ANUL XVIII-lea, No. 5—7 MAI—IULIE 1945

ACTA MEDICA ROMANA

- MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din România

M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, din Paris şi din Roma

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.

IONESCU-MIHĂEŞTI
Director Inst. „I. Cantacuzino", Membru al Acad. Române şi al Acad. de Med.

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur
Membru al Academiei de Medicină din Paris

ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

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: **Organizarea învăţământului medical** . 211

REVISTA GENERALĂ

EUG. RĂSMERIŢĂ şi G. ALEXIU: **Plan de organizare a luptei contra tuberculozei** 217

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

GH. BUNGEŢIANU şi MARIA CĂNCIULESCU-BUNGEŢIANU: **Febra nevralgică periodică (febra de Wolhynia, febra de tranşee, etc.). Importanţa splenopunoţiei în diagnostic** . . . 234

M. CĂNCIULESCU şi AL. DANIEL: **Asupra septicemiilor gonococice precoce şi al tratamentului prin sulfamide al uretritei blenoragice în general** 245

V. M. PLĂTĂREANU: **Consideraţiuni asupra tuberculozei mamare** 252

CAZURI CLINICE

C. I. PARHON et GHERTA WERNER: **Sur un cas de vitiligo infantil. Ses relations avec les troubles neuro-endocriniens et metaboliques.** 258

(Urmare pag. 2 cop.)

7589 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

C. BĂJEU: **Perforațiile intestinale prin ascarizi.** . . .

D. DUMITRESCU, GH. COSTACHESCU, O. DOBRESCU: **Considerațiuni asupra unui caz de rănire gravă a uretrei.** . . .

CORNELIU TODEA: **Despre tuberculoza spleno-ganglionară în legătură cu un caz clinic** . . . . . .

COMEMORARE

S. IRIMESCU: **Profesorul Francisc Rainer. Cu ocazia comemorării la Societatea studenților în medicină** . . . .

Comemorarea Prof. F. Rainer la Academia Română . .

MEDICINA SOVIETICA

V. V. PARIN: **Succesele medicine sovietice** . . .

Academia de medicină a U. R. S. S. . . . .

N. SEMAȘKO: **Marele savant rus I. I. Mecinicov (100 de ani dela nașterea lui — 15 Mai 1845).** . . . . .

Măsurile pentru eternizarea memoriei lui I. Mecinicov luate cu ocazia împlinirii a 100 de ani dela nașterea lui . . .

Conferința unui medic sovietic despre penicilină. . .

K. ISAEV: **Asistența medicală a femeilor în U. R. S. S.**

VARIA

Profesorul Parhon din nou la Catedră... pag. 299. — **Consiliul Național de cercetări științifice...** pag. 301. — **Despre Penicilină...** pag. 311. — **Lathyrismul...** pag. 313. — **Problema medicamentului...** pag. 314. — **Ofensiva contra tifosului exantematic...** pag. 315. — **Bilanțuri tragice...** pag. 317. — **Omul și maladia...** pag. 319. — **Cărți noui...** pag. 320. — **Conferința de fiziologie dela Facultatea de Medicină din București...** pag. 320.

ANALIZE

Analize-Referate: Antropologie... pag. 321. — **Biochimie...** pag. 321. — **Chirurgie...** pag. 322. — **Circulator...** pag, 322. — **Digestiv...** pag. 323. — **Gât-nas-urechi...** pag, 324, — **Laborator...** pag. 325. — **Medicina Socială...** pag. 325. — **Obstetrică...** pag, 326. — **Paludism...** pag. 326. — **Patologie generală...** pag, 327, — **Radiologie...** pag. 328. — **Respirator...** pag, 328, — **Terapeutică...** pag. 328. — **Veterinar...** pag. 330. — **Cărți noui...** pag, 330. — **Reviste noui...** pag. 330. — **Societăți științifice...** pag 332.

*

Colaboratori... pag. 209. — **Din sumarele viitoare...** pag. 210. — **Condițiile de publicare, publicitate și abonament...** Cop. III.

http://www.bcu-iasi.ro/ Universitatea Tehnică "Gheorghe Asachi"

ANUL al XVIII-lea

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

No. 5-7/1945

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (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 (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. FERNBACH (Sibiu), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Bucureşti), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

Din „SUMARUL" No.

URMĂTOARE

GH. NELEPCU şi EM. GUŢU (Piteşti): Contribuţiuni la tratamentul pleureziilor purulente, drenajul cu sonda Pezzer în torace închis.

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

P. COSAC şi ŞTEF. CÂRCIUMĂRESCU: Lacunele organizării sanitare rurale. — Asistenţa medicală la sate şi Medicul de plasă.

OD. APOSTOL şi V. EMANOIL: Este posibilă răspândirea anofelilor într'o regiune fără malarie şi consecutiv pandémii şi epidemii respective, prin avion?

V. GOMOIU: Istoria medicinei prin călători.

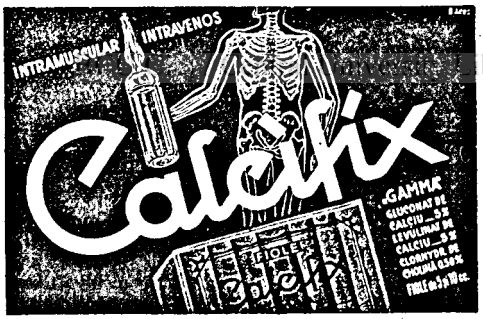
D. DUMITRESCU şi colaboratori: Consideraţiuni asupra unui caz de hematom pulsatil.

GH. NELEPCU şi EM. GUŢU: Distocie prin ocluzia colului uterin la o multipară, făt gigant.

C. BART: O nouă utilizare de diagnostic a lichidului cefalo-rachidian dela exantematici.

V. PLĂTĂREANU: Consideraţiuni asupra unei metode personale de desensibilisare a organelor digestive prin histamină.

V. GASNAŞ şi A. GASNAŞ: Consideraţiuni asupra valorii calorigene şi biologice a substanţelor alimentare.



Fiole
DE 5 cmc.
ŞI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

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

REORGANIZAREA ÎNVAŢAMANTULUI MEDICAL

Criza învăţământului medical superior *), despre care am tratat în cronica anterioară, durează de mult, de după războiul trecut. S'a agravat între timp. A devenit acum acută.

Cauzele sunt de ordine multiple. Intre ele, cu precădere, insuficienţa centrelor de învăţământ şi organizarea învăţământului nostru medical.

Criza a condus la formarea de medici neadaptaţi, calitativ, la spiritul medicinei moderne, şi necorespunzători în număr, pentru satisfacerea nevoilor sanitare ale ţării. Dar, mai ales, nepregătiţi.

Programul încărcat prin pulverizarea catedrelor şi înmulţirea specialităţilor; confundarea noţiunilor esenţiale cu cele secundare; amestecul învăţământului de bază cu cel complimentar; predominarea teoreticului asupra practicului, a curativului asupra preventivului; a medicinei morfologice, statice şi individuale asupra medicinei fiziologice, dinamice şi colective, — au creat starea actuală a învăţământului medical.

Suprapopularea centrelor universitare, anumite ideologii survenite şi greutăţile din ce în ce mai mari în lupta pentru existenţă, — au îndepărtat pe studenţi de carte. De profesori i-a despărţit lipsa dela datorie, lipsa de avânt, lipsa de prestigiu ştiinţific şi moral, a o mare parte dintre aceştia.

Medicii insuficient pregătiţi aveau recurs pentru complectarea cunoştinţelor şi întrucâtva pentru redresarea sufletului la instrucţia prin cărţi; la periodicile medicale, la societăţile ştiinţifice, la cursuri de perfecţionare. Dar, la noi, cartea medicală nu este consultată, presa medicală nu este citită, societăţile medicale ştiinţifice nu sunt căutate, cursuri de perfecţionare n'au loc.

Corpul medical românesc redus ca număr şi inegal repartizat între mediul urban şi rural, trebueşte complectat. Prin primirea până la refuz în facultăţile de medicină din trecut, neîncăpătoare ca local şi insuficiente în personal, cum s'a încercat în ultimii ani, nu se mai poate; metoda s'a dovedit de-a-dreptul primejdioasă. Trebuesc create noui centre de

*) Există şi o *Criză a învăţământului sanitar auxiliar* care se predă pentru oficianţi şi agenţi sanitari, moaşe, surori de caritate, surori infirmiere.

formaţie medicală, pe care le reclamă şi nevoia **democratizării învăţământului**. Instituţii noui în care generaţiile viitoare de medici să fie crescute în alt spirit; în cultul medicinei moderne, care îşi are faţa întoarsă spre preventiv, spre social şi spre câmpul muncii; dupe programe analitice de învăţământ revăzute şi adaptate la cerinţele noi. Şi, după cum la timpuri noui instituţiuni noui, în instituţiuni noui oameni noui, un corp profesoral ales după alte criterii şi după metode altele decât cele din trecut.

Se impune aşa dar: a) **înfiinţarea de noui facultăţi de medicină**; b) **reorganizarea învăţământului medical**, cu revizuirea programului de studii.

Primul deziderat a început a fi împlinit. O primă Facultate de medicină a fost înfiinţată la Temişoara, în Banat. Nu la Craiova, în centrul Olteniei. Dar argumentaţia quasi matematică a D-lui Prof. D. Mezincescu a demonstrat că trebuesc înfiinţate şi alte facultăţi. A doua va fi, de sigur, la Craiova, pentru Oltenia care o revendică de ani de zile. Nu la Sibiu, căci prea ar fi multe într'o regiune şi de loc în alta. **Democratizarea efectivă a învăţământului** se bazează tocmai **pe o justă repartiţie regională a instituţiilor superioare de învăţământ.** Am avea, altfel pentru Ardeal 4 Facultăţi de medicină (cu cea dela Timişoara, care cade tot în sfera de acţiune a Ardealului; cea românească dela Cluj; şi cea de limbă ungurească) şi nici una în Oltenia. Dar cum şi oficialitatea s'a convins în sfârşit că i se cuvine acestei provincii oropsite, care este Oltenia, nu o facultate dar o Universitate cu câteva Facultăţi sau Academii specifice sufletului (pentru comerţ) şi pământului (pentru agricultură) oltenesc, — **a doua Facultate de medicină nu se va putea crea decât la Craiova.**

BiblioteCa Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

*
* *

Eşirea din criză prin adaptarea învăţământului nostru medical la cerinţele de azi ale ştiinţei medicale şi la nevoile sanitare ale ţărei, D-l Prof. Mezincescu a arătat în **Proectul de reorganizare a învăţământului medical** — prezentat şi adoptat de Facultatea de Medicină din Bucureşti, proect pe care l-am prezentat în trăsături generale în cronica trecută, — că nu se poate face decât prin **înfiinţarea de noui Facultăţi de medicină** în câteva centre mari spitaliceşti din ţară (precum, Timişoara, Sibiu, Craiova, Galaţi) şi prin **aşezarea învăţământului medical pe alte baze**, anume prin împărţirea învăţământului în **două cicluri distincte: un prim ciclu fundamental**, esenţial, de bază, care va dura 5 ani şi va scoate **medici-diplomaţi**, cari nu se vor putea stabili de cât în mediul rural; şi **un al doilea ciclu, complimentar**, secundar, de specializare, care va conferi diploma de **doctori în medicină**. Ambele cicluri sunt în continuare, imediată sau mediată absolvirea primului ciclu conferind dreptul de urmare la cel de al doilea ciclu.

In continuare, D-l Prof. Mezincescu cere pentru ambele cicluri un **program de studii anumit**: în primul rând adoptarea pentru întâiul ciclu a Programului de Studii al Facultăţii de Medicină din Harvard, tipic pentru toate facultăţile de medicină din America şi care ar comporta la noi 5 ani de studii, nu 4 ca în America, plus un an de internat final.

Programul învăţământului fundamental ar fi astfel:

Anul I	Anatomie (Sem. 1 şi 2)	495 ore
	Chimia (idem)	330 „
	Fiziologia (Sem 2)	90 „
	Biologia Generală (Sem. 1)	75 „
Anul II	Histologia (Sem 1)	75 ore
	Chimie (Sem 1)	90 „
	Fiziologie (Sem 1 şi 2)	450 „
	Parazitologia Sem 2)	75 „
	Anatomie Patologică Sem. 1)	150 „
	Patologie Generală (Sem. 2)	150 „
Anul III	Chirurgie	240 ore
	Medicină	300 „
	Bacteriologie / Medicină Experimentală	300 „
	Farmacologie	150 „
Anul IV	Chirurgie	180 ore
	Medicină	340 „
	Obstetrică	180 „
	Neurologie	150 „
	Igienă	300 „
	Radiologie	20 „
Anul V	Medicină	285 ore
	Boale Contagioase	180 „
	Pediatrie	180 „
	Igienă	150 „
	Oftalmologie	75 „
	Oto-Rino-Laringologie	75 „
	Dermatologie	75 „
	Stomatologie	75 „
	Medicina Legală	75 „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Programul învăţământului fundamental cuprinde deci, 30 de săptămâni de lucru în cursul anului, 22 săptămâni rămân pentru examene şi vacanţă; fiecare săptămână cuprinde în anii 1—3 câte 33 ore de prezenţă, în total 990 ore de studiu; iar în anii 4—5 câte de 39 ore de prezenţă, în total 1170 ore. In program figurează mai toate catedrele facultăţii noastre, afară de cele de clinică. In denumirea generală de medicină şi chirurgie se cuprind disciplinele fundamentale cu ramurile lor, astfel pentru medicină internă; Semiologia, Terapeutica, Balneologia, Dietetica; şi pentru chirurgie: Ortopedia, Urologia. La fel s'ar putea grupa: Anatomia cu Histologia, Anatomia patologică cu patologia generală, Bacteriologia cu Medicina experimentală.

Pentru fiecare materie se vor prevede orele de curs de lucrări practice, de lecţii clinice, de stagiu de spital. Controlul, imposibil azi, să fie executat cu cea mai mare rigurozitate. Fiecare examen să fie precedat de repetirea unei părţi din stagiile sau lucrările corespunzătoare.

Anul de internat obligatoriu s'ar face în orice spital de stat bine utilat şi cu secţii multiple din ţară; absolventul trecând prin toate serviciul spitalului care va prezenta în buget locuri de intern. Spitalele din ţară ar putea dispune astfel de un personal medical select.

Anul de internat cu concurs va fi rezervat pentru clinicile din centrele universitare.

Invăţământul de specializare nu va constitui o continuare de studii. El va putea fi urmat oricând, şi la orice vârste, de un absolvent al

învăţământului fundamental, care va trece un examen de admitere. Numărul locurilor se va fixa pentru specialităţi în raport cu nevoile organizaţiei sanitare şi ale practicei medicale (cam o cincime din numărul total al locurilor din învăţământul fundamental). Învăţământul de specializare va fi mai suplu, mai amplu, mai complecs, complectat cu cursuri obligatorii sau facultative în conexiune (de exemplu, pentru medicina internă lecţii de Fizio-patologie, de Chimie clinică, de Laborator clinic). Unele specialităţi secundare se vor preda în anume facultăţi (de exemplu Oto-Rino-Laringologia numai la Bucureşti, Psihiatria numai la Cluj).

In legătură cu felul cum este întocmit programul este de observat, că acesta presupune **existenţa a 30 săptămâni de lucru efectiv în cursul anului şcolar, 22 săptămâni rămânând pentru examene şi vacanţă** (în genere durata actuală a cursurilor este notabil mai scurtă). Fiecare săptămână cuprinde în anii I—III câte 33 ore de prezenţă, iar în anii IV—V câte 39 ore de prezenţă, astfel încât numărul total de ore este de 990 în primii trei ani şi de 1170 în ultimii doi.

Raportorul crede că înfiinţarea învăţământului de specializare va desmorţi facultatea de medicină din Bucureşti; că măsurile propuse constituesc un tot indisolubil care trebue aplicat integral, nu parţial, pentru a-şi da roadele; ele reprezentând singura soluţie posibilă pentru situaţia de azi.

* * *

D-l Prof. D-r M. Kernbach, Decanul Facultăţii de medicină din Sibiu-Cluj, dupe ce într'un articol publicat în No. 11 şi 12/1944 al rev. „Ardealul medical" expusese rolul **Medicinei în procesul socializării**, în No. 7—8/945 al aceleaşi reviste tratează despre **Reforma învăţământului medical în România.**

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

Amândouă articolele conduc la aceleaşi concluziuni. Practica şi ştiinţa medicală nu mai corespund timpurilor de faţă; învăţământul medical la noi nu s'a adaptat cerinţelor medicinei moderne; organizaţia noastră sanitară nu s'a adaptat nevoilor sanitare ale ţării.

Reforma trebue să înceapă cu învăţământul medical, care trebue fundamental revizuit. Pentru creşterea viitoarelor generaţii de medici în noua ideologie trebuind noi educatori, reforma învăţământului medical trebue să înceapă cu reforma corpului profesoral. Va urma reorganizarea sanitară, adoptată nevoilor sanitare ale ţării, şi ea va trebui să meargă mână în mână cu reînoirea condiţiilor de viaţă de ordin economico-social în mediul rural şi urban.

Autorul specifică împrejurările care cer reforma învăţământului medical:

1. **Situaţia gravă sanitară a ţării,** caracterizată prin scăderea natalităţii, creşterea morbidităţii şi mortalităţii.
2. **Numărul mic de medici în mediul rural** şi inadmisibila pletoră de medici în mediul urban.
3. **Pletora de studenţi în actualele facultăţi de medicină** a contribuit la scăderea nivelului învăţământului nostru medical.
4. **Lacunele învăţământului medical.**
5. **Predominarea medicinei curative în România,** cu neglijarea medicinei preventive.
6. **Stăpânirea practicei medicale de spiritul individualist şi materialist al profesiunei,** cu neglijarea obligaţiilor sociale, cu ignorarea aproape totală a intereselor superioare ale poporului.

Autorul întemeiază reforma învăţământului medical din România pe aceste principii:

1. Invăţământul medical trebue clădit fundamental în sens **preventiv**, în mod secundar curativ.

2. Studenţii facultăţilor de medicină vor fi educaţi dupe **principiile igienei şi ale medicinei preventive predate în tot timpul şcolarităţii.** Educaţia studenţilor se va împlini şi **pe plan social.**

3. **Specialităţile minore ale medicinei curative** vor fi predate un singur semestru.

4. **Se vor reduce studiile teoretice** la necesităţile reale ale culturii medicale.

5. **Se vor reduce numărul anilor de studii la 5 ani,** spre a putea da ţării medici mai mulţi.

6. **Se vor înfiinţa cel puţin încă 2 facultăţi de medicină** spre a descongestiona actualele facultăţi.

Pentru împlinirea lacunelor **învăţământului medical român,** autorul atrage atenţia că:

Facultăţile noastre de medicină au fost streine de problemele sănătăţii publice. Specialităţile mari s'au pulverizat în specialităţi mărunte. Pletoră de profesori şi de conferenţiari uneori. Studenţii sunt obligaţi să memorizare materii enorme, balast pe care-l uită în timp scurt. Nici revizuire de programe analitice şi nicio simplificare a învăţământului, ci amplificare, complexitate (şi confuzie). Procentul elitei facultăţilor s'a redus. Gândire medicală morfologică nu fiziologică, medicină individualistă nu colectivă, curativă nu preventivă, practica medicală utilitaristă nu spre binele poporului. Memorizare de tehnice inutile. Specialităţi minore care ocupă 2 semestre. Nicio distincţie între învăţământul de specializare şi cel de cultură generală. Programe analitice care nu sunt unitare pe întreaga ţară. Lipsa studiilor de igienă personală, de igienă a muncii, de igienă mintală. **Materiile ce aparţin medicinei preventive se vor introduce din primul an de studii,** în special **igiena personală,** şi se vor complecta treptat. Introducerea în materiile de învăţământ a **medicinei asigurative:** asigurările sociale, patologia, igiena şi fiziologia muncii. Alături de disciplinele analitice şi vor introduce câteva **discipline sintetice:** constitutia umană, biologia umană, eredo-patologia, sociologia, psihologia, fiziologia patologică, demografia, ocrotirea şi igiena poporului şi a familiei, sănătatea publică. Din primul an al învăţământului medical se vor preda materii din domeniul larg al igienii, privind prevenirea de boli şi ocrotirea capitolului uman, pentru a creea o nouă mentalitate medicală şi o nouă concepţie privitoare la îndatoririle şi răspunderea medicului român.

* * *

Dela început noi am fost pentru înfiinţarea la Craiova, în Centrul şi Capitala Olteniei, a unei **Şcoale de Medicină** de tipul celor din Franţa, celebrele în trecut Ecoles de Médecine de la Montpellier şi Marsilia, în urmă cea dela Clérmond Ferrand de sub conducerea lui I. Castaigne. Susţineam că, tot astfel, pe plan şcolar secundar gimnazial cu 4 clase, care dă acces mai sus, a precedat liceul cu 7 şi 8 clase. Vedeam în absolvenţii acestei Şcoale Les officiers de santé, pe **Licenţiaţi în medicină** cari să se aşeze la ţară, câmp liber rămânându-le să meargă mai departe şi să devină doctori în medicină. Îi comparam cu **Vracii,** cari cu zecile de mii împănează ţara sovietelor şi cari cu un învăţământ medical mai redus, asigură la ţară o asistenţă medico-sanitară eficace. Scăpam prin ei de nefaştii agenţi sanitari cari ei fac me-

dicina la țară, bieții medici rurali încărcați de nevoi și de scriptologie purtând răspunderea și ponosul, iar aceia huzurind și trăgând folosul. Nu odată mai ceream la timpuri noui (pe plan medical și social) și la noi instituțiuni noui. Fără îndoială că și cu oameni noui.

In programul de studii vedeam introduse materii pentru **Studiul medicinei naționale**, adică pentru o medicină a racilelor și bolilelor sociale care bântue la noi. Și mai cu seamă ceream **obligativitatea din vreme a stagiului de spital**, măcar din anul II. Este pus în contact cu bolnavul personalul sanitar auxiliar din primul și mult timp unicul an de învățătură. Cu atât mai mult, studentul în medicină să ia contact cu spitalul dela început, căci spitalul este marea și unica școală a medicinei. Să intre în el pentru obișnuință, mai cu seamă pentru a prinde gust și suporta mai ușor abstractele materii teoretice cari fac balastul de început al învățăturii medicale. Contactul să fie luat în Serviciile de consultații, în Policlinici, cari pun sub ochi tot felul de boli și pe bolnav cum este în realitate, rămânând să-l viziteze în urmă acasă pentru anchetele sociale și luarea măsurilor de igienă preventivă, în primul rând personală, pe care d-l Prof. Kernbach, le cere a fi învățate din primul an. Sub forma unei **Materii de introducere la studiul medicinei** materia medicală amorfă, de început, va fi predată după gradul cunoștințelor pe care studentul le acumulează cu încetul. Va constitui subconștientul din care va scoate mai târziu și pe care va clădi la timp.

Cunoaștem obiecțiunile care s'au adus stagiului precoce de spital. Dar le opunem noțiunea **spitalului care reprezintă unica și adevărata școală în care se învață medicina** — cu atât mai de vreme cu atât mai bine. Le mai opunem experiența personală a medicilor de elită, dintre cari unii au luat contact cu spitalul înainte chiar de facultate. Caetul de însemnări zilnice despre ce au văzut, chiar dacă nu înțelegeau prea bine, le stă mărturie.

Vedeam în înființarea acestei Școale de medicină la Craiova, în Oltenia, — care o revendică de 20 ani și-i are pregătite — ca să o primească — instituțiuni adequate și atmosfera științifică prielnică, — o rupere cu trecutul și începutul unei experiențe care să servească și celorlalte facultăți.

Această **Școală de medicină** nu este decât **Facultatea de prim ciclu fundamental**, propusă de d-l Prof. D. Mezincescu și susținută de d-l Prof. M. Kernbach.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLAN DE ORGANIZARE A LUPTEI CONTRA TUBERCULOZEI

de

D-r EUG. RĂSMERIȚA
Inspector General Sanitar
al Capitalei

și

D-r GH. ALEXIU
Medic Primar al Municipiului
și al Ligei Naționale contra T B C

Tuberculoza subminează existența acestui neam. Acesta este crudul adevăr spus de nenumărate ori și pe care îl repetăm și noi, pentrucă numai așa sperăm într'o îndreptare a situației.

Nu mai putem rămâne nepăsători când știm că acest flagel își recrutează victimele printre tinerii studenți, viitorii cărturari și intelectuali ai neamului, printre lucrătorii din fabrici, ateliere și uzine, în perioada cea mai productivă din viața lor și din nenorocire, în ultimul timp, într'o măsură mare în populația rurală, acel rezervor de nebănuite energii, care constituia pentru noi o mândrie din punct de vedere al sănătății fizice și morale.

Războiul actual a impus națiunii sacrificii de vieți tinere, ce se vor face resimțite mult timp după terminarea lui. Poporul român, oricât ar fi el de prolifer, nu mai poate aduce pe altarul ignoranței, pe altarul indolenței criminale, noi sacrificii de vieți omenești.

Morbiditatea enormă, care s'a întins în ultimul timp și în mediul rural, mortalitatea înspăimântătoare și cheltuielile enorme pe care Statul va trebui să le suporte în lupta contra tuberculozei sunt motive care impun ca problema combaterii acestui flagel să fie considerată ca una din marele probleme ce necesită o imediată rezolvare.

Nu avem dreptul să nesocotim ceea ce s'a făcut până acum de direcția combaterii tuberculozei, cu atât mai mult cu cât întreaga operă realizată este rezultatul muncii unor societăți quasi particulare, societăți care s'au angajat de bunăvoe să parcurgă un drum spinos și presărat de nenumărate obstacole. Cine poate nesocoti faptul că Societatea pentru Profilaxia Tuberculozei și Crucea Roșie mai întâi, și în ultimul timp Liga Națională contra Tuberculozei, prin conducătorii lor D-l D-r **Costinescu** și D-l D-r **Irimescu**, ghidați de cel ce a fost Prof. D-r **Cantacuzino** și Ing. **Baiș**, secundați de o pleiadă de oameni complect desinteresați, sunt singurele instituții care au creeat ceva complect pentru combaterea tuberculozei.

Spre rușinea acestei țări trebue să spunem că aceste societăți

care nu urmăreau niciun beneficiu material, nu numai că nu au fost ajutate în mod permanent şi suficient de către cei chemaţi să vegheze asupra sănătăţii publice, dar de multe ori acţiunea lor a fost contracarată de oameni mici la suflet, cari, din interese personale meschine, creiau dificultăţi în îndeplinirea unei mari opere umanitare, pe care aceste societăţi îşi propuseseră, să o desăvârşească.

Ce spunem noi astăzi celor 500.000 de tuberculoşi pe care îi are ţara? Ce opunem noi celor 40.000 de oameni care mor în fiecare an, seceraţi de tuberculoză? Ce opunem noi tristei glorii de a figura cu una din cele mai mari morbidităţi şi mortalităţi de tuberculoză pe lista ţărilor din Europa?

Ce rezolvăm noi cu cele 5.000—6.000 de paturi rezervate pentru tuberculoză şi cu cele câteva zeci de dispensare antituberculoase?

Situaţia este şi ridicolă şi tragică. Timpurile sunt grele, enorm de grele, o recunoaştem, dar aceasta nu înseamnă că trebue să încrucişăm braţele.

Trebue să se pornească cu un ceas mai devreme la o reorganizare cât mai raţională a luptei contra tuberculozei.

Această acţiune trebue să îmbrăţişeze de la început problema în întreaga ei complexitate, căci numai aşa putem avea un rezultat satisfăcător. Cu jumătăţi de măsuri sau cu măsuri unilaterale nu facem decât să irosim energie şi bani.

Problema combaterii tuberculozei, trebue să înţelegem că este destul de complexă. Ea trebueşte bine studiată şi numai atunci când vor fi cunoscute toate aspectele sub care se prezintă ea, când vom cunoaşte toate elementele cari, atacate, vor concura la stabilirea acestei nenorociri, numai atunci să se întocmească un plan de lucru general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ne propunem a aduce aici o mică contribuţie în ceea ce priveşte întocmirea unui plan general al luptei contra tuberculozei. Impreună cu alte memorii întocmite de alţi colegi, raportul de faţă va constitui materialul de care o comisie, special creeată, va ţine seama pentru elaborarea unui plan vast care să ducă cât mai repede la stăvilirea dezastrului.

Un plan de luptă contra tuberculozei credem că trebue să aibă în vedere următoarele elemente:

A) **Depistarea tutulor cazurilor de tuberculoză pulmonară** (mai cu seamă cele cu leziuni deschise şi aceasta în stagiu de debut).

B) **Tratamentul tuberculozei pulmonare, prin construirea de instituţii antituberculoase.**

C) **Ridicarea standardului de viaţă al muncitorului manual şi intelectual, dela sat şi oraş.**

D) **Organizarea staţiunilor climaterice pe baze riguros ştiinţifice.**

E) **Organizarea unui serviciu de propagandă.**

A) DEPISTAREA TUTULOR CAZURILOR DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ.

Nimeni nu poate contesta importanţa mare pe care o are cunoaşterea precisă a tutulor cazurilor de tuberculoză pulmonară. Lucrul acesta ne va da posibilitatea să ştim ce anume forţe vor trebui mobilizate pentru îngrădirea contagiunii, în care anume regiune vor trebui concentrate aceste forţe, întinderea tuberculozei nefiind uniformă.

