu experiența căpătată, înțelege disciplina la care candidează.

In cazul în care nu se poate numi după această modalitate, se procedează la concurs cu 4 probe publice: proba de titluri și lucrări, proba de metodă didactică, o probă didactică cu prepararea de 48 ore și o probă didactică extemporală.

Trece în urmă la examinarea în detaliu a celor două modalități.

Condițiile candidaturei: nu pot candida decât cei cari au o activitate științifică probată prin publicații făcute în curs de un anumit timp de ani, lucrări primite în revistele străine de limbă universală.

Probele vor fi publice. Publicul nu va fi compus de cât din membrii ai personalului didactic superior.

In prima modalitate de recrutare (2 probe și votul Consiliului), expunerea este făcută de candidați în curs de maximum o oră în fața plenului Consiliului care funcționează cu cel puțin două treimi din numărul total al profesorilor și în plus profesorul pus la retragere dela catedra ce este vacantă.

In ședința în care se procedează la vot vor fi prezenți cel puțin două treimi din numărul total al profesorilor.

Este recomandat și ministerul obligat să numească pe cel ce a obținut jumătate plus unul din voturile membrilor prezenți.

Fiecare profesor va nota pentru unul din candidați sau pentru concurs. Nu se admit abțineri.

In cazul în care nu s'a putut face recomandarea după modalitatea: 2 probe și votul Consiliului, fie pentrucă niciun candidat nu a obținut majoritatea cerută, fie pentrucă nu au luat parte la ședințe cel puțin două treimi din totalitatea profesorilor se procedează la a doua modalitate: 4 probe în fața unui juriu.

Juriul va fi compus din 5 membrii dela o catedră identică sau catedră înrudită. Profesorul pus la retragere face parte de drept din juriu. El poate refuza această misiune.

Nota juriului va fi motivată. Ea va fi secretă până la finele concursului. Nicio probă nu va fi eliminatorie. Candidatul care a obținut media cea mai mare este numit de minister.

In proba de metodă didactică, candidatul va expune cum înțelege disciplina la care candidează, cum înțelege să desvolte activitatea didactică, să-și formeze școala științifică și să organizeze catedra sa.

La proba cu prepararea de 48 de ore se vor da toate posibilitățile candidatului de a cerceta bibliografia și se va ține socoteală în primul rând de nota personală ce el introduce în expunere.

Proba extemporală se face fără consultare de autori.

Lucrările pentru recomandarea prin orice modalitate sunt examinate de Senatul Universitar. Orice candidat poate face contestație la minister.

Pentru numirea corpului didactic ajutător se propune alegerea de către profesor de pe o listă întocmită pe baza unui examen de capacitate pe specialități stabilite de Consiliul Facultății.

Numirea va fi reînnoită la fiecare doi ani după propunerea profesorului. Numai șefii de lucrări vor fi definitivi.

D-nii Prof. **Stoilov**, dela Facultatea de științe din București, D-r **Jovin I.** și D-r **Proca**, fac mai multe propuneri, după care D-l Prof. **Danielopolu**, face câteva observațiuni și propune înființarea profesorilor agregați recrutați prin probe publice în cari activitatea științifică să joace rolul cel mai important.

S'a discutat apoi asupra recrutărei profesorilor agregați și s'a ajuns la concluziunea ca probele să îndeplinească în general principiile stabilite pentru recrutarea profesorilor titulari. S'ar putea înființa un profesor agregat pe catedră. Ei vor fi de o mare utilitate în învățământ față de marele număr de studenți. Înființare locului de profesor agregat permite reînnoirea personalului didactic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INFIINȚAREA A 2 NOUI FACULTAȚI DE MEDICINA

D. Ministru al educației naționale, Șt. Voitec, *de acord cu D-l D-r* D. Danielopolu, *Ministrul sănătății, au hotărît elaborarea unei* Legi de reorganizare a învățământului superior medical.

Ca primă măsură s'a decis Inființarea a 2 noui facultăți de medicină, *una la Temișoara și alta care nu va putea lua ființă decât la Craiova. Astfel se va ține seamă de o distribuție regională justă, de situația geografică adequată, precum și de anumite considerente de ordin istoric, național, cultural și economic care situează Oltenia pe primul plan al revendicărilor provinciale.*

Până la punerea în funcțiune a acestor noui instituții de cultură națională, și pentru o reală și sinceră „Democratizare a învățământului medical" *se poate recurge la măsurile preconizate de D-l Docent D-r* Șerban Brătianu, *și anume:*

1. Primirea liberă a studenților în facultățile existente, fără examen sau număr de locuri fixate.
2. Acordarea de posibilități materiale de studiu prin crearea unui număr mare de burse, al căror cuantum să corespundă standardului real de viață.
3. Multiplicarea orelor de lucru efectiv lucrate în facultate printr'un program de rotație.
4. Simplificarea imediată a programului de studii în vederea pregătirii temeinice și practice de medici.

M. C

ADUNAREA MEDICILOR DEMOCRAȚI

Din inițiativva unui comitet în frunte cu D-nii Prof. D-ri D. Danielopolu și Gr. T. Popa, câteva sute de medici s'au întrunit în ziua de 17 Sept. 1944, în Amfiteatrul Spitalului Colțea, spre a discuta asupra viitoarei organizări a corpului medical pe bază democratică.

CUVÂNTAREA D-l Prof. D-r D. DANIELOPOLU:

D-l Prof. D-r **D. Danielopolu,** deschizând ședința, a arătat că ziua aceasta e ziua dreptății și a libertății, idealuri pentru cari de o sută de ani luptă neamul românesc.

Aceste idealuri sunt mai scumpe ca orice corpului medical, care s'a ocupat întotdeauna de problemele sociale și sanitare ale țării, mai mult decât de propriile sale interese. Desbaterile Asociației Generale a Medicilor sunt pline de studii și sugestii pe această linie.

Azi, când țara e chemată la o viață nouă, Ministerul Sănătății și al Muncii, are rolul cel mai important, căci de aici vin reformele sociale. Sănătatea publică și în deosebi sănătatea rurală sunt într'o stare deplorabilă.

Trebuesc suprimate toate reformele introduse de dictatura nazistă.

In desbaterile asociației medicilor, preocupați de grija pentru ziua de mâine, pentru viitorul neamului, am cerut reforma asigurărilor sociale, spre a se îngloba într'însele și muncitorii agricoli; am cerut ca și bolnavul sărac să aibă dreptul de a-și alege medicul.

Dacă în trecut n'am știut să beneficiem de libertatea noastră, Dumnezeu a trimis să ne guverneze pe nebunii din ospicii și pe ocnașii din temnițe. Unii medici și-au pierdut mințile și s'au făcut legionari, deși legionarismul, punând distincție între bolnavi, compromitea medicina. Și am asistat atunci, din cauza prigoanei rasiste, la sinuciderea unui medic de valoarea doctorului Ion Marcu.

Din rândurile legionarilor au ieșit și asasinii cari au omorît pe cărturarul neamului, Nicolae Iorga. Hitler hotărîse să-l suprime, pentrucă el a fost cel dintâi care prevăzuse prăbușirea nazismului. Iar asasinii lui s'au plimbat liberi și nevătămați.

In anii de dictatură, tot ce a fost democrat și bun român, a trăit sub o adevărată teroare.

Când veți alege pe reprezentanții dvs., să fiți foarte atenți, să nu se strecoare între ei cei cari au aprobat asasinatele. Dacă cei mai tineri pot fi iertați pentru greșelile lor, profesorii cari au dat concursul asasinilor trebuesc eliminați din Universitate. Universitățile nu se pot deschide sub conducerea rectorilor și decanilor actuali și fără a se face epurația lor de toți cei numiți sau devotați dictaturii. Epurația vieții universitare este și va rămâne preocuparea de căpetenie a vieții mele.

Organizația noastră profesională trebue să pornească dela cunoașterea și împlinirea nevoilor noastre proprii, iar nu să-și însușească reforme străine. Să uzăm de libertate cât mai largă, dar în așa fel încât să nu vătămăm aproapelui și țării, ci să asigurăm propășirea lor.

BAZELE VIITOAREI ORGANIZĂRI A MEDICILOR.

D-l Prof. D-r **Gr. T. Popa**, a făcut o expunere asupra sindicatelor profesională medicală, ea va trebui să țină seamă de principiile sindicale și va trebui să urmărească și câteva ideaturi, precum: organizarea pe temeiul ajutorării bolnavului, iar nu pe bază mercantilă; întemeerea din ce în ce mai mult pe știința experimentală și pe progresele științifice; umanizarea activității medicale, spre a nu mai cădea în excese rasiste, clasiste sau de grup; de asemeni, un control sever să ferească profesiunea de șarlatanismul medical.

D-l Conf. D-r **Marin Enăchescu**, din partea grupului medical din Uniunea Patriotică, a arătat că scopul Uniunii e extirparea fascismului, care a plasat în locuri înalte oameni slugarnici și nepregătiți și a contestat altora până și dreptul de a munci și de a trăi.

Noi nu urmărim situații politice, ci voim să realizăm condiții de lucru cari să asigure un randament maxim. Cerem ca în reformele medicale să fie consultați și medicii cari activează pe teren și totul să se bazeze pe criteriul capacității și interesului social.

Vom primi între noi pe toți medicii pregătiți, chiar pe cei ce s'au aflat pe căi greșite, dacă își recunosc greșeala și dacă nu au comis fapte infamante.

Ca organizare, suntem partizanii organizării sindicale, pe bază democratică și științifică. Iar formulei „drepturi câștigate", noi îi opunem pe aceea de „drepturi meritate". Vom duce o luptă dreaptă, leală, la lumina zilei, inspirată din nevoile practicei medicale.

D-l Conf. D-r **M. Popper**, președintele Asociației medicilor evrei, a spus că, până acum, medicii evrei au fost excluși din armată, învățământ, ședințele științifice. Ceea ce ne-a durut au fost nu atât măsurile impuse prin lege, ci carența de opinie publică. Nicio voce nu s'a ridicat pentru noi, nimeni n'a spus că e o barbarie să fim înlăturați dela cultură și întrebuințați la munca zăpezii. Mai avem o supărare și contra celor cari, în comisiuni medicale, au judecat nu ca medici, ci ca legionari.

E drept, am avut și câte o rază de lumină, care ne-a ajutat să ieșim din acest impas.

D-l Prof. D-r **Gh. Banu:** N'a fost carență de opinie publică. Am împărtășit această suferință și am intervenit ori de câte ori ne-a fost cu putință.

D-l Prof. D-r **D. Danielopolu:** N'a fost carență de opinie publică, ci imposibilitate de manifestare a opiniei publice.

Când zile de-a-rândul ne era teamă să dormim acasă, când am fost împiedicat să iau cuvântul la înmormântarea colegului Marcu, nu era o carență ci o înnăbușire a opiniei publice.

D-l D-r **Popper** a declarat că înțelege să atenueze afirmația d-sale și chiar de aceea a precizat că au existat și raze de lumină.

D-l Conf. D-r **Bagdasar** a arătat că binefacerile științei medicale trebue să pătrundă în massele largi ale poporului. Pentru aceasta e nevoe de organizarea democratică a corpului medical, care să fie suficient ca număr și bine pregătit profesional.

D-sa subliniază că unul din meritele pentru ieșirea din aventură îl au și acei numeroși profesori universitari cari au semnat memoriul protest pentru încetarea războiului.

D-l D-r **Anton Ionescu** a cerut refacerea asociației profesionale pe temeiul nevoilor actuale.

D-l D-r **Nicu Vasilescu**, arată că sindicatul profesional al medicilor nu strebue să devină un instrument politic și nicio trambulină politică.

D-l Prof. D-r **I. Th. Niculescu**, relevă că în aceste momente e mai mult ca oricând nevoe de unirea tuturora. Cere de aceea ca toatte desbaterilr și revendicările profesionale să se facă în cadrul organizației profesionale care e colegiul medicilor, căci altfel e primejdie de fărămițare a corpului medical în mai multe organizațiuni.

In același sens vorbesc d-nii D-r **Licurg Belciugățanu** și D-r **Tomescu**. Iar d-l D-r **Mavrianopol** arată că nu se pot lua hotărîri în lipsa celor mobilizați.

După discuţii în jurul organizării profesionale, Adunarea a adoptat următoarea **Moţiune** propusă de d-l Prof. D-r Danielopolu:

„Medicii din Bucureşti, convocaţi în adunare profesională, în ziua de 17 Septemvrie, în Amfiteatrul Spitalului Colţea, îşi manifestă recunoştinţa lor faţă de patrioţii cari, prin vederea clară, prin acţiunea şi sacrificiul lor, au realizat actul istoric dela 23 August.

Datorăm această recunoştinţă în calitate de cetăţeni şi profesionişti, deoarece regimul de liberă manifestare a opiniilor, inaugurat de noua orientare politică a României, este un climat cum nu se poate mai favorabil pentru activitatea ştiinţifică şi socială a medicilor.

Legăturile strânse pe care le au medicii cu toate categoriile sociale şi cu viaţa publică, pregătirea lor ştiinţifică, îi obligă să ia parte activă la discutarea şi soluţionarea problemelor sanitare relative la asistenţă medicală, organizare profesională, învăţământ medical, asigurări sociale, etc..

Una din problemele cari cer o rezolvare urgentă este organizarea profesională a medicilor, factorii principali ai activităţei sanitare.

Intrucât colegiile în fiinţă, prin caracterul lor politist, prin discriminările absurde dintre medici, prin împiedecarea manifestărilor libere dr opinie, nu pot asigura condiţiuni favorabile pentru activitate ştiinţifică şi profesională a medicilor, se impune reformarea lor. Ele urmează să fie înlocuite prin alte organizaţiuni dirijate după principii democratice şi sindicale.

Ca măsură tranzitorie cerem ca actualele conduceri care nu au asentimentul corpului medical să fie înlocuite prin comisiuni interimare. Comisiunile interimare pe care le propunem vor fi desemnate de către medicii convocaţi pentru consfătuiri în fiecare capitală de judeţ.

Facem apel la colegii din provincie să procedeze la alegerea de comisiuni interimare pentru înlocuirea actualelor conduceri ale Colegiilor după normele adoptate de noi.

Comisiile interimare astfel alese, după recunoaşterea lor de către guvern, vor primi însărcinarea de a conduce Colegiile şi de a studia forma de organizare viitoare a profesiunii medicale.

Proectele de organizare propuse de comisiile interimare, se vor supune discuţiunei corpului medical şi după ce vor primi forma definitivă se va cere guvernului să fie legiferată.

Adunarea alege din sânul ei o delegaţie compusă din D-nii: Prof. D-r D. Danielopolu, D-r I. Metaxa, D-r Marin Enăchescu şi M. Popper, pentru a aduce la cunoştiinţa guvernului prezenta moţiune şi a întreprinde orice acţiune, vor găsi necesară pentru îndeplinirea doleanţelor noastre.

Pentru alcătuirea planului de organizare profesională, s'a ales, la propunerea D-lui Prof. D-r Danielopolu, următorul comitet:

Preşedinte, D-r Ion Metaxa; Vice-Preşedinţi, D-r Dorian şi D-r I. Jovin; Secretar general, D-r Marin Enăchescu; Membrii: D-ri Cană C., Caracotă Virgil, Firică Th., Mezincescu Eduard, Pavelescu N., Păunescu Const., Popescu Marius, Popper M., Răducu Lazăr.

REORGANIZAREA CORPULUI MEDICAL

Noua conducere a Colegiului a adresat medicilor din România, următorul apel:

Comitetul Executiv al Colegiului Medicilor, care nu mai reprezenta voinţa Corpului Medical, a fost înlocuit prin Comisia Interimară propusă de adunarea profesională, care a avut loc în ziua de 17 Septemvrie 1944, în Amfiteatrul Spitalului Colţea.

Pentru prima dată în frământata lui existență, **Corpul Medical din România, a cunoscut dreptul de a se organiza în libertate.** Acest drept deschide drumul spre o viață profesională în care medicul să fie pus la adăpost de greutățile materiale și loviturile morale. Numai astfel pregătirea și devotamentul lui vor fi folosite în întregime pentru asistența sanitară a poporului nostru, asistență care lasă atâta de dorit, în primul rând din cauza utilizării irațională a personalului și materialului sanitar.

Problemele cari ne stau în față sunt grele și numeroase. Ele cer o muncă încordată și o luptă permanentă cu neînțelegerea, egoismele și ideile învechite. Generației noastre îi revine sarcina de a ne organiza într'un Corp profesional cu prestigiu, solidar, competent, și de a instaura în erarhia sanitară, dela dispensarul de sat până la facultățile de medicină, respectul pentru știință, pentru muncă și pentru merit.

Două probleme cer o rezolvare grabnică: **Un nou statut pentru profesiunea medicală și ameliorarea condițiilor de existență ale medicilor.** Soluționarea lor mulțumitoare și a tuturor celorlalte probleme, nu este posibilă fără colaborarea confraților noștri, în orice situație s'ar găsi. Numai astfel se vor putea stabili principii respectate de toți și vom rupe cu un trecut umilitor și sterilizant când o mână de medici interesați sau simple instrumente, își tratau colegii ca o masă de oameni fără idei și fără cuvânt.

Suntem convinși că voința noastră de lucru în legătură strânsă cu toți colegii, legătură indispensabilă reformelor adânci care ne stau în față, nu va întâmpina indiferența unor confrați, explicabilă până la un punct, din cauza regimurilor trecute. Astăzi, se poate vedea limpede că aceia cari și-au închipuit că ar putea să-și facă situațiuni durabile prin desconsiderarea solidarității cu ceilalți medici și nepăsare față de interesele generale s'au înșelat. Aceștia vor fi scoși din locurile pe cari nu le merită, și mulți vor primi sancțiuni mult mai severe.