Recunoaştem că orice diagnostic de tuberculoză nou pus, este o depistare a tuberculozei. Dispensarele şi spitalele antituberculoase, prin serviciile de consultaţii, sunt forţamente instituţii care vin în ajutorul depistării tuberculozei. Le recunoaştem acest merit şi acest ajutor pe care îl dau în rezolvarea depistării bolii. Aceasta însă nu este suficient, pentru două motive:

a) Regiunea asupra căreia se întinde activitatea unui dispensar sau spital antituberculos este mult prea mică, aşa că ar trebui să existe un număr mult prea mare de dispensare şi spitale antituberculoase pentru a putea rezolva complect problema depistării.

b) La dispensarul sau spitalul antituberculos vine de obiceiu bolnavul, care prin gravitatea fenomenelor subiective a fost forţat să consulte un medic de specialitate. Suntem de acord în a recunoaşte că tuberculoza pulmonară îmbracă de multe ori aspectele unei maladii pulmonare acute, cu semne subiective alarmante, cum ar fi junghiul (mai cu seamă în formele pneumonice), febră mare, hemoptizii, etc. Indiscutabil că în aceste situaţii bolnavul şi familia, alarmaţi din primul moment, vor căuta să consulte un medic în minimum de timp; în acest fel diagnosticarea unei afecţiuni pulmonare tuberculoase se poate face în mod precoce.

Nu putem însă nega, că în marea majoritate a cazurilor, instalarea maladiei are un caracter lent, insidios, cronic dela început. In aceste cazuri, deşi leziunea pulmonară a devenit de mult timp o leziune deschisă, cu posibilităţi de contaminare, pacientul, din cauza unei lipse de educaţie, dintr'o neglijenţă condamnabilă, uneori ignoranţă sau din cauza imposibilităţii de a face deplasări prea mari, nu consultă medicul decât atunci când situaţia este disperată, când ea depăşeşte posibilităţile terapeutice, când în sfârşit cazul este definitiv şi ireme'iabil pierdut. Dar el, cu mult timp în urmă, a fost pentru cei din sânul familiei cu care a convieţuit sau pentru cei în mediul cărora îşi exercită meseria, izvor de contínu şi masive inoculări.

Suntem de acord în a recunoaşte că prin modul de a lucra, dispensarele antituberculoase fac oficiul de depistarea tuberculozei, deoarece bolnavul nou diagnosticat ca pulmonar, este obligat ca în minimum de timp să aducă sau să trimită la controlul radioscopic, toţi membrii familiei în mijlocul cărora locueşte. Surorile de ocrotire au aici un rol nediscutat, pentrucă ele fac legătura dintre dispensar şi familia bolnavului, necedând decât atunci când toţi membrii familiei bolnavului au făcut controlul radiologic.

Dar tot ce am spus că face un dispensar antituberculos pentru problema depistării tuberculozei nu este suficient. Este necesar să se întreprindă o acţiune sistematică de depistarea tuberculozei în marea massă a populaţiei, mai cu seamă la populaţia rurală.

Toţi vor fi de acord în a recunoaşte că cel mai uşor control al sănătăţii se poate face acolo unde sunt aglomerări de indivizi. Acest control va trebui să înceapă în minimum de timp în şcoli, în fabrici, uzine, ateliere, în instituţii de Stat cu un număr mare de funcţionari, în armată şi mai cu seamă la tinerii recruţi. Toţi vor trebui să aibă o fişe a examenului pulmonar, cu însemnări periodice asupra rezultatului controlului radiologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Exemplul cel mai bun îl găsim la Serviciul de Asistenţă medicală universitară, unde medici cu reputaţie controlează radioscopic, la fiecare început de an şcolar, atât pe noii studenţi care vin să se înscrie la facultăţi cât şi pe cei vechi care încep un an nou şcolar.

Un alt serviciu, care va lua sau care poate a şi luat fiinţă este cel de depistarea tuberculozei în fabrici, uzine sau ateliere şi care aparţine Casei Naţionale a Asigurărilor Sociale, dispunând de o instalaţie de micro-radio-fotografie va putea să facă un control pulmonar la un număr mare de indivizi într'un timp record. In şcolile primare şi secundare se face acest control (vorbim de Capitală), dar se pare că nu are caracter obligator, acest control pulmonar făcându-se numai când medicul şcolar are o cunoştinţă a situaţiei şi o conştiinţă profesională care îl obligă să apeleze la diferite instituţii sanitare de specialitate. Acest control benevol, **prea benevol**, ar trebui să devină, prin lege, obligatoriu la o perioadă de timp care să nu depăşească 6 luni, mai cu seamă pentru copiii din şcolile primare, iar medicii şcolari să fie obligaţi a complecta fişe individuale asupra stării pulmonare a elevilor.

Dar toate acestea se întâmplă în mediul urban. Ce se face pentru mediul rural, acea mare massă de ţărani, a căror sănătate a început din nenorocire să fie subminată de tuberculoză?

Către mediul rural va trebui să-şi îndrepte Statul toată atenţia, toată solicitudinea, pentrucă el este şi el va fi nucleul vital al naţiunii.

După cum am spus mai sus dispensarele antituberculoase, ori cât ar fi ele de multe, nu vor putea atinge numărul suficient pentru da singure să rezolve problema depistării tuberculozei în mediul rural.

Această problemă va putea fi rezolvată înfiinţând **caravana antituberculoasă.** Această caravană este o camionetă în care se găseşte un aparat de Röentgen, funcţionând cu un grup electrogen, eventual chiar un aparat de micro-radio-fotografie, cu instalaţie de camuflare a luminilor exterioare. Tot în camionetă se va găsi o măsuţă cu un microscop şi coloranţii necesari, lame pentru frotiuri şi capace de sticlă Petri. In perete va fi agăţat un dulap, conţinând fişele cu plicurile respective. Dacă pretenţia nu este prea mare, propunem să se prevadă şi casete cu filmele respective pentru eventuale radiografii, în cazurile unde medicul nu va putea căpăta o convingere numai în urma examenului radioscopic (developarea va putea fi făcută la locul de origină al caravanei).

Ca personal va avea un medic specialist, o soră de ocrotire şi un şofeur. Dacă se poate, un student din ultimii ani de studii va însoţi personalul, pentru a asigura lucrările de microscopie. In plus, fiecare primărie din comunele rurale va avea un dulap tip în care să se păstreze fişele populaţiei respective, fişe întocmite de medic şi sora de ocrotire. La aceste dulapuri nu vor avea acces decât medicul şi sora, pentru a păstra discreţia necesară şi obligatorie. Numărul acestor caravane antituberculoase va trebui să fie cel puţin egal cu numărul de judeţe. Ea va fi afectată pe lângă serviciul sanitar al judeţului, în grija căruia va intra şi întreţinerea ei.

Modul de funcţionare este o chestiune de detaliu, care va putea fi reglementată ulterior.

Putem spune de pe acum că va trebui să se aibă în vedere două lucruri, atunci când se va fixa perioada de activitate a acestor caravane şi anume:

a) Se va ţine seama că din cauza drumurilor proaste, camionetele nu vor putea aborda toate comunele rurale decât în perioada când pământul este uscat.

b) Se va ţine în seamă ca activitatea acestor caravane să nu coincidă cu perioada de timp când toată sau aproape toată populaţia este ocupată cu munca câmpului.

B) TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PULMONARE CU CONSTRUIREA DE INSTITUŢII ANTITUBERCULOASE.

Tratarea bolnavilor T.B.C. este o necesitate axiomatică, ea satisfăcând şi noţiunea de profilaxie şi pe cea de omenie, de ajutor pe care trebue să-l dăm celui suferind.

Noţiunea de terapie alături de noţiunea de profilaxie formează pilonul pe care se bazează întreaga luptă contra tuberculozei.

Tratamentul bolnavilor de tuberculoză pulmonară trebue să se bazeze pe existenţa a trei instituţii antituberculoase:

I. **Dispensarul antituberculos.**
II. **Sanatoriul de tuberculoză pulmonară.**
III. **Spitalul de tuberculoză pulmonară.**

Nicio luptă organizată contra tuberculozei nu se poate dispensa de ele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum vom vedea, rolul lor este de a se completa una pe alta, între ele existând o strânsă corelaţie funcţională. Iată modul lor de funcţionare:

I. **Dispensarul antituberculos** este prima instituţie sanitară cu care noul bolnav de tuberculoză vine în contact.

La acest dispensar **medicul de specialitate,** cu ajutorul examenului clinic şi radiologic, va pune diagnosticul. Când stadiul de boală impune şi starea pleurală permite, medicul va institui în modul cel mai precoce colapsoterapia.

Este locul să insist asupra faptului că o colapsoterapie cu cât va fi aplicată în mod mai precoce, cu atât va aduce cu ea rezultate mai bune. O colapso-terapie precoce înseamnă: 1) Şanse mult mai mari de a găsi o cavitate pleurală liberă care să permită o colabare totală a pulmonului; 2) Vindecarea sigură a unor leziuni minime; 3) Durata scurtă a tratamentului; 4) Lipsa oricăror complicaţii ale colapsoterapiei; 5) Bolnavul va putea să-şi reia în minimum de timp ocupaţia, ne mai greyând bugetul familiei şi al Statului.

Din nenorocire sunt şi astăzi medici cari, pentru aplicarea colapsoterapiei, aşteaptă ca leziunile să ocupe suprafeţe mari sau să fi dus la destrucţii perenchimatoase întinse. In acest caz şansele de a se institui un pneumotorace terapeutic vor fi mai mici din cauza aderenţelor sau simfizelor pleurale, iar neplăcerile ce pot urma unui pneumotorace incomplect, nu vor întârzia să-şi facă apariţia.

Dacă medicul de dispensar reuşeşte să aplice colapso-terapia, pacientul va fi lăsat la domiciliul lui, în mijlocul familiei, deoarece acest

bolnav în minimum de timp va pierde calitatea de a infecta pe cei din jurul lui. Va primi sfaturi în ceea ce privește igiena și păstrarea unui repaos complect. Va avea grija ca la timpul indicat să se prezinte la dispensar pentru reinsufiațiii. Când medicul nu poate institui pneumotoracele se prezintă sub două aspecte:

a) Pacientul prezintă leziuni întinse cu distrugeri parenchimatoase mari, cu starea generală minată de infecțiunea bacilară. In acest caz, medicul de dispensar va interveni cu scop profilatic **trimițând pacientul într'un spital de tuberculoză.**

b) Un alt aspect sub care se poate prezenta un pacient este următorul: el ar putea să fie beneficiarul unei colapso-terapii, dar ea nu se poate face din cauza aderențelor sau simfizei pleurale mai mult sau mai puțin întinse.

In aceste cazuri medicul de dispensar va dirija bolnavii către sanatoriile de tuberculoză pulmonară, unde medicii de specialitate să execute, fie operația lui Jakobeus (secțiunea aderențelor), fie alte intervențiuni chirurgicale (freniceotomie, pneumotorace extra-pleural, toracoplastie subtotală). Odată aceste intervențiuni efectuate, pacientul va fi din nou primit de medicul dispensarului care îl va avea în observație și îi va continua tratamentul dacă este cazul.

Pentru cazuri de bilateralizare de pneumotorace, dispensarul va avea afectat unul sau două paturi unde să poată fi oprit pacientul 2—3 zile după această intervenție căci, trebue să admitem că bolnavul nu vine numai din comuna sau orașul de reședință al dispensarului. Ori, ar fi cu totul contra principiilor științifice ca un bolnav după ce a suportat o bilateralizare a pneumotoracelui, să fie abandonat la voia întâmplării. Din această scurtă descriere a modului de funcționare a dispensarului, ne dăm seama de nevoia ca aceste instituții să fie în număr cât mai mare și mai cu seamă cât mai răspândite. Va trebui ca în fiecare capitală de județ să existe un dispensar antituberculos; în plus, fiecare plasă sau cel puțin două plase sanitare să-și aibă dispensarul antituberculos. La aceste dispensarii vor funcționa **medici de specialitate.** Fiecare dispensar antituberculos va fi dotat cu o instalație de radiologie, cu ajutorul căreia medicul să poată executa cel puțin controlul radioscopic dacă nu și radiografic, fiindcă **nu se mai poate concepe ftiziologie fără radiologie.** Medicul de dispensar va fi ajutat la aplicarea tratamentului, în inițierea bolnavilor asupra regimului de odihnă și în păstrarea măsurilor de profilaxie de către o soră de ocrotire.

Pentrucă Statului nu i se poate cere să facă investiții cu clădirea unor localuri adecvate acestor nevoi, ca un paleativ — pe care îl dorim de cât mai scurtă durată — se va recurge la închirieri de localuri cari să fie amenajate ad-hoc.

II. Sanatoriul de tuberculoză pulmonară.

Despre această instituție care constitue cheia de boltă a luptei contra tuberculozei nu ne vom ocupa prea mult pentrucă, de și utilitatea lor apare pe primul plan, nu se poate cere Statului ca astăzi, când are de învins atâtea greutăți să mai investească miliarde în construirea

de sanatorii noi. Lucrul acesta va rămâne un desiderat al unui viitor mai îndepărtat. Numărul sanatoriilor rămâne deocamdată acelaşi.

Ceea ce cerem şi ceea ce se poate realiza, este efortul, ca cele care din diferite motive şi-au suprimat activitatea, să fie repuse în minimum de timp la dispoziţia bolnavilor.

Organizarea lor să fie făcută pe alte baze, pe bazele pe care ştiinţa şi ftiziologia modernă le-a stabilit ca necesare unui sanatoriu de tuberculoză pulmonară. Precum am spus, sanatoriile sunt cheia de boltă în lupta contra tuberculozei. Ele vor primi bolnavii trimişi de dispensar pentru a li se repara ceea ce boala a stricat. Aici va trebui să fie centrul unde colapso-terapia chirurgicală să poată fi aplicată pe o scară cât mai largă. Ţinând seama de faptul că numărul de paturi sanatoriale nu poate fi înmulţit de azi pe mâine şi cum acest număr este cu mult sub ceea ce ar trebui să fie, paturile din sanatoriu nu trebuesc imobilizate cu bolnavi pentru cură de chaise-longue sau pentru cură de aer. Sanatoriul nu trebue să fie decât o vastă sală de chirurgie pulmonară unde să se aplice tot ceea ce ftiziologia modernă pune la dispoziţia bolnavului, fie pentru vindecarea leziunii pulmonare, fie pentru a aduce cel puţin o ameliorare care să permită reluarea ocupaţiunilor.

Sanatoriul nu poate fi în starea de astăzi, decât un centru unde să se creieze condiţia de vindecare, urmând ca ea să se desăvârşească sub controlul şi cu ajutorul medicului de dispensar. In sanatoriu bolnavul nu va trebui să rămână decât atât cât trebue, ca rana rezultată din intervenţia chirurgicală să fie vindecată şi atât cât trebue ca starea generală a bolnavului să se refacă pentru a putea suporta înapoierea.

Astfel privind lucrurile, toate sanatoriile de tuberculoză sau aproape toate, vor trebui să fie utilizate în scopul pe care l-am arătat. Fiecare sanatoriu va trebui să aibă o sală de operaţie cu un instrumentar redus la strictul necesar şi cu o instalaţie mică de sterilizare, aceasta pentru a greva cât mai puţin bugetul Statului.

Să se înceapă imediat o campanie mare pentru ca chirurgii tineri să fie bine iniţiaţi în chirurgia pulmonară, iar medicii de sanatoriu cari, din cauza ocupaţiunilor din fiecare zi sau din cauza depărtării prea mari de centrele unde se practică chirurgia pulmonară, nu posedă suficient acest tratament, să li se pună la dispoziţie sub formă de concedii, timpul necesar ca, locuind într'un mare centru unde se practică chirurgia pulmonară, să-şi poată apropia complect şi în minimum de timp cunoştinţele tratamentului post-operator, care din punct de vedere al rezultatului final este tot atât de important ca şi actul operator şi să-şi însuşească cunoştinţe suficiente pentru o indicaţie operatorie cât mai bună.

Odată îndeplinită această menire, sanatoriul va dirija pacientul din nou către dispensarul care l-a trimes.

III. Spitalul de tuberculoză pulmonară.

Această ultimă instituţie, împreună cu primele două, dispensarul antituberculos şi sanatoriul de tuberculoză pulmonară, constitue ceea ce noi numim **triunghiul antituberculos.**

Spitalul de tuberculoză pulmonară este o instituţie nouă, pe care o propunem ca o armă în lupta contra tuberculozei.

Ea poate a existat până acum sub denumirea de spital de izolare, dar modul de funcţionare sau întrebuinţare care va trebui să i se dea este cu totul alta, aşa că acele spitale de izolare chiar dacă au existat, ele apar ca instituţii noi, ca armament nou în lupta contra tuberculozei. De altfel şi denumirea de spital de izolare, care stătea scris pe frontispiciul acestor instituţii era o barbarie, noţiunea de izolare pulând creia în sufletele acelora care veneau să se interneze, convingerea unei condamnări definitive, la ei ne mai putându-se face decât oficiul de izolare.

Organizarea spitalului de tuberculoză pulmonară.

Pentru a fixa rolul pe care va trebui să-l ocupe în triunghiul antituberculozei vom reveni tot la dispensarul antituberculos.

Când am studiat modul de funcţionare al dispensarului antituberculos, am spus că unul din aspectele sub care se poate prezenta pacientul este acela al unui bolnav aproape incurabil. Din punct de vedere al luptei contra tuberculozei, aceştia sunt bolnavii care preocupă sau ar trebui să preocupe în măsura cea mai mare atât autorităţile, cât şi medicii chemaţi să vegheze asupra sănătăţii publice. Aceşti bolnavi sunt izvoare de contagiune în mediul familiei lor sau în mediul în care bolnavul îşi exercită profesiunea.

Odată consumată şi ultima energie, ei vor cădea la pat ne mai părăsindu-l decât atunci când boala le-a stors ultima picătură de viaţă. Familia lui, şi aşa destul de săracă, va avea în sânul ei un mare invalid care le va consuma şi micile rezerve materiale în cazul când ele ar exista. In cele mai multe cazuri membrii validi şi producători din familie îşi reduc strictul necesar pentru a putea pune la dispoziţia acelui bolnav cât mai mult, pentru a-i asigura o asistenţă medicală, o terapie medicamentoasă şi o supra-alimentaţie. Şi toate acestea în zadar. Va rezulta de aici mizeria fiziologică pentru toţi cei cari, mână dela mână, vor să ajute la salvarea vieţii bolnavului. Pe de altă parte, acestei mizerii fiziologice i se adaogă contagiunea masivă, la care sunt supuşi cu toţii din cauza promiscuităţii în care trăesc. După ce a stors ultima picătură de vlagă celor ce i-au sărit în ajutor, bolnavul va muri, trăgând după el şi pe cei cari au căutat să-l salveze dela moarte. Tragedia obscurantismului şi al stărilor mult sub standardul de vieaţă normal, cu repercusiuni răsunătoare asupra stării economice a societăţii şi a Statului, este motivul cel mai puternic ca Statul să intervină cu ultima energie pentru a opri ca răul să se întindă. Suntem ţara care dă una din cele mai mari cifre de morbiditate şi mortalitate din Europa în ceea ce priveşte tuberculoza. Merită ţara aceasta, merită tineretul acestui popor, această nefastă cinste? Să nu mai formulăm acuzaţii, să nu mai căutăm vinovaţi. Imperativul ceasului de faţă, imperativul ceasului al 12-lea, nu ne permite să filosofăm, nu ne permite să mai pierdem un minut.

La amintirea celor mulţi cari au pierit, roşi de tuberculoză, fără să primească un ajutor cât de mic din partea Statului, se va adăoga blestemul altor mulţi cari şi-au pierdut sănătatea pe câmpul de luptă şi cari acum se văd părăsiţi spunându-li-se oridecâteori bat la uşa unei instituţii, că Statul nu mai este în măsură să facă noi sacrificii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inexact; Statul poate şi trebue să aibă iniţiativă în a constrânge pe cei care, apăraţi de aceşti ostaşi stau la casele lor şi îşi înmiesc averile pe spinarea celor neputincioşi şi lipsiţi de orice iniţiativă de apărare din partea Statului.

Statul trebue şi poate să găsească fondurile necesare pentru a-şi salva feciorii din ghiarele mizeriei şi ale bolii.

Statul trebue şi poate să găsească mijloacele cu care să-şi refacă capitalul OM, care după ce a fost secerat pe front este secerat de majestatea sa bacilul.

Să revenim la bolnavul ce se prezintă la dispensarul antituberculos cu o stare incurabilă pulmonară. Ea constituie elementul asupra căruia lupta contra tuberculozei apare ca o necesitate reală.

Aceşti bolnavi nu vor fi trimişi la sanatorii de tuberculoză, ci în spitale antituberculoase. Aceste spitale de tuberculoză vor trebui să ia fiinţă, după cum am spus, în minimum de timp. **Pentrucă o clădire de cărămidă ar costa prea mult, propunem ca aceste spitale să fie construite din lemn, tip baracă.** Fie că ele vor fi construite din nou, fie că cele existente vor fi transportate şi montate, cu minimum de modificări, acolo unde autorităţile sanitare vor găsi de cuviinţă. Pentru a evidenţia economia ce s'ar putea face, e destul să spunem că în urma unui calcul sumar, un pat al unei clădiri în cărămidă ar costa 1.500.000 lei, iar un pat-baracă cu greu ar atinge suma de lei 250.000—300.000.

Tot din motive de ordin economic propunem ca aceste bărăci să fie instalate pe lângă spitale preexistente din ţară, iar Inspectoratul General Sanitar al Capitalei să instaleze aceste bărăci pe lângă spitalele Municipiului. Tot acum este momentul să spunem că atunci când se va porni la alegerea acelor spitale cărora să li se afecteze şi aceste spitale de tuberculoză, este bine să se ţină seamă de următoarele consideraţiuni:

1. Ţinând seamă că aceste spitale de tuberculoză vor primi bolnavi al căror organism se găseşte într'o deficienţă fiziologică pronunţată datorită unei tuberculoze evolutive sau cronice, ţinând seamă că aceşti bolnavi prezintă leziuni întinse şi cu caractere destructive pulmonare profunde, este bine că ei să nu fie forţaţi să locuiască la altitudini prea mari. Pentru acest motiv propun ca aceste spitale de tuberculoză să fie afectate spitalelor din regiuni deluroase sau cel mult subcarpatine, a căror altitudine să nu depăşească 500—600 m. Ca o consecinţă favorabilă a acestei alegeri este şi faptul că în aceste regiuni, pe durata iernii, perioada de îngheţ este mai scurtă cu cel puţin 2—3 luni pe an faţă de altitudinile mari.

2. Ţinând seamă că afluxul de bolnavi la aceste spitale va fi mult mai mare în timpul verii, este bine ca la alegerea lor să avem în vedere că aceste spitale nu trebuesc instalate în niciun caz în regiunile mlăştinoase unde contaminarea cu malarie ar fi foarte posibilă în cursul lunilor de vară şi nici acolo unde din cauza drumurilor prea rele în această perioadă de vară, bolnavii ar avea de luptat şi cu praful şi cu căldurile.

Capacitatea unei bărăci să fie minimum 100—150 de locuri, împărţite în saloane de 10—15 paturi.

Afectarea bărăcilor pe lângă spitalele preexistente ar face că ele să beneficieze de bucătăria şi spălătoria spitalului, de farmacia şi totalul atenanselor necesare unei asemenea instituţiuni, rezultând de aici o mare economie bugetară.

In ceea ce priveşte îngrijirea medicală, acestor bolnavi nu li se aplică decât un tratament general, care se suprapune perfect celui de medicină generală. Cum medicii deja existenţi, fără să se ceară o pleiadă de specialişti, sunt capabili să îngrijească bolnavii până la ultimul moment în aceste spitale de tuberculoză, ei nu vor greva bugetul Statului decât cu cheltuiala necesară hranei, spălatului, luminatului şi încălzitului (pe timp de iarnă).

Dacă printr'o eroare de prognostic, unii din aceşti bolnavi prezintă o ameliorare suficientă, care să permită o ulterioară intervenţie chirurgicală, bolnavul va fi trimis la sanatoriul de tuberculoză de unde, după executarea operaţiei, va fi îndrumat la dispensar.

Dar nu numai printr'o eroare de prognostic se pot obţine asemenea ameliorări. Sunt cazuri unde, dacă pentru moment nu se poate recomanda o intervenţie chirurgicală, lucrul acesta cu bună ştiinţă poate fi prevăzut într'un viitor apropiat sau îndepărtat, după ce pacientul a făcut o cură de odihnă complectă, cu o alimentaţie substanţială şi cu un tratament tonic general, lucruri pe care bolnavul nu le va putea aplica de nicio manieră în locuinţa lui mizeră cu o stare materială precară. Şi în acest caz medicul de dispensar va putea trimite pacientul acestor spitale de tuberculoză pentru refacerea stării generale şi locale în vederea unei intervenţiuni chirurgicale.

Mai mult decât atât. Sunt unii pacienţi a căror refacere fizică generală şi locală merge mai greu, după suportarea intervenţiei chirurgicale. Pentru a nu imobiliza paturile de sanatorii cu aceşti bolnavi, care ar trebui să stea mai mult timp, paturi care şi aşa sunt destul de puţine, ei vor putea fi trimişi acestor spitale de tuberculoză, unde să continue a face o cură de odihnă pentru un timp mai îndelungat, până la obţinerea unei complete fortificaţii.

La fel se va proceda şi cu pacienţii, care în urma operaţiei au făcut o complicaţie, şi care, dacă nu necesită o competenţă specială, vor putea fi îngrijiţi până la vindecarea în spitale de tuberculoză.

REZUMAT.

Pentru ca lupta contra tuberculozei să devină o realitate propunem:

I. Infiinţarea a câte unui dispensar antituberculos în fiecare capitală de judeţ şi dacă este posibil la fiecare două plăşi sanitare. Dispensarul să fie complect utilat şi condus de un medic de specialitate ajutat de o soră de ocrotire.

II. Transformarea şi dotarea cel puţin a unora din sanatoriile de tuberculoză (acele sanatorii cari prin organizarea lor şi prin capacitatea de primire a bolnavilor merită o cheltuială) în vederea aplicării unei chirurgii pulmonare moderne pe o scară întinsă.

III. Să se creieze o pleiadă de chirurgi iniţiaţi în chirurgie pulmonară, iniţiere pe care o pot căpăta în sanatoriile unde actualmente se

aplică acest tratament şi care să fie afectaţi cel puţin la intervale fixe pentru executarea operaţiilor la sanatoriile de tuberculoză.

IV. Să se acorde concedii cu dreptul de a locui în sanatoriile existente unde se aplică chirurgia pulmonară, medicilor de sanatorii de tuberculoză, pentru ca aceştia să se poată pune la curent cu indicaţiile operatorii şi cu îngrijirea postoperatorie.

V. Înfiinţarea de spitale de tuberculoză pe lângă spitalele de judeţ preexistente. Din motive de ordin economic propun ca aceste spitale să fie construite din lemn, în genul bărăcilor germane, cu o capacitate de 100—150 paturi împărţite în saloane de 10—15 paturi. Modul lor de construcţie va fi găsit consultându-se şi un medic de specialitate cu practică sanatorială, pentru ca aceste spitale să prezinte maximum de confort.

VI. Să se organizeze o reţea de instituţii pentru pretuberculoşi, adică preventorii, colonii de vară, şcoli în aer liber ş. a. m. d.

C) RIDICAREA STANDARDULUI DE VIEAŢĂ A MUNCITORULUI MANUAL ŞI INTELECTUAL DELA SAT ŞI ORAŞ.

Sub regimul politic actual acesta este un deziderat care îşi aşteaptă o rezolvare justă, el fiind pus pe primul plan al realizărilor.

Pentru a înţelege necesitatea acestui lucru va trebui să facem o scurtă incursiune în domeniul ştiinţei.

Orice copil se naşte indemn de infecţia tuberculoasă, chiar când el se naşte dintr'o mamă tuberculoasă. Aceasta este concepţia pe care o avem astăzi despre ereditate în tuberculoză. Ca să nu fim prea categorici, putem spune că în cazurile unde, din cauza stărilor de bacilemie pe cari mama le poate avea în cursul sarcinei, stări cari ar fi putut duce la o infectare a fătului pe cale transplancentară sau sanghină, noul născut va avea o vieaţă de câteva zile, aşa că în mod practic această infectare, această ereditate nu conteazâ.

Rămâne în picioare în totul afirmaţia că copilul născut de o mamă tuberculoasă se naşte sănătos, neinfectat. Dacă acest nou născut va continua să rămână la sânul mamei, el va suferi în scurtă vreme infectări masive şi repetate, contaminare care va duce în scurtă vreme la declanşarea unei tuberculoze grave care va pricinui sfârşitul unei vieţi abia începute.

Ca o consecinţă a acestui fapt, toţi aceşti copii vor trebui îndepărtaţi imediat ce s'au născut, şi crescuţi în instituţii cu personal competent. Toţi aceşti copii se vor desvolta normal, neprezentând nicio tară bacilară.

Dacă copilul va fi născut de către o mamă sănătoasă şi crescut într'un mediu sănătos, el face în cursul primei sau celei de a doua copilărie unele infectări accidentale, discrete şi distanţate, care vor transforma copilul, din punct de vedere humoral, dintr'un anergic într'un allergic. Aşa se întâmplă în majoritatea cazurilor, astfel că la vârsta de 18—20 ani, 65—80%, vor deveni allergici, adică infectaţi.

Câteodată în mediile mai sănătoase acest procent poate scădea până la 47%.

In mod practic putem spune că, până la vârsta adultă, trei sfer-

turi din populaţie este infectată, fără ca aceasta să implice un pericol imediat, deoarece numai o infimă parte vor deveni tuberculoşi.

In ce condiţiuni un individ allergic, un individ infectat, va deveni un tuberculos, un bolnav cu leziuni bacilare?

Nu este în intenţia noastră să discutăm problema sub tot aspectul ei ştiinţific. Ne vom mărgini să spunem că una din cauzele cari duc la ruperea acelui echilibru ce s'a creiat într'un organism şi infecţia bacilară, este mizeria fiziologică, privită sub toate aspectele ei. Eforturile mari şi susţinute vor duce în mod fatal la o scădere a rezistenţei fizice. Creşterea numărului de tuberculoşi după o perioadă de războiu, la cei cari au fost angajaţi de dife ite feluri în încleştarea pe care necesită o luptă, cu privaţiunile variate şi multiple, este un fapt constatat şi necunoscut de toţi.

Cei cari din cauza unor câştiguri prea mici îşi creiază un standard de vieaţă mult inferior celui normal şi din această cauză sunt forţaţi să lucreze un număr mult mai mare de ore pentru a putea realiza un câştig cu care, de bine de rău, să-şi poată duce zilele de azi pe mâine, cei cari din cauza unei neomenii sunt forţaţi să lucreze în ateliere şi fabrici cu local insalubru, cei cari din cauza mizeriei din sânul familiei într'o perioadă când organismul, pentru desvoltarea lui normală, are nevoie de o vieaţă cât mai liberă şi o hrană cât mai substanţială, adică în perioada de creştere, sunt forţaţi să îndeplinească munci grele şi susţinute (ne referim la ucenici), cei cari din cauza unor condiţiuni materiale proaste duc o vieaţă de mizerie cu locuinţe insalubre, cu o hrană insuficientă, toţi aceştia se găsesc în situaţia ca la un moment dat, acel echilibru de care am vorbit să fie rupt în favoarea infecţiunii, declarându-se boala.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Menţionăm de asemenea că femeile cari, pe lângă faptul că execută lucrul manual, egal cu bărbaţii, fie în ateliere şi fabrici, fie la munca câmpului, mai au ca duşman al lor perioada de sarcină, de naştere şi alăptare. Toate acestea sunt cauze puternice cari duc la o scădere a rezistenţei fizice şi humorale, cu rezultat final: tuberculizarea.

Este cunoscută tuberculoza evolutivă la femei în perioada care urmează imediat după sarcină. Leziuni discrete, inactive, pulmonare sunt biciuite de naştere devenind leziuni evolutive cu tendinţă destructivă mare.

Concluzii: Mai multă grijă în ceea ce priveşte îndeplinirea unor condiţii de salubritate şi igienă a atelierelor şi localurilor de fabrică. Mai multă grijă în salarizarea lucrătorului astfel ca el să poată face faţă greutăţilor vieţii. Mai multă prietenie între muncă şi capital. Mai multă grijă în a se da lucrătorului o locuinţă standard, cu confort şi salubritate perfectă. Mai multă grijă în a proteja copilul în perioada de creştere, legiferându-se pentru el ore de lucru mai puţine şi creeréa unui număr cât mai mare de cămine, în cari aceste viitoare elemente productive să se desvolte în conformitate cu principiile ştiinţifice şi cele de omenie.

Mai multă grijă în protecţia mamei, înainte, în timpul şi după naştere.

Mai multă grijă asupra studenţilor cari, din cauza unor posibilităţi materiale reduse, locuiesc în camere insalubre, lipsite de lumină şi aer, cu o alimentaţie redusă de multe ori la pâine şi apă, cu nopţi albe, aplecaţi asupra fascicolelor de cursuri, cu emoţii şi griji de fiecare zi.

Aceşti tineri, dislocaţi din locurile lor natale, unde erau scăldaţi de soare şi înconjuraţi de un aer plin de sănătate, în entuziasmul tinereţii lor nu-şi dau seama că pe măsură ce se apropie de ziua care să le încunune munca cu o diplomă şi o situaţie socială, pe aceeaşi măsură se apropie de ziua când vor fi candidaţi la un pat într'un sanatoriu de tuberculoză.

Mai multă grijă pentru ţăranul nostru astfel ca el să capete o contravaloare cât mai echitabilă pentru produsele lui. Să ferim pe muncitor de specula intermediarului.

Toată această „mai multă grijă" va avea ca rezultat mai puţină tuberculoză.

D) ORGANIZAREA STAŢIUNILOR CLIMATERICE PE BAZE RIGUROS ŞTIINŢIFICE.

De când a început la noi desvoltarea staţiunilor climaterice, an de an, vară de vară, asistăm nepăsători la consumarea marei drame a acestor staţiuni.

Numai cei cari au avut ocazia să lucreze în aceste staţiuni, numai cei cari au avut ocazia să trăiască scene de un crud dramatism, numai aceia îşi pot da seama de minciuna grosolană care stă ascunsă după un decor splendid, dar fals.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Valuri de oameni, cu obrazul supt de muncile şi grijile unui an întreg, cu ochii cerniţi de oboseala nopţilor albe cerută la prepararea examenelor, cu copii intoxicaţi de vieaţa de oraş, fără soare, fără aer, fără spaţiu, vin încrezători în aceste staţiuni climaterice, pentru ca, cu cheltueli care seacă complet economiile unui an întreg de privaţiuni, să-şi refacă organismul.

Refacere: un miraj, o iluzie, căci în realitate se întâmplă contrariu, adică o subminare a sănătăţii.

Tocmai aici, tocmai în aceste locuri creiate pentru sănătate, începe să se consume drama tuberculizării.

Vom povesti două scene cari, deşi trăite de multă vreme, s'au imprimat atât de puternic în memoria şi sufletul celui care le-a trăit, încât nu pot fi uitate.

Intr'o bună zi proprietara unei case vine să facă reproşuri că i s'a discreditat casa, întrucât s'a afirmat că o pacientă care părăsise staţiunea cu două zile înainte era tuberculoasă, când ea în fond — afirma proprietăreasa casei — nu era decât colitică.

Răspunzându-i că acea bolnavă a fost examinată de unul din noi, că a fost găsită cu leziuni pulmonare întinse şi că a părăsit staţiunea în urma recomandaţiei noastre, pentru a nu se consuma ultimul capitol departe de locuinţa ei, proprietăreasa a răspuns că şi în această ipoteză ea a luat „măsurile necesare" cari să elimine orice pericol pentru noul chiriaş, **ţinând ferestrele deschise şi pulverizând în cameră apă de colonie.**

Câtă crimă în această naivă ignoranță.

A doua scenă, de un dramatism cutremurător, este următoarea: Intr'o dimineață de vară, aproape de ora prânzului, mânați de nevoile profesionale, traversam parcul unei stațiuni. Inainte, la 40—50 metri, un grup de vizitatori se îndrepta cu pași lenți către restaurantul din parc, spre a-și lua aperitivul. La un moment dat unul se desprinde din grup pentru a se apropia de peluza de verdeață. După ce face o mișcare de înclinare, își reia locul de unde plecase. Toate acestea au fost făcute, în mod evident, pentru a expectora, iar cel care le-a făcut era un pacient cu leziuni cavitare cronice.

Pe o bancă, în partea opusă a aleei, o guvernantă croșetând, supraveghea un copilaș cu părul ondulat pe care îl desmierdau razele binefăcătoare ale soarelui; copilul se juca cu o minge, care la un moment dat scapă în iarbă, unde, cu câteva secunde înainte, bolnavul de care am vorbit expectorase miliardele de bacili! .....

După aceste două povestiri, credem că nu mai este nevoe de niciun comentariu.

La ele se adaogă și capitolul restaurantelor și al cofetăriilor, unde nu se aplică nicio măsură de igienă.

Aceste stațiuni climaterice, prin lipsa completă a oricărei organizări care să aibă la bază principiile de profilaxie, devin stațiuni de infectare ce pot avea rezultate contrarii celor urmărite.

Mai mult decât atât. S'a observat în ultimul timp o creștere a tuberculozei la locuitorii autohtoni, la populația băștinașe și aceasta din aceiași cauză, prin următorul mecanism:

Biblioteca Universitară "Iuliu Maniu" Cluj / Babeș-Bolyai University Library / Cluj

La început de sezon, familii întregi se privează de cât mai multe camere pentru a le putea specula. La sfârșitul sezonului, ei vor reocupa vechile încăperi unde, luni de zile au stat chiriași bolnavi, cu leziuni deschise și aceasta fără o desinfecție prealabilă.

Toate comitetele de organizare ale acestor stațiuni climaterice, la început de fiecare sezon, se întrunesc în număr nesfârșit de ședințe, pentru a discuta valoarea diferitelor taxe, cari vor trebui să fie plătite de vizitatori și pentru angajarea unei muzici militare care să cânte bacililor potpuriuri și tangouri, — dar fără să se ocupe, într'o măsură cât de mică, de obligația ce o au de a apăra sănătatea celor cari acordă încrederea acestor stațiuni.

Ministerul Sănătății, chiar dacă are înscris prin lege unele măsuri de profilaxie, nu s'a interesat dacă ele sunt sau nu aplicate de organele însărcinate cu acest lucru.

Nu s'a făcut și nu se face nimic pentru îndreptarea acestui rău.

Planul general de organizare al luptei contra tuberculozei va trebui să aibă în vedere și acest aspect al problemei.

S'au formulat sugestii cari mai de cari mai inaplicabile sau mai neumane. Astfel sunt unele stațiuni climaterice cari, prin modul lor de organizare, nu primesc bolnavi de tuberculoză. Să ne imaginăm că toate stațiunile ar adopta această măsură. Ce vor face atâția bolnavi cari, pentru perioada de 2—3 luni de vară, părăsesc și ei lucrul, pentru ca mergând în aceste stațiuni să-și odihnească trupurile istovite de muncă și boală, pentru o reîmprospătare a forțelor. A nu-i primi, a-i alunga

ca pe niște ciumați, este aceasta o măsură științifică, este aceasta o măsură umană?

Cred că nicio minte nu poate accepta o asemenea inepție.

Să întrebăm pe cei ce aplică asemenea soluții, ce fac cu bolnavii localnici? Îi gonesc din comună, îi sechestrează în locuință?

O altă măsură, tot așa de inaplicabilă, era aceea de a se rezerva în fiecare stațiune climaterică un cartier care să fie locuit numai de tuberculoși. Aceasta ar echivala cu obligația pe care am impune-o bolnavilor de a purta o brățară de culoare cât mai vie, care să-i distingă de ceilalți oameni.

Și când mă gândesc că aceasta era una din soluțiile recomandate de un medic!

Această problemă nu-și găsește rezolvare, decât aplicând în mod scrupulos principiul desinfecției, așa cum îl aplică stațiunile climaterice cu renume mondial. Fiecare cameră să fie desinfectată la plecarea chiriașului. Lucrul acesta se va confirma prin lipirea la ușă a unui bilet care să-l certifice.

Câteva aparate de desinfecție cu vapori de formol, la dispoziția unui serviciu sanitar local, cu personal devotat și priceput, care să fie cumpărate și întreținute cu banii strânși din taxele de cură (toți vizitatorii vor fi mulțumiți să știe că în locul muzicei militare li se oferă camere desinfectate), instalații pentru desinfectarea veselei, care să funcționeze la toate restaurantele și cofetăriile. Și o poliție sanitară care să vegheze ca bolnavii și chiar oamenii sănătoși (distincția nu o pot face ei) să nu mai scuipe pe stradă și prin iarbă, ci în batistă sau în scuipătoare de buzunar; vor fi măsuri simple, economicoase și totuși radicale, cari vor îndrepta aspectul tragic pe care îl oferă astăzi frumoasele noastre stațiuni climaterice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E) ORGANIZAREA SERVICIULUI DE PROPAGANDĂ IGIENICĂ.

Un serviciu de propagandă are dublul rol:

a) Să arate bolnavului ce pericol amenință pe cei din jurul lui, pe cei cari se pun în slujba nevoilor lui, pe cei cari îl îngrijesc, dacă el nu înțelege să respecte anumite regule de igienă.

b) Să arate celor cari vin în contact cu bolnavul, cât rău pot avea din partea acestuia dacă ei nu iau anumite măsuri de precauție.

S'a spus și se spune că bacilarul este prin excelență un egoist și un invidios. Din experiența noastră avem dreptul să ne ridicăm contra unei afirmații, care pune pe bolnavul tuberculos pe o treaptă inferioară celorlalți oameni. Este inexact. Tuberculosul nu este nici mai rău nici mai bun ca ceilalți oameni. Unele cazuri rarisime, cari traduc o criminalitate, sau o bestialitate feroce, nu ne dă dreptul să generalizăm.

Tuberculosul în majoritatea cazurilor recunoaște sacrificiul celor cari îl ajută, cari îl îngrijesc. Nu putem uita că majoritatea mamelor, când pleacu din sanatoriu cu starea pulmonară ameliorată, se interesau până la obsesie dacă ele mai prezintă ori nu vreun pericol pentru copiii lor.

Dacă ei nu respectă unele principii, este că nu cunosc încă acele principii, nu au o suficientă educație, nu le-au aplicat timp îndelungat pentru a deveni reflexe.

Fiţi atenţi la un bolnav care a stat mai mult timp într'un sanatoriu; în timpul unui examen medical pe care i-l faci sau în afară de acel examen, el nu va tuşi odată fără să nu pună batista la gură. Lucrul acesta i s'a spus şi s'a repetat de atâtea ori încât a devenit un act reflex.

Dar şi cei cari trăiesc în jurul bolnavului sunt obligaţi, în aceiaşi măsură, a lua măsuri de precauţie.

Sunt rude apropiate ale bolnavului, cari deşi cunosc ceea ce nu trebue să facă, dintr'o neatenţie sau dintr'un sentiment prea puternic, fac exact invers.

Nu suntem singurii cari am auzit din partea mamelor, din partea soţiilor sau din partea surorilor, răspunzându-ni-se că nu pot să nu doarmă cu bolnavul în pat, că nu pot să nu mănânce cu el la masă. că nu pot să nu bea din acelaşi pahar, pentrucă făcând altfel ar trezi în sufletul bolnavului convingerea că ei se feresc, ca şi cum a te feri înseamnă a acuza sau a înjosi.

Serviciul de propagandă va avea obligaţia să arate necesitatea aplicării acestor principii de igienă, atât spre binele bolnavului cât şi spre binele celor cari îl îngrijesc.

Acest serviciu de propagandă mai are obligaţia să facă cunoscut în marea massă a populaţiei ce este tuberculoza, cari sunt semnele ei, cari sunt consecinţele ei, cum o putem combate, avantagiile ce le are bolnavul consultând în mod precoce pe medic.

In mediul rural, el va avea auxiliari preţioşi pe învăţătorul şi preotul comunei.

Biblioteca / Central University Library Cluj

Serviciul de propagandă va avea grija de a iniţia mai întâi pe aceşti auxiliari cari la rândul lor, prin conferinţe, să difuzeze cunoştinţele căpătate.

Serviciul de propagandă va avea grijă ca prin imagini cât mai sugestive, care să fie expuse în şcoli, în primării, în gări, prin filme cinematografice, să difuzeze cât mai multe noţiuni asupra problemei tuberculozei. Să nu se uite că memoria vizuală este mult mai bună prietenă, iar o imagină bine compusă face mai mult decât o întreagă conferinţă.

Toate acestea nu sunt decât elemente schematice cari, în detaliu, vor putea căpăta o amplificare de natură să nu omită nimic din ceea ce ar putea să fie util scopului urmărit.

CONCLUZII:

Din această expunere de situaţii şi propuneri, rezultă un fapt cert: acela că lupta contra tuberculozei înseamnă creierea unei serii de instituţii care necesită investiţii enorme. Odată mai mult se pune în evidenţă nevoia unor mari mijloace materiale pentru a se putea începe lupta.

Vremurile sunt grele, prea grele pentru a accepta ca numai Statul să facă aceste investiţii de capital. Cum lupta contra tuberculozei înseamnă o luptă organizată, care ne apare fiecăruia dintre noi cel mai mare bun pe care-l avem, cea mai scumpă avere care nu poate fi uşor înlocuită, sănătatea noastră şi a copiilor noştri, să înţelegem că orice

sacrificiu pe care îl facem nu este prea mare faţă de scopul pe care îl urmăreşte.

Noile impuneri pe care Statul le va percepe, fie sub formă de asigurare obligatorie şi generală contra tuberculozei, fie sub formă de timbru antituberculos asupra băuturilor alcoolice şi asupra spectacolelor, toate trebue să fie primite cu satisfacţie, căci ele vor umple un mare gol, de care sănătatea publică şi individuală se resimte.

Pentrucă a întreprinde o luptă raţională contra tuberculozei, înseamnă să se pornească dela început cu aplicarea totală a acestui plan şi cum acest lucru nu va fi posibil nici din punct de vedere tehnic şi nici din punct de vedere practic, propunem ca aplicarea acestui plan să se facă asupra unei regiuni care să fie mai mare decât judeţul.

La alegerea acelei regiuni se va avea în vedere statistica, alegându-se regiunea cea mai contaminată de tuberculoză.

Pentru o reuşită cât mai bună a acestei acţiuni, propunem ca întocmirea şi aplicarea planului de luptă să fie încredinţată unui **Comitet central pentru combaterea tuberculozei**, din care să facă parte numai specialişti, cari au activat sau activează altfel decât în birouri şi cari cunosc perfect această problemă din contactul de fiecare zi cu ea, — sau a unei societăţi cum ar fi **Liga Naţională contra Tuberculozei**, în comitetul căruia intră oameni cu o competenţă verificată şi de necontestat. Acest **Comitet central pentru combaterea tuberculozei** sau **Liga Naţională contra Tuberculozei** să fie statul major de conducerea luptei. El va avea toate drepturile, toate puterile, dar şi toată răspunderea înfăptuirilor sau neînfăptuirilor. El va avea dreptul de control şi de diriguitor asupra tutulor acţiunilor cari urmăresc acest scop, asupra tuturor instituţiilor existente care au înscris în programul lor lupta contra tuberculozei.

El va fi organul care va da sugestii şi care va avea dreptul să controleze modul cum aceste sugestii se aplică.

El, şi numai el, va avea dreptul de a strânge fondurile şi a le întrebuinţa. El, şi numai el, va fi cel care va aviza în ce măsură acele fonduri sunt sau nu suficiente.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lucrare făcută în Serviciul de Tuberculoşi din Spitalul Pantelimon
Medic şef: D-r Theodor Moisescu

FEBRA NEVRALGICĂ PERIODICĂ
(FEBRA DE WOLHYNIA, FEBRA DE TRANŞEE, ETC.).
IMPORTANŢA SPLENOPUNCŢIEI IN DIAGNOSTIC

de

D-r GH BUNGEŢIANU şi D-r MARIA CÂNCIULESCU-BUNGEŢIANU

Autorii, cu ocazia unui caz observat, fac un rezumat al cunoştiinţelor referitoare la febra nevralgică periodică.

Maladie transmisă de păduche, de un tip particular atunci când prezintă simptomatologia clasică, are însă şi foarte numeroase forme atipice (abortive sau prelungite), pentru uşurinţa diagnosticării cărora autorii recomandă puncţia splenică, probă care le-a dat rezultat pozitiv, şi pe care au executat-o pentru prima oară.

In ceeace priveşte tratamentul afecţiunii, după datele literaturii se pare că până în prezent cele mai bune rezultate au fost date de terapeutică prin şoc cu pyrifer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această maladie poartă o multitudine de numiri, după autorii şi regiunile în care a fost descrisă. Astfel a fost denumită gripă poloneză, febră wolhynică, febră ruseasca intermitentă, Maasfieber (febră de Meusa), Ikwwafieber. Probabil că trebuesc considerate ca fiind identice cu această boală şi febra moldavo-valachică a lui Dehio şi ceea ce în războiul actual a fost descrisă sub numele de „Bessarabienfieber"; [1]) de asemenea a primit tot felul de nume după simptomele predominente: febră tibialgică (= shinbone fever), febra quintana (A. Paré), febră de trei zile, febră de cinci zile (Werner), febră periodică (W. Hiss); sau, după numele celui considerat că s'a ocupat de această boală, maladia lui Werner; sau, după împrejurări etiologice, febra de tranşee (trench fever).

Toate aceste denumiri sunt prea parţiale, de aceea am ales în

1) Boenhardt, Dtsch. Milit Arzt., 1942, 5, pr. 291.

lucrarea de față denumirea de febră nevralgică periodică (f. n. p.), propusă de Prof. D-r F. v. Bormann, și care corespunde mai bine caracteristicelor boalei, cuprinzând toate marile simptome.

Primele cazuri le considerăm a fi cele descrise în războiul din 1914—1918, deși se poate afirma că și ceea ce a descris Dehio sub numele de febră moldavo-valachică, în timpul războiului ruso-turc, într'un spital de Campanie din Șiștov (Bulgaria), nu era altceva decât febră nevralgică periodică, cu toate că el o considera ca o formă specială de malarie.

Nu se poate afirma nimic în ceea ce privește identitatea acestei maladii cu febra quintana descrisă de cei vechi (Hippocrate, Galen, Rhazes, în sec. al X-lea, Avicenna în sec. al XI-lea) și care era foarte gravă, cu mortalitate mare. Unii autori vorbesc de „pathomorphosa" acestei maladii (adică schimbarea caracterului de gravitate) în decursul timpurilor[2]. De asemenea, în Anglia, Gilbert a semnalat cazuri de febre intermitente, survenind la 5—6—7—8 zile.

Însă, după cum am amintit, primele relatări certe asupra acestei maladii, le avem din timpul întâiului război mondial. Boala a fost descrisă aproape simultan, sau recunoscută după primele descrieri, pe aproape toate fronturile de luptă. Sinonimiile date la începutul acestui articol arată că au fost observate cazuri atât în spitalele de Campanie germane de pe frontul de Est (Schittenhelm) cât și în tranșeele din Flandra și de pe Meusa, atât în zona de luptă a Varșoviei (Werner) cât și la armatele din Orientul Mijlociu (Dardanele, Salonic, etc.), atât în Italia și Țările Danubiene cât și în lagărele de prizonieri ruși din Prusia Orientală, ca și în toate celelalte lagăre de prizonieri semănate pe întreaga suprafață a Europei.

Maladie deci ubiquitară, după cum ubiquitar este și păduchele, de a cărei extensiune este strâns legată și extensiunea maladiei, a apărut mai mult condiționată de lipsa de igienă a trupelor în campanie decât de latitudine sau longitudine. Perioada de pace următoare primei conflagrații universale a adus cu sine o dispariție a bolii, rămânând focare endemice la populația civilă numai în unele părți ale Bielorusiei. Al doilea conflict armat mondial a provocat o recrudescență a bolii, uneori sub formă de epidemii foarte extinse ale trupelor combatante, poate favorizate și de faptul că ciocnirea celor mai însemnate forțe ale frontului european s'a produs tocmai pe teritoriile unde am semnalat persistența de focare endemice. Până acum n'am aflat semnalarea bolii pe frontul westic și sudic european, totalitatea cazurilor fiind observate în răsăritul continentului (din acest punct de vedere România fiind și ea inclusă în această noțiune).

Astfel ni s'a prezentat și nouă prilejul să observăm un ostaș român bolnav de această afecțiune, a cărui observație o dăm mai jos, fiind tipică, și pe care o însoțim de o redare suscintă a cunoștințelor

2) Prof. D. Combiescu și H. Aubert, Rev. Științelor Med. Nr. 11-12, Nov.-Dec. 1942, pg. 723.

actuale relative la această boală, ce ni se pare prea puţin prezentă, în mintea medicilor faţă de extensiunea posibilă pe care o poate avea în împrejurările actuale.

Soldatul C. Niculaie, ctg. 1944, făcând parte dintr'un Regiment de Infanterie, care se afla în luptă pe frontul ungaro-cehoslovac, de 26 ani, de meserie frizer, originar din Piteşti, este evacuat dintr'un Spital din Constanţa, în Serviciul de Tuberculoză din Spitalul nostru, cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară.

Bolnavul a stat în serviciul nostru dela 7 Martie până la 10 Aprilie 1945.

Ant. her. col.: Tatăl sufere de tuberculoză pulmonară.

Ant. personale: Tifos exantematic în copilărie.

Acum doi ani a avut dureri în ambele hemitorace cu tuse şi hemoptizie. S'a îngrijit cu medici particulari şi s a însănătoşit. A fost rănit la braţul drept în cursul luptelor din Ardeal. După vindecare a avut un concediu medical, în urma căruia, prezentându-se la unitate a fost internat pentru dureri în piept, tuse şi expectoraţie purulentă. I s'a găsit la ambele vârfuri pulmonare respiraţie aspră. După 3 zile este evacuat în Serviciul nostru.

La internare bolnavul se prezenta cu o stare generală destul de bună, de constituţie medie, talia mediocră, cu tegumente normal colorate, dar cu o **congestie oculară pronunţată** şi suferind de bâlbâială foarte accentuată. Nefumător. Uzează rar de alcooluri.

Din partea aparatului respirator inconstante raluri de bronşită diseminate.

Cord normal.

Abdomen idem.

Ficat în limite normale.

Splina percutabilă pe aproape un lat de palmă; nepalpabilă; vizibilă radioscopic ca o umbră densă de forma unei felii de pepene, cu dimensiunile de aproximativ 4 pe 14 cm., mobilă cu inspiraţia.

La examenul radioscopic şi radiografic pulmonar nu se descopere decât o uşoară mărire a hilurilor şi o exagerare medie a tramei broncho-vasculare eferente. Examenul sputei pentru bac. Koch negativ.

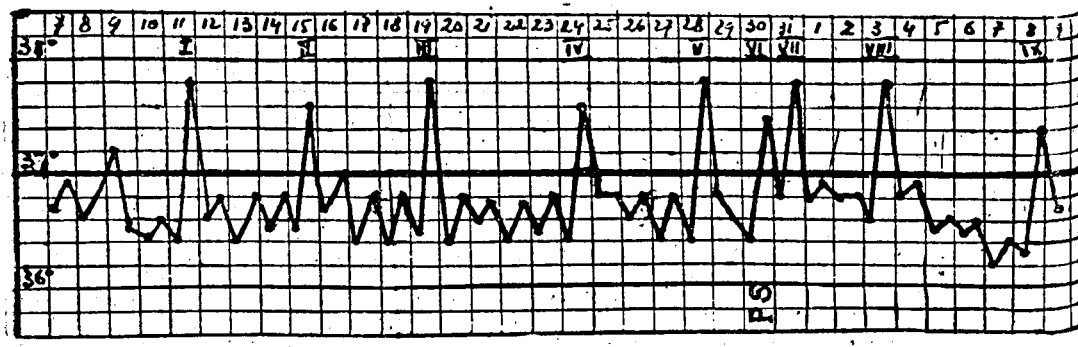


Fig. 1.

In cursul ospitalizării bolnavul a făcut **8 accese febrile** (mai exact subfebrile) şi a schiţat unul în penultima zi de internare. Curba termică o redăm într'o schiţă alăturată. De semnalat că temperatura ridicată vesperală din accese s'a manifestat totdeauna între orele 8—9 seara, oră care nu coincide cu cea obişnuită pentru luarea temperaturei în Spitale şi ar fi scăpat înregistrării dacă personalul n'ar fi primit instrucţiuni speciale din partea noastră în privinţa observării acestui bolnav.

După cum se vede pe curba termică, primele 3 accese s'au succedat după 3 zile libere, iar al 4-lea după 4 zile libere, al 6-lea, survenit la un interval mult mai scurt, este urmat imediat de al 7-lea, etc. (fig. 1).

„Deci primele 3 accese realizează într'adevăr în mod exact febra quintană, celelalte se pot încadra în fenomenul de „postponieren" şi „anteponieren" descris de Werner.

In timpul acceselor, bolnavul se plângea de senzaţie de fierbinţeală, pe care o percepea foarte net, cerând chiar el să i se ia în acel moment temperatura. De asemenea acuză atunci dureri foarte mari lombare, cefalee foarte violentă şi tipicele dureri tibiale, netolerând să-i fie atinse creasta şi faţa internă a acestor oase. Sensibilitatea dureroasă persistă în intervalul dintre accese, foarte mult redusă. In cursul nopţii consecutive, accesul se termină printr'o criză sudorală.

Leucocitoza şi formula leucocitară, făcute într'o zi de apirexie, au fost: Leucocite 11.650 mmc. — Stabkernige 3,5 la sută. — Segment kernige 40 la sută. — Basofile 1,5 la sută. — Eosinofile 8 la sută. — Limfocite 41,5 la sută. — Monocite 5,5 la sută.

La foarte multe şi repetate examene pe frotiu şi picătură groasă de sânge periferic nu am putut pune în evidenţă cu nicio tehnică (vitală, panoptică, fuxină) niciodată rickettsiile.

Ne-am gândit atunci să ne adresăm rezervorului probabil de virus din organism, splinei. Astfel, am făcut, după tehnica obişnuită, puncţia acestui organ, în inspiraţie, în ziua de 30. III. 1945, adică într'o zi de apirexie [3]).

După literatura care ne-a stat la îndemână, acest gest medical, în scop diagnostic, n'a fost încă practicat în boala care ne interesează. Pe preparatul întins ca un frotiu obişnuit şi în cea mai mare parte hemolizat (de restul de apă distilată cu care fusese curăţită în prealabil seringa), colorat cu May-Grünwald Giemsa, am putut găsi o formaţiune alcătuită din doi nuclei colorati în albastru, corespunzând descrierii rickettsiei wolhinice. Redăm o schemă după preparat pentru a înfăţişa, mai bine decât o descriere, forma micro-organismului şi raportul de dimensiuni faţă de nucleii elementelor sangvine prezenţi în acel câmp microscopic. (Fig. 2).

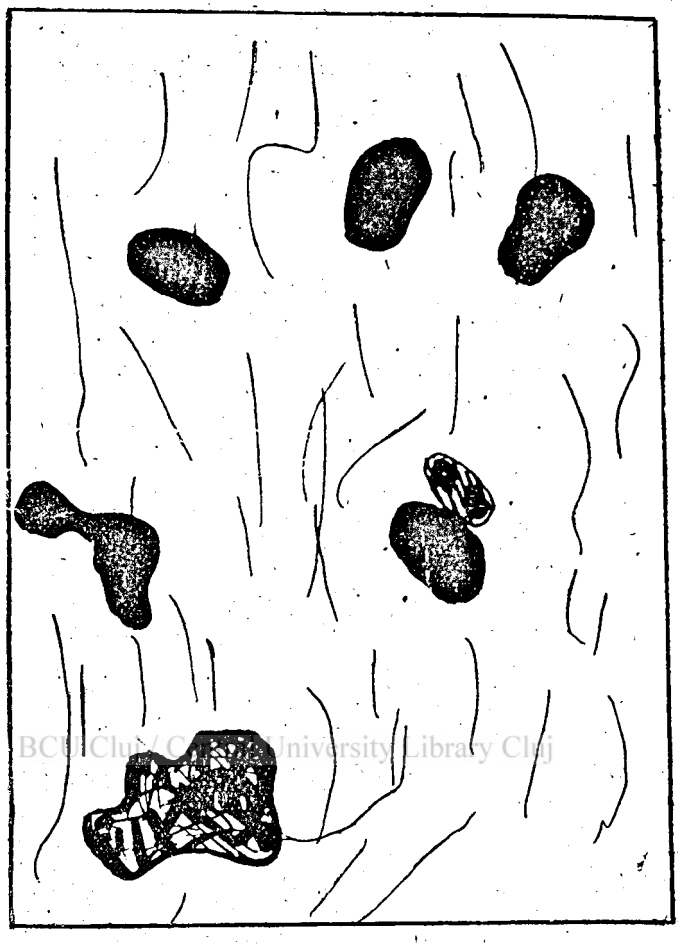
Insistăm asupra faptului că rickettsia a fost pusă în evidenţă chiar dela prima puncţie splenică, pe când în sânge a fost căutată zadarnic în repetate rânduri (e drept nu în timpul acceselor, în vremea cărora nu ne aflam prezenţi la Spital).