In numele solidarității, din care dorim să facem temelie, profesiunei medicale, apelăm la colegii și colegele noastre să răspundă la următoarele întrebări:

1. Ce credeți despre organizarea medicilor după principii sindicale?
2. Cum se pot selecționa organele de conducere ale Sindicatului?
3. Ce dificultăți întâmpinați în funcțiunea pe care o îndepliniți, sau în exercitarea profesiuinii? Cum s'ar putea evita și preveni aceste dificultăți?

Răspunsurile scrise cât mai concis, vor fi trimise neîntârziat pe adresa: Colegiul Medicilor, Secretariatul General, Spl. Independenței, 49, București.

Aceste răspunsuri vor constitui un material documentar care va fi folosit de Comisia de studii pentru eliberarea noului Statut de organizare al profesiunei medicale. Ele vor fi în același timp punctul de plecare pentru luarea de măsuri în vederea ameliorării condițiilor de existență ale medicilor, atât morale cât și materiale.

Indată ce noul statut va primi forma definitivă, vom cere legiferarea lui și se va proceda la alegeri în toată Țara, pentru ca medicii să-și dea conducătorii în care au încredere.

Cunoaștem dorința de reînnoire de care este însuflețit Corpul Medical. De aceea suntem siguri că apelul nostru va fi primit cu toată înțelegerea, iar acțiunea pe care o începem se va bucura de un larg și prețios concurs.

Comitetul Executiv Interimar al Colegiului Medicilor

Președinte, D-R I. METAXA.

Secretar General, D-r MARIN ENACHESCU.

ADUNAREA GENERALĂ A COLEGIULUI MEDICILOR

Problema salarizării corpului medical. — Reviz. numirilor din ultimii ani

Comitetul executiv interimar al Colegiului medicilor a convocat pentru ziua de 5 Noemvrie 1944, o nouă adunare generală a medicilor.

Amfiteatrul cel mare al Spitalului Colțea a fost neîncăpător pentru numărul impresionant de medici din Capitală și provincie cari au ținut să participe la această mare manifestare de solidaritate profesională.

Adunarea a fost deschisă de d-l D-r I. Metaxa, președintele comitetului executiv al colegiului, care a oferit președinția D-lui Prof. D-r Parhon.

D-l D-r **I. Metaxa** a arătat că marea adunare din 17 Septt., a concretizat voința corpului medical de a schimba un trecut, de a da un suflu nou mișcării, de a se regrupa, pentru ca prin solidaritate să poată lua atitudine față de multiplele probleme ce interesează medicii.

Corpul medical — a continuat d-sa — nu se poate afirma decât prin această solidaritate. Numai astfel vom putea duce o luptă dreaptă, apărând cu toată energia prestigiul profesiunii noastre. Numai prin solidaritate vom lupta pentru ridicarea standardului de viață al medicilor în suferință, principala preocupare, fiindcă medicul trebue să aibe o situațiune matterială care să-i asigure o existență onorabilă și compatibilă cu demnitatea sa profesională.

Concentrarea tuturor forțelor medicale într'o grupare unică sindicală, va avea însă să privească problemele sub două mari aspecte:

1. Apărarea și susținerea intereselor profesionale ale corpului medical;

2. Studierea și elaborarea tuturor problemelor sanitare, interesând colectivitățile în organizarea de Stat, în colaborare cu organele de resort ale Statului, pe principii democratice.

Babeș-Bolyai Central University Library Cluj

Dela aceste linii generale de conduită nu trebue să ne abatem.

Intrunirea de azi, ca și cele ce vor urma, pune în discuție o serie de probleme cari așteaptă din partea noastră soluționare.

PROBLEMA SALARIZĂRII CORPULUI MEDICAL.

D-l D-r I. Metaxa a desvoltat apoi raportul asupra **„Salarizării corpului tehnic medical în cadrul organizației profesonale a medicilor“.**

Dacă medicii funcționari publici — a arătat d-sa — au fost salarizați în toate timpurile insuficient, aceasta s'a datorit credinței generale că fac și clientelă particulară și că, prin compensație, își asigură o existență onorabilă. Dacă această credință a fost cândva plausibilă, situația actuală se prezintă astfel, încât majorittatea medicilor se sbat cu mari și multe greutăți pentru această existență.

Astăzi, aproape întreaga colectivittate, funcționari publici, particulari sau asigurați ai asigurărilor sociale, recurg pentru îngrijiri medicale la instituțiile de cari depind, cu organizații medicale proprii. Clientela particulară este foarte mult redusă.

Medicii sunt nevoiți a olicita postui la diferite instituții publice sau particulare, cari îi salarizează după posibilități sau după bunul plac, în general cu salarii mici — și fiindcă un singur salariu nu ajunge — medicii trebue să acumuleze două sau mai multe servicii.

Rezultatele sunt, după cum știm dezastruoase, atât pentru medici, cari nu au timpul material necesar să se ocupe serios de niciunul din aceste servicii, pe de altă parte nemulțumiri creiate printre cei ce primesc îngrijiri medicale în asemenea condițiuni.

Ținând seama că în mod vădit mergem către o etatizare a profesiunii medicale, este timpul să ne gândim cu toată seriozitatea la problema salarizării copului medical, plecând dela următoarele principii.

1. Salariul minimum de bază să fie unic, începând dela o sumă minimă raportată la standardul de viață și la conjunctura economică, acordându-se din cinci în cinci ani câte o gradație (în total cinci gradații).

Considerând salariul minimal de bază la standardul de viață actual circa 50.000 lei lunar pentru primii cinci ani, s'ar ajunge după 25 ani, la 100.000 lei.

La salariul de bază și gradațiile respective, se adaogă ajutorul familiar, ajutor de chirie, etc. Se va ține însă seama de averea personală, etc.

2. Fiecare medic să aibe un singur serviciu, cu excepția unora dintre specialitățile medicale și a localităților lipsite de medici suficienți, pentru cari cumulul trebue admis. Salarizarea va fi însă astfel ca prin cumul să nu depășească un anumit plafon.

3. Obligativitatea medicilor de a presta serviciu în continuare sau nu, între 4—6 ore zilnic, în raport cu specialittatea.

4. Angajările în funcțiuni publice pentru medici să se facă numai prin Colegiu.

5. Salariul minimal de bază pentru fiecare an bugetar să fie stabilit de către Colegiu.

6. Organizarea serviciilor medicale la instituții să se facă pe bază de cadre.

7. Pé lângă salariul cu anexele respective, să se acorde și prime, după valoarea și activitattea științifică sau tehnică a medicilor.

8. Orice litigiu, de orice natură, întttre medic și instituții, privitor la salarizare, va fi supus deliberării Colegiului, care va hotărî.

In încheere, D-l D-r Metaxa arată că pentru acoperirea nevoilor sanitare ale Statului se impune a se veni cu un impozit sanitar.

REVIZUIREA NUMIRILOR DIN ULTIMII ANI.

D-l D-r **N. Vasilescu** a desvoltat **raportul privitor la revizuirea numirilor făcute în ultimii ani.**

Corpul medical — a arătat d-sa — cere să se repare nedreptăți făcute sub regimurile trecute, neadmițând ca profitori ai unor relațiuni interesate să continue a fi beneficiarii situațiunilor câștigate prin mijloace nepermise.

Este vorba de drepturi nemuncitte și chiar furate. Și pentru aceasta nu este admisibilă prescripțiunea.

La unele instituții cu servicii noi formate, numirile s'au făcut pur și simplu după procedee cari echivalează cu „împărțirea prăzii".

Odată pentru ttotdeauna, orice medic trebue să înțeleagă că numai munca, competența și cinstea pot fi criterii pentru valorificarea sa.

Este necesar un climat moral dela care oricine s'ar abate, să fie exclus dintre noi.

Acest climat nu poate fi instaurat decât prin repararea acelor nedreptăți făcute corpului medical sub regimurile trecutte, avându-se în vedere două criterii: criteriul moral și intteresele colectivității.

Astfel, revizuirea trebue să se facă în următoarele cazuri:

Numiri, transferări și înaintări prin abuz de puttere.

Numiri în virtutea unor legi cu caractter personal.

Revizuirea numirilor făcute în posturi creiate ad-homineur.

Revizuirea numirilor pe baza unor concursuri mistificate sau ilegale.

Revizuirea unor concursuri făcute în absența unor medici cu dreptul de a candida și cari se găseau pe front sau lipseau din motive rasiale.

Incheind, D-l D-r N. Vasilescu, cere participarea reprezentanților Colegiului în comisiunea de epurație a medicilor și în comisiile de numiri, înaintări și transferări, precum și scoaterea la concurs a tutulor locurilor devenite libere.

Au urmat rapoartele d-lor:

D-r **Dorian,** privitor la transferările medicilor din provincie în Capitală și

D-r **Ed. Mezinceseu,** privitor la reintegrarea medicilor evrei în posttrile publice.

O NOUĂ ORGANIZARE A CORPULUI MEDICAL

Cuvântarea D-lui D-r Marin Enăchescu*)

Grupul medicilor din Uniunea Patriotică m'a însărcinat să arăt punctul nostru de vedere asupra problemelor care se pun profesiunei şi activităţei medicale din România.

Această sarcină este deosebit de grea pentrucă trecerea bruscă dela o stare de lucruri la o alta diametral opusă se însoţeşte totdeauna de o criză de gândire şi acţiune.

Inainte de a face această expunere suntem datori să vă lămurim cine suntem noi medicii din Uniunea Patriotică, ce urmărim şi ce mijloace înţelegem să folosim pentu atingerea ţelurilor pe care ni le propunem.

Nucleul acestei grupări este alcătuit din medici care în manifestările noastre publice am rămas neclintiţi pe linia democratică. In activitatea profesională am luptat atât cât împrejurările ne-au îngăduit pentru ca viaţa medicală să fie organizată ţinându-se seamă exclusiv de criteriile ştiinţifice şi interesul social.

Nu suntem o grupare politică asemănătoare grupărilor politice din trecut. Mulţi dintre noi nu suntem şi nu am fost înscrişi într'un partid. Gruparea are cu toate acestea un caracter politic în sensul că militează împreună cu toate elementele democrate pentru extirparea fascismului din România în toate manifestările lui. Dincolo de această luptă antifascistă, fiecare din noi rămâne liber să acţioneze în oricare din partidele democrate.

Ne-am angajat în această luptă unii din noi de mai mulţi ani, cu riscul vieţei, fiind convinşi că fascismul intern, italian şi german au minat unitatea noastră naţională, au făcut din România o colonie, au exploatat-o ca atare şi au târît poporul român într'un război ruinător contrar intereselor noastre.

Pe plan social, fascismul a adus în mizerie neagră pe muncitorii manuali şi intelectuali, împiedicând prin violenţă manifestarea tuturor energiilor pe care le avem, a anarhizat serviciile publice. Desconsiderând criteriile obiective pentru selecţionarea valorilor, a plasat în locuri de răspundere oameni slugarnici şi mai totdeauna nepregătiţi. Favoriţii regimurilor dictatoriale nu numai că nu au fost la înălţimea situaţiilor ocupate. Ei au împiedicat şi pe alţii să lucreze. **Au călcat în picioare cel mai elementar din drepturile omului, dreptul de a munci şi implicit au contestat unora dintre noi dreptul de a trăi.**

Activitatea medicală în toate resorturile ei: cercetare ştiinţifică, învăţământ, organizare şi asistenţă medicală, s'a resimţit mai mult decât oricare activitate publică, de influenţa nefastă a metodelor fasciste.

O parte din medicii din Uniunea Patriotică au fost printre iniţiatorii şi redactorii memoriului prin care ceream în termeni categorici eşirea României din războiul hitlerist.

Riscurile care ne ameninţau viaţa nu ne-au oprit să luptăm pentru a asocia peste 60 de universitari la acţiunea noastră socotită de oamenii noştri de Stat ca un act politic important din timpul ocupaţiei fascismului german.

FASCISMUL, UN DUŞMAN AL ŞTIINŢEI.

Ne-am angajat în lupta pe care o ducem pe teren profesional pentrucă **în activitatea noastră ştiinţifică, didactică şi socială am fost şi suntem împiedicaţi să lucrăm cu tot randamentul de care suntem capabili, de către creaţiunile şi creaturile artificiale ale fascismului.** Noi nu urmărim situaţiuni politice în Stat. Nu părăsim şi nu vom părăsi terenul de activitate pentru care suntem pregătiţi. Pretindem, şi vom lupta cu toată energia pentru realizare, ca posibilităţile noastre de lucru să găsească condiţii de muncă pentru un randament maxim acolo unde ne găsim sau unde putem ajunge prin merite strict profesionale.

Criteriile ştiinţifice şi interesul social nu permit să se legifereze, să se facă reforme în domeniul activităţii noastre fără a se întreba medicii care, lucrând pe teren, sunt în contact permanent cu realităţile.

---

*) La *„Adunarea generală a Colegiului medicilor"* din ziua de 17 Sept. 1944.

Criteriile ştiinţifice şi interesul social nu pot îngădui înfiinţarea de servicii sanitare sau de catedre universitare pentru plasarea favoriţilor.

Criteriile ştiinţifice şi interesul social nu permit ca în unele servicii să se găsească un medic pentru câteva paturi, în timp ce milioane de locuitori sunt lipsiţi de asistenţa medicală.

Criteriile ştiinţifice şi interesul social nu se pot acomoda cu instituţii create pentru ştiinţă în care ştiinţa şi morala să fie desconsiderate.

Noi ne luăm angajamentul de a pune la contribuţie toată energia noastră pentru ca orice activitate medicală să fie dirijată după criteriile ştiinţifice şi interesul social.

Pe ce ne sprijinim când facem astfel de afirmaţii şi ne luăm aceste angajamente categorice?

In primul rând pe trecutul şi capacitatea noastră de muncă. In al doilea rând pe severitatea pe care o punem în alegerea celor care vor fi admişi să lucreze cu noi.

De pe acum s'a asociat acţiunei noastre elita medicilor tineri. In timp ce atâţia cetăţeni ai noştri sunt lipsiţi de îngrijiri medicale, medicii tineri nu sunt folosiţi în raport cu pregătirea şi posibilităţile lor, fiind lăsaţi în situaţiuni minore. Mulţi dintre ei duc o existenţă de mizerie.

Pentru a arăta cât de vitreg a fost regimul trecut cu aceşti medici, este deajuns să amintesc că deşi li se făcea onoarea să li se încredinţeze viaţa a sute şi mii de ostaşi în spitale şi pe front, primeau drept răsplată materială şi morală situaţia gradelor de caporal şi sergent. In acelaşi timp colegii lor de liceu cu 5—10 ani de studii mai puţin erau locotenenţi şi căpitani.

Intre profesorii facultăţilor noastre şi între medicii mai în vârstă, se află nume respectabile care nu s'au compromis sub regimurile trecute şi nu au desconsiderat etica profesională. Subliniem în primul rând prezenţa printre noi a Prof. Danielopolu şi L. Popa. Ce însemnează aceste două mari personalităţi în ştiinţa medicală ştim cu toţii, după cum ştim lupta curajoasă şi neobosită pe care au dus-o pentru ridicarea nivelului cultural al poporului şi pentru civilizarea vieţii noastre publice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezenţa profesorilor Danielopolu şi Popa lângă noi demonstrează pentru cei care mai au îndoială că mişcarea noastră este legată organic de tot ce s'a construit cinstit şi temeinic în trecut. In acelaşi timp e o garanţie că metodele ştiinţifice după care ne conducem nu sunt o faţadă de circumstanţă. Ele vor fi aplicate cu toată seriozitatea.

Acţiunea noastră are un sprijin foarte puternic din partea masselor muncitoare de toate categoriile. Muncitorii manuali şi intelectuali luptă ca şi noi pentru o justă recunoaştere a muncei şi a meritului.

Nu refuzăm să primim în rândurile noastre pe medicii atraşi mai înainte de o ideologie greşită, care văzându-se înşelaţi în buna lor credinţă şi-au schimbat convingerile şi metodele. Cunoaştem între dânşii adevărate caractere şi elemente excelent pregătite sub raportul tehnic. Ştim că au pornit ca şi noi dela constatarea că reformarea societăţii noastre a devenit o condiţie de viaţă şi au crezut că o pot face prin metodele autoritare. Punctul lor de plecare şi scopurile urmărite, adică o viaţă mai bună pentru toţi sunt identice cu ale noastre. Le vom cere să-şi însuşească ideile şi metodele noastre pentru a putea să colaboreze cu noi. **Este dela sine înţeles că nu au ce căuta între noi acei care au la activul lor fapte infamante şi au dat dovadă de rea credinţă.**

Ştim că atitudinea noastră faţă de aceşti medici va întâmpina critici. Vom trece peste aceste critici deoarece discuţia liberă şi metodele ştiinţifice nu sunt compatibile cu exclusivismul şi ideile preconcepute. Pe de altă parte, sarcinile corpului nostru medical într'o organizare sanitară raţională sunt prea mari şi nu putem să ne permitem luxul de a renunţa la elementele pregătite pe motivul că în trecut au avut o altă ideologie dovedită de experienţă dăunătoare, dar la care au renunţat.

Nu vom primi, nu putem primi lângă noi pe acei care deţinând posturi în organizarea sanitară au aplicat metode dictatoriale şi prin aceasta au nedreptăţit corpul medical şi au compromis asistenţa sanitară.

Aceeaşi atitudine categorică o avem faţă de colaboratorii cu elementele fasciste dela conducere, chiar dacă afişau în particular o ideologie contrară. Aceştia, prin atitudinea lor echivocă sunt de două ori vinovaţi: au contribuit la consolidarea stăpânirii străine în România şi au dat un rău exemplu celor slabi, în special tineretului în pregătire. Prin conduita lor ipocrită sunt printre autorii principali ai dezorientării şi demoralizării corpului medical.

Iată cine poate veni şi cine nu în rândul luptătorilor noştri.

DESPRE PROBLEMA SINDICATULUI MEDICILOR.