In legătură cu acest caz ne-am hotărît să redăm pe scurt cunoştinţele existente relativ la această boală.

Pe lângă autorii germani, pe care i-am pomenit că au semnalat boala în primul război mondial, lucrări de sinteză, având în special desvoltată partea experimentală, au publicat cele două comisiuni, americană şi engleză, anume însărcinate oficial cu studiul acestei boli, şi care au activat pe teritoriul francez.

---

3) Ne întrebăm dacă accesul al 6-lea n'a fost declanşat chiar de această puncţie.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 2.

Mod de propagare: Vinovatul de transmiterea bolii este mai ales **pediculus corporis (vestimenti)**, mai rar **pediculus capitis.** S'au dovedit infectanţi păduchii hrăniţi pe bolnavi timp de 3—7 zile, fie că au fost utilizaţi surse de păduchi cultivaţi în laborator timp de 2 ani. Păduchele poate transmite boala 5—10 zile după ce s'a hrănit pe bolnav şi până la sfârşitul vieţii lui, care dealtfel nu e de fel scurtată. Proprietatea infectantă a păduchelui nu se transmite şi la descendenţă.

In ceea ce priveşte **boala păduchelui** se ştie că elementul patogen apare în corpul acestuia la câteva ore după muşcătura bolnavului. In zilele următoare se produce o înmulţire a microorganismului în corpul păduchelui, apărând apoi în excremente. Acest microorganism este o rickettsie, denumită **Rickettsia wolhynica**[4] şi care e identică cu **Rickettsia pediculi**[5] **(=Rickettsia quintana).** Specificitatea acestei rickettsii

4) A. Bacot, Brit. Med Jour. 29 Lan. 1921, pg 156.
5) H. Sikore, Archiv f. Sch. u. Trop. Hyg 1920, 24, pag. 347.

a fost contestată, unii socotind că nu poate fi deosebită, în corpul păduchelui, de Rickettsia prowazecki. Totuşi în ciclul evolutiv prin corpul artropodului trebue să semnalăm o deosebire între Rickettsia wolhynica şi virusul tifosului exantematic, diferenţă indicată de Da Rocha Lima şi confirmată de mulţi alţii. In timp ce Rickettsia prowazecki se găseşte în cantităţi enorme în interiorul celulelor intestinale ale păduchilor infectaţi, r. wolhynica se găseşte în lumenul intestinului sau pe suprafaţa celulelor. Chiar în cavitatea intestinală nu e niciodată în cantitate aşa de mare ca r. prowazecki. Un tip intermediar între acestea două este virusul Febrei pătate a Munţilor Stâncoşi, care se multiplică mult în păduche, dar infecţia rămâne de tip r. pediculi, celulele intestinale nu sunt parazitate şi păduchele nu are simptome morbide[6]. Ca şi în cazul r. quintana, păduchele e mai mult saprofitat decât îmbolnăvit.

Rickettsiile de care ne ocupăm au 1—2 microni, adică 1/2—1/4 din diametrul unei hematii. Se colorează cu Giemsa în violaceu, bipolar, apărând ca două bilişoare legate între ele printr'o punte foarte îngustă, foarte puţin colorată sau de loc. Mulţi îi descriu o formă de halteră. Grosimea granulei terminale e de 0,3—0,4 microni.

Incubaţia constatată experimental pe voluntari a fost de 5—10 zile — prin inoculare de produse patologice — şi de 14—18 zile — prin punerea păduchilor pe om. Clinicienii dau limite mai largi (12—60 zile).

Experimental pe om s'a obţinut boala prin injectare intravenoasă de plasmă totală (rezultatele cele mai constante ca timp de incubaţie), de sânge total, de globule roşii spălate (75%). In general cu plasmă sau ser centrifugate şi filtrate sau cu extracte de globule sangvine filtrate nu s'au obţinut rezultate pozitive, ceea ce ar dovedi că virusul nu e filtrabil. Totuşi cu urină filtrată s'a obţinut uneori maladia experimentală, ceea ce poate constitui un argument în favoarea tezei că, cel puţin într'un stadiu al ciclului său de desvoltare, virusul e filtrabil.

Virusul f. n. p. moare la 70 grade C. temperatură umedă timp de 30 minute.

Animalele de laborator sunt refractare la această rickettsioză.

La om nu s'a putut constata persistenţa vreunei imunizităţi, după boală. Inoculările experimentale au dat în general aceeaşi simptomatologie ca cea izolată de clinicieni.

Caracteristicele mari ale acestei simptomatologii sunt:
durerile nevralgico-reumatismale şi
periodicitatea fenomenelor morbide (survenirea lor în accese).

Sindromul nevralgico-reumatismal e foarte accentuat, dar localizarea durerilor e foarte variabilă. De cele mai multe ori sunt localizate pe tibii, având caracter subiectiv de rupere, de străpungere, de tracţiune. Aceste dureri pot persista şi între accese, într'o formă mai atenuată. Trebue însă accentuat că existenţa acestor localizări dureroase, deşi foarte caracteristică (până'ntr'atât că la unii autori intră chiar în denu-

6) R. Weigl, C-R. Soc. Biol. 1930, in Levaditti şi Lépine.

mirea bolii — „febră tibialgică"), nu e totuşi obligatorie, căci poate lipsi în 30—40% din cazuri. Dureri, cu aceleaşi caractere pot coexista, sau exista în lipsa celor tibiale, în femur, cubitus, peroneu, coaste, vertebre, muşchii peronieri, muşchii şanţurilor vertebrale, pectoralii, muşchii cefei, etc., alteori dureri în articulaţii sau dureri gastrice, hepatice, etc..

Periodicitatea fenomenelor morbide este evidenţiată de curba termică. Clasic s'au încadrat din acest punct de vedere diferitele tipuri individuale în 2 forme, admiţându-se pe lângă acestea şi 2 forme mult mai puţin caracteristice.

a) **Tipul paroxystic** în care e vorba de croşete termice intermitente brusce, ca în malarie, temperatura putând ajunge până la 40 gr. Temperatura se ridică brusc. Această ridicare e precedată de frissonete. Căderea se face critic şi se întovărăşeşte de transpiraţie abundentă. Febra paroxysmală poate dura dela câteva ore la 48. Cârligul febril poate fi unic sau dinţat. Accesele survin clasic la 5 zile (Werner), dar acest interval este variabil dela bolnav la bolnav şi chiar la acelaşi bolnav, în cursul bolii. De o regularitate a curbei termice ca la malarie, nu poate fi vorba. Acest lucru ar pleda în contra ipotezei susţinută de unii cercetători, că rickettsia wolhynica străbate un ciclu evolutiv asemănător, regulat, ca şi plasmodiul.

In timpul acceselor sindromul nevralgico-reumatismal se manifestă cu toată violenţa — necesitând destul de des, chiar morfină — în intervalul dintre accese putând să dispară cu desăvârşire. Uneori persistă sub o formă atenuată. De altfel şi febra poate să nu scadă de tot şi să rămână o subfebrilitate.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Unii autori au vorbit despre echivalenţe ale acceselor. Ar fi vorba adică în aceste cazuri nu de o succesiune de accese febrile însoţite de tot cortegiul simptomatologic amintit, ci din loc în loc accesul febril ar putea lipsi, existând numai fenomenele dureroase şi vegetative (transpiraţii, etc.). Aproape totalitatea autorilor nu cred într'o absenţă reală a ridicării termice în aceste cazuri, ci îşi explică fenomenul prin faptul că accesul febril — despre care am amintit că poate să ţină numai câteva ore — se produce în intervalele la care se măsoară temperatura, trecând astfel neînregistrat.

S'a semnalat adesea o creştere a volumului splinei în timpul accesului, organul devenind dureros.

Uneori primul şi al doilea acces sunt ceva mai uşoare, următoarele fiind mai tipice şi mai violente. Boala dispare după un număr de câteva accese, alteori acestea durează şi un an jumătate.

De obicei, înainte de dispariţia completă, accesele scad treptat în intensitate. Cazul nostru face parte din tipul paroxymal de f. n. p., formă sub care e cel mai uşor de remarcat această maladie, dar care nu reprezintă decât aproximativ o treime din totalul cazurilor.

b) **Tipul ondulant**: temperatura urcă şi coboară treptat în decurs de 4—7 şi chiar 10 zile. Urmează o perioadă afebrilă sau cu subfebrilitate uşoară, la rândul ei urmată de un acces asemănător. Fenomenele clinice durează cât şi febra. Perioadele febrile se repetă regulat la distanţe aproape egale.

c) **Formele mixte** rezultă din suprapunerea celor două forme mai sus citate. Urmarea e o curbă termică foarte neregulată. Uneori această formă se întâlnește la începutul bolii, după care se stabilește o formă tipică. Alteori se poate prezenta ca o febră **continuă** cu caracter tific, acest caracter îl poate avea însă numai un timp, redevenind intermitentă. (Jacobi deosebește o „quintana care începe și una care se termină cu o evoluție tifică").

In formele atipice și durerile sunt adesea atipice, fiind durabile sau independente de febră sau localizate în altă parte decât în tibii.

d) **Forme rudimentare** sunt acelea în care temperatura nu se ridică decât puțin deasupra normalei.

*

Se mai semnalează și **coparticiparea celorlalte organe.** Din partea pielei s'au semnalat erupții. Sunt însă foarte rar menționate în observațiile trecutului război, în actualul au fost mai des înregistrate [7]). Din partea mucoaselor: congestie conjuctivală, bucală, faringiană. Din partea tubului digestiv: diaree la fiecare acces, inapetență, dureri ileocecale. Din partea ficatului: ușoară hipertrofie, uneori icter. Câteodată glomerulonefrită acută, mai adesea albuminurie și cilindrurie în acces.

In sfârșit sentimentul de a fi bolnav, depresiune generală; „senzația de rău" este totdeauna prezentă cu excepții foarte puțin numeroase.

Uneori slăbire mare, senzație de scădere a forțelor, depresiune așa de accentuată încât conduce la neurastenie.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Library Cluj

Sângele prezintă leucocitoză (10—20.000) cu monо și limfocitoză, apoi eosinofilie. In convalescență există limfocitoză și eosinofilie. Se observă o ușoară deviere a formulei leucocitare spre stânga. (In unele cazuri până la 8% myelocite).

In cazul nostru hemograma, făcută a 10-a zi după internare, a arătat o leucocitoză de 11.650 mmc. cu limfocitoză mare și eosinofilie moderată (nu putem ști a câtea zi de boală era).

De obiceiu ușoară hipotensiune, accentuată mai ales în formele tifice, dar niciodată așa de scoborîtă ca în exantematic.

In ceea ce privește coparticiparea organelor hematopoetice, am amintit de **splenomegalie**, care se constată frequent. Uneori instalarea ei se face foarte brusc. Adesea înainte de primul acces nu e nici percutabilă nici palpabilă, iar în aceeași zi, în cursul accesului poate fi simțită prin palpare.

*

In legătură cu acest organ accentuăm din nou asupra **posibilității diagnosticului de certitudine** prin **funcția splenică**, având în vedere extrema raritate a evidențierii rickettsiei în sânge în timpul accesului. De altfel este clasic să se afirme că în această boală nu există probă de laborator pentru diagnosticul de certitudine, acest diagnostic trebuind să se facă numai pe datele clinice. Și trebue știut că **diagnosticul** clinic **diferenția** este adesea greu cu multe boli infecțioase, și anume: malarie,

7) Klaus Reimer a observat la bolnavii lui 16,6% manifestări rozeoliforme care au durat de cele mai multe ori 6-10 zile.

febră recurentă, febră tifoidă, cazuri ușoare de exantematic (nu se va uita că se deosebește de acesta din urmă prin diazo-reacția totdeauna negativă și absența corpusculilor lui Döhle în sânge), maladia lui Bang, tuberculoză (cazul nostru), gripă (se va avea în vedere lipsa oricăror semne catarale din partea aparatului respirator), reumatism muscular, uneori endocardită lentă malignă, dengă, febra papatacci.

Susținem cu atât mai mult această părere cu cât suntem de acord cu observatorii din actualul război [8]), care cred că e mai larg cadrul f. n. p. decât este de obicei în mintea medicilor — multe din cazurile ușoare fiind etichetate „gripe" și multe din cele prelungite primind tot felul de numiri inexacte. Deci ne îndepărtăm de convingerea descoperitorului maladiei, Werner, exprimată cu ocazia readucerii la actualitate a bolii, care e contra „unei prea mari lărgiri a cadrului bolii",... și care nu vrea să fie înglobate în febra de cinci zile „curbe febrile care nu prezintă particularitățile caracteristice"... „o astfel de lărgire a noțiunii trebuind să conducă la neclarie și confuzie" [9]). Părerea noastră că există multe f. n. p. care se îndepărtează dela tipul febrei quintane, și mai ales că există febre abortive (de o zi sau două), se bazează pe noțiunea deja cunoscută încă de pe timpul experimentărilor pe voluntari ale Comisiilor americană și engleză din trecutul război, că au apărut febre experimentale care au durat numai o singură zi; de asemenea la observațiile din actualul război, făcute pe comunități militare în care s'au declarat epidemii, s'au observat toate trecerile între febre pseudo-gripale de o singură zi, febre tifoidale și forme tipice. Astfel s'a putut „nu rareori să se înglobeze într'o epidemie bine caracterizată prin cazuri tipice patognomonice o boală la început misterioasă" [10]).

Cu acestea ajungem la contribuția pe care al doilea război mondial a adus-o la cunoașterea acestei boli.

In general, studiile clinice actuale confirmă în cazurile tipice simptomatologia clasică, dar în același timp aduc un material bogat pe de-o-parte de cazuri mai grave, complicate, pe de altă parte de cazuri mult mai ușoare decât se admitea de obiceiu. Astfel s'au publicat observații în care tulburările nervoase centrale erau foarte accentuate (rigiditatea cefei, obnubilație, tulburări ale conștiinței, modificări de lichid cefalorahidian) [11]), alteori alterări ale organelor de simțuri [12]) sau adevărate psihoze [13]), [14]). Dar mai ales s'au semnalat forme certe abortive care au durat numai o zi sau două („Eintagsfieber"). De aceea s'a și propus o altă clasificare a bolii [15]) și anume în:

---

8) Jacobi, M. m. Wschft. 1942, pg 615; prof. F. v. Bormann, D. m. Wschft. 1943, pg. 356.

9) Werner, D. m. Wschft. 1942, pg. 935.

10) Prof. F. v. Bormann, loc. cit.

11) Klaus Reimer, D. m. Wschft. 1943, pg. 508.

12) Davids Bernd, D. m, Wschft. 1944 pg. 451, semnalează o hemoragie retiniană intr'un caz de f. n. p.

13) W. Beiglöck, H. Löscher, D m Wschft. 1944, pg 120

14) S'a vorbit chiar de un neurotropism al virusului sau de o interesare a vaselor meningeale, analoagă cu cea din exantematic, ambele boli fiind înrudite prin etiologie ambele fiind ricketsiose S'au semnalat și spasme vasculare periferice, condiționate desigur tot de iritații ale sistemului nervos.

15 Prof. T. V. Bormann, loc cit.

forme abortive, care ar reprezenta aproximativ 40% din cazurile observate într'o epidemie;

forme cu evoluţie periodică, corespunzând celor 2 tipuri clasice, paroxysmal şi ondulant, şi care ar reprezenta circa 31,5%;

forme protrahente, care se pot prelungi 6, 8 luni şi chiar peste un an; ar reprezenta 18,5%;

forme rudimentare — 10% — în care erau prezente, uneori chiar fără acces febril, oarecari tulburări nevralgice, totul ţinând cel mult câteva zile până la o săptămână.

„Toate aceste 4 forme au apărut epidemic în aceeaşi comunitate domiciliară. Debutul foarte tipic în bruschetea sa, predominarea tulburărilor myalgo-nevralgice asociată cu o absenţă totală a manifestărilor catarale din partea aparatului respirator, evoluţia unor curbe la început „tipic" periodice în forme protrahente mult prelungite leagă univoc cazurile într'o unitate clinică.

Corelaţia epidemiologică şi unicitatea clinică nu lasă să persiste niciun dubiu că în toate formele morbide semnalate mai sus, cu toată diferenţa evidentă a evoluţiei, este vorba de aceeaşi boală...".

De asemenea lucrările moderne au atras atenţia asupra influenţării în rău a evoluţiei maladiei pe care o au eforturile musculare şi asupra provocării de recăderi prin întreruperea prea precoce a repaosului la pat.

*

Dar efortul contemporan s'a evidenţiat mai ales în problema **terapeuticei**, problemă pe care trecutul război n'o putuse soluţiona.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Într'adevăr, în această boală, care are un prognostic totdeauna bun quoad vitam, nu s'a reuşit însă găsirea remediului care s'o scurteze sau să-i aline durerile. (Ba chiar unii autori dau drept semn de diagnostic lipsa de acţiune a antitermicelor obişnuite asupra acestei febre). Dacă acest eşec terapeutic nu este prea supărător în formele abortive spontan şi rapid curabile fără urmări, cu totul alta este situaţia în formele medii care se întovărăşesc de scăderea accentuată a forţelor pe tot timpul bolii şi chiar mult prelungită în convalescenţă, făcând individul incapabil de muncă sau luptă, şi cu atât mai mult în formele protrahente, care în anumite împrejurări pot conduce la caşexie.

E de semnalat totuşi numele lui Du Mont[16]) care în trecutul război a pretins că a obţinut vindecarea prin administrarea a 6—8 grame **salicilat de sodiu** într'o singură doză în dimineaţa unei zile în care este aşteptat accesul.

Administrarea unei doze aşa de mari unice poate fi privită ca o **terapeutică de şoc.**

Tot pe calea aceasta, a unei terapeutici de şoc, au persistat şi ultimii cercetători. Baza teoretică a acestei terapeutici este următoarea:

„In evoluţia tipică... se găseşte că aproape simultan cu creşterea temperaturei durerile se exacerbează, pentru a se micşora din nou cu descreşterea ei... După un anumit timp accesele devin din ce în ce mai mici, durerile mai puţin violente... Boala se vindecă că atât mai iute

16) Du Mont D. m. Wschft., 33, 1918.

cu cât au fost mai violente primele reacţii febrile" ...deci „febra ar avea poate însemnătate nu numai ca simptom dar şi ca factor de vindecare" [17], [18].

De aci justificarea încercării de a creea o ridicare de temperatură artificioă între c o:e'ele febrile spontane, care să întreacă în intensitate pe acestea şi deci în efecte [19]. S'a utilizat în acest scop pyriferul intravenos, cu rezultatele cele mai bune obţinute până în prezent în această maladie, şi **Omnadinul**. De obiceiu se face după 3—10 zile încă o injecţie de siguranţă.

Incă o metodă modernă de tratament — dar care e mult mai costisitoare, mai limitată (nefiind indicată decât în cazurile cronice) şi mai periculoasă (putând da şi agravări în aprox. 9% din cazuri) — este **roentgenterapia**. Aceasta se aplică pe coloana vertebrală lombară şi dorsală inferioară şi pe tibii. Pe lângă iradierea acestor regiuni se continuă cu sau se intercalează aplicaţii pe regiunile dureroase (splină, cap, coloană cervicală, etc.) [20].

Pentru a fi cât mai compleţi, adăugăm o întreagă serie de medicamente s'a dovedit **ineficace**: atophan, chinină, salvarsan, arsenic, albastru de methylen, collargol, seruri, serul de convalescent, vitamină B_1, vit. C; de asemenea sulfamidele, care au fost poate cele mai mult încercate, şi care se pare că pe lângă ineficacitate sunt şi rău tolerate; nu lipsesc din această listă nici atebrina şi plasmochina, în care se puseseră multe speranţe; acelaşi lucru se poate spune şi despre salicilat şi pyramidon, care totuşi au apărători.

BCU IASI / Central University Library Cluj

O menţiune specială merită însă preparatele de **Antimoniu**, cu care par să fi avut rezultate bune autorii care le-au experimentat [21].

Les auteurs, à l'occasion d'un cas observé, font un résumé des connaissances se référant à la fièvre névralgique périodique.

Maladie transmise par le poux, d'un type particulier quand elle présente la symptomatologie classique, ayant aussi de très nombreuses formes atypiques (abortives ou prolongées), pour la facilitation desquelles les auteurs recommandent la ponction de la rate, épreuve qui leur a donné un resultat positif et qui a été pour la première fois éxécutée par eux.

En ce qui concerne le traitement de l'affection, d'après les données de la littérature, il paraît que jusqu'à présent les plus bons résultats ont été donnés par la thérapeutique de choc avec pyrifer.

---

17) W. Beiglböck, H. Lüscher, loc. cit.

18) Dealtfel încă din studiile făcute în 1914-18 se ştie că infecţiuni intercurente, de ex. pneumonia, pot aduce ameliorare sau vindecare

19) Landmann W. in D. m. Wschft. 1944. pg. 392, recomandă aceiaşi terapeutică dar aplicată în zilele cu acces.

20) Tehnica amănunţită poate fi găsită în D. m. Wschft. 1944, pg. 93. — Prof. E. Hesse şi H. Kremser.

21) P. Yanez in D. m. W. 1941, pg. 1267 a utilizat sol. 1% tartru emetic intravenos 8-14 cmc. până la doza totală de 1 gr.

E. Eberlin in D. M. W. 1944, pg. 306, recomandă Solustibosan (Bayer) 3 injecţii intravenoase sau intramusc. timp de 3 zile succesive.

ASUPRA SEPTICEMIILOR GONOCOCICE PRECOCE ŞI AL TRATAMENTULUI PRIN SULFAMIDE AL URETRITEI BLENORAGICE IN GENERAL

de

M. CÂNCIULESCU şi AL. DANIEL

Observaţia clinică publicată de D-nii D-ri I. M. Popescu şi Ştef. Bojin „Consideraţiuni asupra septicemiei gonococice în legătură cu un caz", publicată în „Mişcarea Medicală Română" No. 3—4/1945, ne dă prilej să insistăm asupra septicemie gonococice precoce, de debut, a uretritei blenoragice; precum şi asupra prevenirei ei prin tratamentul sulfamidic.

Asupra septicemiilor gonococice în general, unul din noi a făcut împreună cu D-nii D-ri C. Stăncescu şi C. Criveanu, o prezentare de ansamblu la „Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova", în şedinţa din 15 Aprilie 1937, publicată în No. 10/1938, din „Buletin".

Uretrita blenoragică în numeroase cazuri debută din primele zile odată cu instalarea simptomelor locale cu fenomene generale cari traduc existenţa de pusseuri septicemice. Aceasta septicemie precoce, de debut, mult mai frequent în câlnită odinioară, aproape a dispărut odată cu administarea de sulfamide în dozele necesare.

In studiul de faţă vom relua studiul acestei forme de septicemie gonococică şi al tratamentului ce comportă pentru a o preveni la timp şi vindeca repede.

Pentru a încadra această formă într'o prezentare de ansamblu a septicemiilor gonococice, şi pentru a marca noua comportare de ordin clinic şi terapeutic ce tratamentul cu sulfamide a imprimat septicemiei gonococice şi infecţiei gonococice în general — vom prezenta într'o primă parte a acestui studiu, **Septicemiile gonococice** după lucrarea anterioară, mai puţin cunoscută din cauza publicităţii restrânse în care a fost făcută*); — iar în Partea II, **Septicemia gonococică de debut a uretritei blenoragice acute şi tratamentul prin sulfamide al infecţiei gonococice în general.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I.

Bazaţi pe unele forme clinice rar întâlnite, dar mai ales pe numeroasele cazuri de reumatism blenoragic, ce am întâlnit în practica noastră de spital şi particulară, fie-care sau împreună, vom căuta a expune subt o privire cât mai generală, dar cât mai succintă SEPTICEMIA GONOCOCICĂ, în care încadrăm chiar dela începutul expunerii observaţiunile noastre, tocmai pentru a evidenţia oare care date de importanţă capitală într'o afecţiune atât de curentă şi bine cunoscută, dar care tocmai de aceea poate a dat prilej la oarecare confuziuni atât clinice cât şi de interpretare patogenică.

Observ. 1. — Lt. I. N., 30 ani (1 Aug. 1935). In antecedente cu 6 ani în urmă blenoragie complicată cu orchită şi prostatită, tratată fără mare atenţie.

Actuala boală se manifestă brusc cu febră 38,5, artralgii, scurgere uretrală şi conjuctivită la ambii ochii. Frotiurile secreţiei uretrale şi conjuctivale

*) M. Cânciulescu, C. Stăncescu şi C. Criveanu: *Septicemiile gonococice*, Buletinul Cerc. Med.-Farm. din Craiova, No. 10 | 1938.

negative pentru gonococ. După 4 zile scurgerea uretrală dispare. La 6 zile dela debutul boalei se prind succesiv articulațiile genunchi, tibiotarsiene, cot stg. pumni, articulația degetelor și art. temporo-maxilară stângă. Toate aceste articulații sunt tumefiate, calde, foarte dureroase, imobilizând bolnavul. Febru în continuă creșterè între 39—40 grade.

Infățișarea clinică a rheumatismului poli-art-acut. Se administrează timp de 10 zile, salicilat de sodiu dela 8—12 grame zilnic. Nicio ameliorare.

Insucces de tratament. Se face hemo-cultura în 2 rânduri, negative. Tratamentul cu vaccin anti-gonococic Cantacuzino, subcutannat, doze fracționate la început, ridicând la 2 cm. în urmă zilnic, provoacă o ameliorare evidentă, temperatura în scădere, diminuarea din ce în ce a tumefierii și durerii artic. Vindecarea complectă după 3 săptămâni dela instituirea acestui tratament.

Diagnostic: Rheumatism acut prin septicemie gonococică cu metastaze articulare. Confirmarea naturii prin succesul vaccinului anti-gonococic.

Observ. 2. — Student A. L., 20 ani (25 Febr. 1932).

Boala debută cu stare gripală: nazo-faringită, bronchită acută și artralgii ale genunchilor și tibio-tarsienelor, temperatură între 38—39 grade.

La 7 zile în urmă scurgere uretrală (menționăm că a avut cu trei luni înainte blenoragie pe care și-a tratat-o singur, vindecând scurgerea, după cum spunea, în timp de 3 săptămâni). La această dată fenomenele gripale aproape dispărute. Totuși la 3 zile dela începutul scurgerii și care la a 10-a zi dela începutul boalei, odată cu ridicarea din nou a temperaturei la 38—39 grade, acuză dureri mari și tumefierea articulației genunchiului stâng și în urmă la câteva zile inflamația tecilor sinoviale, peroniere și tibiale de ambele părți.

Se institue tratamentul cu injecții subcutanate de vaccin anti-gonococic Cantacuzino timp de 16 zile. Vindecarea complectă, după aproximativ 3 săptămâni.

Diagnostic: Rheumatism oligo-articular și sinovial gonococic. Reactivarea gonococului latent prin maladia infecțioasă anterioară (gripă).

Observ. 3. — Magistrat G. C., 29 ani (29 N-brie 1936, spital), Pentru stare febrilă serioasă cu accese intermitente neregulate, frisoane, transpirație și accese de tahicardie concomitente acceselor febrile.

In antecedente: cu 4 ani în urmă s'a căutat în București pentru blenoragie acute cu temperatură mare, frisoane, transpirații și dureri articulare. I s'a făcut vaccin anti-gonococic, s'a vindecat în curs de o lună și 3 săptămâni. Boala actuală a debutat cu vreo 15 zile în urmă, începând printr'o scurgere uretrală cu ușoară temperatură și frisoane; face în acest timp acasă 6 injecțiuni cu vaccin anti-gonococic, uretrita dispare, însă starea febrilă generală se înrăutățește.

La această dată intră în spital când constatăm: starea febrilă cu accese neregulate febrile, mai ales către seară când ridică temperatura la 39—40 grade, în același timp frison și în urmă transpirații; odată cu aceste accese cianoza buzelor, răcirea extremităților și tachicardia manifestă, tendința la collaps, sgomotele cordului surde, splina percutabilă, nicio localizare articulară. Nimic la celelalte organe. Accesele febrile cu toată administrarea chininii nu sunt influențate. Hemocultura negativă, sero-aglutinarea pentru Widal și para-tifos negativă. — Formula leucocitară 10.500 globule albe, poli-nucleară.

După 10 zile dela intrare, suflu perceptibil în timpul I, la mitrală. Cu toate tratamentele chimio-terapice aplicate, starea generală tot rea. Se recomandă a fi transportat la București pentru îngrijire.

Diagnosticul: Septicemie probabil gonococică cu endocardită malignă.

La București, la prima vizită i se pune diagnosticul de febră palustră după 4 zile se rectifică diagnosticul și se înclină către o septicemie gonococică cu endocardită malignă.

Toate hemoculturile și acolo negative, toate tratamentele fără succes. Bolnavul este trimis acasă și sucombă după 2 luni și jumătate dela începutul boalei.