Forţele de luptă trebue însă organizate. După părerea noastră Sindicatul răspunde nevoilor corpului medical şi poate să se armonizeze cu interesele colectivităţei. Scopul principal al Sindicatului este organizarea şi apărarea în grup a dreptului de a munci. Prin Sindicat se asigură fiecărui medic mijloacele de existenţă la nivelul cerut de situaţia unui profesionist intelectual. Aceste mijloace de existenţă sunt asigurate şi în cazul când medicul este împiedecat să muncească din motive de forţă majoră.

Ideia sindicalizărei medicilor români nu este nouă. Punerea ei în practică a mai fost încercată la noi de un grup de medici în frunte cu domnii D-r Metaxa Jovin, Marius Popescu, Dorian, Firică şi alţii.

Incercarea nu a reuşit fiind sabotaţi de unii medici reacţionari şi chiar de autorităţile sanitare de atunci.

Credem că experienţa din ultimii 10 ani şi situaţia materială şi morală aşa de grea a medicilor a pregătit terenul pentru ca Sindicatul să poată deveni o realitate. Organizarea sindicală a medicilor va fi mult ajutată de concepţiile politice şi sociale de înnoire care se impun astăzi în toate domeniile de activitate.

Sindicatul este o organizare democratică şi ştiinţifică în acelaşi timp. El se sprijină pe realităţile sociale şi permite manifestarea liberă a opiniilor în toate măsurile care se iau. Studiul realităţilor şi libertatea desbaterilor sunt elemente fundamentale în activitatea ştiinţifică.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

Acţiunea sindicală fiind publică, controlul permanent al organelor de conducere se poate face de către orice medic. Posibilitatea de a lua măsuri de îndreptare când măsurile necesare nu cunosc nicio îngrădire.

Sindicatul va deveni un organism viguros în stare să apere interesele legitime ale medicilor, etica profesională şi să asigure în acelaşi timp o asistenţă medicală optimă pentru colectivitate.

Acestea sunt schiţate sumar principiile de organizare sindicală şi scopurile urmărite. Sindicatul are funcţiuni multiple şi este menit să devină un factor esenţial în viaţa medicală a Ţării, în toate manifestările ei. De aceea el va lua fiinţă numai după o studiere aprofundată a tuturor problemelor pe care le pune sindicalizarea şi după o largă discuţiune la care să participe toţi interesaţii. Până atunci ar putea fi menţinute colegiile însă la conducerea lor să fie aduse comisii interimare propuse de corpul medical.

Organizarea profesiei medicale nu ne priveşte numai pe noi medicii. Activitatea medicală este fundamentală pentru viaţa naţională. Suntem pătrunşi de acest adevăr şi nu credem prea îndepărtată ziua când milioane de copii şi tineri, sănătoşi şi cu mintea luminată prin priceperea şi devotamentul nostru, se vor pregăti să ia în mâinile lor vânjoase destinul Patriei, înlăturând pentru totdeauna conducătorii artificiali şi întunecaţi la minte cu cei de până acum.

Nu ne facem iluzia că sindicalizarea ca şi alte reforme impuse de situaţie se va face fără greutăţi. Vom avea de luptat cu interese particulare puternice. Mulţi se vor apăra cu formula drepturi câştigate, formulă care a acoperit în trecut atâtea nedreptăţi. Noi vom lupta pentru a se ţine seamă numai de drepturile meritate.

Desordinea medicală este mare. Trecerea la ordinea naturală va cere eforturi tot aşa de mari. Le cunoaştem. Suntem pregătiţi să le facem faţă şi credem că vom reuşi. Eforturile făcute pentru a învinge greutăţile din calea generaţiei noastre ne-a întărit şi ne-au dat o putere de luptă pe care mulţi nu o pot bănui. Curând vor face cunoştinţă cu ea. Vom duce o luptă dreaptă, leală, la lumina zilei. Metoda noastră de lucru nu este abstractă,

rigidă sau arbitrară. Ea se va inspira permanent dela viaţa medicală care ne va arăta problemele şi ne va verifica soluţiunile.

Vom reuşi, pentrucă în această luptă aducem nu numai experienţa bătăliilor câştigate izolat până acum, nu numai convingerile care au rezistat şi s'au verificat în funcţiunile prin care am trecut nu numai energia noastră pe care o punem în slujba unui ideal. In această luptă aducem iarăşi viaţa noastră cu tot ce are ea mai de preţ.

MIŞCAREA DEMOGRAFICĂ ŞI NOUA ORGANIZARE SANITARĂ A ŢĂRII *)

de

D-r ILIE POPA

Stăpâniţi de greutăţile momentului şi de suferinţele ce s'au abătut asupra neamului. In urma unui războiu nemilos şi inuman, oamenii cu răspundere se gândesc prea puţin sau aproape de loc la viitorul mai îndepărtat al poporului nostru.

Asistăm în ultimele decade la un fenomen foarte îngrijorător pentru neamul nostru, din punct de vedere demografic, şi care ar trebui să atragă mai mult atenţiunea tuturor factorilor de răspundere din ţară.

De aceea credem că nu este fără de interes să insistăm din nou asupra mişcării demografice a României, în ultimii ani.

De unde în anii **1921—25, natalitatea a fost de 37,9 la mia de locuitori, în anul 1941 a scăzut la 25 la mie**, sau, calculată în cifre globale, la 371.826 de născuţi vii. Iar din **1941 încoace, natalitatea a scăzut şi mai mult, fiind în continuă scădere.**

Dacă analizăm aceste cifre, vedem că în aceste două decade, natalitatea în România a scăzut cu 13 la mia de locuitori.

Trebue să subliniem faptul că există o mare diferenţă între natalitatea din mediul rural şi cea din mediul urban.

Natalitatea în mediul rural a fost de 27,9 la mia de locuitori, pe când natalitatea din mediul urban a fost numai de 17,2 la mie.

Cu toată existenţa unei diferenţe atât de izbitoare, între natalitatea din mediul rural şi cea din mediul urban, putem spune că am avut o organizare sanitară numai pentru oraşele noastre, dar pentru poporul nostru, pentru ţăranii noştri, ea a fost totdeauna vitregă şi aproape inexistentă.

Aşa se explică că, **majoritatea copiilor mor fără să fi fost văzuţi de vreun medic**, sau marea mortalitate a femeilor cari mor de infecţie puerperală, imediat după naştere, **fiindcă majoritatea gravidelor nasc fără asistenţă medicală.**

Cea mai mică natalitate o avem în Banat, unde este de 15,4 la mie.

Din aceste cifre, putem vedea cum se profilează şi la noi o criză a natalităţii, determinând începutul declinului în România, adică începutul depopulării ţării şi mai ales a Banatului.

De aici şi imperativul vremii, necesitatea de a se înfiinţa, cât mai repede, o facultate de medicină la Timişoara.

Mortalitatea generală a înregistrat în aceeaşi ani cifra de 283.594 decese, care raportată la populaţia ţării ne dă un procent de 19,1 la mie. Diferenţa dintre cifra natalităţii şi numărul deceselor ne dă ceea ce numim excedentul natural, adică cifra cu cât creşte populaţia României în fiecare an.

---

*) Din „*Drapelul*" 31 Dec. 1944.

Excedentul natural în 1932 a fost de 12,1 la mie, pentru ca în **1941** să scadă aproape la jumătate, **la 6,6 la mie.**

Cel mai mic excedent îl avem în Banat, unde de fapt nu mai putem vorbi de excedent, ci de un deficit de populație, pentrucă este de minus 2,1 la mie.

Mult mai importantă și mai gravă este pentru noi **problema mortalității infantile**, pentrucă în fiecare an România pierde între 70.000—100.000 de copii, cari n'au atins vârsta de 1 an.

Evoluția mortalității infantile în România, în ultimii zece ani, aproape că n'a putut fi deloc influențată, — oscilând între 19,2 și 17,1 la sută, — și nici nu sunt perspective ca ea să scadă în anii ce vor urma. Din contră.

Cea mai gravă problemă națională pentru România, rămâne tot mortalitatea infantilă.

Așa se explică de ce în manifestul-program al „P. N. L." expus de D-l Gh. Tătărescu la 17 Decembrie la Giurgiu, s'a prevăzut necesitatea de a se veni cât mai repede cu **o lege, care va organiza ocrotirea mamei și a copilului**, în noul stat democrat.

Pericolul ce ne amenință este prea îngrozitor, pentru ca să nu se treacă la fapte precise, la o protecție reală, cu răsunet în tot cuprinsul țării, prin organizarea și împânzirea tuturor instituțiilor sanitare, în cele mai îndepărtate sate, acolo unde natalitatea se menține încă destul de ridicată, venind cu o organizare sanitară pentru marea massă a populației rurale, pentru poporul adevărat democrat, unde capitalul nostru moral și biologic se menține încă destul de ridicat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROBLEMELE ACTUALE ALE SANATAȚII PUBLICE

Declarațiile D-lui Prof. D-r D. Danielopolu, Ministrrul Sănătății

D-l Prof. D-r **Danielopolu**, Ministrul Sănătății, reunind comisiunile de reorganizarea ministerului, a făcut o serie de declarațiuni cu privire la programul de lucru al departamentului.

Intre altele, d-sa a arătat că de acord cu Ministerul Educației Naționale, se va aduce un proect de lege pentru reducerea duratei studiilor în Facultățile de medicină dela 6 ani la 5 ani.

In ce privește fondurile administrate de Casa Sănătății, că și cele ale spitalelor, se vor aduce noui norme cu tendințe de a se ameliora situația materială a medicilor, mai ales prin prime de muncă.

O altă măsură cu care se va veni va fi aceea de a se acorda mari avantagii funcționarilor publici în spitalele statului, la farmacii și chiar în îngrijirea cu medici particulari. Pe de altă parte, funcționarul va trebui să fie încadrat în asigurările sociale pentru asigurarea de boală și pensia de invaliditate.

O altă comisiune va lua în cercetare ultimele concursuri pentru concesii de farmacii.

Ministerul înțelege să repună în toate drepturile pe farmaciștii evrei și în acelaș timp să ai măsurile ca cei ce-au obținut farmacii sub regimul trecut, să nu stânjenească drepturile farmaciștilor evrei.

Comisiunea pentru reglementarea practicei medicale va studia o

modalitate de repartiţie a practicienilor în toată ţara, care să satisfacă nevoile sanitare. Este necesar să înmulţim numărul medicilor în ţară, care pe lângă funcţiune vor putea şi să practice.

Aceleaşi principii vor fi stabilite şi în repartizarea practicienilor dentari. Aici, d-sa arată necesitatea de a se înfiinţa o şcoală de dentistică cu învăţământ redus, care să elibereze o diplomă. In această şcoală se va acorda scutirea de frecvenţă pentru timpul de practică al dentiştilor neautorizaţi — constituind singura cale penrtu aceştia de a intra în rândurile dentiştilor profesionişti. Fiindcă — a arătat d-l Ministru Danielopolu — nu se poate admite profesiune liberă fără diplomă.

In ce priveşte reorganizarea Academiei de medicină, d-l Ministru al Sănătăţii a arătat că aceasta va trebui să fie organul permanent de studii al problemelor sanitare.

NOUILE LEGIUIRI SANITARE IN PREGATIRE LA MINISTERUL SANATĂŢII

La Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, sunt în pregătire următoarele decrete-legi:

1. **Liga operelor sociale:** Se stabileşte o nouă organizare a ligei (fostul patronaj) prin care se permite o desvoltare cât mai largă a operelor sociale în toată ţara.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. **Coordonarea instituţiilor spitaliceşti în vederea desvoltării învăţământului clinic:** Toate serviciile spitaliceşti ale Statului, eforiei, epitropiei „Sf. Spiridon", asigurărilor, Casei muncii C.F.R. şi altele din centrele cu facultăţi de medicină vor servi de aci înainte în mod obligator pentru învăţământul clinic.

3. **Organizarea instituţiilor producătoare de venit ale ministerului sănătăţii şi asistenţei sociale, sau pus sub controlul acestui ministeriu:** Noua lege va prevedea ca, după defalcarea onorariilor medicale, o parte din venituri să treacă la Stat, o parte să fie reţinute pentru lucrări locale şi o parte să fie vărsate la „Fondul de primă de muncă şi pentru ştiinţă".

4. **Fondul primei de muncă şi pentru ştiinţă:** Fondul va fi alimentat din încasările instituţiilor producătoare de venituri, dela Loteria de Stat.

5. **Organizarea ministerului:** Se înfiinţează direcţia coordonării şi balneoclimatică.

Un număr restrâns dintre membrii comisiunilor vor forma un comitet de acţiune, astfel cum funcţionează astăzi comisiunea epidemiilor.

Se va institui comisia economică şi de reorganizare.

6. **Practica dentară:** Se va crea o şcoală de dentistică cu studii reduse. Se va ţine în mod larg socoteală de practica dentiştilor neautorizaţi, reducându-se sau suprimându-se frecvenţa la această şcoală. Se va ţine socoteală de asemenea, de dentiştii cari au urmat o şcoală, au dat examene şi cărora nu li s'a eliberat o diplomă. Aceştia vor căpăta diplome pe baza examenelor date fără niciun examen nou.

7. **Organizarea practicei medicale,** făcută, ţinându-se socoteala de dezideratele Colegiului Medicilor. In aceastt lege se va prevedea, între altele repartiţia medicilor practicieni în ţară după activitatea lor şi nevoile sanitare.

8. **Racordarea învăţământului medical cu nevoile sanitare:** Această lege este studiată de Ministerul Educaţiei şi de Ministerul Sănătăţii.

Se reduc disciplinele obligatorii.

Se organizează specialităţile.

Se organizează externatul şi internatul. Se înfiinţează pentru moment încă o facultate de medicină provincială.

In sfârşit, se va modifica legea Academiei de Medicină şi se vor abroga toate legile rasiale, repunându-se în toate drepturile farmaciştii evrei.

REORGANIZAREA VENITURILOR SPITALICEŞTI ŞI A INSTITUŢIILOR PENDINTE DE MINISTERUL SANATAŢII

Problema primelor de muncă pentru personalul medical

Comisiunea pentru reorganizarea veniturilor spitalelor şi instituţiunilor Ministerului Sănătăţii şi a celor controlate de acest Minister, şi-a început lucrările sub preşedinţia d-lui Ministru D. Danielopolu.

Au asistat d-nii: D-r D. Negulescu, secretar general; R. Râmniceanu, delegat al Ministerului Finanţelor, D-r C. Anghelescu şi I. Banu, director în Ministerul Sănătăţii.

1. O cotă din venituri va fi repartizată personalului medical, sanitar şi de serviciu al instituţiunii respective;

2. O cotă va servi pentru cheltuelile curente ale instituţiunii respective;

3. O mică cotă va forma un fond pentru cercetări şi publicaţii ştiinţifice.

Cea mai mare parte din veniturile instituţiunilor vor fi împărţite în două: o parte va fi vărsată Statului şi o altă parte va forma „fondul primei de muncă", care se va distribui medicilor cei mai merituoşi prin activitatea lor ştiinţifică sau de conducere şi personalul sanitar şi de serviciu cel mai merituos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In centrele universitare, fondul primei pentru muncă va forma un fond global contabilizat pe fiecare centru universitar, din care se va răsplăti activitatea pur ştiinţifică a membrilor corpului didactic de toate categoriile dela toate catedrele.

Cota pentru publicaţii şi cercetări ştiinţifice va forma de asemenea un fond global.

Prin această organizaţie nu vor mai fi categorii de medici şi membrii ai corpului didactic privilegiaţi, prima pentru muncă putând reveni şi medicilor de spitale şi medicilor sanitari.

In centrele universitare, prima pentru ştiinţă va fi dată de asemenea şi membrilor corpului didactic care lucrează în institutele anexe producătoare de venit şi a celora care n'au nicio profesiune liberă şi care nu trăesc decât din salariu.

Se vor acorda prime de muncă ştiinţifice şi celor care nu fac parte din corpul didactic şi care lucrează în institutele anexe catedrelor.

OCROTIREA MAMEI ŞI A COPILULUI*)

de

MARIA KOVRIGHINA
Locţiitoarea Comisarului Poporului
pentru Ocrotirea Sănătăţii a U. R. S. S.

Deplina egalitate în drepturi a femeilor în Uniunea Sovietică şi evidenţierea femeilor în toate ramurile de producţie, în toate domeniile ştiinţei, artei şi a activităţii de stat, a devenit posibilă în virtutea legislaţiei sovietice progresive, care a fost elaborată şi care a creiat toate condiţiile necesare pentru libera desvoltare şi înaintare a femeilor republicelor noastre.

Tot ceea ce povestim în acest articol, trebue să arăte practica legilor sovietice de ocrotire a mamei şi a copilului, lucru care a permis femeii în ţara noastră să ocupe locul înalt, care-i aparţine în virtutea devotamentului şi a abnegaţiei sale patriotice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sistemul de instituţii pentru ocrotirea mamei şi a copilului, unul din cele mai importante locuri îl ocupă **leagănele.** Fără leagăne la noi nu se poate concepe nicio producţie, nicio fabrică, uzină sau o instituţie mare. Este suficient să cităm câteva cifre comparative, pentru a arăta cât de adânc au intrat leagănele în traiul nostru sovietic.

In 1913, în oraşele Rusiei nu erau decât 19 leagăne cu 550 locuri. In 1941, în leagănele de copii se numărau deacum 554.448 locuri. Numai dela 1936 până la 1941 au fost clădite leagăne noi cu mai mult de 200.000 locuri.

In leagăn, copilul petrece întreaga zi, acolo i se asigură o îngrijire şi alimentaţie excelentă, acolo capătă el o educaţie justă, corespunzătoare cu vârsta sa; el doarme în aer liber şi se deprinde cu exerciţii uşoare de gimnastică, el se joacă, clădeşte şi face cunoştinţă treptată cu elementele culturii muzicale.

In Codul legilor referitoare la muncă, pe lângă pauzele generale pentru odihnă şi mâncare — în mod special, **pentru mamele ce alăptează copii, sunt fixate pauze după fiecare 3 jum. ore de muncă** şi ele durează nu mai puţin de jum. oră. Pauzele pentru alăptarea copiilor se socotesc ca ore de muncă. Pentru comoditatea mamelor, leagănele sunt aşezate de obiceiu în apropiere de locul de lucru.

E largă reţeaua de leagăne pentru copii şi la sate. In primii ani ai puterii sovietice în sate se organizau de obiceiu **leagăne de sezon, pentru perioada muncilor agricole de vară.** De când cu organizarea colhozurilor, în sate s'a desfăşurat o reţea uriaşă de **leagăne permanente.**

---

*) Din „*Universul*" 19 Noembrie 1944.

In 1941, în întreaga Uniune Sovietică numărul locurilor în leagăne permanente pentru copii a ajuns la 299.598, iar în leagănele de sezon — la 4.945.560.

Ocrotirea sănătății copiilor de vârsta preșcolară și a școlarilor

In Uniunea Sovietică, tot atât de incomensurabilă în comparație cu Rusia țaristă, a crescut și numărul copiilor ce frecventează grădinile de copii și școlile.

In anul școlar 1914-1915, învățau 7800 de copii, iar în anul școlar 1939-1940 numărul lor s'a ridicat la 33.000.0000.

Clădirile admirabile, special construite, ale grădinilor de copii ce satisfac toate cerințele higienei, noile clădiri de școli, un regim higienic riguros, gimnastica, un complex de măsuri de asanare în masă, ce au intrat trainic în traiul grădinilor de copii și al școlarilor (stadioane de vară, vile, sanatorii, lagăre de pionieri) — toate acestea au asigurat o desvoltare fizică justă a copiilor de vârstă preșcolară și școlară.

Pentru deservirea medicală a copiilor de vârstă școlară și preșcolară, în orașe s'au organizat **policlinici pentru copii,** care funționează după sistemul sectoarelor. Afară de asta medicii îi vizitează pe copii la domiciliu. Școlile și grădinile de copii se deservesc de către medici și surori speciale care promovează măsurile sanitaro-curative necesare în școli și asociază corpul pedagogic la munca comună de asigurare a unei desvoltări fizice juste tuturor școlarilor.

Cadrele

Dacă în 1914, în Rusia nu erau decât 19.785 de medici de toate specialitățile, apoi în U. R. S. S. **în 1941, numai numărul medicilor specializați în pediatrie era mai mare de 18.000.**

Numărul surorilor ce lucrează numai în leagăne, la această dată, a ajuns la 46.606, a surorilor ce lucrează în școli — la 5.054, a moașelor la 62.931, a moașelor subchirurgi la aproape 13.000.

Pentru pregătirea medicilor pediatri s'au organizat **facultăți speciale de pediatrie,** pe lângă școli superioare de medicină: în 1941, în țară erau 26 astfel de facultăți.

Afară de cadrele de pediatrie ale institutelor de medicină, în U. R. S. S. în anul 1941, erau **23 de institute de cercetări științifice pentru ocrotirea mamei și a copilului.**

Pentru îmbunătățirea calitativă a serviciilor în instituțiile pentru copii, — în raioane și orașe s'au numit medici pediatri cu o înaltă pregătire în specialitate, care se află în fruntea conducerii metodologice și controlează activitatea instituțiilor pentru copii.

In serviciile orășenești și regionale de ocrotire a sănătății, organizarea ocrotirii sănătății copilului e condusă de către locțiitorii directorilor ale serviciilor orășenești și regionale de ocrotire a sănătății, iar în Comisariatele Poporului republicane — de către locțiitorii comisarilor poporului pentru ocrotirea sănătății.

Natalitatea înaltă din Uniunea sovietică se îmbină cu o minuțioasă și dreaptă îngrijire a copiilor.

In urma unei largi acțiuni sanitaro-educative, a scrupuloasei profilaxii a sănătății copiilor și a vegherii permanente asupra dreptei desvoltări fizice a copiilor în Uniunea Sovietică a scăzut brusc numărul copiilor bolnavi și printre ei a acelor suferinzi de boli infecțioase acute de copii, a crescut greutatea medie a copiilor de toate vârstele, copii au devenit mai viguroși, mai largi în spate și considerabil mai înalți.

In anii războiului

In cursul războiului de apărare a Patriei, cu toate greutățile pe care trebuia să le suporte statul nostru și poporul sovietic, guvernul n'a suspendat nici pe o zi grija sa pentru mamă și copii. In acești ani au fost adoptate câteva decizii guvernamentale dintre cele mai importante, referitoare la îm-

bunătățirea alimentării copiilor, îmbunătățirea calității asistenței medicale; au fost date indicațiuni privitoare la scoaterea în timpul verii, a milioanelor de copii, din orașe — în lagăre de vile, sanatorii, stadioane de asanare.

Numărul locurilor din leagăne a crescut în timpul războiului, la orașe, cu 47,2%, la sate cu 34%.

In spatele frontului țării noastre a crescut considerabil numărul locurilor din leagănele pentru copii, ale căror mame au înlocuit pe bărbații lor în producție. Instituțiilor pentru copii, din spatele frontului, li s'au rezervat cele mai bune locuințe, au fost alocate fonduri speciale pentru alimentarea copiilor, copiii au fost asigurați cu o supraveghere medicală de înaltă calificare. O dragoste și o atenție deosebită au fost acordate copiilor celor mobilizați.

Din casele de copii, femeile patriotice iau pentru înfiere pe copii ce-au pierdut părinții sau pentru patronare (educare), pe copii pe care războiul pentru mult timp i-a separat de familia lor.

Pe pământul sovietic eliberat de sub cotropitorii fasciști, au fost aproape complect distruse și jefuite așezămintele profilactice pentru copii, printre care și leagănele, grădinile de copii, sanatoriile. Toate așezămintele pentru copii, se restaurează repede. Raioanelor sinistrate le ajută întreaga țară. Acolo se trimit sute de medici, medicamente, albituri, instalațiuni, jucării, cărți, tot inventarul necesar.

Decretul Prezidiumului Sovietului Suprem al U. R. S. S. din 8 Iulie 1944, **„Despre majorarea ajutorului Statului acordat mămelor și despre intensificarea ocrotirii mamei și a copilului"**, ridică noi sarcini uriașe în fața organelor de ocrotire a sănătății și ridică la o înălțime și mai mare misiunea ocrotirii mamei și a copilului.

La noi în țară, acum fiecare copil ce are nevoe de îngrijire, poate fi internat într'un așezământ respectiv pentru copii. Așa, de pildă, numai la Moscova, după publicarea decretului până la sfârșitul acestui an se dechid în plus aproape 7 mii de locuri de leagăne.

In acest an, în Uniunea Sovietică s'au deschis **270 sanatorii noi pentru copii.**

Pentru orfanii de mamă și de tată, pentru copii partizanilor și a celor mobilizați s'au deschis, în perioada războiului, — numeroase case de copii.

Decretul din 8 Iulie 1944, prevede o creștere uriașă a noilor așezăminte de ocrotirea mamei și copilului: a maternităților, a leagănelor pentru copii, a consultațiilor pentru copii, a bucătăriilor de lapte, a camerelor pentru alăptarea copiilor de sân la întreprinderi. Se mărește numărul grupelor de serviciu, atât de zi cât și de noapte, la leagăne de copii. Se lărgește producția de îmbrăcăminte, încălțăminte pentru copii, de obiecte pentru îngrijirea copilului. Se deschid magazine speciale pentru deservirea mamei și copilului.

In condițiile cumplitului război, multe familii încearcă greutăți materiale temporare și guvernul sovietic în legătură cu aceasta, a prevăzut un șir de foarte importante măsuri de acordare de ajutor din partea statului. Conform decretului, ajutorul de stat, ce se majorează la nașterea fiecărui copil următor, se acordă după nașterea celui de-al treilea copil, și nu după cel de al șaptelea, cum era mai înainte; iar mamei fără bărbat i se acordă ajutorul chiar la nașterea primului copil.

Maternitatea, nașterea și educarea copilului e echivalentă în statul nostru, cu un merit social, dând dreptul la medalie, ordin și titlul de onoare „Mamă eroină".

Stima față de mamă, constantă și energica grijă, a guvernului față

de copii, face să nască în sufletul femeii sovietice, sentimentul de fermă încredere că încercările grele ale vremurilor de război poartă un caracter temporar şi vor fi învinse prin eforturile unite ale Guvernului Sovietic şi ale întregului popor Sovietic.

COPILUL IN UNIUNEA SOVIETICĂ*)

de

D-r FLORICA BAGDASAR

S'a spus cu adevărat de către mulţi că speranţa şi viitorul unei ţări stă în tineret. Nicăeri şi niciodată însă în decursul istoriei popoarelor, nu s'a realizat un sistem de desvoltare şi de organizare a protecţiei mamei şi copilului, mai perfect ca în Uniunea Sovietică.

După marea Revoluţie din 7 Noemvrie 1917, unul dintre primele decrete ale noului guvern sovietic, a fost acela în care se fixau problemele mămei şi copilului. Specialişti cu renume mondial în igienă, pedagogie şi psihologia copilului, au fost consultaţi, ca să stabilească criterii ştiinţifice, după care trebue crescut, educat şi instruit copilul sovietic. Indiferent de sex, de naţie sau de locul geografic, în vasta întindere a Uniunei Sovietice, cu nenumăratele ei popoare şi limbi, copilul a beneficiat de tot ceeace nouile achiziţii îi puteau pune din plin la dispoziţie.

Cluj / Central University Library Cluj

Cum problema copilului ţinea în primul rând de măsurile de protecţie ale mamei, este dela sine înţeles, de ce s'au luat măsuri cari să asigure condiţiile unei maternităţi fericite.

In 1940, un număr de **40.000 de paturi**, amenajate de Sindicate, erau rezervate în **case speciale de repaos pentru femeile însărcinate sau care alăptau.** In oraşele şi coloniile muncitoreşti din Uniunea Sovietică, lehuzele se pot bucura 100% de ajutor medical în maternităţi, iar maternitatea colhoznică dă ajutorul necesar chiar în cele mai îndepărtate sate. Un număr de **142.000 de paturi în maternităţi**, asigurau în 1941 o îngrijire cât mai bună pentru mamă şi copil.

Aşezămintele de consultaţii (există vreo **6000** de astfel de aşezăminte) se ocupă cu instruirea mamelor, relativ la alimentarea şi îngrijirea necesară copiilor din prima zi după naştere. Medicii şi surorile de caritate dela aceste **Aşezăminte de Consultaţii** fac regulat vizite la domiciliu, pentru ca să vadă la faţa locului în ce condiţii de viaţă şi de ambianţă se desvoltă copilul. Lor le revine sarcina de a da primele îndrumări în ceea ce priveşte îngrijirea şi educaţia adecvată copiilor. Pentru copiii debili, sunt sanatorii speciale anexate şcolilor, sunt şcoli în aer liber, şcoli în pădure, la munte sau la mare, unde poate fi trimis copilul după nevoile pe care le are.

In **Spitalele de copii**, erau în ultimul timp **83.000 de paturi**, iar numărul medicilor specializaţi în pediatrie în Republica Sovietică, se ridică la **17.000.** Graţie acestor măsuri de organizare, a căror menire este protecţia mamei şi a copilului, mortalitatea la copiii sub un an în Uniunea Sovietică a scăzut aproape de 2 ori, faţă de procentul din perioada prerevoluţionară. In acest fel, din locul de frunte, pe care-l ocupa Rusia ţaristă în mortalitatea infantilă, Uniunea Sovietică se vede la rândul ei deţinând un loc de frunte prin **mortalitatea infantilă cea mai redusă.**

*) Din „Scânteia", 8 Noemvrie 1944.

Graţie măsurilor de lichidare aproape complectă a cazurilor de **molipsire de boli venerice, sifilisul,** această plagă socială cu efecte atât de dezastruoase asupra copilului, **este aproape de dispariţie.** Mii de echipe şi expediţii speciale, în regiunile cele mai îndepărtate din U. R. S. S. au fost dirijate să combată şi să trateze cazurile descoperite de boli venerice sau tuberculoză.

In Uniunea Sovietică există o reţea imensă de Instituţii, a căror scop este grija copilului: **consultaţii, leagăne, grădiniţe, refectorii,** etc. Organizarea şi întreţinerea leagănelor pentru copiii dela 6 săptămâni, până la 3 ani şi Instituţiile de îngrijire preşcolară dela 3—7 ani, sunt organizaţii de importanţă capitală în activitatea Statului, ceea ce explică rapiditatea cu care ele s'au desvoltat.

In 1940, **leagănele deschise tot anul,** aveau o capacitate de **890.000 de paturi,** în comparaţie cu 550 de locuri din timpul Rusiei ţariste în anul 1913. Numărul lor însă variază după regiune, sezon şi necesităţi, iar **creşele sezoniere din Colhozuri şi Sovhozuri,** deschise doar **în perioada muncilor agricole,** a atins în 1941 un număr de **3.857.000 de locuri.** Instituţiile preşcolare, în care se îngrijesc şi se dă educaţia şi instrucţia necesară copiilor dela 3—7 ani, a luat o desvoltare imensă. De unde în Rusia ţaristă nu existau aproape de loc acest fel de Instituţii, în 1940, Uniunea Sovietică putea să afirme că funcţionează în condiţiile cele mai bune, **54.000 de grădiniţe sau cămine de zi, frecventate de 2.300.000 de copii.** In acest fel, părinţii îşi pot vedea liniştiţi de lucru, fără să fie îngrijoraţi de copiii lor. Creşa şi grădiniţa pun la dispoziţia copilului tot ceea ce higiena şi pedagogia au mai nou şi mai util. Copilul e dus dimineaţa în acest fel de instituţii şi e luat seara, când mama se întoarce dela lucru acasă; hrana lui, higiena, educaţia, se fac de către persoane calificate şi specialişti versaţi. Copiii nu mai sunt o povară pentru mamă sau familie; alocaţii speciale sunt servite pentru fiecare copil care măreşte numărul familiei. Iar peste al 7-lea copil, mamă primeşte o alocaţie anuală de 2000 de ruble pentru fiecare capil în plus, timp de 5 ani, aşa încât nevoile materiale sunt înlăturate. Pentru ca să vină în ajutorul familiilor numeroase, U. R. S. S., a alocat suma de 4 miliarde, 410 milioane de ruble din 1936 până în 1941.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe lângă instituţiile care asigură buna îngrijire a copilului, mamele capătă cunoştinţele pedagogice indispensabile prin **conferinţe de pedagogie, de educaţie copiilor, şi de alimentaţia lor,** care sunt organizate atât pentru oraşe, cât şi pentru kolhozurile şi sovhozurile cele mai îndepărtate.

Măsurile acestea sanitare au avut o înrâurire pozitivă asupra **reducerii mortalităţii la copii.** Mai mult decât atât, chiar **desvoltarea fizică a copiilor a fost influenţată la toate vârstele.** Astfel înălţimea băieţilor din Moscova, în vârstă de 10 ani, a crescut în comparaţie cu datele corespunzătoare de dinaintea revoluţiei cu 4 cm. şi greutatea a crescut cu 1,6 kgr.; tot în aceeaşi proporţie s'a mărit şi înălţimea fetelor cu 5,9 cm., iar greutatea cu 3 kgr. Datele antropometrice din 1938, au demonstrat o mărire apreciabilă a înălţimii, a greutăţii şi a circonferinţei pieptului la băieţi şi fete de toate vârstele.

Nu este un singur domeniu privitor la buna desvoltare a copilului, în care măsurile luate să nu fi adus îmbunătăţiri concludente.

O deosebită atenţie s'a dat culturii propriu-zise, la care fiecare copil sovietic are dreptul. Desfiinţând învăţământul privilegiat de clasă, dinainte de revoluţie, în care aveau dreptul doar copiii oamenilor înstăriţi, Uniunea Sovietică a dat **posibilitatte tuturor copiilor să poată să-şi desvolte la maxim şi mâinile şi mintea.**

Spiritul nou al şcoalei din Uniunea Sovietică, încearcă **să insufle fiecărui copil, partea de responsabilitate personală,** care trebue să-i revie în evoluţia marei Republici Sovietice ca şi în evoluţia largă a umanităţii.

Fiecare copil sovietic are dreptul şi **posibilitatea să-şi însuşească cunoştinţele de care are absolută nevoie pentru integrarea lui în viaţa colectivă.**

Fiecare copil sovietic are dreptul să-şi trăiască copilăria din plin, o copilărie fericită, bucurându-se de toate avantagiile cari înainte erau rezervate doar copiilor din clasele nobile sau avute. **Jocurile cele mai variate, sporturile,** patinajul, schiul, se fac în cadrul activităţii şcolare; şcoala dispune de suficiente patine şi schiuri de diverse mărimi, pentru ca fiecare copil să poată să se

bucure de acest sport, restrâns în alte țări doar unui număr infim de copii ai căror părinți dispun de mijloace.

Jucăriile, care ajută atât de mult la desvoltarea intelectuală a copiilor, fiindcă prin joc ei își exersează anumite funcții cari le vor servi mai târziu în viață, **abundă în grădinițele de copii ca și în școlile primare.**

Industrializarea jocurilor, se face în cadrul politicei școlare patronată de Stat, și toți vizitatorii cari au avut ocazia să cunoască organizarea și funcționarea așezămintelor școlare, din ultima vreme, au rămas surprinși de bogăția și varietatea jocurilor puse la dispoziția copiilor în căminele, grădinițele și școlile chiar din satele îndepărtate.