Bazați pe trecutul maladiv al bolnavului, prin negăsirea microbului în hemocultură (gonococul foarte greu de găsit) am putea conchide ca diagnostic că în acest caz în prima fază am avut o septicemie pură gonococică, trecând în a 2-a fază sub forma de septicemie cu metastază endocardită, cu tip febril pseudo-paludic.

www.libtool.com.cn | University Library Cluj

Observ. 4. — Inginer V. St., văzut între anii 1925 şi 1930 pentru dureri articulare, cu înţepeneală, cu numeroase recrudescenţe care coincid cu reapariţia unei scurgeri uretrale.

In interval se vindecă complect, încât doarme iarna cu ferestrele deschise şi fără foc. N'a prezentat nicio leziune cardiacă.

Văzut ultima oară în 1930, prezintă: anchiloza umărului drept, genunchiului drept şi col. vertebral. Sinovialele tumefiate creştiau.

Prezenţa gonococului în depozitul urinii. Gono-reacţia pozitivă.

Tratamentul vaccin anti-gonococic — ameliorare manifestă.

Diagnostic: Rheumatism blenoragic poli-articular subacut, ameliorat prin vaccino-terapie specifică.

Observ. 5. — D-na M. G. 40 ani, spală rufele copilului său, contaminat de scurgere blenoragică acută. Se jupoaie pe degetele dela mâna stângă; seara simte dureri în tot lungul membrului superior stâng; apoi febră; accese de frig câteva zile, până survine o localizare pe sinoviala maleolei drepte; — tumefacţie cu placard roşu oedematos, care s'a întins pe tecile peronierilor laterali.

Puncţia pozitivă: In lichidul sinovial gros şi turbure s'a constatat gonococ. La două săptămâni dela accident apar:

Pozitive: Reacţia de aglutinare şi deviare a complimentului pozitivă (gonoreacţia †).

Absenţa agentului patogen la nivelul organelor genito-sexuale.

Diagnostic: Septicemie gonococică prin poarta de intrare cutanată. (Obs. a fost publicată în „Mişcarea Medicală Română" No. 11-12/1930, de D-ri M. Cânciulescu şi M. Baculescu, sub numele: Septicemie gonococică d'emblée, prin poarta de intrare cutanată.

Observ. 6. — Anica C., 35 ani, la 6 ani de văduvie, sănătoasă; în urmă trăeşte 2—3 săptămâni cu un bărbat care o contaminează cu blenoragie (scurgere acută cu fenomene vezicale).

La câteva luni încep manifestaţii articulare, care conduc cu încetul la ankiloza cu deformarea gâtului mâinei drepte, tarsului stg. şi articulaţiilor degetelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radiografiile arată că există, leziuni de artrită, ca în rheumatismul blenoragic. Se constată gonococ în colul uterin.

Tratamentul cu vaccin anti-gonococic este decisiv, conducând mai întâi la reacţia în focar, apoi la rezorbţia, cu recuperarea mişcărilor.

Gonoreacţia a fost pozitivă.

Diagnosticul: Rheumatism blenoragic cronic deformant, ameliorat prin vaccino-terapie.

* * *

Expunerea acestor observaţiuni priveşte faza din momentul când diplococul Neisser a trecut bariera de determinare catarală şi a trecut în sânge, determinând manifestaţiunile clinice ale septicemiei gonococice, mai bine zis ale maladiei gonococice, care de aci intră în domeniul patologiei interne.

Dar pentrucă între septicemia gonococică şi prima fază catarală de infecţiune, există un raport de cauzalitate, care nu poate fi neglijat, vom trasa foarte schematic această primă etapă ethiologică. Primul moment ethiologic, deci prima poartă de intrare, cea mai comună a afecţiunei blenoragice este: uretra anterioară, vulva, vaginul, în infecţiunile recente; uretra posterioară, prostata, uterul, trompele: în infecţiunile cronice. Acest prim moment ethiologic, e atât de comun, atât de cercetat din toate punctele de vedere, mai ales de genito-urinarii, în cât această expunere nu ne permite să ne oprim asupră-i. Menţionăm că încadrează aproape majoritatea ethiologică a cazurilor de septicemie gonococică.

Reţinem atenţia în această etapă la purtătorii de germeni în ve-

nerologie; noţiune care azi, de altfel ca şi pentru celelalte maladii contagioase, este admisă de toţi. Gougerot încă din 1917 atrăsese atenţiunea asupra saprofitismului acestor germeni şi Durel într'o teză mai recentă (1932) a pus excelent la punct această chestiune; iar cercetările experimentale ale lui Levaditi, Lepinay au făcut din saprofitismul germenilor venerieni o chestiune de actualitate. Gonococul se refugiază în fundurile de sac glandulare anexate canalului uro-genital (uretră, canalele Skene, glandele Bartholin, prostată, glandele Cooper, veziculele seminale, uter, trompe).

Fundurile de sac glandulare profunde favorizează **încapsularea focarelor microbiene**, cari trăesc aci în saprofiţie şi cari sunt exaltate din timp în timp. Mulţi din aceşti bolnavi sunt consideraţi definitiv vindecaţi cel puţin din punct de vedere clinic ne mai prezentând nicio leziune mucoasă, cu toată prezenţa gonococului, stare de aparanţă normală datorită unei imunităţi locale sau generale, în care să stabileşte un echilibru între germenii saprofiţi şi organismul imunizat. Acest echilibru subt oare care influenţe (traumatisme, intempestive, vicii de tratament, maladii infecţioase) este rupt şi purtătorul de germeni poate deveni un bolnav: manifestându-şi maladia prin una din afecţiunile uro-genitale; poate deveni un element de contaminare pentru partener; sau germenii pot trece bariera catarală în sânge, creind una din formele septicemiei gonococice. Tocmai neglijerea acestei etape a purtătorilor de germeni a dat loc la confuziuni de interpretări simptomatice clinice şi patogenice ale diferitelor forme de septicemii gonococice.

Exceţional gonococul pătrunde prin alte căi de cât cele menţionate mai sus, determinând anterior infecţiunii sanguine, o **fază catarală extra-genitală.** Sunt citate cazuri datorite unei stomatite, conjuctivite şi chiar o angină catarală roşie (Chabanier); menţionăm că asupra acestei angine s'a discutat foarte mult, fără a se trage o concluziune peremtorie. De asemenea cazul expus şi publicat de D-rul Cânciulescu şi Baculescu cu punct de plecare cutanat intră în aceste excepţiuni.

La unele cazuri de septicemii gonococice nu s'a putut decela nicio localizare mucoasă anterioară, fiind considerate ca forme de septicemii d'emblée, cel puţin ca forme clinice. Noi avem impresiunea că în foarte multe din aceste cazuri nu s'a dat atenţiunea cuvenită microbilor saprofiţi.

Ţinând seamă de numărul mare al bolnavilor din această primă etapă catarală în raport cu cazurile restrânse din a II etapă, adică a trecerei agentului patogen în sânge, trebue să admitem că există oarecari **factori activi**, cari, din fericire destul de rari, intervin pentru transformarea agentului local într'un agent de infecţiune generală.

Aceşti factori sunt:

a). **Un factor local** care favorizează trecerea gonococului în sânge (cateterisme intempestive, frecvenţa raporturilor sexuale, greşeli de higienă şi de tratament).

b). **O predispoziţiune organică particular constituţională** care face ca unii indivizi la orice blenoragie să manifeste şi accidente generale, iar la alţii pune organismul în receptivitate mai uşoară, prin diminuarea forţelor de apărare (diabetul, sarcina, oboseala).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c). Pe lângă acești factori de variație ale germenilor și ale terenului, după cum afirmă și școala Profesorului Nanu Muscel (Claudian), **asociațiile microbiene și virusul lor** au mare rol ca prin sensibilizarea gonococului din refugiurile sale mucoase, și chiar prin sensibilizarea organismului, să determine septicemii gonococice, cu multele forme de localizare. Aceste infecțiuni supra adăogate ca: gripa, anginele și mai ales maladia lui Bouillaud determină un tropism special, creiând asupra articulațiilor un rol de mai mică rezistență; prin aceasta ar reîntări tropismul articular al gonococului destul de bine cunoscut. De aceea uneori tocmai coexistența maladiei lui Bouillaud și a septicemiei gonococice și similitudinea celor două varietăți de poli-artrite explică dificultățile de diagnostic în care suntem puși. Cum afirmă și Laubry, în rheumatismul blenoragic există și cazuri care aparțin maladiei lui Bouillaud. Angina roșie observată în multe cazuri și care precede septicemia gonococică ar fi determinată și de alte infecțiuni adăogate fie cu rol determinant, fie cu rol de asociație.

Raportul tutulor acestor infecțiuni este privit după cum menționează și școala Prof. Nanu-Muscel ca o asociație morbidă, ca o reactivare ca un fenomen de anergie, încadrându-se în biotropismul lui Milian.

d). Chiar auto-infecțiunile la purtătorii de leziuni vechi latente cu gonococ pot deslănțui septicemii prin o serie de factori ocazionali (exces alcool, oboseală, excese sexuale).

Durata. Apariția accidentelor septicemice este foarte variată; între câteva zile după infecția genitală (foarte comună) până la câțiva ani chiar (mai rar); poate excepțional precede infecțiunea genitală.

Manifestațiunile clinice sunt extrem de variate mergând dela simpla **bacteriemie** până la **septico-piohemia gravă.** Sunt cazuri de bacteriemii gonococice latente, nemanifestându-se multă vreme prin niciun simptom clinic; explicate prin rolul leucocitelor ca vehicul de germeni, mai ales în infecțiunile microbiene intra-celulare.

De aci deducem că prezența gonococului în circulația generală nu este suficientă totdeauna pentru a realiza o maladie evidentă și că trebue de multe ori a interveni alți factori (arătați mai sus).

Deci, pe lângă **formele anergice** ar fi și **forme allergice,** (de rezistență), și că pentru manifestarea lor ar interveni afecțiunile anergizante.

Clasificarea formelor septicemice. Trebue să recunoaștem că în această clasificare întâmpinăm dificultăți, de alt fel ca în toate clasificațiile biologice, pentrucă: anumite forme pot trece limitele altei forme, precum putem avea foarte multe forme de tranziție. Pentru ușurarea clasificării conchidem la următoarele forme (din lucrarea Prof. Nanu Muscel-Claudian).

(a). **Forme tranzitorii fugace** de bacteriemie pasageră manifestate prin febra pasageră a blenoragicilor sau prin stări febrile în cursul anumitor localizări.

b). **Forme latente** cari preced localizările hematogene ale gonococului: artrite, sinovite.

c). **Forme septicemice** propriu zise, divizate în forme pure fără localizări secundare și în forme cu metastaze.

Dintre toate manifestaţiunile clinice ale bacteriemiei gonococice cele mai comune şi frecvente sunt artropatiile, a căror epocă de apariţiune cea mai comună este dela 6—15 zile, adică în perioada cea mai acută a infecţiunii; dar cari pot apare la orice perioadă a gonocociei şi câte odată chiar în perioada de incubaţiune, înaintea apariţiei simptomelor locului de inoculare.

Al căror sediu în ordinea descrescândă poate fi: genunchiul, art. tibio-tarsiană, pumn, artic, degetelor mânii, picior, cot, umăr, coxo-femorală, temporo-maxilară, metatarsiene, sacro-iliacă, sterno-claviculară, condro-costală, inter-vertebrală, peroneo-tibială, ariteno-cricoidiană.

A căror modalitate clinică înfăţişează formele: artralgie, hidrartroză (mai ales genunchiul), artrite (mai ales oligo-articulare) poli-artrită deformante progresivă pseudo-nodoasă. In al doilea rând manifestaţiuni extra-articulare sau abarticulare: **sinovitele** (mai des tecile peronierilor laterali, tibiali, extensorii degetelor radiali, flexorii degetelor.

Apoi **inflamaţia burselor seroase (higromas)**: bursa retro şi sub calcaniană, (talalgia seroasă blenoragică) mai rar bursele pre-rotuliene trocanteriene.

Alte manifestaţiuni clinice: **periostitele** (în punctele proeminente ale scheletului; manifestaţiuni musculare (mialgii, miozite şi atrofii musculare consecutive fie artropatiilor, fie nevritelor şi foarte rar mielitelor).

Inflamaţiuni ale marilor seroase peritonite şi pleurezii de obicei unilaterale, (precum cel observat de D-rul Cânciulescu în timpul anului de internat în Serv. Prof. Nanu-Muscel, în 1913).

Determinaţiuni cutanate (gonoreide Landouzy) ca eriteme: macule sau plăci cu aspect morbiliform sau poli-morf uneori sub forma de eritem nodos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Purpura şi erupţiuni crustoase corneene, keratoze,

Septicemiile gonococice se pot manifesta sub două forme: 1. Sub forma de **septicemie cu metastază** (majoritatea cazurilor de septicemii gonococice) şi 2. sub forma de **septicemie pură.**

Septicemia cu metastază caracterizată prin febră intensă, frisoane cu localizări articulare şi sinoviale dela forma mono-articulară până la poli-articulară, mai des oligo-articulară. Ele constituesc imensa majoritate a cazurilor, de aceea cu drept cuvânt spune Faure-Beaulieu că odată trecut în circulaţiune gonococul virulent este destinat să se fixeze mai mult sau mai puţin solid pe articulaţiuni sau pe ţesuturile para-articulare. Şi în al doilea rând să se localizeze pe endocard constituind septicemia gonococică cu metastaze endocardice, creiând **endocardita blenoragică**, dela formă benignă până la forma malignă gravă. Menţionăm că majoritatea endocarditelor gonococice înfăţişează allură gravă, de un prognostic destul de sombru.

Cu această ocazie menţionăm şi o formă excepţională cu localizare asupra **tiroidei** (cazul publicat de Alexandrescu Derşca şi D. Ionescu: septicemie gonococică cu thiroidită supurată cu gonococ în puroiul evacuat şi vindecată prin vaccin anti-gonococic).

Forma septicemică pură fără manifestaţiuni clinice de localizare este excepţională, ea se înfăţişează exclusiv numai prin semne de infecţiune generală (cităm cazul Faure Beaulieu, cazul de gonhemie de origină puerperală Marta Trancu Rainer şi cazul mai recent prof. Nanu

Muscel, D. Ionescu şi A. Briull). Asupra acestor două forme clinice bazaţi pe una din observaţiunile noastre deducem că sunt şi cazuri manifestate câtva timp numai subt o formă septicemică pură, care după o perioadă de timp trec în forma septicemică cu metastaze sau invers, şi în care curba termică înfăţişează uneori accesele paludice determinând septicemia gonococică pseudo-palustră.

Mai sunt **forme recidivante.**

Un punct de importanţă capitală şi care merită o menţiune specială este **instabilitatea virulenţei gonococului în sânge** tocmai din cauza afinităţii sale pentru articulaţiuni şi seroase. Toate aceste fapte explică **greutatea găsirii gonococului în sânge** şi în foarte multe cazuri hemoculturile au rămas negative, fără ca prin aceasta să se poată infirma un diagnostic de septicemie gonococică.

Diagnostic. Pentru confirmarea căruia trebue să se ţină seamă de trecutul infecţiunei blenoragice, de saprofitismul gonococic, de allurile clinice în stările prezente, de rezistenţa la tratamentul salicilic, de gonoreacţiuni şi de succesul terapeutic prin vaccinările specifice cu vaccin şi ser anti-gonococic.

Tratament. Din expunerea noastră un fapt cert se degaje, că prima atenţiune trebue dată gonococilor saprofiţi, cari în majoritatea cazurilor constituesc punctul de plecare al septicemiilor gonococice, uneori foarte grave.

Deci, tratamentul trebue să vizeze în primul rând cauza; a **trata raţional şi definitiv un blenoragic este primul şi ultimul tratament eficace;** cu atât mai mult cu cât în faţa cauzelor ocazionale de generalizare a infecţiunii suntem de multe ori dezarmaţi. Acest tratament ar realiza marele rol profilactic al septicemiei gonococice; şi care fiind un tratament care intră în cadrul specialităţii genito-urinare, nu-l relevăm aci. Ne vom ocupa numai de tratamentul ce vizează a două etapă a infecţiunii gonococice asupra leziunilor locale şi infecţiunii generale din această etapă.

Pentru rheumatismul gonococic se indică tratament local constând în simple revulsive cu repaus, tinctură de iod, puncte de foc, pomade salicilate, punctiunea articulaţiei, imobilizare în faza acută; mai târziu mobilizare, masagiu, radio-terapie, mai ales diatermie şi în fine cea mai bună metodă modernă, care serveşte şi în tratamentul septicemiilor generale vaccino-terapia, sero-terapia şi chimio-terapia*).

Tratamentul general chimio-terapic consistă în injecţiuni intravenoase sau intra-musculare cu sulf-arsenol, tripaflavină a cărei acţiune în septicemie a fost bine studiată de profesorul Widal, mercuro-crom preconizat în acelaşi timp de Yung.

Cel mai bun mijloc terapeutic şi care înainte de tratamentul cu sulfamide a dat cele mai bune rezultate este vaccino-terapia (vaccin anti-gonococic, prof. D-r. Cantacuzino) şi sero-terapia după metoda Ravaut.

In cazuri excepţionale nu trebue a neglija nici abcesul de fixaţie şi proteinoterapia, hemoterapia, transfuzia, autoseroterapia.

(Urmare).

---

*) In care intră *Sulfamidoterapia* care deschide o eră nouă în tratamentul infecţiunei blenoragice în general şi al septicemiilor gonococice în particular, tratament chimio-terapic care la data acestei comunicări nu era cunoscut.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

Academia de ştiinţe: Secţia de biologie

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA TUBERCULOZEI MAMARE

de

Doctor V. M. PLĂTĂREANU

Membru titular al Academiei de Ştiinţe

Tuberculoza mamară face parte din afecţiunile cele mai des omise din diagnosticul diferenţial al afecţiunilor mamare.

Omisiunea se datoreşte, în bună parte, faptului că afecţiunea este rară prin ea însuşi, (circa 200 cazuri în literatură, din care 12 la bărbaţi) [1].

Mallory pe 2297 cazuri de boli mamare dă un procent de 1,6% tbc.

După alţi autori frecvenţa ar fi 1—1,7%, iar Barker [2]), care a adunat o statistică de 140 cazuri personale, socoteşte că tuberculoza mamară nu este atât de rară pe cât se crede, căci: „Faptul că nu se publică sau nu se diagnostichează nu este un indiciu".

Frecvenţa acestei afecţiuni, în raport cu cancerul mamar, ar fi de 1/45 după acelaşi autor [3]), sau de 1/50 după Scott [4]).

Numărul cel mai mare de cazuri îl dă sexul femenin, la care se adaugă şi un mic procentaj pentru tuberculoza sânului la bărbat.

Particularitatea afecţiunei la femee constă în aceea că se găseşte mai ales la femeile în apropiere de climacterium, (Heinrich Klose şi Walter Sebering [5]) şi este inexistentă în copilărie şi pubertate — adică în epoca în care tuberculoza este mai floridă şi mai diversă decât în ori care epocă a vieţei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Epoca de alăptare nu ar favoriza, după părerea lui Turco Adalgiuo şi a multor alţi autori, localizarea baccilului Koch pe glanda mamară, deşi la bovidee s'a identificat eliminarea baccilului Koch prin lapte.

Aloi [6]) citează totuşi un caz — când o femee de 27 ani a observat apariţia unui nodul în sân la o primă perioadă de alăptare, nodul, care a persistat trei ani, redeşteptându-se şi fistulizând la o a doua epocă de alăptare.

Cauzele care ar favoriza apariţia tuberculozei mamare sunt foarte puţin bine cunoscute.

Traumatismul a fost invocat într'un singur caz în statistica lui A. M. Shipley şi H. Spencer (Baltimore) [7]).

Existenţa antecedentelor de tuberculoză familiară sau personală este de asemeni foarte rară.

---

1) Turco Adalgio. Statistică până la 1926. Annali Italiani di chirurgia an V 1926.

2) Barker, Arc„. of Surgery vol. XVII 1926 pag. 435-445.

3) Barker, Statistica University-Hospital.

4) Statistica St. Bartholomeu Hospital.

5) Die Chirurgie der Brustdrüse. Nordman şi Kirschner. Tom. III p. 108.

6) Riforma medica XLIV Nr. 2 1928.

7) Annals of Surgery, vol. LXXXIII Nr. 2 p. 175-181.

Coexistenţa cu alte localizări tuberculoase este, după acelaşi autor, rară.

Cu toate acestea, au fost semnalate localizări t.b.c. ganglionare, cervicale sau axilare, carii costale sau tbc. pleuro-pulmonară.

Faptul că nu s'au găsit întotdeauna — sau mai bine zis nu au putut fi descoperite clinic sau radiologic —, focare viscerale t.b.c., s'a admis, în ceea ce priveşte patogenia tuberculozei mamare, că ea ar fi în majoritatea cazurilor secundară infecţiei ganglionare axilare, printr'un proces de invadare retrogradă.

Contra acestei ipoteze stau, însă, numeroase cazuri, în care leziunile sânului au precedat pe cele ganglionare, (ca în două din cazurile noastre), s'au nu s'a ivit de loc.

Infectarea primitivă, pe cale hematogenă, ar fi mult mai uşor de admis. Prin însuşi felul localizărei leziunilor, în raport cu structura histologică a acinilor şi tubilor galactofori. Cu toate acestea nu totdeauna putem să identificăm focarul primitiv vişceral şi foarte adesea suntem desorientaţi în cercetările anamnetice de mărturia unui trecut fără accident t.b.c.

Dacă adăugăm admirabila stare generală cu care se prezintă în general bolnavele, ipoteza infecţiei hematogene devine de necrezut, deşi după logica bio-patologiei ea trebue să fie la baza celor mai multe cazuri.

Infecţiunea directă exogenă, canaliculară, prin mamelon, a fost admisă, dar în mod excepţional, prin spută sau atingerea cu leziuni t.b.c., deşchise.

BCU Cluj / Central University Library, Cluj

Propagarea din aproape în aproape, dela tuberculoza costală a fost citată în câteva cazuri.

Anatomia patologică a tuberculozei mamare prezintă, din punct de vedere macroscopic, următoarele particularităţi care uşurează diagnosticul în foarte multe cazuri, mai ales dacă avem prezentă, în minte, în momentul examinărei şi posibilitatea acestei afecţiuni.

Tuberculoza mamară este, în general, unilaterală. Ocupă aproape exclusiv sfertul supero extern al glandei mamare şi se găseşte, în aceeaşi măsură, de-o-parte sau de-alta.

Formaţiile tuberculoase mamare, la început, se pot manifesta, fie sub formă de noduli izolaţi sau conglomeraţi, fie sub forma de infiltraţiuni scleroase.

Acest fapt a determinat pe Dubar să le clasifice în: „forme confluente" şi „diseminate", iar pe d'Arrigo în: „forma tubero-scleroasă" şi „ulcero-fistuloasă".

Este neîndoios că aceste clasificări îşi au oarecare importanţă didactică. In clinică, însă, aspectul leziunilor este diferit, după faza în care cade sub observaţie.

In general tuberculoza mamară începe sub forma unuia sau mai multor noduli uniţi sau separaţi, care cu timpul, prin mărimea lor, confluează şi se cazeifică transformându-se în abcese reci, care se pot fistuliza, printr'unul sau mai multe traecte către exterior.

Urmate, după deşchidere spontană, de infecţiuni exogene, ele pot îmbrăca uneori forme de mastite acute sau subacute difuze, însă

fără să părăsească aspectul clinic de t.b.c., adică piele violacee; cu spărturi neregulate, cu subţieri marginale specifice t.b.c., au începuturi de retracţie scleroase dermică, între fistule, care îi dă caracteristicul aspect de pensare sau uneori de adevărate supra-structuri dermo-epidermice.

Coexistenţa ganglionilor axilari, de aceeaşi parte, a fost semnalată în multe cazuri. In general, ganglionii apar după leziunile mamare şi au toate caracterele adenopatiilor bacilare, adică: tumefacţie, consistenţă elastică, conglomerare fără mobilitate iniţială — în raport cu ţesuturile învecinate —, fixitate la vecinătate şi în special spre piele, ulterior, însoţită de eventuală fistulizare.

Microscopic se constată „leziuni care încep printr'o infiltraţie de celule embrionare în ţesutul conjunctiv interacinos, de endarterită şi endoflebită fără tromboză şi o invazie a limfaticilor cu leucocite. Mai apoi acinii glandulari dispar şi sunt înlocuiţi prin foliculii tuberculoşi tipici cu celule gigante" [8]. Fapt important în cercetarea microscopică este raritatea identificărei bacilului Koch, fapt care a făcut pe C. Cavina [9]) să admită, în cazul său, posibilitatea unei infecţii cu bacili t.b.c. granuloşi, ultramicroscopic.

Simptomele prin care se traduc aceste leziuni sunt subiective şi obiective.

Din prima categorie fac parte: durerea locală sau iradiată în umărul corespunzător; senzaţii de sân greu. In unele cazuri, aceste semne clinice sunt mult reduse, disociate sau inexistente.

Dintre semnele obiective, cele mai des întâlnite sunt: tumefacţia în 1/4 supero-extern mamar; consistenţa elastică şi mobilitatea iniţială pe ţesuturile învecinate, fixitatea ulterioară, apariţia fluctuenţei şi fistulizarea, unică sau multiplă, cu interesarea pielei care devine violacee şi subţiată.

La acestea se mai adaugă, în majoritatea cazurilor, retracţia mamelonului şi infiltraţia edematoasă cu aspect de coaje de portocală, în regiunea imediată focarului bacilar. Scurgerea unei secreţiuni sanghionolente, la presiunea sânului, a fost citată de mai mulţi autori. La bărbaţi, tuberculoza sânului se traduce numai prin prezenţa unui nodul fibros, cu o evoluţie foarte lentă.

Recunoaşterea directă a leziunei se poate face, dacă se ţine seamă de simptomele de mai sus. In general ea coexistă, la femei, cu o stare generală foarte bună. Evoluţia mai lentă, în raport cu tumorile maligne (carcinome, sarcome, etc.), este iarăşi un fapt în sprijinul diagnosticului de tuberculoză. Descoperirea abceselor în 1/4 superior, fără febră septică; apariţia acestora, în afara perioadei de alăptare; evoluţia înceată; prinderea eventuală a ganglionilor axilari, o deosebeşte de infecţiunile banale (mastite, paramastite, flegmoane ale regiunei submamare; chiste sebacee sau dermoide supurate ale regiunei, etc.).

Actinomicoza mamară, rară ea însăşi, nu o găsim decât la femeile ce iau parte la cultura gramineelor şi o diferenţiem, prin prezenţa macro- şi microscopică de granulaţii actinomicozice.

8) Maurice Letulle, Anatomie pathologique. Tom. III, pag. 2105.
9) C. Cavina (Bologne) La clinico Chirurgica an VII 1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sifilisul mamar poate fi, uneori, greu de diferenţiat. In perioada primară este mai repede recunoscut. Mastita luetică secundară sau terţiară este mai greu de identificat fără examenul serologic şi o amănunţită cercetare a trecutului pacientei. Este bine de reţinut că, gomele sifilitice nu prind ganglioni axilari sateliţi şi nu ocupă 1/4 supero-extern.

Diagnosticul bacteriologic prin identificarea bacilului Koch în puroi este indicat în formele abcedate şi cele fistulizate, cu toate că bacilii acido-rezistenţi sunt, în aceste leziuni, după cum am amintit, foarte rari şi uneori absenţi.

Inocularea la cobai este, în foarte multe cazuri, posibilă, cu condiţia să nu se întârzie evoluţia afecţiunei cercetate, prin lunga aşteptare a incubaţiei şi infecţiei t.b.c. la animal.

Atitudinea terapeutică este dictată de recunoaşterea afecţiunei, de certitudinea diagnosticului, de faza anatomo-clinică a leziunei şi de voinţa bolnavului.

In general, la cazurile din literatură, se mărturiseşte eroarea de diagnostic, prin confuzia cu cancerul mamar, iar atitudinea terapeutică a fost ca atare.

In puţinele cazuri recunoscute, s'a practicat, în general, rezecţia parţială a sânului cu ablaţia ganglionilor axilari atunci când aceştia au fost prezenţi. Aşa am procedat şi noi în cazul din observaţia I.

Rezecţia parţială este suficientă şi dă vindecări radicale, satisfăcând şi cerinţele estetice corporale la femeile tinere, sau care o pretind.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul când rezecţia de sân nu este primită de bolnave şi mai ales când tuberculoza mamară este pe cale de abcedare, noi am procedat la incizie, spălarea cu petrol a cavităţei, la interval de 5—7 zile, cu pansarea uscată, zilnică, sau la 2—3 zile după cum secreţia este mai mult sau mai puţin abundentă şi am obţinut vindecarea într'un interval de aproximativ 6 săptămâni — (Obs. II). Acest fapt nu împiedică însă apariţia şi desvoltarea ganglionilor axilari, care au avut o infecţie prealabilă datei aplicării terapeutice cu petrol.

Aplicaţiunile generale de raze ultra-violete le socotim indicate, mai ales în anotimpurile umede şi ploioase. Radioterapia, prin ea însăşi, nu a dat rezultate satisfăcătoare în cazurile aplicate.

Evoluţia şi prognosticul bolei este în funcţie de forma, de extinderea leziunilor, de coexistenţa altor afecţiuni, de precocitatea intervenţiei sau tratamentului general. In cazurile speciale de coexistenţă cu cancerul mamar, atitudinea terapeutică este dictată de elementul neoplastic şi se va ţine seamă că, în afară de metoda Halsted, terapeutica modernă a adoptat rezecţiile mai puţin întinse, însoţite de radio sau radium-terapie conştient şi conştiincios aplicate.

* * *

Observaţiile noastre sunt următoarele:

Observ. 1. — Doamna S. I., de 32 ani, vine pentru a fi verificată la 20 Martie 1944, dacă afecţiunea pe care o are la sânul stâng, este sau nu un „cancer", aşa cum i s'a spus de către un coleg. Din antecedentele familiare nu

reieşea nimic deosebit. In copilărie a avut o pleurezie exudativă uşoară. Neagă alte afecţiuni infecto-contagioase. Nu a născut copii. A făcut repetate avorturi. Neagă sifilisul. Tumora a observat-o cu câteva luni mai înainte sub forma unei nodozităţi.

Treptat a simţit dureri mai accentuate, totuşi surde în 1/4 supero-extern. Nu ia curs niciodată secreţie sanguinolentă prin mamelon. Starea generală este înfloritoare.

Examenul general nu descopere nimic deosebit.

Examenul local ne arată prezenţa unor nodozităţi elastice confluente în 1/4 supero-extern a sânului stâng.

Nodozităţile atingeau, în total, mărimea unei nuci. Aluneca cu oarecare uşurinţă pe ţesuturile învecinate.

Mamelonul apărea uşor retractat, sânul puţin mai căzut. La presiune nu excreta nimic.

Ganglionii axilari, se simţeau în număr de 4—5, de mărimea unor alune turceşti, elastici şi mobili. Bazat pe stricta localizare în 1/4 supero-extern, pe consistenţa elastică a leziunilor din sân şi a ganglionilor axilari, pe evoluţia oarecum lentă şi starea generală înfloritoare, am înclinat diagnosticul spre o tbc. mamară.

Operaţiunea am practicat-o în Sanatoriul Diaconeselor la 22 Martie 1944 şi a constat dintr'o incizie în „S" pornind din axilă şi ocolind conturul extern a sânului. Am răsturnat sânul şi am practicat rezecţia ţesutului bolnav până în zonele sănătoase. Am extirpat ganglioni axilari şi subpectorali pe care i-am descoperit în timpul operaţiei.

După hemostază am drenat zona operată cu un tub de cauciuc şi am refăcut planurile anatomice. Drenajul l-am suprimat în a 9-a zi, agrafele le-am scos în a 17-a.

Vindecare operatorie în a 14-a zi. Până în prezent nicio recidivă.

Examenul macroscopic ne-a arătat leziuni tipice de tuberculoză în zone de cazeificare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul microscopic, practicat de D-r Teitel, a confirmat diagnosticul tbc. prin prezenţa de foliculi tbc. şi bacili Koch în leziune.

Observ. 2. — Femeia V. Aurelia, de 27 ani, vine în serviciul de sub conducerea noastră din Spit. D-r Cantacuzino, la 3 Fevruarie 1944, pentru o tumefacţie a sânului drept, însoţită de durere.

Nimic deosebit în antecedentele heredo-colaterale.

Din trecutul personal, nu întâlnim nimic patologic. N'are copii. Neagă suferinţe de origină tuberculoasă. Nu are sifilis. Este bine desvoltată şi de o sănătate aparentă înfloritoare.

Examenul general, nu descopere nimic visceral.

Examenul local identifică la periferia 1/4 extern superior, stâng, o tumoră fluctuant de mărimea unei nuci verzi. Pielea la nivelul tumorei are aspect violaceu şi lucios. Tumora este relativ mobilă pe planurile profunde şi a început să fixeze tegumentele.

Axila corespunzătoare nu prezintă nimic deosebit. Cu diagnosticul de mare probabilitate de tbc. mamară, propunem operaţia.

Operaţia. Bolnava refuză orice intervenţie care i-ar rezeca din sân şi acceptă numai un tratament local. I-am practicat, sub anestezie locală cu kelen, o incizie, care a lăsat să se scurgă o cantitate de puroi apreciabilă. Puroiul este grunjos, gălbui lactescent. Cavitatea purulentă unică, neregulată, fongoasă. Spălăm cu petrol, uscăm excesul acestuia; aplicăm vaselină pe tegumentele înconjurătoare şi pansăm uscat. Repetăm la 2—3 zile pansamentele, iar la 6—7 zile badijonările cu petrol. Vindecarea se obţine în aproximativ 4—6 săptămâni prin închiderea focarului supurativ treptat, şi transformarea într'un ţesut de cicatrice de mărimea unui bob de porumb.

Intre timp durerile au dispărut, bolnava şi-a continuat ocupaţiile. Către sfârşitul tratamentului mamar, bolnava a simţit jenă în axila dreaptă şi la examen am descoperit câţiva ganglioni, sensibili, mobili, elastici. Am aplicat bolnavei şedinţe de ultra-violete şi ganglionii au devenit staţionari pentru un timp, ca apoi să cedeze din volum şi sensibilitatea dureroasă. Bolnava nu am mai revăzut-o de câteva luni.

Observ. 3. — Aparţine bolnavei I. C. de 26 ani, care vine în divizia a 3-a chirurgie din Spitalul Brâncovenesc, de sub conducerea domnului D-r Gomoiu, prin luna Aprilie 1934, pentru supuraţia sânului stâng.

Antecedentele heredo-colaterale fără mare importanţă.

Antecedentele personale, arată leziuni evolutive la ambele vârfuri pulmonare cu predominenţă la stânga. Starea generală mediocră.

Examenul sânului stâng, ne-a arătat în sfertul supero-extern câteva fistule cu tegumentele învecinate violacee, subţiate, şi din truse neregulat. Prin fistule se scurgea puroi cremos, uneori lăptos şi grunjos.

Sfertul supero-extern mamar corespunzător, împăstat, difuz, dureros. Sânul scăzut, în comparaţie cu celălalt.

Mamelon uşor retractat. Din mamelon nu se scurge nimic. Ganglionii axilari nu erau perceptibili.

Radiografia pulmonară a confirmat leziuni tbc. evolutive.

Localizarea, coexistenţa leziunilor mamare cu aspect net de tbc. fistulizată, ne-a îndreptat diagnosticul clinic către tbc. mamară. Examenul puroiului făcut, pe atunci, de regretatul Doctor Baroncea, ne-a identificat bacili Koch.

Bolnava a refuzat operaţia şi a părăsit serviciul spre a se duce la ţară pentru cura de aer.

In concluzie:

1. Ne-am servit de 3 observaţii de tuberculoză mamară, spre a atrage atenţiunea clinicienilor să nu uite, în diagnosticul diferenţial al maladiilor sânului, această afecţiune.

2. Diagnosticul clinic se poate pune, cu o mare probabilitate, atunci când leziunile sunt localizate 1/4 supero-extern, când evoluţia afecţiunei mamare este încetă şi starea generală bună sau înfloritoare.

3. Când leziunile de mai sus se însoţesc de focare t.b.c. în evoluţie, localizate pe alte organe, sau se însoţesc de supuraţii fistulizate caracteristice proceselor t.b.c., probabilitatea se apropie şi mai mult de certitudine.

4. Verificarea bacteriologică, biologică sau anatomo-patologică este obligatorie.

5. Inclinăm a crede ca şi Barker că „tuberculoza mamară este mai deasă decât se bănueşte, însă scapă diagnosticului prin excesul de zel al intervenţionismului, zilnic, în cancerul mamar.

6. Tratamentul cu petrol, aşa cum l-am practicat în observaţia No. 2, este un mijloc destul de eficace atunci când bolnavele ar refuza tratamentul radical chirurgical.

7. Tratamentul chirurgical, constând în evidarea ganglionilor axilari (când există) şi rezecţia parţială a sânului cu conservarea estetică a acestuia, este conduita cea mai îndreptăţită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUR UN CAS DE VITILIGO INFANTIL. SES RELATIONS AVEC LES TROUBLES NEURO-ENDOCRINIENS ET METABOLIQUES

par

C. I. PARHON et GHERTA WERNER

La pathogénie du vitiligo resta pendant longtemps assez obscure bien que ses relations avec les altéralions du système nerveux aient été affirmées à plusieurs reprises.

D'autre part les modfications endocriniennes ont été constatées dans de nombreux cas et l'intervention de ces modifications dans la pathogénie de ce trouble de la pigmentation semble aujourd'hui incontestable ainsi que l'un de nous l'affirma dans toute une série de travaux (voir la bibliographie).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'observation que nous résumons plus bas parle dans le même sens.

M-lle L. S., 9 ans et 4 nois. Son père (47 ans) est atteint de lythiase rénale et de coliques hépatiques. La mère de 33 ans, souffre de gastralgies, est irrascible. La grande mère maternelle sucomba au cours d'une mélancolie.

M-lle S. L. est enfant unique, née à terme. Accouchement normal. On nota un ictère quelques jours après la naissance. A l'âge de 3—4 ans elle eut une maladie fébrile pendant trois semaines. On lui pratique un sondage de la véssie pour analyser l'urine qui fut suivi peu après par un écoulement vaginal abondant, jaunâtre et fétide, qui durcissait les linges et qui dure encore bien que beaucoup moins abondant.

Dans un premier examen de la sécrétion on affirma la présence du gonocoque mais un second examen resta negatif.

Le Prof. Nicolau lui avait prescrit des injections de Glanduitrin Richter. Elle reçut 6 pareilles injections.

Peu après cela, des taches leucodermiques firent leur apparition, devenant bientôt très nombreuses chaque jour apparaissant une nouvelle tache, sur le tronc, la face, les membres.

Il s'agit d'une fillette dont la taille de 139 cm. et le poid de 32.600 kg., correspondent à peu près à celles observées entre 11—12 ans. Les cheveux sont blonds, mous et denses.

Enophtalmie en rapport avec la profondeur des orbites. Ouverture palpébrale peu accentuée, iris bleu. Les cils sont longs. Strabisme interne gauche. Le globe occulaire de ce coté présente son grand axe légérement oblique en haut. Sourcils denses non imbriqués. Nez petit, droit enfoncé à la racine. La lèvre inférieure présente à son milieu un incisissure linéaire, la muqueuse renversée

en dehors. La lèvre supérieure à tubercule médian visible. Les dents petites translucides. Distances entre les incissifs supérieurs. Deux dents de lait en haut et deux en bas.

Les incissifs inférieurs plus grands. Langue étroite, pointue. Les oreilles grandes. Tendance au double menton.

Le cou long, thyroïde palpable. Thorax allongé, mamelles non formées, réduites au mamelon. Laxité articulaire des membres supérieurs (au coude). Diamètre biacromial 29 cm., biiliaque 30 cm. Diamètre thoracique 14. Membres supérieurs longs. Les doigts arrivent jusqu'au 1/3 moyen de la cuisse. Les membres inférieurs également longs. Toute la surface du corps est couverte de taches de dimensions variables, depigmentees, mais dont un certain nombre présentent des taches plus petites punctiformes et pigméntées (couleur châtain) rappelant les éfélides. La mère de la malade affirme que les petites taches pigmentées précèdent la disparition des taches leucodermiques surtout après l'exposition au soleil.

Les taches décolerées ne s'observent pas sur le thorax. On les trouvent en revanche sur les régions cervicales antérieures et postérieurés, dans l'aiselle, sur la région interne du bras et du coude, dans le creux poplité, aux genoux, à la région de l'éminenne thérrar sur le dos du pied, au niveau de la maléole interne, sur la face interne des cuisses, tant dans la région supérieure que dans celle inférieure.

Les grandes lèvres sont également dépigmentées.

Ajoutons que l'appétit est bien conservé. La malade est vive, très irrascible et très susceptible. Bien que souvent disposée à la querelle elle se montre assez affectueuse. Le sommeil plus souvent satisfaisant est parfois interrompu par des rêves térifiants.

La malade supporte bien la chaleur comme le froid. Pas de tachycardie.

L'examen chimique du sang montre la diminution de la calcémie (0,092, méthode de Waerd) et l'augmentation modérée de la potassémie (0.194). Le rapport K: Ca = 2.10 donc augmenté. Les chlorures 5.90, l'urée 0.30, l'acide urique 0.045. Augmentation de la cholestérolémie, 2.40.

Il s'agit donc d'une jeune fille à hérédité neuropathique.

Elle même présente un développement accéléré de son poids et sa taille correspond à un âge plus avancé de deux ans à peu près par rapport à son âge chronologique réel. Mais on n'observe pas une antecipation de la puberté.

Au point de vue biochimique nous retiendrons la diminution certaine de la calcémie 0.092 et l'augmentation de la kaliémie 0.194 et du raport K:Ca 2.10, de même que de la cholestérolémie 2.40.

Quelle est la situation pathologique de cette malade?

D'abord, notons la lythiase rénale et les coliques hépatiques du père indiquant un trouble de la nutrition générale (hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, uricémie?) de même que la gastralgie et l'irrascibilité de la mère (insuffisance ovarienne, hypoparathyroïdie?) et la mélancolie de la grande mère.

Chez la jeune malade la taille et le poids exagérés pour son âge font penser à un trouble d'ordre hyperhypophysaire de même que l'hypocalcémie à l'hypoparathyroïdie. L'hypercholestérolémie pournait faire penser entre autres à une insuffisance thyroïdienne ou ovarienne, ce phénomène semble d'ailleurs fréquant à l'âge pubéral et notre petite malade semble se trouver dans cette situation vu son développement accéléré.

Qoiqu'il en soit l'augmentation de la cholestérolémie ne semble pas rare dans les cas de viriligo. Trois fois sur 5 cas nous avons trouvé le chiffre de 2 gr $^0/_{00}$.

La calcémie était diminuée 3 fois sur 4 cas (avec celui que nous venons de rapporter 4 fois sur 5) et la kaliémie augmentée 5 fois sur 6. Le rapport K:Ca de même.

Il reste à voir dans quelle mesure les troubles observés chez M-lle S., ont pu réaliser le vitiligo. L'hypothyroidie (si tant qu'elle existe dans ce cas) ne détermine que rarement le vitiligo. Ce syndrome fut constaté pourtant dans certains cas comme dans ceux de **Marfan, Delmas et Roger.**

Beaucoup plus fréquemment ce syndrom cutané fut observé chez les basédoviens (dans 10% d'après **Sattler**) et l'un de nousl'a rencontré dans plusieurs pareils cas.

Dans le diabète et surtout dans le diabete associé au syndrome de Basedow (comme dans un cas observé par l'un de nous) on peut rencontrer la même association.

Des troubles de la pigmentation cutanée furent également observés dans le syndrome adipeux-génital **(Maranon; Parhon, Ballif et M-lle Lavrenenco; Parhon et Tomorug).** (Dans le dernier cas il s'agissait d'un syphilitique), de même que dans des cas de gigantisme.

Dans le cas que nous venons de rapporter le développement accéléré de la taille et du poids parle pour une hyperhypophysie bien que le rôle des surrénales ne saurait être exclus non plus.

Notons encore que l'insuffisance ovarienne fut observée dans plusieurs cas de vitiligo ou de leucodermie et que dans le cas que l'un de nous avait publié avec **S. Constantinesco** il s'agissait d'une aliénée, chatrée et avec hypertrophie thyroïdienne.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Il est intéressant de citer à ce point de vue l'opinion des dermatologues.

C'est ainsi que dans le tome 5-e de la „Nouvelle pratique dermatologique", **Sezary** passe en revue les relations des troubles endocriniens avec la pigmatogénèse et les dyschromies et arrive à conclure que les troubles les plus diverses peuvent y aboutir „il peut s'ogir d'un trouble dans le fonctionnement d'une glande quelqonque pour modifier le métabolisme pigmentaire".

Sans doute c'est l'insuffisance surrénale chronique qui trouble ce dernier plus profondement. Mais on peut affirmer qu'il n'y a pas de sécrétion interne particulièrement proposée à sa régulation et il ajoute que toute melanodermie non systématisé, toute pigmentation non figurée que n'explique pas une cause extérieure, une léston cutanée ou une action médicamenteuse interne, peuvent ressortir à un effet endocrinien.

L'auteur rapelle le rôle que **Loeper** attribua aux troubles du métabolisme du souffre dans la mélanogénèse. Dans les pigmentations cutanées le souffre total est augmenté, le souffre oxidé diminue et le souffre neutre augmente.

Cette interprétation s'appliquerait d'après **Sezary** en particulier aux pigmentations tenant aux altérations hépatiques et surrénales mais on ne saurait pas la généraliser.

En ce qui concerne la pathogénie du vitiligo au sens étroit du mot **Sezary et Duruy** font aussi une large part aux troubles endocriniens. Ils affirment que toute viciation de la sécrétion thyroïdienne peut s'accom-

pagner de vitiligo. Ils rappellent aussi qu'**Addison** lui même a noté l'association de ce dernier à l'insuffisance surrénale et citent encore les observations de **Talamon, Letulle, Sergent** la thèse de **Pieri** (Paris, 1922). **Snell** et **Rowntree** ont relaté également une pareille observation (1929).

Sezary et **Duruy** rappellent également l'association du vitiligo avec des troubles hépatiques. (**Gilbert** et **Carnot** ont observé des améliorations avec l'opothérapie hépatique) hypophysaires, orchitiques ou ovariens.

Dans une observation de **Delmas** et **Roger** un vitiligo grovidique disparut après la délivrance pour réapparaître à la grossesse suivante.

Quant à la topographie des taches dans notre cas elle est assez variable et il serrait assez difficile d'établir une localisation en rapport avec des altérations du système nerveux bien que dans certains cas la topographie montre une certaine symetrie.

Rappelons d'autre part, que les variations de la pigmentation chez la même individu ont pu être observées chez des métis issus des parent de couleur différente (blanc et noir).

Dans ce cas la topographie de la pigmentation peut présenter une certaine métamérie comme dans un cas de **Sezary** dans l'espèce humaine et dans beaucoup d'espèces animales. Mais la disposition de la pigmenta peut se présenter aussi sous forme de taches irrégulières qui rendent très difficile toute interprétation.

Il serait également difficile d'interpréter par des variations d'innervation la disposition en ligne alternative de la pigmentation des poils du Zebre par exemple, phénomène propre à l'espèce, et donc héréditaire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'hérédité chromosomale, la création d'une disposition à une certaine distribution de la pigmentation n'implique nulement l'intervention du système nerveux.

Du pareils phénomènes s'observenet aussi chez les végétaux. Rappelons par exemple la disposition alternative rouge et blanche de la couleur de certains fleurs de pétunia.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas eu l'intention de donner ici la Bibliographie detaillée du vitiligo pas même celle de ses rapports avec les troubles endocriniens.

Nous indiquerons seulement nos propres travaux en relat on avec cette question et quelques autres dans lesquels on peut trouver aussi la mention des travaux sur ce même sujet.

C. I. Parhon, St. M. Milco et *Ep. Tomorug*: Hyperthyroïdie et vitiligo. Bull. et mém. de la Soc. roumaine d'Endocrinologie. I-ére Année. No. 1, p. 77.

C. I. Parhon et *Em. Savini*: Sur un cas de vitiligo chez un individu a acromégaloïde. Bullet. de la Soc. de Neurologie etc. No. 1 | 1925.

C. I. Parhon et *Ep. Tomorog*: Syndrome o cromégaloïde et vitiligo. Hypertrophie thyroïdienne et réaction de Wassermann positive chez un même malade Bull. soc. roumaine d'Endocrinologie No. 5 | 45.

C. I. Parhon, St. M. Milcu et *Ep. Tomorug*: Revista de Endocrinologie, Gynecologie şi Obstetrică, No. 1. 1937.

C. I. Parhon et *M. Derevici*: *a)* Sur un cas de mélancolie associée au vitiligo. Bull. et mém. de la Societé méd. des hôpitaux de Paris. Séannce du 21 Janvier 1927.— *b)* Sur un nouveau cas de mélancolie associée au vitiligo. Soc. de

Neurologie, Psychiatrie etc de Jassy Séance du 28 Fevrier. 1928 — c) Sur l'association de Basedow avec le vitiligo. Contribution à l'étude de la pathogénie des dyschromies cutanées. Revue française d'Endocrinologie. No. 1. 7-e Année 1929.

C. I. Parhon et M-me *Constance Parhon*: Recherches concernant l'influence du traitement thyroidien et ovarien sur le développement et l'aspect du plumaje chez les oiseaux (Canards) C. r. de la Sociéte de Biologie T. LXXXIX p. 680 Séance du 27 Juillet 1923.

C. I. Parhon et *Seb. Constantinescu*: Hypertrophie thyroïdienne et vitiligo chez une malade ovariotomisée. Bull. de la soc. roumaine de dermatologie. I-ère Année.

C. I. Parhon et *B. Coban*: Syndrome adipeux—génital. Leucodermie. Societé roumaine de Neurologie etc. Séance du 4 Mai 1933.

C. I. Parhon, M. Derevici et *V. Ioneseu*: Sur les dyschromies cutanées chez les aliénés. Congrès de la Societé roumaine de Neurologie, Psychiatrie etc. Lugoş. Septembre 1927 in Bulletin de la Société de Neurologie.

C. I. Parhon et *C. Bacaloglu*: Sur un cas de vitiligo avec topographie en ceinture. Nouvelle Iconographie de la Salpêtiere. No. 4. Juillet 1913

A. Sazary: Pathologie et thérapeutique générale des dyschromies. Nouvelle pratique dermatologique Tome V. p. 870.

A. Sezary et A. *Duruy*: Vitiligo. Ibidem p. 936.

Sattler; Morbus Basedowi. Leipzig 1909.

C. I. Parhon: Vitiligo. Fettsucht. Zuckerharn, Astma, Plattfuss, a. s m ehriblichen und familiären characteres Acta Endocrinologica Vol. 8. 1942 No. 4. p. 205.

C. I. Parhon, L. Ballif et M-elle *Lavrenenco*; Melancolie et Vitiligo chez une femme chatée et avec dystrophie adiposo genitale. Bull. Soc. roumaine de Neurologie X année No. 1. 1930.

C. I. Parhon et M-me *Zoe Caraman*: Sur un cas d'hyperthyroïdie avec vitiligo. Societé roumaine de Neurologie etc. 27 Juin 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de stat Tg.-Jiu

PERFORAŢIILE INTESTINALE PRIN ASCARIZI.

de

D-r C. BĂJEU

Ascaridoza intestinală este un capitol important al medicinei interne. Esenţial este faptul că foarte frecvent dă naştere la complicaţii de natură chirurgicală şi care cer imperios intervenţia chirurgicală.

Este foarte cunoscută contribuţia paraziţilor intestinali în apendicitele acute, când fie că însoţesc o apendicită, fie ca pătrund în lumenul apendicular şi cu semne tipice de apendicită — creiază ceea ce numim **apendicita ascaridiană.** Migraţia lor nu se opreşte aci. Pătrund prin toate orificiile, prin toate pliurile sau canalele şi nu rareori întâlnim în spitale angiocolita cu icter grav de natură parazitară. Când se fac ghem astupând lumenul intestinal, dar ceea ce numim **ileus verminoxsus,** o stare specială de occluzie cu tratament chirurgical de urgenţă...

Chirurgii mai cunosc dezastrul provocat de paraziţii intestinali ce se ivesc ulterior unei anastomoze intestinale. Gerez a găsit ascarizi în abdomenul liber cu perforaţia intestinului subţire la o distanţă de

40 cm. de cec. Polichetti a operat o fetiţă de 9 ani de peritonită şi a găsit pe lângă puroiu şi ascarizi. Sunt apoi cunoscute cazuri de peritonite t.b.c. şi în care la operaţii s'au găsit ascarizi.

Martynow i-a găsit într'un flegmon al peretelui abdominal. Alteori se găsesc în abcesele înkapsulate de origină apendiculară şi e bine să amintim de un caz similar publicat de Saracenus încă în 1642. Posselt comunică un caz şi mai interesant în care ascaridul a ieşit prin ombilic.

La noi în ţară există publicaţii cazuistice, chiar teze de doctorat pe care le-am reţinut fragmentar în memorie şi pentru care motiv (cu regret) nu le pot aminti decât în general.

* * *

Am limitat preocuparea actuală a complicaţiilor chirurgicale în ascaridoza intestinală numai la un accident, care se numeşte perforaţie, fiindcă întâmplarea a făcut să observ 3 cazuri caracteristice, pe care le voiu arăta aci şi a căror importanţă va fi subliniată în concluzii.

Este lucru cunoscut că frecvenţa ascaridiană e mai mare în mediu rural, decât la oraşe.

Din cauza lipsei de curăţenie şi mijloacelor de infestare, procentul merge în unele locuri până la 99% în general. Darany examinând 2000 copii de şcoală a găsit o proporţie de 64% ascarizi şi 83% oxiuri.

Ascarizii se găsesc în proporţie nediferenţiată la bărbaţi sau femei (nu fac deosebire de sex) şi la orice vârste. Preferă intestinul subţire, deşi se pot găsi şi în alte organe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infestarea se face prin ouăle eliminate prin scaune.

In ceea ce priveşte frecvenţa complicaţiilor este bine să reţinem ordinea următoare. In primul rând se manifestă prezenţa lor sub formă de crampe în jurul ombilicului, urmează apoi ocluzia, mai apoi anemia secundară, icterul, perforaţia.

Deşi zona unde activez actualmente este submuntoasă în decurs de 5 ani de zile nu am observat decât aceste 3 cazuri de perforaţie:

Observ. 1. — Copilul I. M., de 9 ani, din comuna Bălăneşti—Gorj, intră pe ziua de 9 Maiu 1940, în Spitalul Tg.-Jiu, pentru o tumefacţie în regiunea fosei iliace drepte, ce bombează uşor, e fluctuentă şi de dimensiunile a doi pumni.

Cu o lună înainte a fost tratat la domiciliu pentru o apendicită acută. Examenul sângelui arată o leucocitoză de 16.000 cu eosinofilie 5%.

Diagnosticul: Abces apendicular. Il deschid imediat şi drenez cu tub şi meşe. La 3 zile odată cu mobilizarea drenului şi schimbarea pansamentului, apar în plaga operatorie 2 ascarizi. Tratamentul ulterior cu santonină-Calomel, a mai eliminat încă un ascarid prin plagă şi 12 pe calea naturală. Fistula stercorală concomitentă a lămurit cazul şi în 2 săptămâni s'a închis complet, vindecarea definitivă efectuată la 6 săptămâni după operaţie.

Observ. 2. — E vorba tot de un copil (băiat) de 7 ani, care a venit în spital pe ziua de 3 Februarie 1942, cu o tumefacţie în hipogastru ce bombează uşor deasupra zonei suprapubiene. La tuşeu rectal se constată durere şi uşoară împăstare a douglasului. Examenul sângelui arată tot o leucocitoză pronunţată cu uşoară eosinofilie 4%.

Diagnostic: Abces hipogastric. La deschidere pe linia mediană suprapubiană a abcesului se constată puroi urât mirositor. In acelaşi timp apar

2 ascarizi. Se drenează abcesul cu tub de cauciuc şi meşe. Tratamentul consecutiv cu santonină şi calomel elimină pe căile naturale o cantitate mare de ascarizi.

Observ. 3. — Este şi mai interesantă. Pe ziua de 5 Iulie 1944, orele 14, sunt chemat de urgenţă să văd un bolnav grav, muncitor la o casă situată chiar lângă mine. Un om de 45 de ani, bine desvoltat în prada celei mari agitaţii, cu o faţă descompusă şi cu senzaţia morţei apropiate, cu tegumente palide, uşor cianotice, se ţine cu mâna de pântece şi urlă de durere. Mulţime impresionantă în jur cu mina unor asistenţi la o catastrofă. Examinez sumar abdomenul şi constat că atât la palpeul superficial cât şi la cel profund, este extrem de dureros cu maximum de durere în jurul ombilicului. Abdomenul are peste tot tăria de lemn caracteristică perforaţiilor. Bolnavul afirmă că a început brusc în timpul când lucra şi că de atunci are senzaţia unor cuţite aşa de intense, încât îi face impresia că moartea e aproape. Il liniştesc imediat şi cu o trăsură îl transport la spital. Un supliment de examen întăreşte diagnosticul de perforaţie. Stomac sau intestin? N'am avut niciun element de precizie. Nu prezintă vărsături, nici greaţă sau sughiţuri. Este tot aşa de agitat. Temperatura 36,5, puls 80, slab, mic. Tensiune mx. 10, mn. 6. După o pregătire sumară îl operez sub rachionestezie. Laparatomie supra şi sub ombilicală. La deschiderea peritoneului apar în plagă, anse intestinale în frunte cu leziunea, exact cum apar ansele lezate în traumatismele grave abdominale. Constat la o distanţă de mai bine de 2 metri de unghiul duodenojejunal o perforaţie minusculă ce abia lasă să treacă un creion sau o pensă mai groasă, cu margini libere, rozete, fără nicio diferenţiere de inflamaţie veche sau recentă, prin care scoate capul un ascarid. Il extrag cu uşurinţă. Mai departe constat încă alţi ascarizi. Inchid perforaţia cu 2 straturi transversale. Mă gândesc să închid fără drenaj, dar îmi amintesc de agitaţia extremă a bolnavului cu tendinţe de colaps şi explorez abdomenul. Conduită bună, fiindcă sub ficat şi în dreptul plexului solar găsesc încă un ascarid. Drenez abdomenul cu un tub şi meşe în Douglas şi suspubian.

Tratamentul postoperator obişnuit remontează bolnavul, dar a doua zi vine surpriza sub forma unui colaps periferic imposibil de învins cu toate mijloacele uzate.

Cluj Central University Library Cluj

* * *

Asupra mecanismului perforaţiilor prin ascarizi distingem 3 modalităţi:

1. Cea mai frecventă este perforaţia prin inflamaţia anterioară a peretelui intestinal, cum e cazul în apendicite sau alte leziuni inflamatorii ale intestinului. Este **perforaţia zisă pasivă**, uşor de realizat mai ales de ascarizi.

2. In al doilea rând ei pot perfora peretele intestinal fără să dea occluzie în prealabil şi fără să fie inflamaţie: este **perforaţia activă** (negată de unii autori mai vechi, dar admisă de majoritatea autorilor actuali).

Apar liber în cavitatea peritoneală cu toate semnele unei perforaţii tipice.

3. In al treilea rând se cunosc de multă vreme perforaţiile sau mai bine zis pătrunderile prin suturile intestinale efectuate anterior. Sunt accidente postoperatorii de temut în ascaridoza intestinală.

Acţiunea în sine a ascarizilor e dată în primul rând de comprimarea peretelui (se înfige cu capul în mucoasă) şi în al doilea rând prin procesul chimic de natură hemolitică ce ia naştere în acel loc.

Fireşte că este de presupus şi o slăbiciune constituţională a peretelui intestinal....