Un învățător dela noi, care a avut ocazia să viziteze la fața locului o școală primară din Caucaz, a rămas surprins să vadă modul în care s'a predat o **lecție despre „tren"**. In curtea vastă a școalei era o linie ferată în miniatură, pe care circula o locomotivă mică, de care erau legate 2 vagoane, unde puteau lua loc mai mulți elevi ca pasageri. Casa de bilete improvizată care elibera totuși biletele contra cost, șeful gării, conducătorul trenului și pasagerii, totul nu era decât un joc, viu, interesant și util, cu care copiii se exersau în vederea călătoriilor de mai târziu. Voiajul cu trenul în jurul școalei, mașina condusă chiar de unul dintre elevi, putea să fie un exercițiu stimulent pentru mulți mecanici de mai târziu.

Jocul de-a tipografia" din școală, chiar din primele clase primare, cu editarea micilor ziare școlare, capătă pe măsura în care copiii cresc, înfățișarea cotidianelor adulților. Copiii, jucându-se, editează, redactează, și distribue printre conșcolari numerile noui, și acest lucru servește ca o întrecere pentru perfecționarea în exprimare și gândire. In ziarele lor, ei au dreptul să laude sau să critice diversele activități școlare.

Copilul în grădiniță sau la școală are posibilitatea să se facă stăpân temporar pe orice jucărie îi place; vitrina dela magazinele de jucării care este un miraj pentru copiii din alte țări, este o realitate la dispoziția oricărui copil sovietic. Nu există pentru ei jucării scumpe sau ieftine, ci jucării frumoase sau utile pot ajuta să se desvolte.

Din 1927, învățământul Sovietic a adoptat **metoda globală în predarea scris-cititului**, care din punct de vedere științific, este metoda cea mai adecvată psihologic copilului.

Toate modificările, cu caracter radical, cari puteau da posibilitatea copilului să se desvolte din plin, au fost introdu-se luând în considerare **cele mai noui achiziții de pedagogie și psihologie.**

Spiritul școalei active, are realizarea cea mai desăvârșită în felul cum este organizat învățământul sovietic.

Plecând dela principiul că trebue să desvolte la maxim activitatea intelectuală și manuală de care este capabil fiecare copil, școala pune la dispoziție un **program de studii cu manuale și cu material didactic din cel mai perfecționat.**

Posibilitățile de continuare a studiilor, nu depind decât de resursele de care este capabil fiecare copil. Chiar **copilul slab desvoltat** ca intelect, **are la dispoziție clase speciale**, cu programe speciale adecvate nivelului intelectual, unde poate să-și exerseze din plin mintea și mâinile. **Copiilor supradotați**, la care se întrevede o aptitudine deosebită, **li se pune la îndemână tot ceea ce poate să întrețină și să desvolte înclinarea lor:** prin clasele de perfecționare la muzică, aritmetică mecanică, desenuri, etc., talentele se exérséază și sé pérfecționează.

Un **program obligatoriu de cunoștințe, într'o formă intuitivă** dintre cele mai bogate, cu un material didactic care întrece orice închipuire, dă posibilitatea copilului sovietic să-și însușească noțiuni clare și utile de care va avea nevoie în viața de mai târziu.

Instituțiile lor tehnice în număr imens, **dau pregătirea tehnică de bază aproape tuturor copiilor, fie băieți, fie fete.** Așa se explică milioanele de tineri și tinere, cari pe lângă cunoștințele teoretice, știu să mânuiască volanul automobilului sau a tractorului și cunosc detaliat tehnica motorului.

Cu toate condițiile grele, inerente războiului, grija de copil n'a scăzut niciun moment. Mobilizarea bărbaților, a necesitat folosirea masivă a brațelor

femeii în fabrici, uzine sau pe câmp. Acest lucru a impus crearea şi amenajarea unei noui reţele de leagăne şi de grădiniţe. Problema alimentării copiilor din zonele de război şi a copiilor refugiaţi a dat loc unei uriaşe munci organizatoare în această direcţie.

Laptele şi produsele derivate au fost livrate în permanenţă pentru copii, asigurând astfel alimentaţia lor de bază. **„Muncitorii medicali"** însărcinaţi cu sănătatea şi viaţa copiilor din raza de acţiune a inamicului, au asigurat o protecţie eficace în cazuri de bombardamente aeriene; cele mai bune şi sigure locuinţe au fost cedate copiilor din orfelinate, leagăne şi grădiniţe.

In primii 2 ani de război s'au creeat încă 52.000 locuri la leagănele din oraşe şi 200.000 locuri la leagănele dela sate; iar cantinele pentru copii au luat fiinţă în toate oraşele şi satele.

Respectul deosebit pe care Uniunea Sovietică îl acordă din plin copilului, constă în mare parte din faptul că progresul deplin al Uniunii Sovietice nu va fi asigurat decât atunci când în fiecare copil va putea fi desvoltată o minte sănătoasă, braţe muncitoare, şi o conştiinţă socială care să se integreze din plin binelui colectiv.

ASISTENŢA MEDICALĂ IN U. R. S. S. *)

de

VICTOR GAVRIL

Din toate ţările lumii, U. R. S. S. a fost prima care a înţeles că statului îi revine sarcina de a organiza şi conduce aparatul sanitar al ţării, ţara fiind aceea care se resimte de pe urma variaţiilor intervenite în starea sanitară a populaţiei.

Astfel, imediat după consolidarea ordinei interne, în urma revoluţiei din 1917, s'a pornit la acţiune.

Prima măsură a fost înfiinţarea **Comisariatului Poporului pentru Sănătatea Publică,** cu misiunea de a sistematiza organismul sanitar existent în acea epocă şi de a trece apoi imediat la o vastă organizare sanitară a ţării.

Pentru realizarea unui plafon sanitar ridicat, Comisariatul Poporului pentru Sănătatea Publică a pornit la înfăptuiri atât pe plan curativ, preventiv, cât şi preventiv-educativ.

La organizarea asistenţei medicale curative s'a pornit dela principiul că asistenţa medicală trebue să fie la îndemâna tuturor, fiind gratuită şi răspândită în toată ţara.

Gratuitatea asistenţei medicale a fost legiferată dela început; în ceea ce priveşte crearea unui corp medical numeros, s'a **mărit numărul şcolilor superioare de medicină** (universităţi) şi a **şcolilor medii sanitare.** Numărul şcolilor superioare de medicină a fost mărit dela 13 în anul 1914, la 71 în anul 1941, astfel că de unde în 1914 în Rusia erau 37.500 de persoane cu pregătire medicală mijlocie (infirmieri, surori, asistente) în 1941 erau 460.000.

Numărul medicilor a crescut la 150.000. In România avem 5000 de medici.

Pentru încadrarea acestor medici s'au **înfiinţat posturi medicale, dispensare sau spitale în aproape fiecare sat,** astfel că peste 90 la sută din localităţi au cel puţin un stabiliment medical propriu, încât orice bolnav are la **îndemână** un medic, farmacie şi în 80 la sută din cazuri laborator de analize, fără a se deplasa din localitate.

---

*) *„Scânteia"* Anul I No. 51, 11 Noembrie 1944.

In centrele mari, dispensarele au fost astfel repartizate încât **fiecare cartier să aibe suficienţi medici şi suficiente instalaţii** pentru îndestularea nevoilor populaţiei cartierului; de asemenea în centrele mai mari s'au înfiinţat **servicii pe specialităţi şi sanatorii care deservesc o circumscripţie.** Numărul medicilor specialişti din U. R. S. S. raportat la 1000 de locuitori este de 3,7 ori mai mare decât în România, iar numărul paturilor din spitale este de patru ori mai mare în U. R. S. S. fiind nouă paturi la mia de locuitori, în România 2,3 la mie. (Am ţinut cont numai de paturile întreţinute de Stat nu şi de cele ale Asigurărilor Sociale, în U. R. S. S. — în România am dat cifra absolută).

Trebue remarcată însă, repartiţia paturilor de spital la oraşe şi sate.

In U. R. S. S. **paturile de spital sunt repartizate în raport cu numărul populaţiei;** în România din şase paturi de spital cinci sunt urbane şi numai unul este rural, deşi raportul de populaţie arată o covârşitoare superioritate numerică a populaţiei rurale faţă de cea urbană.

In U. R. S. S. **bolnavii sunt nu numai îngrijiţi, dar şi întreţinuţi pe cheltuiala Statului,** astfel în 1941 s'a cheltuit în medie pe cap de locuitor 67 de ruble de către Stat. (In afara celor cheltuite de Asigurările Sociale) în acelaşi timp în România, Statul cheltueşte aproximativ o rublă pe cap de locuitor.

Pentru o adevărată ridicare sanitară a ţării, U. R. S. S înfiinţează **dispensare pe lângă fiecare uzină** (aproximativ 10.000) **şi se porneşte la o vastă campanie de combatere a sifilisului, tuberculozei, malariei, a bolilor venerice şi a trahohmului.**

Aceste **campanii sanitare** duse de un **corp special de medici** alcătuit din: 1200 malariologi, 2300 epidemologi, 3400 bacteriologi, secundaţi de peste 25.000 de asistenţi: ingineri, lucrători, infirmieri şi surori, au trecut prin toată ţara, realizând o performanţă unică. In urma acţiunii lor bolile de mai sus au scăzut de 3 până la 14 ori, unele cum ar fi trahomul şi bolile venerice fiind complect eliminate din viaţa socială a popoarelor sovietice.

Concomitent cu acţiunea de ridicare a medicinei curative, s'a trecut **la înfiinţarea de fabrici de medicamente şi instrumente medicale.**

Fabricaţia masivă de vaccinuri a permis ca 2/3 din populaţia ţării să fie vaccinată anual contra bolilor infecţioase în afară de vaccinarea antivariolică care este extinsă asupra întregii populaţii.

In privinţa medicinei preventive şi sociale, realizările sunt şi mai importante.

S'a desfăşurat o **vastă campanie de educaţie sanitară a populaţiei,** la care au luat parte pe lângă profesori, artişti, ziarişti, studenţi şi scriitori, posturile de ajutor medical. Acestea au desfăşurat şi desfăşoară pe lângă activitatea lor curativă, antiepidemică şi preventivă, constituind posturile înaintate ale culturii sovietice. In activitatea lor sunt în permanent contact cu centrele medicale, prin desele vizite ale profesorilor şi specialiştilor.

In urma acestei campanii, cetăţeanul sovietic s'a ales cu cea mai preţioasă învăţătură pentru îngrijirea sănătăţii sale:

„Dacă suferi de ceva, te adresezi neîntârziat medicului".

Comisiile de supraveghere sanitară a muncitorilor, au introdus în uzine **sisteme de protejare a lucrătorilor,** (accidentele de lucru au scăzut cu peste 50 la sută), au veghiat la menţinerea zilei de lucru de 8 ore, realizându-se astfel timp suficient pentru odihnă, sport, cultură, şi aplicând riguros concediul anual, plătit, precum şi alimentaţia specială a lucrătorilor din industria de chimicale, tipografii, tăbăcării, mine, etc..

O grijă deosebită s'a dat copiilor, lehuzelor, şi celor predispuşi la boli.

Pentru **uşurarea asistenţei medicale la naşteri** s'au înfiinţat 142.000 paturi de maternitate astfel că din trei naşteri, două au loc în maternităţi.

Pentru **scăderea la minimum a mortalităţii infantile** s'au înfiinţat peste 6000 de aşezăminte, în care să fie crescuţi copiii care nu pot fi ţinuţi de părinţii lor, cu capacitate de 554.000 de locuri; (copiii stau aici dela vârsta de câteva luni până la aceea de grădiniţă). Astfel că 45 la sută din numărul total de copii e crescut în aceste leagăne.

S'au înfiinţat **locuri speciale de recreare la malul mării şi în munţi** pentru copiii debili şi adulţii predispuşi la boli.

Privind aspectele de mai sus constatăm:

— Prin înființarea numeroaselor centre sanitare, prin numărul mare de medici (trebue să adăugăm marele număr de institute de cercetări) s'a împânzit toată țara cu o adevărată rețea sanitară.

— Cetățeanul sovietic îndemnat de propaganda sanitară, neavând grija onorarului medical sau a traiului în timpul și după spitalizare, îndemnat și de faptul că serviciul medical îi este la îndemnă în tot locul, **se adresează medicului la cel mai mic semn de boală.**

Se realizează astfel idealul medicinei: **„Tratarea bolilor în faza incipientă".**

Prin această uriașă operă sanitară dealungul anilor, U. R. S. S. este astăzi singura țară din lume care poate afirma că **mortalitatea populației a scăzut cu 50%.**

ACTIVITATEA INSTITUȚIILOR SUPERIOARE DE INVĂȚĂMÂNT MEDICAL DIN U. R. S. S.*)

de

L. SIRKIN

Puterea sovietică a pus pe baze cu totul noui sănătatea publică. Marea desvoltare a asistenței medicale accesibile întregului popor și a activității sanitaro-profilactice a necesitat o pregătire de cadre medicale de o amploare nemai întâlnită până atunci în istoria Rusiei.

Până la războiul din 1914—1918, cele **13 facultăți și școli superioare de medicină** din Rusia ereau frecventate de **8500 de studenți,** cu o **promoție anuală de circa o mie de medici.**

Inainte de războiul pentru apărarea patriei din anul 1941, în Uniunea Sovietică, cu excepția Republicelor Baltice, existau **72 de școli superioare de medicină** cu un număr de peste **115.000 de studenți** și cu o **promoție anuală până la 15.000 de medici.** In Siberia, în loc de o singură școală **superioară** cât exista odinioară, se găseau 5; în Asia Centrală, unde înainte **nu exista** nicio școală superioară, erau 7; în Transcaucazia, 6. In institutele noastre de medicină au predat **11.000 de profesori, docenți, asistenți,** printre **care** 15.000 doctori în științe și 3000 agregați în științe.

Creșterea enormă a numărului școlilor superioare, a seriilor de studenți și a cadrelor de învățământ a fost însoțită de **reorganizarea planului de învățământ, programului și a metodei de predare.** Căutarea de căi noui a adus multe lucruri noui și prețioase în învățământul superior medical din Uniunea Sovietică. Inainte de **război** școlile superioare sovietice lucrau după un plan de învățământ stabil, socotit pentru 5 ani de studii și pregăteau medici cu cunoștințe vaste.

Particularitățile școlilor superioare sovietice constau în **marea importanță ce se acordă disciplinelor sanitaro-profilactice** și în **orientarea spre problemele sociale** ce se imprimă activității viitorului medic. Medicul sovietic părăsește institutul, conștient că munca medicului formează o parte inseparabilă a activității de stat și sociale.

Față de marea cerere a guvernului sovietic de medici de copii și de hi-

*) Din *„Graiul Nou"* No. 39 din 25 Dec. 1944.

gienă socială, la multe şcoli superioare de medicină există **facultăţi speciale de pediatrie şi higienă socială.** La aceste facultăţi studenţii capătă în ultimele trei semestre de studii, pe lângă pregătirea de medicină generală şi clinică, o pregătire specială în materie de boli de copii sau într'o serie de discipline higienice: higiena muncei, a hranei, higiena comunală, şcolară, epidemiologie, etc.

In ultimii 4—5 ani înainte de război au fost **editate zeci de manuale pentru şcolile superioare de medicină** cu un tiraj total de multe **sute de mii de exemplare.** S'au executat **zeci de filme de ştiinţă medicală pentru şcolile superioare.**

Institutele medicale sunt centre de conducere ale cercetărilor ştiinţifice medicale.

Războiul pentru Apărarea Patriei a pus în faţa organelor care se îngrijesc de sănătatea publică a U. R. S. S., probleme noui şi complicate, probleme de ajutor medical permanent ostaşilor răniţi şi bolnavi, de apărare sanitară a frontului şi spatele lui de prevenire a epidemiilor — însoţitoarele obişnuite ale războaielor din trecut. Aceste probleme s'au complicat prin faptul că ocupaţii nemţi au nimicit şi au prădat în mod barbar zeci de institute medicale, mii de spitale şi de centre medicale.

In ciuda celor mai grele condiţiuni, muncitorii de pe ogorul medicinii sovietice au dus la bun sfârşit misiunile ce li s'au dat. Peste 70% din ostaşii şi ofiţerii răniţi ai Armatei Roşii se întorc pe front, iar starea sanitară epidemică a Ţării Sovietelor este bună.

Victoriile Armatei Roşii, lupta eroică a poporului sovietic împotriva cotropitorilor fascişti germani au dus la eliberarea regiunilor ocupate din ghiarele hoardelor hitleriste de jefuitori. In acelaşi timp s'a efectuat şi o muncă uriaşă de reconstrucţie. S'au refăcut în grabă institutele distruse; şcoliile superioare evacuate s'au întors în oraşele lor natale.

In anii de război sute de membrii ai şcodlelor superioare, şi mii de medici tineri, care lucrează în armată, în instituţiile antiepidemice, în spitale şi policlinici, au fost distinşi de guvern cu decoraţii şi cu ordine militare. Medicii sovietici, ieşiţi din institutele noastre, slujesc cu abnegaţie poporului lor şi, împreună cu întreaga pătură a intelectualilor sovietici, luptă pentru a pregăti un viitor mai bun întregii omeniri progresiste.

INSTITUTUL CENTRAL PEDIATRIC DE CERCETĂRI ŞTIINŢIFICE *)

de

M. BLINKOVA

Organul central de cercetare a tuturor problemelor legate de ocrotirea sănătăţii copiilor în Uniunea Sovietică, este **Institutul Central de Pediatrie** al Comisariatului Poporului pentru ocrotirea sănătăţii al URSS., organizat în anul 1922 ca **Institut al ocrotirii mamei şi a copilului.**

Pe atunci intrau în competinţa lui numai chestiunile ce privesc frageda copilărie până la 3 ani); în prezent institutul se ocupă de pro-

*) Din „*Graiul Nou*" 13 Ianuarie 1945.

blemele ocrotirii sănătății copiilor în general, inclusiv a celor de vârstă școlară. Această lărgire a sferei de activitate a făcut ca fostul institut de ocrotire a mamei și a copilului să se transforme în două institute independente: Institutul Central de Pediatrie și Institutul de moașe și de ginecologie.

Institutul Central de Pediatrie (I. C. P.) cuprinde șase servicii.

1. **Serviciul pediatriei și al terapiei** (conducătorul lui este emeritul om de știință, profesorul Speranski, membru corespondent al Academiei de științe). Acest serviciu cuprinde un șir de clinici de medicină internă de boli nervoase de tuberculoză, o clinică a copiilor născuți înainte de termen, de boli venerice și de piele, o clinică psihiatrică și două laboratorii: diagnostico-clinic și biochimic.

2. **Serviciul de fiziologie și nutriție** (conducător Prof. Timbler). Această secție cuprinde clinica de nutriție curativă și două laboratorii: fiziologico-experimental și de chimie a nutriției.

3. **Serviciul de desvoltare și educare a copiilor** (conducător Prof. Scelovanov), cupinzând două laboratorii pentru studiul desvoltării creerului și unul biochimic, două cabinete; pedagogic și reflexologic, ca și o stațiune fiziologică pentru copiii de vârsta fragedă.

4. **Serviciul de patologie generală** (conducător Prof. Nicolaev), cuprinde secțiile: hematologică, fiziopatologică, bio-chimică, un muzeu și un vivarium.

5. **Serviciul infecțiilor infantile acute** (conducător Prof. Dobrobotova), cuprinde trei clinici: de tusă măgărească, de pojar, de difterie și două laboratorii: bio-chimie și diagnostico-clinic.

6. **Serviciul de higienă și de organizație a instituțiilor infantile** (conducător Docenta Zaborovskaia). In alcătuirea acestui serviciu intră șase cabinete: de organizare a leagănelor și căminurilor de copii, de organizare a consultațiilor pentru copii și a policlinicilor de oragnizare a asistenței juridico-sociale pentru femei, de organizare a statisticii sanitare, de organizare a metodelor activității sanitaro-educative și de metodologie.

Institutul e centrul care conduce activitatea de cercetări științifice și de metodă și organizare a tuturor institutelor secundare și a catedrelor de pediatrie. Institutul fixează problemele, subiectele care se trimit institutelor și catedreloor; conferințele științifice asupra acestor probleme se țin odată pe trimestru, iar odată pe an se țin sesiuni științifice, la care se prezintă reprezentanții catedrelor de pe lângă institutele din întreaga Uniune Sovietică.

Institutul publică un buletin informativ despre mersul lucrărilor de cercetări științifice asupra problemelor de pediatrie. Războiul a dat naștere necesității studiului unui șir de probleme noi, ca de pildă: apărarea sanitară a copiilor în condițiile atacului aerian. Pe baza studiului clinico-experimental al specificului fiziologic și al respirației copilului, s'au elaborat metodele apărării colective și individuale a copiilor.

O deosebită importanță a căpătat-o problema traumatismelor psihice la copii, ca și aceia a urmărilor traumatismelor psihice la mame în timpul lehuziei.

Un loc mare în activitatea institutului îl ocupă pregătirea cadrelor pentru instituțiile infantile curative și profilactice și perfecționarea colaboratorilor în domeniul pediatriei.

In acest scop institutul organizează cursuri, la care sunt detașați medici din toate republicele unionale. Ținând seama de condițiile timpului de război I. C. P. a organizat cursuri prin corespondență pentru perfecționarea medicilor pediatri.

Pe lângă aceasta institutul organizează în centrele regionale, cursuri ţinute de specialişti cu înaltă calificare. TOATE CURSURILE SUNT GRATUITE. Personalul institutului se deplasează de asemenea în ţinuturile eliberate de sub ocupaţie, pentru a da ajutor la restaurarea instituţiilor pentru copii, distruse de fascişti, ca şi pentru a organiza noi instituţii de acest fel.

Un grup de asemenea specialişti ai I. C. P. care a avut această misiune, nu numai că a dat un mare ajutor organizatoric organelor locale de ocrotire a sănătăţii, dar a şi desfăşurat o largă activitate didactică, ţinând seminarii, consfătuiri şi cicluri de conferinţe.

Serviciul de higienă şi de organizare a instituţiilor pentru copii al institutului elaborează proectele de construcţii şi de dotare rațională a instituţiilor pentru copii. Pe baza referatelor acestui serviciu, Institutul Industriei Textile confecţionează trusouri complecte pentru noii născuţi, care se vând prin magazine. Pentru ajutorarea republicilor la organizarea noilor instituţii pentru copii, Institutul Central trimite cărţi, albume, desene, machete speciale, mostre de îmbrăcăminte recomandată, de mobilier, etc..

Institutul depune o muncă importantă pentru cercetarea chestiunilor privind desvoltarea fizică şi educaţia sanitară a şcolarilor.

O însemnătate uriaşă are larga activitate editorială a institutului; el a tipărit nenumărate manuale, literatură populară şi material auxiliar.

Manualele de Pediatrie scrise de colaboratorii institutului, sub conducerea profesorului Speranski, formează cartea de căpătâiu a multor mii de medici-pediatri. Principalele manuale pentru organizarea lucrului în leagăne de copii, a dispensarelor de copii, a căminurilor de copii şi a. m. d. sunt opere ale colaboratorilor institutului.

Pentru munca lor rodnică de mulţi ani de zile, mai mulţi colaboratori ai Institutului dintre cei mai vechi au fost decoraţi cu ordine şi însignele „Fruntaş al ocrotirii sănătăţii".

ACTIVITATEA ŞTIINŢIFICĂ A PROFESORULUI PAVLOV *)

de

Prof. C. PARHON

Progresele rapide ale ştiinţei din marea Uniune vecină sunt datorate într'o largă măsură şi înaltei înţelegeri pe care conducătorii Sovietici o au pentru valoarea socială a ştiinţei şi ca urmare a punerei la dispoziţia cercetătorilor a condiţiilor materiale şi morale, cele mai favorabile pentru ca ei să îşi poată desfăşura toată activitatea de care sunt capabili.

In rândurile ce urmează voiu vorbi pe scurt de opera unui mare

*) „*Veac Nou*" No 10 | 1945.

savant care a lucrat un lung şir de ani, peste 25, pe un teren înrudit, cu cel pe care îl cercetez eu însumi, şi deci pe care îl cunosc mai bine.

E vorba de I. P. Pavlov, fiziologist şi psiholog a cărui faimă e răspândită în lumea întreagă.

Acest cercetător a început prin a studia fermenţii digestivi, arătând că ei prezintă o însemnată specificitate pentru diferitele feluri de alimente.

Abordând mecanismul nervos al fenomenelor secretorii, el a demonstrat intervenţia în acest mecanism a centrilor superiori — cerebrali — ajungând la stabilirea unei noţiuni noi, referitoare la unele fenomene reflexe, anume la aceea a **reflexelor condiţionate.**

Studiul reflexelor în general şi al rolului lor în organism a preocupat foarte mult pe cercetătorii ruşi.

Citâm astfel, lunga serie de lucrări ale lui Bechterew, care a demonstrat, între altele, înşiruirea de reflexe în fenomenele de masticaţia înghiţire, contracţiuni şi secreţiuni esofagenale stomacale şi intestinale ca şi fenomenele psihice.

Studiul reflexelor a luat în cercetările lui Pavlov şi ale ultimului savant citat, o desvoltare aşa de însemnată, în cât cu drept cuvânt se vorbeşte de **Reflexologia lui Pavlov şi Bechterew.**

Pavlov a dovedit între altele că introducerea alimentelor în tubul digestiv determină secreţiunea glandelor stomacale chiar şi atunci când stomacul nu se mai găseşte în continuitatea esofagului.

Pavlov secţionează transversal extremitatea inferioară a esofagului apoi coase în jurul unui orificiu practicat la suprafaţa cutanată abdominală extremitatea inferioară a esofagului în aşa fel în cât alimentele introduse în gură şi înghiţite, ies prin orificiul mai sus menţionat, deci nu mai pătrund în stomac.

Pe de altă parte, orificiul rămas liber la extremitatea superioară a stomacului e cusut în acelaşi fel la suprafaţa pielei unde se practică o deschidere pentru ca să poată ieşi conţinutul stomacului.

Dacă în aceste condiţiuni administrăm animalului în experienţă alimente, ele vor ieşi prin extremitatea inferioară a esofagului, fără deci să mai pătrundă în stomac. Dar glandele acestuia vor secreta ca şi când hrănirea s'ar fi făcut în mod normal.

Pavlov demonstră prin această experienţă că pentru ca secreţiunea stomacală să aibă loc după ingerarea alimentelor nu e absolut necesar ca stomacul să fie în continuitatea esofagului nici măcar prin nervii tubului digestiv, şi că pe de altă parte impresiunile gustative şi cele psihice în general intervin în fenomenele de secreţiune.

Continuând cercetările sale referitoare la rolul centrilor nervoşi cerebrali în fenomenele de secreţiune şi acela al vieţii psihice, Pavlov ajunge la **descoperirea reflexelor condiţionale,** cu alte cuvinte a fenomenelor reflexe ce se produc numai în anumite condiţiuni, reflexe putând fi câştigate întâmplător sau imprimate animalului în mod experimental.

Când punem pe limba unui animal, fie el şi un om, o picătură de zeamă de lămâie, de oţet, etc., se va produce imediat o secreţiune de salivă.

Acidul care aplicat pe limbă determină secreţiunea salivei poartă numele de **excitant absolut.**

Alte excitaţii optice, tactile, auditive, spre exemplu vederea unei colorii, a unui desemn, atingerea pielei, un sunet, etc., nu determină de obiceiu secreţiunea de salivă.

Savantul de care ne ocupăm a descoperit totuşi că în anumite condiţiuni, excitaţii de felul celor ce am citat pot fi utilizate pentru a deslănţui reflexul secreţiunii salivare.

Pentru acest fenomen el a introdus în ştiinţă numele de **reflex condiţional.**

Cum putem realiza un astfel de reflex.

Dacă în timp ce aplicăm excitantul absolut, facem să se audă un sunet anumit şi dacă repetăm la scurte intervale, ambele excitaţiuni de un număr de ori, mai mult sau mai puţin însemnat, ajungem la un moment când auzirea sunetului va fi suficientă pentru procurarea secreţiunii salivare, în cantitate asemănătoare aceleia obţinută prin aplicarea excitantului absolut.

Dar şi excitanţi de altă natură, optici, tactili, dureroşi şi termici, spre exemplu o colorare, o formă în cerc, un pătrat, un oval, atingerea sau înţeparea pielei, aplicarea unui corp cald, a unui curent electric şi aşa mai departe pot servi ca **excitanţi condiţionali**, cu alte cuvinte, care aplicaţi concomitent cu excitaţia limbei să poată ajunge la un moment dat să provoace şi singuri secreţiunea salivară.

Insuşi timpul poate servi ca excitant pentru reflexe condiţionale şi din acest punct de vedere e de amintit că la persoanele obicinuite să se alimenteze, să se culce şi să se scoale la ore precise, secreţiunea digestivă, somnul şi deşteptarea se stabilesc automatt la ore respective.

Ceva mai mult: putem face ca o a doua excitaţie aplicată după cea dintâi, o coloare spre exemplu, după un sunet să provoace secreţiunea salivară. In acest caz însă, sunetul singur nu va mai provoca reflexul. Dar coloarea singură îl va determina.

Avem un **reflex condiţional de al 2-lea ordin.**

Durata reflexelor condiţionale nu e absolută. Dacă un reflex de felul acesta, odată stabilit, recurgem la un anumit număr de ori numai la excitantul condiţional, fără a-l mai susţine din timp în timp prin excitantul absolut, observăm o descreştere progresivă a numărului de picături de salivă secretată până la încetarea complectă a fenomenului.

Se vorbeşte atunci de **stingerea reflexului condiţional.**

Dacă după dispariţia secreţiunei salivei în urma aplicărei excitantului nespecific, aplicăm o dată cu acesta pe cel absolut ((picătura de acid pe limbă) şi repetăm din dubla excitaţie de un număr de ori, reuşim să **restabilim reflexul condiţional.**

Dispariţia reflexului condiţional în circumstanţele ce am amintit a fost considerată de P a v l o v ca o inhibiţie şi anume o **inhibiţie internă** spre deosebire de **inhibiţia externă** despre care rămâne să vorbim acum.

Putem într'adevăr să obţinem dispariţia reflexului condiţional aplicând în acelaşi timp cu excitantul pentru care am reuşit să-l obţinem o excitaţie puternică care poate fi ea însăşi de natură variată. Acest fenomen a fost numit de P a v l o v inhibiţiunea externă.

E de asemenea interesant de remarcat faptul că un reflex condiţional odată stabilit pentru o anumită excitaţiune acustică spre exemplu el se observă şi pentru sunete produse de un număr de vibraţiuni apropiate, dar când diferenţa între numărul de vibraţiuni ale sunetului ce am întrebuinţat ca excitant condiţional şi acela cu care experimentăm ulterior e prea însemnat secreţiunea salivei nu se mai observă.

Tot astfel stabilind un reflex condiţional pentru apariţia unui cerc spre exemplu el va putea să se producă şi când în locul cercului arătăm un oval puţin accentuat pe câtă vreme cu un oval alungit reflexul nu se va mai obţine.

Se vorbeşte atunci de **fenomenul de diferenţiere** considerat de P a v l o v tot ca o inhibiţiune internă stabilind preciziunea percepţiilor animalului asupra căruia experimentăm, proprii săi centrii cerebrali fiind consideraţi ca analizori.

E dela sine înţeles că observaţiuni de acest fel se pot face şi pe om şi interesul ce îl au când voim să studiem spre exemplu psihologia unui copil sau aptitudinele profesionale ale cuiva.

Inhibiţia (internă sau externă) poate merge până la dispariţia unui însemnat număr de reacţiuni ceea ce determină somnul, iar savantul cercetător rus explică pe această cale şi unele **fenomene patologice** observate spre exemplu în isterie sau în cursul unei grave boale mintale ce poartă numele de skizofrenie.

Este evident că reflexele condiţionale nu se produc numai în domeniul secreţiunilor, putem obţine astfel de **reflexe şi pentru muşchii striaţi sau netezi.**

Dacă spre exemplu înțepând talpa și obținând astfel retracțiunea violentă a membrului respectiv, recurgem în același timp și la un excitantt optic sau acustic, vom reuși după un anumit număr de duble excitațiuni să obținem retracțiunea piciorului și după simpla excitație optică sau acustică.

Tot astfel putem stabili **reflexe condiționale vasomotorii** sau de altfel, In plus răspunsul nu trebue să fie în mod obligatoriu o reacție pozitivă ușor observabilă. El se poate manifesta precum am mai spus, prin oprirea unei reacțiuni.

Ca reflexe condiționale trebuesc privite și **manifestările de psihologie ideoafectivă.**

Unele atracțiuni sau represiuni se explică nu atât prin prezența unor anumite obiecte, persoane, situațiuni privite în ele însile ci prin fapttul că acestea se găsesc asociate și creerul persoanei ce sufere aceste atracțiuni sau repulsiuni cu imagini cu un colorit afectiv plăcut sau displăcut, imagini ce servesc ca excitant sau inhibitor pentru un reflex condițional.

Pavlov și numeroșii săi elevi au studiat reflexele condiționale și împrejurările cele mai variate: fiziologia, patologia și experimentale spre exemplu în cursul sarcinii, după extirparea glandei tiroide, sau a regiunei anterioare sau posterioare a creerului, după ridicarea scoarței cerebrale.

Extrem de interesantă e constatarea marelui fiziologist referitoare la modul cum reacționează diferitele generații de epuri de casă la producerea reflexelor condiționale.

Pavloov observă într'adevăr că pentru a se realiza un astfel de reflex sunt necesari 300 de excitații combinate în prima generație, pe câtă vreme în a 2-a, numărul necesar e de 10 ori mai mic (30), iar în a 4-a generație, numai de 10, și a 5-a reducându-se la 5.

Această constatare apare ca o **demonstrație a transmisiunei ereditare a unor caractere câștigate**, transmisiune contestată în general de autorii care s'au ocupat cu cercetările de genetică.

Lucrările lui Pavlov aruncă o lumină vie asupra **vieții psihice în starea normală și patologică.**

Din punctul de vedere al **psihogenezei și al educației copiilor,** intervenția reflexelor condiționale e din cele mai importante.

O găsim în mecanismul vorbirei, al scrierii, al fenomenelor de excitație sau inhibiție psihică a școlarilor (ca și la adulți de altfel).

Se poate discuta dacă aceste reflexe nu **intervin și în gândirea silogistică.**

Nu mi se pare îndoelnic că ele au un rol important în ceea ce se poate numi gândirea prin clișee, adoptate de mai înainte, fără control, sugerate, sau imprimate prin educație.

Ori de câte ori clișeul adoptat se prezintă, urmează o reacțiune totdeauna aceeași.

Dresarea animalelor inclusiv a speciei umane se face prin stabilirea de reflexe condiționale.

In patologie ele intervin într'o largă măsură. Am amintit mai înainte de rolul lor posibil sau probabil în isterie sau în unele forme a skizofreniei.

De sigur unele turburări în funcțiunile psiho-sexuale au loc prin același intermediu al reflexelor condiționale.

Lucrările lui Pavlov au avut un răsunet printre fiziologiștii, psihilogii și pshiatrii din întreaga lume.

La noi în țară, profesorul Marinescu și Kreindler au consacrat problemei reflexelor condiționale un volum de 171 pagini (in 4-a), publicat de Felix Alcan (Boris) în 1935.

Cei 2 autori în colaborare cu L. Copelman au adus o altă contribuțiune la studiul aceleiași probleme în legătură cu textul lui Roschbach (cu care să cerceteze imaginația) și dinamica soartei cerebrale, iar în colaborare cu Sager, au studiat bâlbâiala în legătură cu reflexele condiționale.