Diagnosticul este totdeauna greu de stabilit: cele mai adeseori este fixat operator şi chiar atunci există cazuri când perforaţia nu e vizibilă (Gruber).

Alteori ne gândim la apendicită, la abcesul apendicular sau altceva. Antecedentele şi istoricul nu ne ajută. La fel e cazul cu perforaţiile dramatice. Există numai bănuiala, iar eosinofilia concomitentă ajută uneori. Radiologia s'a dovedit a fi o probă. Colombo a constatat radiologic la un copil de 3 ani prezenţa ascarizilor în peritoneul liber!

Căutarea ouălor de paraziţi în materiile fecale e necesară totdeauna. E bine să adoptăm tehnica de culegere a lui Fülleborn: O parte materie de examinat cu 20 părţi soluţie sărată 20—25% amestecată şi lăsată ½ oră în repaus. Ouăle fiind mai uşoare se ridică la suprafaţă în strat.

De aci culegem o picătură şi o examinăm la microscop...

Pronosticul perforaţiilor este serios din cauza pericolului de peritonită şi uneori colapsul periferic. Totul depinde de momentul intervenţiei, de felul perforaţiei cât şi de tehnică. Nu insist asupra tratamentului, fiindcă e cunoscut atât cel chirurgical, cât şi cel medical, care trebue să urmeze şi uneori să fie profilactic.

In concluzie este vorba de 3 perforaţii ce ilustrează perfect modalităţile de apariţie.

Obs. I şi II. arată clar (dacă mai era nevoe) perforaţia pasivă prin ascarizi, în care condiţia prealabilă este existenţa unei zone inflamatorii.

Observaţia No. 3 este un caz tipic de perforaţie activă prin ascarizi, fără leziuni inflamatorii ale peretelui intestinal — cu elemente de dramă din păcate până la sfârşit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de specialitate aeronautic Z. I. No. 1
Craiova

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE RĂNIRE GRAVĂ A URETREI *)

de

D-r D. DUMITRESCU, D-r GH. COSTACHESCU, D-r O. DOBRESCU

Având de îngrijit în Spitalul nostru un caz de rănire a uretrei, deosebit de grav, ne permitem a-l aduce în discuţia onoratei noastre societăţi *).

Este vorba de un Sergent Major U. N., dintr'o unitate de Aeronautică, în vârstă de 23 ani, internat în Spitalul nostru în ziua de 8 Noemvrie 1944 pentru:

*) Comunicare făcută la Cercul Medico-Farm. din Craiova, şedinţa din 15 Februarie 1945.

Hemoragie uretrală abundentă apărută în urma unui traumatism forte în regiunea perineală printr'un accident de motocicletă, căderie „à califurchon".

Antecedente H. C. fără importanţă.

Antecedente personale: Neagă maladiile infecto-contagioase şi ale copilăriei. Nu a avut niciun ulcer veneric şi seroreacţiile în sânge B. Wassermann făcute anual au fost negative.

In anul 1942, face un icter pentru care este tratat în Spitalul Militar Craiova. In vara anului 1944, are o scurgere uretrală purulentă care îl ţine 30 zile şi pentru care ia eleudron comprimate şi ţine regim alimentar. Nu face alt tratament şi scurgerea încetează la o lună de zile fără alte complicaţii. Neagă alte maladii. Este tabagic şi alcoolic moderat

Istoric: In noaptea de 5/6 Noembrie 1944, pe la orele 23, pe când făcea inspecţia posturilor de sentinelă dela Depozitele unităţii, circulând cu motocicleta, trece peste o groapă din teren şi simte o lovitură puternică în regiunea perineală, cauzată de marginea şeli motocicletei, care trecuse cu roata peste groapă. Lovitura îi cauzează o durere vie în regiunea perineală, însă îşi continuă drumul fără alte turburări. Se culcă şi a doua zi dimineaţa, observă câteva picături de sânge la meatul uretrei. Urinează normal, însă în cursul zilei are o hemoragie uretrală mai accentuată, motiv pentru care se duce la medicul unităţii, care îl sfătueşte să se interneze în spital. In ajunul internării are o nouă hemoragie, care se repetă în spital. Bolnavul îşi oprea hemoragiile prin comprimarea meatului-manevră prin care oprea sângele, dar mărea tensiunea în uretră.

Stare prezentă: Bolnav, de talie medie cu ţesutul celular şi adipos normal desvoltate. Mucoasele de culoare normală. Starea generală relativ bună. Subfebril. Acuză dureri perineale şi are o hemoragie intermitentă a uretrei destul de abundentă. Urinează cu oarecare dificultate şi urinele sunt intens colorate în roşu. Nu are glob vezical.

Evoluţie în Spital:

13 Noembrie 1944, ora 22. Bolnavul nu poate urina, are glob vezical de mărimea unui cap de făt; se face puncţie vezicei şi se extrage circa 350 cc. urină şi sânge, urmând ca a doua zi să se facă intervenţia chirurgicală.

Biblioteca Universitară Iaşi / Universitatea Babeş-Bolyai Library Cluj

14 Noembrie 1944, intervenţia chirurgicală.

Anestezie rahidiană cu rahicaină 8% — 0,14 ctg.

1. Talia hipogastrică şi cistotomie suprapubiană. La deschiderea vezicei se constată că este plină cu chiaguri de sânge, care se evacuiază spălându-se vezica cu o soluţie de hipermanganat. Se introduce prin vezică o sondă Nelaton Nr. 18, care trece prin colul vezical şi se instalează şi o sondă Pezzer ademeure, după ce se constată că vezica este intactă şi normală. Se închide peretele, făcându-se sutura în două planuri a vezicei şi se lasă un dren de setolină subaponevrotic. Agrafe la tegumente.

2. Incizie perineală, mediană întrecând marginile tumorei şi interesând toate părţile noi până la hematom. Se introduce o sondă de cauciuc pe uretra anterioară până vine în contact cu sonda vezicală al cărui vârf îl exteriorizasem deja în plaga perineală. După descoperirea corpilor cavernoşi se constată o ruptură complectă a uretrei posterioare şi infiltraţia cu chiaguri a ţesuturilor periuretrale în apropierea colului vezical. Se unesc cu un fir de mătase capetele celor două sonde Nelaton şi trăgându-se de sonda din vezică se antrenează destul de uşor sonda uretrală prin sfincter până în cavitatea vezicală. Se lasă perineul larg deschis, se toarnă pulbere de sulfamidă în plagă şi se face un pansament uşor compresiv.

Sonda vezicală se lasă pe loc legată de sonda uretrală şi deci alături de sonda Pezzer, spre a ne servi atât la irigaţiunea vezicei, cât şi ca să avem siguranţa că vom putea totdeauna menţine zona uretro-vezicală.

Evoluţie postoperatorie:

17 Noembrie 1944. Hemoragie accentuată prin plaga perineală. Desfăcându-se pansamentul se constată o hemoragie en nappe, în special la nivelul

corpilor cavernoşi. Se tamponează cu comprese îmbibate cu ser de cal şi pudrate cu pulbere de sulfamidă. Se face un pansament compresiv.

18 Noembrie 1944. Pansamentul îmbibat cu puţină serozitate. Se schimbă vata, neatingându-se de meşele din plagă.

20 Noembrie 1944. Se face pansamentul scoţându-se toate meşele. Plaga curată se pansează din nou având grije totuşi să facem un pansament uşor compresiv.

9 Ianuarie 1945. Constatând vindecarea plăgii perineale, scoatem sondele dela orificiul de cistotomie, lăsând sonda uretro-vezicală à demeure.

18. Ianuarie 1945. Constatând că plaga abdominală s'a cicatrizat, scoatem şi sonda uretro-vezicală.

* * *

Ne permitem a face câteva consideraţiuni asupra acestui caz mai ales în ceea ce priveşte tratamentul. Dela început ţinem să atragem atenţia asupra faptului că în primele momente bolnavul a avut hemoragie limitată, un uşor grad de dizurie şi n'a avut hematom perineal deci, era o formă uşoară de ruptură de uretră. Bolnavul având o uretră fragilă prin infecţiunea preexistentă notată la antecedente, îşi oprea hemoragiile comprimând meatul, socotim această manevră, vinovată de grava leziune pe care am constatat-o în timpul operaţiei — o ruptură interesând atât uretra perineo-bulbară cât şi cea membranoasă până la prostată. Numai distensiunile produse prin această manevră pe care noi i-am interzis-o în repetate rânduri, distensiuni care învingeau sfincterul, făcând să refuleze sângele în vezică — dovadă urinele sanghinolente şi chiaguri găsite la deschiderea acestui organ — au putut să extindă atât de mult leziunea.

Digitized by Transylvania University Library Cluj

După clasificaţiile obişnuite, acest tip de ruptură a uretrei ar intra între rupturile uretrei cu tegumente intacte, spre deosebire de rupturile uretrale deschise.

Prin simptomatologie, cazul se situa între formele cele mai grave de rupturi uretrale în momentul operaţiei, deoarece aveam cele trei simptome — hemoragie, anurie, şi hematom perineal.

Dacă în unele cazuri tratamentul se poate limita la simpla linişte a bolnavului — cum este în cazurile când singurul simptom este o mică hemoragie însoţită de o mică senzaţie de arsură în timpul micţiunei sau aplicarea unei sonde endo-uretrale cu foarte multă prudenţă şi comprimarea uretrei cu un tampon de vată exterior pe sondă — în cazurile de hemoragii mai accentuate, ca în cazul nostru triada simptomatică apărută brusc în cursul unei nopţi, ne-a obligat să facem operaţiunile descrise mai sus.

Nu am făcut uretro-rafia pentru două motive:

1. Nu se face uretro-rafie pe un canal de curând contuzionat, pentrucă pe de-o-parte în general se obţin cicatrici rele în aceste cazuri şi în al doilea rând având de-a-face cu ţesuturi contuze, nu ştim niciodată dacă am excizat prea mult sau prea puţin. Cu acest fel de a vedea sunt majoritatea autorilor francezi, germani şi români ca: Profesor **Hortolomei**, Prof. **Oscar Rumpell**, **Broque**, Prof. **Ernst Wechner**, **Marion** etc., care recomandă uretro-rafia cel mai curând la două-trei luni dela accident.

2. Chiar să fi vrut să facem uretro-rafia ar fi fost imposibil,

deoarece marea pierdere de substanță ne-ar fi silit să facem o încercare de grefă sau cel puțin manevra lui Sudeck — penis-mobilizarea — ambele contraindicate de prezența hematomului perineal.

In ce privește viitorul bolnavului, de sigur că are încă destule semne de întrebare, din cauza stricturilor, care vor apare și care ne vor arăta calea de urmat.

Am prezentat acest caz în fața Domniilor-Voastre pentru:

1. Se vede rar o așa de mare leziune a uretrei — leziune provocată de tentativele bolnavului de a-și opri hemoragiile prin comprimarea meatului.

2. Pentru rezultatul destul de bun obținut.

Spitalul de stat din Turda

DESPRE TUBERCULOZA SPLENO-GANGLIONARĂ IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ CLINIC

de

D-r CORNELIU TODEA
Medic Primar

Noțiunile clinice și teoretice, cari le câștigăm în discuția cazurilor puțin obișnuite, sunt edificatoare, căci la ele facem apel întotdeauna când ne găsim în fața unui diagnostic greu de descifrat. Interesul deosebit pe care-l prezintă cazul pe care îl descriu, constă în raritatea localizării organice a tuberculozei.

In 21 Martie 1945 se prezintă la consultațiile secției chirurgicale dela Spitalul de Stat din Turda un bolnav de 39 ani, cu domiciliul în Com. Poiana, jud. Turda. Este îndrumat în această secție pentru a fi operat din cauza unor tumori abdominale, cari în ultima vreme au devenit dureroase. După o observație de câteva zile, secția chirurgicală mă consultă și găsesc că acest caz este din domeniul medicinei interne.

In Istoricul acestui bolnav, eredo-colateral nu prezintă nicio dată importantă, însă în anamneza personală se constată următoarele:

Neagă febrele eruptive, paludismul, bolile venerice, nu este alcoolic și nici tabagic. Are 6 copii sănătoși. Inainte cu 3 ani (în 1942), după afirmația bolnavului, în urma unor dureri dentare, care interesează ultimii molari inferiori din stânga, se desvoltă o tumoretă ganglionară în regiunea submaxilară stângă, care ajunge la mărimea unei prune. Această masă ganglionară rămâne în statu-quo, fără să progreseze spre colicvație, fără să crească în volum ori să producă alte tulburări în viața bolnavului.

Boala actuală, pentru care consultă spitalul, evoluiază din Decemvrie 1944, până la care dată se bucură de o sănătate relativ bună. Din această lună, în mod lent se instalează dureri localizate în epigastru cu iradieri în ambele ipocondre, fără să respecte un orar special în legătură cu alimentația și nici cu compoziția ei. După 6—8 săptămâni se suprapune acestei dureri o senzație de apăsare și durere uneori vie în umărul stâng. Aceste umeralgii se exarcebează la inspirații profunde. Inainte de internare cu o lună remarcă, că abdomenul este mai greu, se diformează și se împăstează. Insuși bolnavul

palpează în ipocondrul şi flancul stâng, o serie de rezistenţe tumorale. Tot înainte cu două săptămâni de a ne consulta, remarcă apariţia unor tumori ganglionare în regiunile inguinale şi axilare. Boala evoluiază apiretic.

La examenul obiectiv al acestui bărbat de constituţie mijlocie, găsim: ţesutul celular subcutanat şi cel muscular este în mică măsură mai scăzut. Coloraţia tegumentelor este mai palidă, pielea este uscată (cea a mâinilor uşor pigmentată ca şi în pelagră). Pe tegumentele gambelor se prezintă o serie de leziuni impetiginate şi escoriaţiuni, rezultate din grataj.

In regiunea submaxilară stângă se palpează o deformaţiune de mărimea unui pumn de adult, care are tendinţe spre regiunea retro-auriculară. Această tumoră este aderentă de ţesutúrile subiacente, este elastică şi uşor dureroasă. In regiunea inguinală dreaptă şi corespunzător triunghiului lui Scarpa, se observă tumori ganglionare de mărimea unor alune şi prune. In ambele axile se palpează ganglioni multipli, cari ajung la mărimea unor alune.

Toracele este de conformaţie normală. La percuţie întreaga cavitate toracică este sonoră. De relevat însă, că limita inferioară a hemitoracelui stâng este o linie convexă ce trece prin spaţiul intercostal al 7-lea şi 8-lea şi este aproape imobil în legătură cu excursiile respiratorii.

La ascultaţie se prezintă un murmur vesicular normal. Cordul şi sistemul arterio-venos nu prezintă modificări patologice. Tensiunea arterială este de 13 Mx. şi 8 Mn. (V. L.). Imaginea radiologică a hemitoracelui drept este normală.

De relevat însă, că umbra hemidiafragmului stâng este mai ridicată decât cel drept cu două degete jumătate şi este aproape imobilă. Ventricolul stâng în bună parte, aproape până la punctul „G" se pierde sub această bombare diafragmatică. La inspecţia abdomenului se observă o asimetrie. Jumătatea stângă este mai bombată şi se observă ondulări neregulate pe suprafaţa ei. La palpaţie se pune în evidenţă o masă tumorală neregulată, care se întinde de sub ipochondrul stâng până în fosa iliacă stângă. Marginea anterioară a acestei masse este abruptă, având caracterul de jghiab. Această massă tumorală ia parte în măsură mică la mişcările respiratorii. Diformităţile abdominale sunt foarte puţin elastice, însă sunt dureroase la atingere. La percuţie, această parte a abdomenului este mată şi se confundă cu ceia a splinei. Organele din jumătatea dreaptă a cavităţii abdominale, nu prezintă nicio modificare patologică. In urină reacţia pentru albumină este pozitivă. In sedimentul urinar se găsesc celule epiteliale vezicale şi foarte rari cilindrii hialini şi granuloşi; foarte multe săruri amorfe şi o floră microbiană banală.

Sistemul nervos reacţionează normal, iar organele sensorului nu prezintă alternaţiuni. La tuşeul rectal nu se găseşte nicio modificare.

Hemo şi Leuco-Grama acestui bolnav prezintă următoarele caractere: hematii 4.100.000, hemoglobină 70%, deci un indice globular aproape normal. Leucocitoza este de 9000. Tabloul sanguin: polinuclearea neutrofile 66%, limfocite 27%, mononucleare 5%, eozinofile 1%, forme de transiţie 1%. Proporţia elementelor figurate nu pledează pentru nicio boală sanguină. Reacţia Bordet-Wassermann în sânge este negativă.

In faţa acestui tablou clinic şi de laborator se impune a se face un **diagnostic diferenţial** riguros cu diferitele afecţiuni, cari interesează organele abdominale şi sistemul ganglionar. Dintre organele abdominale, care se asociază cu coafectarea ganglionară şi care se localizează în stânga cea mai des alterată este splina. Analizând sindromul splenoganglionar conturăm şi evoluţia clinică a cazului nostru. In acest sindrom se cuprinde Limfadenoza pe care o putem elimina pe baza examenului hematologic. Limfogranulomatoza şi Limfosarcomatoza pot realiza tablouri clinice aproape identice cu cele ale bolnavului; însă se pot diferenţia prin următoarele: limfosarcomul splinei apare ca o tumoră uneori gigantă a splinei, alteori ca o metastază în cadrul unei limfosarcomatoze a lui Kunradt. Limfogranulomatoza realizează splenomegalii neregulate şi

hipertrofii ganglionare dispersate, însă evoluiază cu febră intermitentă, caracteristică şi cu un prurit generalizat. Amândouă aceste boli se pot exclude pe baza rezultatului emis de Institutul de Anatomie Patologică din Sibiu, făcut dintr'o biopsie de ganglion. Anginele monocitare pot creia un tablou spleno-ganglionar, însă aici evoluţia clinică este acută şi are hemogramă caracteristică, unde întreg tabloul leucocitar este invadat de monocite.

Sifilisul evoluiază uneori cu o formă sclerogomoasă splenică, însă perisplenita care o însoţeşte o face foarte dureroasă. De altfel nu găsim niciun stigmat visceral, cutanat, ori a mucoaselor, cari se asociază sifilisului lienal ca: hepatita specifică, aortita, etc.. Reacţia Wassermann în sânge este negativă.

Pentru precizarea diagnosticului am făcut şi un examen radiologic al tubului digestiv, din care se constată că masa opacă din stomac prezintă modificări, doar prin presiunea şi deplasarea pe care o exercită tumora abdominală asupra acestui organ cavitar. Stomacul este împins spre dreapta foarte mult, încât massa de bariu atârnă într'un fund de sac gastric uşor ectaziat. Cadrul colonului este foarte diformat şi ptozat în fosa iliacă dreaptă. La examenul coprologic, macro şi microscopic, după cum şi examenul de laborator pentru hemoragii oculte este negativ. Pentru a complecta diagnosticul diferenţial cu toate afecţiunile posibile în acest cadran abdominal se poate pune în discuţie o tumoră a rinichiului stâng (Gravitz), sau cu punct de plecare din capsula suprarenală, care însă de obicei sunt mai sferice şi au un contact intim cu regiunea lombară şi dă o serie de tulburări urinare şi este prezent varicocelul simptomatic, cari toate lipsesc în cazul bolnavului nostru. In boala lui Gaucher sau hiperplazia endotelială a splinei, suprafaţa splinei este netedă, iar splenomegalia evoluiază în mod lent din copilărie. Tumorile sau chistele coadei pancreasului sunt de obicei mai rotunde şi mediane. Epiteliomul secundar, cu punctul de plecare dela tubul digestiv, ori dela ficat şi melanosarcoamele secundare cu punct iniţial coroidian se exclud, pe baza datelor clinice şi de laborator.

Tuberculoza peritoneală forma mixtă ori cancerul peritoneal, realizează tumori abdominale, însă foarte neregulat dispersate în întreaga cavitate abdominală, fără să aibă nicio limită precisă. Cancerul unghiului lienal al colonului nu realizează o massă tumorală de mărimea celei prezente.

Tuberculoza primitivă a splinei, o afecţiune extrem de rară realizează o splenomegalie diformă şi adeseori foarte greu de diagnosticat. Produce o massă fixă în cavitatea abdominală din cauza aderenţelor cu organele vecine.

La efort regiunea splinei este foarte dureroasă. Algiile se accentuiază şi la inspiraţii mai profunde şi mai ales nu lipseşte durerea în umăr, care o găsim şi în cazul nostru, care se explică prin cointeresarea în procesul patologic a sistemului nervos din diafragm.

Tuberculoza splinei în special studiată de Quenu şi Baudet este o determinare pe cale sanguină, rareori din vecinătate prin contiguitate. Focarul primitiv adeseori nu se poate pune în evidenţă. Se observă cu deosebire la adulţi. Foarte rar se asociază şi cu tuberculoza pulmo-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

nară. Tuberculoza splinei poate evolua acut însă foarte deseori evoluția este cronică ca și în cazul nostru. Din biopsia ganglionară (din ganglionii cervicali) examinată de Institutul de Anatomie patologică din Sibiu reese că leziunile realizate de această boală sunt cele datorite bacilului Koch.

Concluzia este de tuberculoză cazeoasă netă.

După aceste considerațiuni clinice și anatomopatologice în cazul de față ne-am găsi în fața unei tuberculoze spleno-ganglionare cu alură cronică, formă clinică foarte rară.

Prognosticul în aceste tuberculoze este foarte grav, căci adeseaori tuberculoza se generalizează și duce spre fatalitate.

Mijloacele terapeutice medicale sunt cu puține șanse, iar splenectomiile dacă sunt făcute într'un timp foarte incipient al bolii, poate da supraviețuiri însă pot fi și punctul de plecare al unei generalizări fatale.

BIBLIOGRAFIE

Ed-Enriquez: Nouveau traité de pathologie interne.
René A. Gutmann: Les Syndromes douloureux de la région epigastrique.
H. Mondor: Diagnostiques urgentes.
Schintz-Friedl: Lehrbuch der Roentgendiagnostik.
Chevalier E. Bernard: La maladie de Hodgkin.
Bourgeois: Les examen. de lab. dans la maladie de Hodgkin (Clinique et laboratoire, 1937).
R. Bensaude: Maladie de l'intestin.
Hațieganu-Goia: Elemente de semiologie și patologie medicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare și excitație nervoasă **Insomnie nervoasă**
Depresiuni
Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi
Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi
Ampule de 5 și 10 ccm.

București: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

PROFESORUL FRANCISC RAINER

CU OCAZIA COMEMORĂRII LA SOCIETATEA STUDENȚILOR IN MEDICINĂ *)

de

S. IRIMESCU

A veni în mijlocul studenților — aşi fi venit şi fără să fiu chemat pentru comemorarea pe care o faceți — e o acțiune de renovare, a baie de tinerețe, „une fontaine de Jouvence!"

Influența psihică astfel produsă este ca şi cu vitamine puternice, hormoane de mare acțiune, ar suscita energii în organism. Astfel ar vorbi şi ar socoti-o amicul meu profesorul Parhon, care prezidează această comemorare. Cu aceeaşi ocazie, în treacăt fie zis, poate fi celebrat şi el, fiind reintegrat la o catedră care nu trebuia să fie suspendată un singur moment, dacă n'ar fi fost decât pentru valoarea celui ce o deținea cu atâta folos şi strălucire pe lângă importanța disciplinei de endocrinologie care să fie propusă şi predată cu continuitate şi sistem, e nevoie să aibă o existență proprie şi autonomă. Acum când urgia de răsbunări contra personalităților care s'au manifestat şi s'au afirmat cu independență de gândire şi atitudini a trecut, durata ei este asigurată, şi sperăm, pentru totdeauna.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când ajungem la o anumită vârstă şi ne apropiem să atingem pe cea canonică, pe care ecleziastul o socotea că e limita vieții, şi ne putem despărți liniştiți de ea, imboldul de vitalitate care nu ne părăseşte — e totuşi un semn de dinamism — ne face să nu abandonăm programe de noui împliniri, în diferite dureri pe care le considerăm încă realizabile. Ne simțim de aceia bine în mijlocul tinerilor şi participăm cu tot avântul de care suntem încă capabili, înălțându-ne astfel gândul şi inima la manifestările lor, şi cu atât mai mult când sunt — cum e cea de astăzi — de atât de înaltă ținută.

Nu e departe timpul când ele se desfăşurau într'o atmosferă de vrajbă şi de tură de patime barbare, ca o redeşteptare de instincte atavice, pe care oamenii le păstrează în adâncurile ființei lor.

Curente sălbatice târau tineretul de atunci în acțiuni pe care cel de acum le priveşte cu oroare şi le repudiază, lepădându-se de ele ca de un oprobriu care repugnă. Atmosfera actuală e de sănătate morală,

*) In ziua de 6 Februarie 1945.

aşa cum o aduc conştiinţele curate şi minţile limpezi şi lozinca e să se atingă culmi de etică colectivă şi individuală.

Aerul pe care-l respirăm aici în mijlocul tinerilor animaţi de atâtea superioare aspiraţii este în înţeles moral, de cea mai pură splecia. S'ar putea ca şi în sens fizic să aibă aceleaşi calităţi deoarece, după unii din cei ce se ocupă de longevitate, ar împlini anumite condiţii care-i dau virtuţi cu totul deosebite!

Din acea carte veche care e macrobiotica lui Huffeland, Brissaud marele neurolog şi marele clinician, care a fost şi un literat cu mari însuşiri — în cariera lui a avut un epizod de profesor de istoria medicinii — îmi aduc aminte, când îl ascultam, cu câtă delectare şi cu ce fine remarce cita un pasagiu interesant şi amuzant.

Comemorările sunt ceremonii triste, dar ca în piesele shakkespeariene, tragicul se uneşte, poate să dea mâna cu comicul, fără să se piardă fondul de durere ce rămâne adânc simţită. Să-mi fie deci iertată o digresiune şi să nu fie socotită ca nepotrivită pentru a tulbura reculegerea în care toţi suntem scufundaţi.

Bătrâni filosofi, ca să-şi prelungească traiul, după recomandaţia dată de Huffeland, ar putea, fără să fie taxaţi de senilitate din cauza unor metehne cerebrale sau de o altă natură organică, să se simtă întineriţi dacă ar respira în culcuşul lor aerul epurat — epuraţiile sunt de toate felurile! — dacă ar sosi exhalat din plămânii tinerelor fecioare din camere alăturate. In atmosfere de tinereţe, fără a doza volumetric compoziţia aerului, — Huffeland dovedea multă imaginaţie când lăuda plămânii virginali — ar urma după reţeta lui Huffeland să ne simţim înviorati, indiferent dacă plămânii de unde el provine, sunt ai unor virgini sau virgine autentice!

Aţi venit la această comemorare cu fervoare, cu entuziasm, ca să celebraţi pe un mare dascăl, care v'a fost un mare îndrumător. Este un act de fidelitate, de recunoştinţă, şi unul de pietate pentru memoria unui mare om.

Pilda vieţii lui trebue să vă fie un îndemn pentru drumul pe care-l veţi lua în vieaţă. Deveniţi astfel ca în riturile antice lampadofori, purtători de torţe aprinse care răspândesc lumină ca să fie transmisă din generaţie în generaţie pentru a ajunge la ţeluri superioare de vieaţă. Torţele acestea vi le-a pus în mână între alţii, în primul rând Rainer. El vă iubea cu o dragoste adâncă, isvorîtă din credinţa că poate contribui să vă formeze mintea şi inima ca să fiţi adevăraţii oameni.

Eraţi pentru el când v'a cunoscut, o pastă moale, ce se poate modela ca să capete consistenţă şi să se afirme cu deplinătate, într'o desăvârşire de calităţi.

Profesorul de anatomie, pe care unii din voi îl socoteau prea rigid şi prea sever, — era ca un părinte care sub un aspect aspru ascunde tezaure de bunătate — când vă învăţa primele noţiuni de osteologie, vă da bastonaşe de ceară ca să faceţi din ele, după modele din schelete, oase unde să se reliefeze protuberanţe, puncte de inserţie a muşchilor, canale pe unde trec vase şi nervi, să se schiţeze articulaţii în formaţie. Ceara lua astfel forme definite. Se creiau din ea oase printr'o inde-

mânare care putea să devină artistică şi să facă din voi sculptori în miniatură. Oasele căpătau fiinţă, gata să se mişte. Era un mijloc de instruire de mare ingeniozitate, o tehnică de mare meşter, ca noţiuni aride să se întipărească în minte. Simţurile erau puse în joc: văzul ca şi pipăitul şi cu cât senzaţiile sunt mai numeroase, cu atât sunt mai puternice. Vă asimilaţi astfel mai uşor cunoştinţe, care altfel, numai din simple lecturi, ar fi rămas fugitive.

In carapacea oaselor scheletului, dascălul situa, distribuindu-le după topografii bine precizate, organele într'o splanchnologie figurată şi bine conturată după regule de multă exactitate. Profesorul va arăta apoi cum organele s'au desvoltat în viaţa embrionară şi printr'o vastă sinteză, ontogenia îmbinându-se cu filogenia, făcea să defileze în mintea voastră evoluţia fiinţelor pe întreaga scară zoologică. Incursiunile acestea în embriologie apăreau pentru unii prea grăbiţi să se instruiască şi grijulii să nu-şi încarce memoria, mulţumindu-se de aceia cu noţiuni sumare de anatomie, prea complexe şi chiar fastidioase. Ele vă formau însă un spirit ştiinţific şi vă incitau, vă provocau să reflectaţi asupra problemelor mari ale vieţii. Un germene era aruncat în cugetarea voastră care devenea un ferment ca să-i dea aripi şi s'o îmbogăţească. Un miracol se înfăptuia. Imitaţia fidelă a vieţii se producea. Robotul, omul mecanic dintr'o piesă de teatru celebră a unui autor de renume — Czapek — devenea aproape real. Eva viitorului „l'Eve future" creiată de imaginaţia lui Villiers de l'Isle Adam, lua fiinţă, în resorturile ei artificiale.