BCU / Central University Library Cluj

UN MARE CHIRURG RUS *)

de

Generalul-colonel medic E. SMIRNOV
Şeful Direcţiunii generale a Armatei Roşii

Activitatea lui Nicolai Ivanovici Pirogov constituie o pagină importantă în desvoltarea ştiinţei ruse.

Pirogov a fost un mare chirurg, un minunat anatomist, un strălucit organizator al serviciului medical militar. Ideile lui, munca lui enormă pe tărâm ştiinţific şi pe câmpul de luptă a creat, de fapt, chirurgia militară rusă.

Viaţa lui Pirogov este o pildă de slujbă plină de abnegaţie în serviciul poporului, în serviciul ştiinţei ruse şi al ştiinţei mondiale.

Pirogov s'a născut în anul 1810, ca fiu al unui funcţionar din Moscova. La 14 ani, s'a înscris la facultatea de medicină a universităţii din Moscova; ca să se poată înscrie a fost nevoit să declare că are 16 ani. A terminat facultatea în 1827; apoi şi-a continuat studiile, susţinându-şi teza de doctorat şi a fost numit profesor universitar.

Ce merite are Pirogov în medicina militară?

Se poate spune, în general, că în Rusia, medicina s'a născut ca medicină militară practică. Apariţia ei se datoreşte mai ales creării armatei regulate. Încă de pe timpul lui Petru I „vracii" erau pregătiţi pe lângă spitalele şi şcolile militare, de unde ieşeau ca vraci de meserie.

La începutul Războiului de Apărare a Patriei din 1812, medicina militară rusă avea deja o existenţă de aproape un secol, dar ştiinţa nu se generalizase. In toată Rusia nu existau pe timpul acela decât 2000 de medici din care o jumătate erau numai în armată. Ajutorul medical pentru răniţi era departe de a fi perfect; nu era nici organizat şi nici destul de efectiv, chiar dacă ţinem seama de nivelul cunoştinţelor ştiinţifice din acel timp.

Pirogov a avut prilejul să-şi îmbogăţească experienţa în Războiul din 1847. In timpul campaniei din Caucaz, el a plecat pentru prima oară pe teatrul de luptă. Scopul principal al călătoriei era experimentarea pe câmpul de luptă a anesteziei cu eter. Până atunci anestezia nu fusese de loc folosită în spitalele de campanie.

Pentru a ne da seama de importanţa activităţii lui Pirogov, e destul să ne amintim de suferinţele prinţului Andrei Boleonski, atât de strălucit descrise în romanul „Război şi Pace" de Lev Tolstoi. Când prinţul Andrei rănit fu adus la spitalul de ajutor, „din corturi se auzeau ba ţipete stridente, pline de groază, ba gemete de durere". In cort erau trei mese. Două erau ocupate, pe cea de a treia fu întins prinţul Andrei... Pe masa de alături se afla un Tătar, probabil Kazah, judecând după haina aruncată lângă el. Patru soldaţi îl ţineau zdravăn: Doctorul cu ochelari, tăia ceva pe spatele lui cafeniu, musculos.

— Uh, uh, uh! horcăia parcă Tătarul. Şi deodată, ridicând capul cu faţa smeadă, cu nas turtit şi cu pometi proeminenţi, cu gura rănită i se vedeau dinţii albi, începu să se smucească, să se sbată şi să ţipe prelung cu o voce stridentă. Pe cealaltă masă, lângă care era adunată multă lume, era întins cu faţa în sus un om voinic, gras, cu capul răsturnat pe spate... Câţiva infirmieri, culcaţi pe pieptul lui, îl ţineau cu putere... Omul acesta plângea cu sughiţuri şi se îneca cu lacrimile.

*) Din „*Graiul Nou*" No 18 din 12 Febr. 1945.

In urma propunerii lui Pirogov, anestezia a fost introdusă în practica chirurgicală, pentru prima oară în istoria războaielor. Ea a ușurat suferințele a milioane de oameni, ceea ce constituie o mândrie a științei medicale ruse. Medicina militară mondială nu cunoștea până atunci ceva asemănător.

In afară de această foarte importantă descoperire, Pirogov a fost primul, care a propus ca fracturile membrelor, provocate de arme de foc, să fie tratate cu așa numitul bandaj de amidon, iar mai pe urmă cu bandaje de gips. Bandajul acesta crează imobilitatea completă a membrului fracturat, ceea ce constituie condiție fundamentală pentru vindecarea rapidă. Bandajul de gips se întrebuințează pe o scară întinsă și azi.

Pirogov a mai descoperit și multe alte metode de tratare a rănițiilor în timpul campaniei din Caucaz. Nicolai Ivanovici a desfășurat însă o activitate deosebit de strălucită mai ales în timpul apărării Sevastopolului în anul 1845.

Situația răniților din Sevastopol mai ales în ce privește încartiruirea, era groaznică. Mortalitatea era foarte ridicată și Pigorov își dădu seama că numai cu mijloace curative mortalitatea aceea enormă nu putea fi înlăturată. Era de trebuință o mare muncă de organizare. Pirogov a propus să se organizeze evacuarea sistematică a răniților și să se creeze spitale mari în localitățile din apropierea frontului.

Pirogov a organizat el însuși clasificarea răniților. El a împărțit răniții în patru grupe: cei pentru care orice ajutor era de prisos, cei care aveau nevoie de ajutor imediat sau de măsuri preventive, cei care trebuiau transportați și cei răniți ușor.

Până atunci medicina militară nu cunoscuse astfel de metode. Astăzi principiile de clasificare a răniților constituie piatra unghiulară, temelia activității medicinii militare.

Pentru prima oară în medicina militară rusă, Pirogov a pus bazele activității surorilor de caritate. Intrebuințarea femeilor la ajutorarea răniților a devenit o lege nu numai la noi, ci în toate țările din Europa și din America.

Nu ne este cu putință să enumărăm într'un articol toate problemele de medicină militară de care s'a ocupat Pirogov. Medicina militară din lumea întreagă îi este recunoscătoare lui Pirogov pentru teoria clasificării răniților și bolnavilor de pe teatrul de luptă, pentru tratamentul fracturilor oaselor cilindrice datorite armelor de foc, pentru introducerea anesteziei în spitalele armatelor active.

Nicolai Ivanovici Pirogov este creatorul medicinii militare moderne. Marele succese ale medciii militare a Armatei Roșii se datoresc în mare măsură folosirii învățăturilor lăsate de Pirogov în mod practic și pe o scară întinsă pe câmpurile de luptă ale Marelui Război de Apărare a Patriei.

ANALIZE

Infecţioase

D-r C. BART: **Contribuţie la diagnosticul tifosului exantematic.** — Ardealul Medical No. 12/1944.

Autorul într'un prim capitol expune **Date recente privitor la diagnosticul tifosului exantematic,** de ordin clinic şi de laborator: a) De ordin clinic, dermografismul este întârziat (Sylla şi Panchow); — Bütler atrage atenţia asupra depozitului caracteristic de pe limba exantematicilor, care are un aspect socolatiu şi e asociat întotdeauna cu catarul ocular; — alţi autori au descris forme speciale de miocardită; — Lieben descrie în 78% de cazuri o floculare coloidală de albumină în urinele exantematicilor; b) de laborator: în ceea ce priveşte reacţia W. F. ca valoare şi modificări de tehnică, s'a pretins că titlul reacţiei nu mai contează dela 1 pe 50 şi trebue să fie cel puţin 1 pe 200, pentru ca reacţia să aibă valoare de diagnostic; — sau adaos şi alte boli la acelea altele decât tifosul exantematic în care reacţia W. F. este pozitivă precum trachomul, panencefalomielita, diferite rickettose, şi anume: bronşite, pielite, cistite provocate de b. proteus; — Steuer a descoperit **metoda aglutinării cu sânge uscat;** — Friedbergher încă din 1919 întrebuinţa o probă cutanată cu extract de proteus X (exantină), probă restudiată de Giraud şi considerată ca un fenomen alergic al org. uman suprasensibilizat la albuminele de păduche; — prin descoperirea toxinei exantematice, Gildmes'er şi Haagen au descris un procedeu de diagnostic prin aşa zisul test de neutralizare.

Faţă de cazurile suspecte, adică cu reacţia W. F. pozitivă în sânge, dar fără simptome tipice, precum şi faţă de cazurile tipice clinic dar cu reacţia W. F. negativă în sânge, sau de reacţia W. F. pozitivă în multe forme abortive sau inaparente, sau pozitivă în sânge în alte boale decât tifosul exantematic, autorul a recurs la **Metoda reacţiei Vei-Fe'ix în lichidul cefalo-rachidian la diferite cazuri de tifos exantematic,** metodă care până la dânsul constituise o simplă speculaţiune de laborator. şi pe care a introdus-o în practica curentă ca metodă uzuală de laborator. Metoda a fost practicată pentru prima dată cu ocazia unei epidemii de vară pe 68 de cazuri, cea mai mare parte uşoare sau inaparente şi a fost executată odată cu practicarea reacţiei şi în sânge constatând un paralelism complect, ba chiar cu un titlu mai mare decât de 1 la 200 într'un procent de 67,5%, pe când în sânge atingea un procent cu 57,14% şi aceasta în cazuri atipice ceea ce-i creştea valoarea diagnostică; numai în 5 cazuri reacţia a fost negativă în lichid dar pozitivă în sânge, dar aceste cazuri erau forme grave asociate cu turburări nervoase, ceea ce a fost interpretat de autor că sistemul nervos central, organ de sine stătător şi formator de anticorpi, era prea intoxicat de toxina exantematică şi nu mai putea să reacţioneze răspunzând cu forme de anticorpi.

M. Cânciulescu

* * *

Reacţia D-r KUDICKE-STEUER: **Technica reacţiei.**

1. Prepararea materialului

1. Lame de sticlă (lame de microscop) bine degresate cu alcool şi eter, perfect uscate.

2. Pipetă de 1 cm. sau orice altă pipetă, chiar pipeta Basterur caer să aibă un lumen şi perete, astfel ca 20 picături să fie egale cu un cm.

3. Etichete, suficient de mari, pe care se pot scri numele şi pronumele omului sau un număr de ordine.

4. Un flacon ca suspensie standardizată de antigen (proteus X 19), livrat de Institutul de seruri şi vaccinuri „D-r Cantacuzino", care se agită în momentul întrebuinţării pentru ca suspensia de germeni să devină omogenă.

5. Până în momentul întrebuinţării, flaconul cu antigen se ţine la răcoare. Nu se va întrebuinţa flacoanele cu suspensie de germeni care sunt mai vechi de 4 luni dela data marcată pe eticheta flaconului.

Antigenele se găsesc la Depozitele Sanitare ale Armatei.

6. Ace cu gămălie, ace de siringă sau ace Franke.

7. Vată hihdrofilă.

2. Recoltarea sângelui

1. După desinfecţia cu alcool şi eter a pulpei unui deget, se înţeapă acesta cu un ac de siringă sau cu un ac Franke.

2. Se exprimă pulpa pentru a se procura o picătură de sânge care se întinde pe lamă, astfel ca suprafaţa picăturei să aibe un diametru de 1 cm. Se pune pe o lamă 3 asemenea picături, câte una la fiecare margine şi una la mijloc.

Pe una din picăturile din margini se aşează eticheta cu numele omului sau numărul de ordine, care se lipeşte imediat.

3. Se lasă lama să se usuce la umbră şi la adăpost de muşte.

CC-BY / Central University Library Cluj

3. Amestecul de sânge antigen

1. Pe fiecare din cele două picături de sânge uscat care au rămas pe lamă se picură câte o picătură de antigen standardizat din flaconul care a fost agitat imediat înainte.

2. Cu ajutorul unui bastonaş de sticlă sau cu colţul unei lame de microscop se întinde picătura de suspensie de antigen peste suprafaţa de sânge uscat, în aşa fel ca să nu se atingă pojghiţa de sânge uscat.

Când se va face amestecul pe lama altui individ, bastonaşul de sticlă sau colţul lamei microscopice care serveşte pentrru amestec, se clăteşte în apă şi se şterge cu vată hidrofilă.

3. Se asigură amestecarea suspensiei microbiene cu sângele uscat înclinând lama în diferite sensuri.

4. Citirea reacţiei

Se citeşte reacţia după 10—12 minute.

Dacă lichidul rămâne omogen opalescent reacţia este negativă; dacă apar încă grunji sau mici pelicule, reacţia este pozitivă (aglutinarea proteului X 19). Pentru a se putea citi uşor reacţia, se aşează o oglindă de buzunar, uşor oblic pe un fond negru (hârtie neagră) astfel ca razele luminoase să nu vină direct în ochii noştri, ci să fie reflectate oblic în sus. Căutându-se în spaţiu un loc convenabil al lamei cu amestec de antigen-sânge în faţa oglinzei astfel aranjată, citirea se face cu foarte multă uşurinţă.

Aglutinările extrem de slabe sau dubioase, se socotesc negative.

5. Interpretarea reacţiei

Dacă reacţia este pozitivă, înseamnă că persoana respectivă este bolnavă de tifos exantematic sau a fost bolnavă de curând.

Nu se pierde din vedere că există forme inaparente, atipice sau fruste de tifost exantematic.

M. M. R.

* * *

Intoxicaţiuni

Prof. GH. BĂLTĂCEANU, M. STANESCU, I. GHIŞA: **Intoxicaţiune prin alcool metilic la un vechiu alcoolic.** — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest, No. 9—10/1943.

Cu ocazia relatării unei intoxicaţiuni clasice de alcool metilic, autorii fac diagnosticul diferenţial detaliat cu diferite intoxicaţiuni cu simptomatologie apropiată, precum: infecţia botulinică, intoxicaţia indogenă, intoxicaţia acută şi cronică prin anilină, intoxicaţia acută şi cronică prin alcool etilic.

Autorii relatează asupra gradului de nocivitate al j alcoolului metilic. Adaugă că sunt expuşi la o asemenea intoxicaţie chiar fumătorii, o parte din accidentele atribuite nicotinei fiind datorată alcoolului metilic, care se găseşte în produsul de destilaţie al tabacului.

M. C

* * *

Istoria Medicinei

Comemorarea Doctorului Nicolae Kretzulescu.

In ziua de 19 Februarie 1944, a fost comemorat la Academia de Medicină **Viaţa şi Opera Doctorului N. Kretzulescu,** cu ocazia împlinirii a 100 de ani dela înfiinţarea învăţământului medical în România şi a apariţiei primului Manual de Anatomie în limba română.

Discursul de comemorare a fost ţinut de d-l D-r Gh. Ionescu—Brăila, Vice-Preşedintele Academiei de Medicină. Intre altele, Domnia-Sa a comunicat că cu apariţia primului **Manual de Anatomie în limba română,** a reuşit să facă să funcţioneze anul întâi al primei „Şcoale de mică Chirurgie" dela Sptialul Colţea în 1842. Această şcoală n'a funcţionat decât un an, a reînviat însă în 1854 şi s'a transformat în 1855, în **Şcoală elementară de Medicină,** cu secţiuni de farmacie şi medicină veterinară, sub conducerea D-rului C. Davilla.

M. M. R.

* * *

Neuro-Chirurgie

D. BAGDASAR şi C. ARSENIE: **Tumorile Cerebeloase.** (Dare de seamă anatomo-clinică şi neuro-chirurgicală pe 44 de cazuri verificate). — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest, No. 9—10/1943.

Intr'o comunicare făcută la Societatea spitalelor din Bucureşti, autorii fac o dare de seamă asupra manifestaţiunilor clinice ale tumorilor cerebeloase primitive, şi asupra rezultatelor operatorii obţinute în acest grup de neoplazii. Studiul îmbracă un caracter rezumativ şi poartă asupra 38 tumori intra-cerebeloase şi 6 tumori extra-cerebeloase, dintr'un număr total de 311 tumori cerebrale primitive verificate, dintre care 201 localizate deasupra cortului, şi 110 în loja posterioară. Mai toate neoplaziile glia'e erau reprezentate, numai câteva de o origină diferită de a gliomelor.

Ca istoric clinic, durata evoluţiunei dela început până la intrarea în spital a variat între 2 săptămâni şi 11 ani. Primele simptome în cea mai mare parte din cazuri, au fost fenomene de hipertensiune intra-craniană, obişnuit cefaleea, care s'a prezentat ca unic simptom la 22 bolnavi asociată cu vărsături, ameţeli şi turburări de echilibru la 13 bolnavi, la ceilalţi 9 a lipsit simptomele, fiind reprezentate prin micşorarea vederii, a auzului, turburări de memorie, paralizie facială periferică, strabism.

Examenul neurologic la intrarea în spital descoperea: ca vârste, dela 6 ani la 49 ani; — hidrocefalie, la 3 bolnavi sub 15 ani; — fotofobie, la 5 bolnavi; — înţepeneala cefei, la 22 bolnavi; — înclinarea capului, la 22 bolnavi; — staza papilară la 38 bolnavi; — fenomene cerebeloase, turburări de echi-

libru, la 39 bolnavi; — odiadococinesie și hipemetrie, la 34 bolnavi; — nystagmus la 29 bolnavi; — atacuri cerebeloase, la 4 bolnavi; — crize bulbare, o bolnavă cu tumora vermisului; — poziția bolnavului, la 4 bolnavi decubitus lateral; — nervii cranieni au fost prinși în mod variabil; — exoftalmie la 8 bolnavi; — fenomene piramidale au prezentat 19 bolnavi; — turburări de sensibilitate, foarte rară; — convulsiuni jacsoniene și generalizate, la 5 bolnavi; — turburări psihice, la 24 bolnavi, cel mai adesea confuzia mintală.

N'au existat semne sau simptome caracteristice pentru o tumoră cerebeloasă, numai participarea nervilor cranieni în cele din urmă 8 perechi a putut traduce o localizație precisă a neoplaziei.

Radiografia la 27 bolnavi din 38, la care a fost practicată, a descoperit exagerația impresiunilor digitale, semn de hipertensiune intra-cranjană.