Rainer apărea ca un magician creând vieaţa din materie inertă. El era în realitate un mare educator pentru tinerii elevi, cum era şi pentru cei mai vârstnici. Il evoc şi amintirea aceasta ne e la mulţi scumpă şi preţioasă, adânc săpată în inimă şi în minte ca preparator şi prosector la clinica medicală dela Coltea, făcând necropsii aşa cum ştia el să le facă, cu o pasiune adevărată, con amore, cu o dragoste de neobosit cercetător, ca să descopere în cadavre tainele vieţii. Ne convoca — eram încă tineri medici — ca să învăţăm cauza morţii din leziunile organice pe care le căuta cu minuţiozitate şi discernământ, ca să le afle şi să afle şi să le precizeze. El demonstra astfel, făcându-ne să transpunem concepţiile de boală pe un substrat anatomic, că trebue să ne deprindem să gândim anatomiceşte, cum cerea Virchow, ca să fim cu adevărat buni medici. Organele lezate apăreau cu deviaţiilor lor macroscopice şi analizate ulterior cu cele structurale. Perturbările observate în cursul boalelor erau explicate.

Lecţia de anatomie din tabloul lui Rembrandt, o făcea aproape zilnic. Cu atenţia încordată stam grupaţi în jurul lui, alt doctor Tulp, de mare prestigiu, avizi să scrutăm cauza boalelor pentru a şti cum pot să fie evitate, deoarece descopeream cum se produc şi unde se localizează leziunile. Ne dam astfel seama cum funcţiunile organice ar fi putut să fie readuse la normal, înnăbuşind leziunile sau şi mai bine, cunoscându-le la timp, — cercetările de laborator permit aceste explorări — în ce fel ar fi fost reparabile.

Nu ştiu dacă aveam, când asistam la aceste lecţii de atâta inten-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sitate de vieață, atitudinea personagiilor din tabloul lui Rembrandt, ca un pictor să-l reconstitue actualizat.

Rainer, care a studiat ulterior în conferințe de atâta răsunet realizările artistice din tablourile pictorilor celebri din diferite epoce, ca să cerceteze întrucât personagiile care figurează în ele corespund unor caracterizări bine stabilite, ca să fie quasi-identificabile, s'ar fi putut pronunța în această privință.

Nu am folosit destul, cum am fi putut folosi aceste lecții. Vieața cu tumultul ei năvalnic, târându-ne în cursa ei frenetică, nu ne permite răgazuri ca să ne clasăm cunoștințele, să reflectăm asupra lor și să tragem concluzii care ar fi putut să fie de folos și pentru noi, ca să ne instruim și pentru alții ca să-i ajutăm cât mai mult când boalele îi lovesc și îi distrug.

In rândurile pe care le-am așternut pe hârtie sub impresia crudă, cutremurător de crudă a 'morții lui, când am aflat de ea — eram în refugiu, răsfirați pe diferite meleaguri în restriștea vremurilor de atunci, — și le-am scris mai mult cu lacrămi decât cu cerneală, am schițat — biografia lui complectă comportă mari și ample desvoltări — epizoade caracteristice din vieața lui ca să arăt ce mare pierdere a încercat comunitatea — de fapt valorile omenești când sunt mari, depășesc fruntariile înguste ale țărilor prin interdependența factorilor de cultură — când a dispărut.

Rainer, ajunsese să fie un om reprezentativ pentru epoca lui, oricât gloria dobândită de oameni nu e decât relativ proporțională cu valoarea lor reală, atâtea împrejurări când prielnice, când potrivnice deformând-o fie pentru a o exagera, exaltând-o sau a o diminua, alterând-o pe nedrept.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vasta lui cultură ca enciclopedist de o enormă erudiție îl impusese cu o faimă îndeobște recunoscută.

Animatorul de atâta prestigiu, omul de știință din diferitele ei domenii, își amplificase influența și glasul lui răsuna cu autoritate și era ascultat pretutindeni și de toți.

Rainer ar fi putut să fie și un mare om de acțiune.

Gânditorii mari nu găsesc totdeauna timp în elaborarea continuă a minții lor creeatoare să devină și realizatori.

Cu pregătirea lui temeinică, Rainer putea să fie și un clinician desăvârșit, perspicace și competent, cu un loc de frunte în galeria ilustrațiilor medicale, cum dovedea când se oprea la paturile bolnavilor ca să le cerceteze suferințele și să le asculte păsurile, ființa lor morală fiind în dependență, dublând pe cea fizică.

Igiena și terapeutica — igiena e de fapt terapeutica preventivă — nu i-ar fi refuzat nicio împlinire dacă-i consacra atenția lui scrutătoare. Marile lui însușiri dacă ar fi fost derivate și în aceste direcții, n'ar fi rămas în anumite privințe numai teoretice. Există însă o lege de diviziune a muncii, care se aplică și producțiilor spiritului omenesc. Munca nu poate fi risipită, dispersată prea mult, pentrucă s'ar pierde în diletantism. Rainer a știut să se concentreze și ceea ce a dat prin contribuția lui de lucrări este câștigat pentru totdeauna.

Rainer a voit să fie și cetățean. Când a condus echipe pentru

anchetele întreprinse de Institutul de Sociologie, condus de profesorul Gusti, publicând monografii excelente asupra rezultatelor obţinute, a arătat cât interes punea pentru ridicarea stării materiale şi morale a populaţiei rurale, îngrijind şi de sănătatea locuitorilor şi contribuind să împrăştie puterea întunericului care-i stăpâneşte încă atât de mult.

Imi reamintesc de convorbirile cu el, în anii când lucram împreună la Sanatoriul Filaret — problema tuberculozei îl atrăgea prin latura ei socială care primează asupra celei strict medicale — în care desvoltam ideologii ce-mi erau scumpe şi le păstrez încă, ceea ce mă face să cred că n'am îmbătrânit încă prea mult! De şi le privea cu multă simpatie, aşa cum i-o dicta o înţelegere leală a împrejurărilor economice şi sociale, făcea obiecţii asupra realizării acelor cetăţi armonioase ale viitorului pe care le întrevedeam în zări de lumină, ca să le facă atât de atrăgătoare, raporturile de echilibru în relaţiile dintre oameni apărând tangibile. Oricât le-ar fi dorit şi el, socotea că pentru împliniri lipsesc încă în bună parte factorii componenţi, deoarece oamenii nu sunt complect evoluaţi ca inimă şi suflet şi se desbracă greu de egoism şi de patimile lor. Pentru a complecta această evoluţie spre mai mult altruism, el a adus contribuţii de muncă, largi şi preţioase. In felul acesta, rolul lui de cetăţean activ şi dinamic s'a afirmat cu intensitate.

Rainer a fost de fapt şi un realizator pentru înfăptuiri concrete.

Dacă n'ar fi fost decât muzeul de anatomie şi cel de antropologie de care şi-a legat numele, creiaţii unice, care depăşesc prin alcătuirea şi organizarea lor instituţiile similare din alte ţări de mai veche cultură şi încă ar fi de ajuns ca memoria lui să fie asigurată pentru posteritate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O va asigura şi tradiţia orală — în afară de opera scrisă — a colaboratorilor şi elevilor lui, ca a unui alt Socrate, care a propovăduit binele, adevărul şi frumosul prin vorba lui atât de vie din cursuri, conferinţe, convorbiri. Convorbirile acestea de atât de adânc înţeles prin orizonturile largi pe care le deschideau celor ce le ascultau — se va găsi poate un Eckermann ca pentru Goethe, care să le reproducă şi să le păstreze cu tâlcul şi farmecul lor şi pentru instruirea altora — ne răsună în urechi şi ni-l evoacă puternic cu toate marile daruri cu care era înzestrat.

Suntem fiinţe pieritoare — cum spune Pascal — trestii bătute de toate vânturile. Trestiile se pleacă încovoindu-se sub furtuni, dar chiar când furtunile sunt năprasnice, ele revin intacte ca să-şi păstreze forma şi vigoarea.

Rainer, stejar puternic, care conţinea încă în el atâta vieaţă şi atâta vlagă, şi-a împlinit soarta şi s'a prăbuşit.

Stejarul a fost mai fragil decât trestia, plăpândă în aparenţă, dar tenace în elasticitatea ei. Nu e un paradox. Stejarul nu se încovoaie, stă drept şi oricât ar fi de falnic, furtunile dacă sunt mari, îl doboară mai repede decât doboară trestiile slabe şi firave.

Rainer nu s'a încovoiat nici el, niciodată. Adversităţile din vieaţă, — a avut destule şi a traversat episoade de deslănţuiri de mare laşitate a oamenilor în campanii îndreptate contra lui din porniri josnice de pasiuni absurde — le-a înfruntat cu dârzenie, fără să iasă din linia

dreaptă a convingerilor lui, ca să spulbere calomnii născocite pe de-antregul. Contra unei afecţiuni organice care-l distrugea crunt, fără să-i poată opune împotrivire, a rămas în picioare, încordându-şi forţele, câte le mai avea, ca să moară senin, supunându-se legilor inexorabile ale existenţelor omeneşti. Când cu câteva zile înainte de moarte a venit dela spital la domiciliul lui, agonisând aproape, şi a trecut pe la muzeul pe care-l fundase şi pe care voia să-l mai vadă pentru ultima oară, s'a ridicat din vehicolul care-l transporta şi cu vocea strangulată de emoţie şi de suferinţe, l-a salutat, ca să-şi ia rămas bun dela el, gest romantic, dar şi tragic, care smulge lacrimi.

Soţia lui, care l-a îngrijit cu atâta devotament, femeie superioară şi ea, aducând contribuţii de mare însemnătate prin cercetări consemnate în lucrări şi memorii de mult interes şi a cărei jale imensă prin pierderea ireparabilă pe care a încercat-o continuă — Niobe eplorată, imaginea ei este cea a durerii însăşi — va găsi în regretele tutulor celor ce au cunoscut, apreciat şi iubit pe Rainer; — comemorarea de astăzi e o consacrare a marilor lui merite — o consolare atât cât poate fi una în marea nenorocire care o copleşeşte.

Rainer a dispărut când putea fi încă un mare factor de umanitate şi de cultură.

Tinerii care-l comemorează ca să-i slăvească şi mai bine numele, trebue să urmeze exemplul lui, prevalându-se că le-a fost şi angajându-se să le fie şi mai departe, călăuză pentru mari împliniri şi înfăptuiri, aşa cum le-a dorit pentru ei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COMEMORAREA PROF. I. RAINER LA ACADEMIA ROMÂNĂ

In numele Academiei Române „recunoscătoare" D-l Prof. Dimitrie Gusti, Preşedintele Academiei, scrie, între altele, în Revista Fundaţiilor Regale No. 10/1944:

Pierderea Prof. Fr. I. Rainer lasă un gol imens în lumea ştiinţifică. El a fost o ilustraţie excepţională a catedrei şi a ştiinţei.

Rareori au fost întrunite în mod atât de fericit, strânse într'un singur mănunchi, însuşiri ca temeinicia ştiinţifică, măestria organizatoare şi noblețea de suflet.

Prof. Rainer a fost un adevărat filozof care practica, fără a o afişa, înţelepciunea; care a unit modestia la cele mai înalte lumini ale cunoaşterii; simplitatea cea mai amabilă şi cuceritoare la sufletul cel mai ridicat; severitatea pentru el însuşi la indulgenţa pentru alţii.

A meritat stima, încrederea şi amiciţia — aşi spune respectul — chiar evlavia celor cari l-au cunoscut.

Francisc Rainer a fost un adevărat Profesor, marele şi neuitatul talent, care va rămâne neşters în amintirea tuturor.

Catedra sa a fost o adevărată uzină de ştiinţă.

Probitatea muncii sale ştiinţifice, pasiunea de lucru, cultul datoriei şi conştinciozitatea cu care-şi îndeplinea obligaţiile sale didactice, au fost proverbiale.

Lecţiile sale au avut, totdeauna, o înaltă valoare ştiinţifică şi etică şi erau, ca şi conferinţele ori convorbirile particulare o desfătare intelectuală şi uimeau prin măreţia şi varietatea orizonturilor, răscolitoare de probleme noi.

Impunea prin munca sa de benedictin, care era o adevărată predică prin exemplul vieţii sale.

Rainer era stăpân suveran pe arta întrebuinţării timpului,... devenise un titan al muncii.

Astfel, s'a format un cult pentru Prof. Rainer.

Opera ilustrului decedat a fost fundamentală. Din această operă numai o mică parte a apărut.

Dar meritul Prof. Rainer, care-l va face nemuritor este creeaţia acelui faimos Institut de Anatomie şi Embriologie şi a Institutului de Antropologie.

Concepţia Prof. Rainer despre Anatomie care este „ştiinţa formei vii", este doctrina — cum o numeşte autorul — a „Cadavrului viu".

Prof. Rainer a fost un deschizător de drumuri noi şi în privinţa unei Antropologii a poporului Român.

„Marele Profesor" îi spuneau ţăranii cari veneau de bună voe în laboratorul său de cercetări, ca să contribue la cunoaşterea ştiinţifică a neamului.

A desfăşurat o entuziastă activitate nu numai pe tărîmul cercetărilor dar, ceea ce nu se ştie, şi pe cel practic. Prof. Rainer pentru întâia oară în ţara Românească a creeat în satele unde lucra câte o secţie medicală, aducând cu sine lăzi cu medicamente şi lăsând, la plecare, ţăranilor, fişe de grupele sanguine din care fac parte, ca şi rezultatele reacţiunilor.

Rainer a creat un model ştiinţific de cercetări, care n'a găsit până astăzi nici imitatori şi nici adepţi.

Rainer a fost un umanist, în sensul oamenilor renaşterii, unind eruditia cu arta şi literatura.

Printre reflecţiile lăsate de Rainer, în ultimele zile ale vieţii sale, am găsit, scris cu creionul grăbit şi puţin citeţ, cunoscutele versuri ale lui Coşbuc:

Din codru rupi o rămurea,
Ce-i pasă codrului de ea,
Ce-i pasă unei lumi întregi
De moartea mea?

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

SUCCESELE MEDICINEI SOVIETICE

de

Academicianul V. V. PARIN

In Octomvrie 1917, medicina rusă era bine cunoscută în cercurile internaţionale datorită marilor învăţaţi ca: Pirogov, Botkin, Slecenov, Mecinicov şi Pavlov, ale căror nume intraseră în istoria ştiinţei mondiale.

Mecinicov, gânditor profund, cercetător, culezător şi unul din întemeietorii microbiologiei moderne, şi genialul Pavlov, care a creeat două dintre cele mai mari capitole ale fiziologiei, fuseseră distinşi cu cea mai mare răsplată ştiinţifică din lume: premiul Nobel.

Afară de ei, în 1917, ştiinţa noastră medicală se mai putea mândri, cu drept cuvânt, cu multe nume de admirabili oameni ai ştiinţei, care cuceriseră o celebritate meritată nu numai la noi, dar şi în străinătate. Munca îndelungată, plină de abnegaţie a eminenţilor oameni de ştiinţă ruşi, care creaseră şcoli ştiinţifice şi reuniseră în jurul lor tineri entuziaşti ai ştiinţei, nu putuse totuşi avea o influenţă esenţială asupra sistemului de ocrotire a sănătăţii publice în Rusia dinaintea revoluţiei.

Situaţia generală din acel timp făcea ca iniţiativele ştiinţifice să rămână fără sprijin efectiv, iar succesele oamenilor de ştiinţă din patrie să fie foarte rar recunoscute. Bugetele foarte reduse, sgârcenia extremă, cu care se alocau sumele — toate acestea încătuşau desvoltarea ideilor medicale creeatoare şi le ţineau într'o veşnică stare de înapoiere.

Dar existenţa unei serii de şcoli ştiinţifice, devotamentul celor mai buni reprezentanţi ai gândirii medicale pentru ştiinţă, dorinţa arzătoare a majorităţii lor de a munci pentru binele patriei eliberate, au creeat premize sigure pentru înflorirea neobişnuită a medicinei în perioada de după revoluţie.

Meritul cel mai mare al celor mai buni oameni ai ştiinţei prerevoluţionare constă în munca lor rodnică, începând din primii ani ai revoluţiei, în domeniul pregătirii de cadre ştiinţifice creeatoare, muncă care a îngăduit ca cercetările ştiinţifice să ia repede cu totul alte proporţii decât până atunci.

Din primele zile ale existenţei sale, statul sovietic şi-a luat nobila sarcină de a sprijini prin toate mijloacele ridicarea, în cea mai mare măsură a culturii popoarelor sovietice, în toate manifestările ei. In ca-

---

* Din „Graiul Nou" Nr. 64 şi 66 | 1945.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

drul acestei sarcini s'a dat o atenţie deosebită ridicării ştiinţei medicale. In timp ce tunurile războiului civil mai bubuiau, în zilele grele dar pline de glorie din 1918—19, s'a creeat o serie de noui facultăţi de medicină, s'au organizat primele institute speciale de cercetări ştiinţifice şi a început tipărirea unor noui ediţii a operelor de ştiinţă.

Numai 27 de ani ne despart de aceste zile de neuitat! Şi totuşi cât de rodnic a fost acest sfert de veac pentru ştiinţa noastră.

Şaisprezece facultăţi de medicină, un institut special de cercetări ştiinţifice (Institutul de Medicină Experimentală dela Petrograd), câteva sute de colaboratori ştiinţifici, un buget jalnic şi o înzestrare primitivă — iată „fundamentul" pe care a început să fie clădită ştiinţa medicală sovietică, atât de puternică în prezent.

Să comparăm această situaţie cu ceea ce am avut noi la începutul Războiului pentru Apărarea Patriei: peste 70 de institute superioare de medicină, peste 220 de institute de cercetări ştiinţifice, cu un buget anual de circa 400 sute milioane ruble, circa 20 de mii de colaboratori ştiinţifici. Aceste cifre, care nu mai au nevoie de comentarii, demonstrează în mod vădit proporţiile de muncă la care am ajuns.

Războiul, natural, n'a putut să nu aibă înrâuriri asupra desvoltării ştiinţei. Dar, şi în timpul războiului, am simţit necontenit grija înţeleaptă şi clar-văzătoare a guvernului nostru pentru viitorul ştiinţei la noi. E destul să spunem că, în ciuda greutăţilor enorme ale perioadei de război, în anii războiului au fost creeate noui institute medicale la Iaroslavl, Krasnoiarsk, Cicalov, (Orenburg), Kislovodsk. Un mare eveniment în viaţa medicinei sovietice a fost creearea în anii de război a unei noui şi puternice instituţii ştiinţifice — Academia Ştiinţelor Medicale a U.R.S.S., care se compune din 25 institute speciale de cercetări ştiinţifice şi înglobează cele mai bune forţe ale gândirii ştiinţifice medicale din Patria noastră.

Dar nu numai din punct de vedere cantitativ s'au produs schimbări în acest timp în organizarea ştiinţei în ţara noastră. Schimbări mult mai adânci a suferit însăşi esenţa muncii ştiinţifice, bazele ei lăuntrice, metodologia ei. Aceste transformări noui, calitative, de principii în ştiinţa noastră ne îndreptăţesc acum să vorbim de existenţa ştiinţei sovietice. Absorbind cu spirit creeator toate cuceririle progresiste ale gândirii ştiinţifice mondiale şi tradiţiile cele mai bune ale ştiinţei ruse dinaintea revoluţiei, ştiinţa sovietică are totodată particularităţile ei specifice de metodologie, formate în procesul desvoltării istorice.

Inainte de toate e vorba de un avânt organizatoric excepţional. Nu există ramură a ştiinţei medicale, care să nu fie reprezentată în sistemul general al instituţiilor noastre ştiinţifice. Pentru anumite ramuri există zeci de instituţii ştiinţifice, în toate colţurile ţării noastre, care oglindesc în munca lor particularităţile locale.

Avem totodată instituţii de proporţii imense, cum e Academia de Ştiinţe Medicale a U.R.S.S., de care am mai vorbit. A doua particularitate a ştiinţei sovietice, care reprezintă un mare succes de organizare, este planificarea consecventă şi precisă a muncii. Intreaga practică a muncii noastre a confirmat convingerea adâncă că, având în vedere problemele multilaterale şi complexe, care stau în faţa ştiinţei medi-

cale, o muncă rodnică e posibilă numai în condițiile diviziunii planificate a cercetărilor între diferite colective. Planificarea muncii științifice, la care participă larg opinia publică științifică, este o problemă mare și complicată, în care sunt îmbinate în mod rațional sarcinele puse „de sus" și inițiativa „de jos", precum și necesitatea de a sprijini în mod deosebit o anumită ramură de cercetări; ca și experiența creeatoare, și interesele științifice ale diferiților oameni de știință și ale diferitelor colective de colaboratori științifici.

Realizarea sistematică a legăturii indisolubile dintre teorie și practică constitue o a treia trăsătură caracteristică a științei sovietice. Această legătură nu prezintă triumful practicismului în știință, subordonarea complectă a gândirii teoretice intereselor practice. Esența acestei legături constă în înrâurirea reciprocă fecundă a acestor două laturi ale activității intelectului uman cercetător.

Oamenii noștri de știință, bazându-se pe premize teoretice temeinic verificate, se îndreaptă mereu spre practică și, în același timp, ei nu slăbesc atenția față de problemele ce se nasc în medicina practică și care, nu arareori, sunt cu succes rezolvate încă înainte de a li se putea da baza teoretică corespunzătoare. Și în sfârșit la noi masse enorme de medici, care fac muncă practică în toate colțurile țării noastre, sunt atrase mereu la munca științifică.

Concepția că organismul prezintă un tot, că el este legat în mod multilateral cu lumea exterioară, concepția complexității și multilateralității oricărui fenomen, tendința către sinteza largă, au asigurat introducerea sistematică a unei metode complexe de cercetare în practica științei noastre. Aplicarea consecventă a acestui principiu a dat științei sovietice posibilitatea de a ajunge să pătrundă foarte adânc esența problemelor și să grăbească considerabil obținerea de rezultate finale.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

O particularitate foarte caracteristică a științei noastre este, de asemenea, și practicarea cea mai largă a contactului viu între oamenii de știință și schimbul permanent al experienței științifice. Numeroasele societăți științifice desfășoară o muncă enormă în toată țara. O mare importanță au, de asemenea, și sesiunile instituțiilor științifice, convocate sistematic, consfătuirile asupra diferitelor probleme, conferințele, congresele științifice. In ceea ce privește aceste forme vii ale contactului dintre oamenii de știință, Uniunea Sovietică ocupă, fără îndoială, unul dintre primele locuri în lume. In slujba aceluiași scop, schimbul de experiență, sunt puse și numeroasele reviste, lucrări ale institutelor, culegeri, manuale, monografii, publicate din belșug de editura medicală specială „Medgis" (Editura Medicală de Stat).

Aplicarea consecventă a acestor principii a cultivat în știință un spirit inovator; legăturile adânci cu massele poporului au dat în acest sfert de veac roade bogate. Știința sovietică a părăsit de mult epoca imitării timide a învățaților din Apus. Ea nu numai că s'a ridicat la nivelul culturii mondiale, dar, într'o serie de probleme, învățații noștri ocupă un loc de frunte și merg în rândul întâi al celor mai buni reprezentanți ai gândirii științifice mondiale.

Toți învățații lumii recunosc întâietatea științei sovietice în domeniul studierii fiziologiei sistemului nervos central, domeniul creeat

datorită lucrărilor şcolii lui Pavlov. Ea a construit o punte solidă deasupra prăpastiei care despărţea fiziologia de psihologie şi în faţa căreia se opreau neputincioase minţile cele mai luminate ale lumii.

Orbeli şi elevii lui au arătat că influenţa de adaptare trofică a sistemului nervos vegetativ asupra organismului este mult mai mare decât se presupunea până la lucrările lor de către autorităţile recunoscute ale ştiinţei apusene. Bâcov a îmbogăţit considerabil fiziologia şi clinica prin descoperirea legăturii intime dintre scoarţa emisferelor cerebrale bolnave şi toate organele interioare.

Cercetările originale ale lui Uhtomski asupra naturii excitaţiei şi inhibiţiei, cercetările fructuoase îndelungate, întreprinse de şcoala lui Stern, în domeniul fiziologiei şi patologiei metabolismului dintre creier şi sânge, au fost o contribuţie preţioasă la fiziologia sovietică şi mondială.

Biochimia sovietică se poate mândri cu drept cuvânt de rezultatele lucrărilor şcolii academicianului Bach în domeniul enzimologiei şi a proceselor oxidanto-reparatorii ale ţesuturilor, de lucrările lui Engelshardt, care a descoperit proprietăţile fermentative ale miozinului, albumina muşchiului, ale lui Polladin, care a introdus multe elemente noui în studiul biochimiei activităţii musculare şi nervoase.

Succese mari au fost obţinute de anatomiştii sovietici şi mai ales de academicianul Vorobiev în domeniul morfologiei sistemului nervos vegetativ.

Unul dintre cele mai mari succese ale ştiinţei mondiale moderne este descoperirea lui Gurvici a radiaţiunilor mitogenetice legate de viaţa celulelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O transformare adâncă a bazelor teoretice ale histologiei au provocat lucrările lui Zavarzin, care a pus începutul noului histologii evoluţioniste.

O enormă importanţă pentru teorie şi practică au cercetările lui Lavrentiev, care a dovedit structura neurotonică a sistemului nervos vegetativ şi a adus claritate în multe probleme complicate ale unei serii de organe interne.

Deosebit de interesante sunt lucrările de ani de zile ale academicianului Bogomoleţ şi ale şcoalei lui în domeniul studierii funcţiunilor sistemului fiziologic al ţesuturilor conjuctive.

O contribuţie însemnată la cultura mondială a dat London, care a elaborat şi perfecţionat metoda angiostemiei, care a permis să se cerceteze într'un chip nou metabolismul diferitelor organe.

Un loc însemnat în ştiinţa mondială a obţinut de asemenea studierea arteriosclerozei, făcută de şcoala academicianului Anicicov.

Un eveniment mare în ştiinţă au devenit concepţiile curajoase ale academicianului Speranski, asupra rolului sistemului nervos în patologie şi însemnătatea acestuia în desvoltarea procesului patologic.

O serie de lucrări importante ale academicianului Abricosov, cercetările lui Davâdovski în domeniul anatomiei patologice a tifosului exantematic şi ale lui Talalaev asupra reumatismului acut şi multe altele au consolidat renumele anatomiei patologice sovietice.

Proporţii deosebit de mari au luat cercetările în domeniul micro-

biologiei, asigurând rezolvarea cu succes a unor foarte importante probleme ale sistemului sovietic de ocrotire a sănătății publice în lupta cu bolile infecțioase.

Studiul unor noi metode de profilaxie și terapie, creearea de noi seruri și vaccinuri, îmbunătățirea calității lor, introducerea în practică a vaccinurilor combinate și multe alte probleme au fost cu succes rezolvate prin munca microbiologilor sovietici.

Aceste lucrări au avut un mare rol în ceea ce privește lichidarea complectă în U.R.S.S. a bolilor infecțioase periculoase, ca ciuma și holera și în ceea ce privește introducerea unor procedee efective pentru lupta împotriva unei serii de alte boli infecțioase.

O muncă mare și fructuoasă a fost depusă de învățații sovietici în domeniul studiului virusurilor filtrante. Lucrări mai însemnate în acest domeniu sunt acelea ale lui Morozov despre variolă, ale lui Tureki despre morfologia virusurilor, ale lui Smorodințev despre gripă, ale lui Silber, Solovev, Șubladze și alții despre encefalita siberiană.

Clinica sovietică a mers pe aceleași căi ca și știința medicală teoretică. Introducerea în practica clinicală a unor noui metode de cercetare, înlocuirea principiului localist în patologia organului prin studierea sistematic adâncită a bolnavului în genere — au asigurat succese mari clinicienilor sovietici.

Multe elemente noui au introdus internii sovietici: academicianul Strajeskko, Zelenin, Lang și alții în domeniul diagnosticării și tratamentului unei serii de boli de inimă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările clinice ale lui Koncialovski, Strajesko, Burmin și ale altora, au fost adesea obiectul rapoartelor principale la congresele unionale privind reumatismul.

Bazându-se pe învățăturile marelui fiziolog rus Pavlov, internii sovietici au făcut multe inovații în domeniul fiziologiei și patologiei secrețiunilor gastrice, pancreatice și intestinale.

Ei au descris forme noui de îmbolnăvire, au elaborat metode noui de diagnosticare funcțională, de tratament medicamentos, fizioterapeutic și dietetic. Toate aceste lucrări au consolidat în știința mondială renumele terapiei sovietice, urmașă demnă a marilor clinicieni ruși: Votkin, Zaparin și Ostroumov.

Măsurile organizatorice largi ale statului sovietic în lupta împotriva tuberculozei, au mers mână în mână cu studiul științific aprofundat al patologeniei, terapiei și profilaxiei.

Succesele obținute în Uniunea Sovietică în domeniul ocrotirii sănătății copiilor, sunt strâns legate de munca intensă și rodnică a specialiștilor sovietici în pediatrie. Ei au studiat profund toate laturile fiziologiei și patologiei copiilor. Munca activă a întregii armate de pediatri sovietici a fost baza imunizării în massă a copiilor împotriva anghinei difterice, a măsurilor largi de profilaxie a pojarului, a întrebuințării vaccinului antituberculos.

Căi proprii creeatoare a găsit și chirurgia sovietică.

Ideile curajoase ale lui Oppel au pus baza curentului endocrinologic în chirurgie.

Teoria academicianului Speranski despre trofica nervoasă s'a oglindit în chirurgie sub forma blocului novocainic, propus de Vişnevski şi aplicat cu succes în tratamentul multor boli. Tot el a elaborat o metodă nouă de anestezie locală.

Academicienii Rufanov, Ghirgolav şi alţii au desvoltat teoria asupra rănilor şi principiile tratamentului lor în două faze. In lupta aprigă dintre diferitele curente ştiinţifice a fost rezolvată problema primului ajutor care trebue să se dea răniţilor.

Merite mari în domeniul studierii şi răspândirii sulfamidelor, ca mijloc de profilaxie şi tratament al infecţiilor rănilor, aparţin academicianului Iudin.