Ventriculografia singură dă certitudine absolută; în 27 de cazuri cu penurie de simptome de focar a dat indicații precise.

Tratamentul chirurgical, 2 bolnavi au murit fără să fie operați; 42 bolnavi au fost operați prin metoda lui Cushing; la 4 bolnavi s'a limitat la o intervenție de compresivă; tumorile profunde au fost abordate după o rezecție variabilă a substanței cerebeloase care acoperea țesutul neoplazic sub jacent.

Radioterapia a fost aplicată în toate cazurile în care îndepărtarea tumorii n'a fost integrală, s'a aplicat metoda lui Coutard.

Ca rezultat, 17 bolnavi au sucombat îndată după operație și din cauza operației, deci o mortalitate de 40%, mortalitate ridicată prin faptul că un oarecare număr de bolnavi au fost aduși în serviciu în stare disperată. 25 bolnavi au trăit după prima intervenție, deci o proporție de supraviețuire de 59,5%, dintre care 8 au fost reoperați pentru reddivă într'un interval de timp de 8 luni până la 2 ani.

Pentrucă statistica ar fi trebuit să poarte asupra grupelor de tumori considerate separat și mai ales asupra mediei de supraviețuire pentru fiecare din aceste grupe, autorii vor reveni cu detalii mai ample și considerațiuni particulare asupra chirurgiei tumorilor cerebrale în general și cerebeloase în special, cari fac parte din statistica lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

* * *

Respirator

Prof. N. GH. LUPU, ȘT. CHISĂR și I. A. TOMESCU: **Contribuțiuni la studiul bacilozei pleuro-peritoneale, în cursul ultimilor 5 ani.** — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest, No. 9—10/1943.

Autorii fac considerațiuni asupra unei serii de 386 bolnavi atinși de pleurezie serofibrinoasă sau de pleuroperitonită, îngrijiți în clinică în ultimii 5 ani, constatând: 1) Creșterea progresivă a numărului de pleurezii în cursul ultimilor ani; — Media numărului zilelor de tratament a crescut; — 3) O predominență manifestă în lunile de iarnă și în primăvară, fapt atribuit unei carențe în avitamine a organismului în aceste luni; — 4) O predominență a tuberculozei seroaselor la persoane tinere sub 20 ani, sau între 20 la 30 ani; — 5) Între 15 și 20 ani, un maximum de frecvență la băieți tineri, între 20 și 30 ani la sexul femenin, în relație cu gestația și sarcina; — 6) Între 40 și 60 ani, pleurezia serofibrinoasă diminuă în frecvență și atinge în măsură egală femei și oameni; — 7) În anii de război, un număr mai mare de pleurezie la persoanele în vârste; — 8) Localizarea la dreapta mai frecventă, și fiind dată raritatea pleureziei serofibrinoase interlobare și mediastinale, autorii susțin că tuberculoza seroasei pleurale este în strânsă legătură cu diseminația precoce hematogenă; — 9) Pleurezia sero-fibrinoasă apare de 2 ori mai frecvent decât tuberculoza incipientă a parenhimului pulmonar; — 10) Ca manifestațiuni alergice, autorii au obținut o intradermo-reacție cu tuberculină intens pozitivă într'o proporție ridicată a cazurilor, de 33% în 1939 și de 25% în 1941 și 1942, ceea ce face pe autori să remarce numărul mare de fenomene alergice care pot să însoțească începutul sau evoluția unei pleurezii serofibrinoase, la fel precum debutul și evoluția oricărei manifestațiuni tuberculoase.

Ca tratament autorii punând frequenţa mai mare a acestor afecţiuni seroase în timpul lunilor de iarnă şi de primăvară pe seama unei carenţe vitaminice, după cum au şi constatat o eliminare mai redusă de vitamină C în urinele bolnavilor bacilari, aplică regulat tratamentul cu vitamina C asociat cu calciterapia la pleuretici şi la bacilari în general, obţinând foarte bune rezultate.

M. C.

* * *

Terapeutică

M. ENĂCHESCU: **Terapeutica activă.** — România Medicală No. 18—20/1944.

Autorul arată că procedeele de tratament care nu pun la încercare contribuţia directă şi activă a organismului în vindecare, constituesc o **terapeutică pasivă** care urmăreşte vindecarea bolnavului prin repauz restricţiuni alimentare şi medicamente. Această terapeutică oarecum uzuală şi oficială, bazată pe tradiţia şi gândirea anatomo-clinică, consideră boala ca o colecţie de semne, nu ţine seamă de fiziologie şi chimie biologică, de reacţiile provocate şi interdependenţele fiziopatologice şi mai ales de tendinţa spontană de vindecare prin normalizarea funcţiunilor deficiente. Pentru aceste motive autorul preconizează o **terapeutică activă**, prin metode de tratament care să pună la contribuţie organismul la procesul de vindecare. Temperatura, vărsăturile, diareea, trebuesc uneori respectate şi chiar provocate iar nu combătute. Măsuri adecvate de igienă, o alimentaţie adequată, o administrare raţională de vitamine şi hormoni ajută în mod indirect la vindecarea unei boale. Pentru instituirea unei atari terapeutici se impune un examen prealabil amănunţit al bolnavului, stabilind particularităţile sale morfologice, fiziologice şi psihice rolul ocupaţiunei sale, reacţiunile circulatorii, sanguine, renale şi nervoase; cari funcţiuni trebuesc amplificate sau frenate; gradul de repaus sau de activitate; dieta, medicamentele, hormonii sau vitaminele care lucrează ca catalizori. Tendinţa spre vindecare şi vindecarea nu este decât opera organismului pe care mijloacele terapeutice instituite nu fac decât a-l ajuta. Elementele de vindecare fiind căutate în organism, autorul îşi ilustrează consideraţiuni'e făcute prin câteva exemple demonstrative arătând ce se petrece într'o pneumonie, insuficienţă ventriculară stângă, apendicită acută perforată, în bolile infecto-contagioase, bolele de carenţă, în turburările endocrine, şi cum trebue procedat. Arată cum tratamentul de simplă substituţie începe să fie înlocuit printr'un tratament de reactivare a funcţiunilor glandei deficiente arătând cum în diabet o reducere excesivă a hidraţilor de carbon nu este recomandabilă şi ilustrând pentru ce. Surmenajul unui organ poate produce boală tot aşa, precum lipsa de activitate sau de antrenament poate restabili şi mări o capacitate funcţională. Terapeutica trebue să fie individualizată pentru că la un bolnav la un moment dat trebue să avem în vedere întreg complexul în care evoluează boala. Utilizarea capacităţii de vindecare proprie organizmului formează fundamentul terapeuticei active care în practica medicală obişnuită nu este luată în considerare. Autorul insistă ca medicul practician alături de diagnosticul principal să stabilească diagnosticele secundare; să ţină seamă de starea psihică de ambianţă profesională şi socială a bolnavului; să alimenteze suficient bolnavii mai ales pe cei febrili. O nutriţie echilibrată constitue o necesitate absolută, pentru ca să pună organismul bolnav în condiţiuni optime de rezistenţă. Autorul termină arătând la sfârşit că factorul cel mai important în aplicarea unei terapeutice active rămâne omul a cărui capacitate funcţională trebue determinată pentru stabilirea conduitei terapeutice de urmat; fiziologia necesară pentru cunoaşterea omului normal este cu atât mai indispensabilă pentru vindecarea omului bolnav.

M. C.

* * *

V. PLĂTĂREANU: **Tratamentul accidentelor serice prin atropină.** — Spitalul No. 8—10/1944.

Autorul a preconizat dela 1939, **metoda atropinizării** în combaterea accidentelor serice. Se injectează un miligram de sulfat de atropină, dimineaţa şi seara, timp de 9 zile. In cazuri de administrare a serului terapeutic pe cale intravenoasă sau intrarachidiană, se injectează şi sulfatul de atropină tot pe cale intravenoasă cu câteva secunde mai înainte. In anumite cazuri când nu se poate administra sulfatul de atropină pe cale parenterală, se administrează pilule per os, pilule cu extract şi pulbere de beladonă, în cantitate de 1 ctg. din fiecare 2 pilule pe zi, dimineaţa şi seara, tot timp de 9 zile.

Administrarea de atropină nu împiedecă în niciun fel stabilirea fenomehelor de imunizare.

M. C.

* * *

APARATE NOUI. — **Evacuator-Transfuzor-Injector de ser.** D-l D-r Gh. Anastasescu, a inventat un aparat nou, care serveşte ca **Evacuator-Transfuzor-Injector de ser.** Bazat pe principiul corpului de pompă ca la seringi, aparatul de volum redus, de construcţie simplă şi solidă, este foarte practic, uşor maniabil şi uşor de transportat, va fi de cel mai mare folos pentru medicul practician în cabinet şi la domiciliul bolnavului; în caz de reparaţie nu necesită decât înlocuirea corpului de pompă, care este de sticlă, şi de 200 cc. capacitate.

A fost oferit şi Ministerului Sănătăţii pentru experimentare şi introducere în instituţiile sale spitaliceşti, clinice şi dispensare.

M. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In toate anemiile şi în convalescenţă

FERCUPAR

Fer, cupru, ficat şi vitamina B.

Vitamina C.

PROSCORBIN

Acid ascorbic

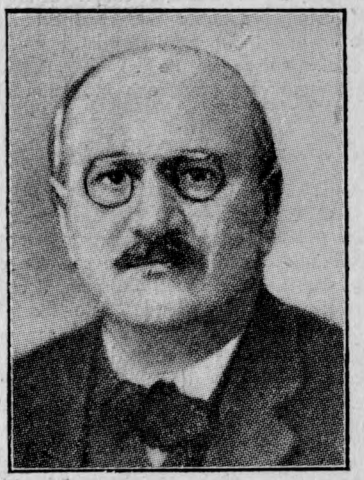
Fiole 2 cc. = 150 mgr. **Tablete á 25 mgr.**
Fiole 5 cc. = 500 mgr. **Tablete á 100 mgr.**

In afecţiunile reumatice şi artritice

TOPHOSANYL

intramuşchiular şi intravenos
Fiole
Soiuţie de fenilchinolincarbonat şi salicilat de sodiu

Fabrica de produse chimice fostă „GEDEON RICHTER" S.A.R.
BUCUREŞTI V, Str. LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.03



† PROFESORUL D-R SOCRATE LALU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La începutul anului trecut, anul 1944, a plecat pe nesimțite dintre cei vii Profesorul onorar D-r **Socrate Lalu.**

Născut la 25 Martie 1875, la Piatra-Neamț; a făcut studiile medicale la Facultatea de medicină din Paris, unde își trece teza în anul 1898. Elev al marelui clinician Hanot și al celebrului fiziologist Dastre, este numit profesor la catedra de farmacologie dela Facultatea de medicină din Iași în anul 1913; iar în 1920 este transferat la catedra similară dela Facultatea de medicină din București, în care a profesat până în anul 1940, când prin pensionare a trecut în cadrul corpului profesoral onorific.

„Hanot ca și Dastre nu au fost pentru el numai mari dascăli, dar l-au iubit cu dragoste aproape părintească, constatând în tânărul student pasiunea de muncă și de cercetări care-l anima. S'a format astfel sub egida unor mari patroni și a ajuns să devină un excelent medic și un excelent fiziologist — scrie în **Necrologul,** făcut cu ocazia morții sale, —

D-l D-r S. Irimescu, care adaogă: **Tratatul de farmacologie** pe care-și propunea să-l scrie și din care n'a publicat decât fragmente de un deosebit interes prin conținutul lor științific și factura literară, dacă-și lua timpul necesar să-l redacteze i-ar fi legat numele de o operă durabilă. Ceea ce expunea în lecțiunile lui nu era atât compoziția chimică a medicamentelor deseori aridă și fasidioasă, cât acțiunea lor asupra funcțiunilor organismului, explicând cum le poate readuce la starea lor normală.

Ca și precursorii lui, mari și reali terapeutiști, Hanot și Teohari între alții, el se ridica contra polifarmaciei, cerând ca terapeutica să fie redusă la un număr restrâns de medicamente, aplicate însă rațional și oportun, când și cât trebue după indicații bine precizate".

Cu privire la cele două volume de Schiţe şi Amintiri, cuprinse sub titluri de „Diverse", apărute în 1942, în care a schiţat portretele între alţii ale marilor săi colegi profesori Cantacuzino, Juvara, Teohari — scriam, la timp, însumi:

„Diversele" D-lui D-r S. Lalu, profesor onorar al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, reprezintă aspectele variate ale activităţii sale medicale şi paramedicale, desfăşurate în clinicile şi laboratoarele din străinătate, în care şi-a făcut studiile, precum şi în cadrul Facultăţilor de Medicină din Iaşi şi din Bucureşti, în care a funcţionat ca profesor de fiziologie, în contact cu diverse personalităţi medicale române şi străine, şi cu studenţii.

Amintirile D-lui Profesor Lalu, iradiază nespusă căldură sufletească, care depăşeşte pe cei din jurul-i; iar uşoara ironie de care le însoţeşte pe alocurea nu supără, cel mult fixează atenţia, fiind în ea mai mult duioşie decât intenţie de a înţepa.

Cât despre stilul uşor şi curgător, a cărui facilitate este oarecum subliniată prin punctele intercalate în cursul unei fraze sau adăogate la sfârşitul unui period, nu putem decât regreta că D-l Prof. Lalu, fiind dată multilateralitatea personalităţii sale, n'a consacrat mai de demult şi în mai largă măsură timp talentului său de scriitor înnăscut.

Acest timp, altădată măsurat, acum îi stă larg la dispoziţie. Rândurile ce consacră prof. universitar şi studentului, pe care reproduşi în serie îi cunoaşte de aproape din viaţa universitară care leagă strâns pe profesor de student, ar putea fi reluate şi amplificate în pagini de antologie clasică. Spiritul viu de observaţie, de care dă dovadă, nu se va lăsa însă pradă bunătăţii sufleteşti care tăşneşte fără voie, şi îi va jugrăvi pe unul şi pe altul în culorile adevărate, care nu sunt peste tot trandafirii.

Neputând insista asupra fiecărui capitol în parte, ne mărginim a semnala acum din cuprinsul ce prezentăm, paginile scrise în N-brie 1940 şi la 7 Ianuarie 1943 — cu gândul bun adresat zeţarilor cari l-au culeş (de care adevăraţii scriitori se leagă sufleteşte), adresat studenţilor care totdeauna l-au iubit şi Facultăţii cu colegii cari nu l-au înţeles pe cât a preţuit; — cu procesul de conştiinţă în faţa autodafeului fişelor personale, pe care îl sufăr toţi cei cari au pus ceva din sufletul lor când le-au culeş; — cu schiţarea precisă a rostului învăţământului, a rolului profesorului şi a datoriei studentului; — cu sublinierea de către un mânuitor de droguri a puterii de vindecare a naturii; — cu punerea înainte a contribuţiei medicului la progresul civilizaţiei şi la fericirea multă-puţină a omului pe pământ; — iar, în paginile cari urmează (Elogiul Prof. Paulescu), sau în aprecierile cari revin în desfăşurarea amintirilor, cu cultul vieţii oamenilor mari pe care i-a cunoscut.

Asemenea carte de amintiri, cu astfel de cugetări şi sentimente, este mai mult decât o carte distractivă, reprezintă o operă instructivă, pilduitoare şi înălţătoare. Pe un fond filosofic, constitue un „memento mori" care nu trebue să înfricoşeze, ci să ne trezească la timp (pensionarea nu este numai decât un avertisment), pentru ca cu bilanţul ce fiecare va încheia la sfârşitul vieţii, să poată avea măcar satisfacţia datoriei împlinite, cât mai bine îndeplinite.

Cu toate acestea, pensionarea dela catedră a fost pentru dânsul un avertisment, de care ar trebui să ţină seamă toţi acei care au de încheiat bilanţul unei misiuni urmărite printr'o activitate susţinută în afară de contigenţe personale. Ca să dea socoteală de ceea ce au năzuit şi realizat în viaţă, nu pentru contimporanii cari nu i-au apreciat şi nici pentru urmaşii a căror recunoaştere nu-i va mai putea încălzi, cât pentru propria lor conştiinţă care i-a îndemnat şi i-a susţinut.

Prin dispariţia D-lor Prof. Socrate Lalu şi a D-rului G. Iamandi, al cărui elogiu îl face în rândurile care urmează D-l Conf. C. Barth

dela Iaşi, Facultatea de Medicină românească, învăţământul medical superior şi corpul medical românesc pierd două elemente de elită.

Şi nu mai puţin Revista „Mişcarea Medicală Română" în coloanele căreia au adus o nepreţuită colaborare.

M. Cânciulescu

* * *

DOCTORUL GR. GR. IAMANDI

Încă o victimă a războiului: D-r Gr. Gr. Iamandi sau „Grigri" — cum îi mai spuneam noi la Iaşi.

Ieşan sută în sută prin naştere, studii şi activitate, colegul nostru e regretat cu drept cuvânt de toată lumea medicală din Iaşi.

Şef de lucrări la facultatea de medicină şi medic primar la Epitropia Sf. Spiridon, D-r Iamandi a fost o figură simpatică şi a avut o activitate publicistică remarcabilă şi apreciată. Activitatea nu s'a remarcat numai prin lucrări de specialitate (parazitologie umană), dar şi prin publicaţii de popularizare.

A fondat revista „Iaşul Medical", iar în ultimul timp a început publicarea în fascicule a unui „Tratat de Parazitologie" mult apreciat de medici ca şi de studenţi. Într'adevăr, acest tratat nu numai că răspundea unei nevoi de mult simţită, dar prin modul de redactare şi mai ales prin originalele desemnuri şi ilustraţii promitea să fie o lucrare originală şi artistică; D-r Iamandi avea şi acea calitate foarte necesară unui medic de a desemna admirabil — un motiv mai mult de a regreta pierderea lui timpurie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O pioasă amintire şi acestui regretat coleg!

C. Barth

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse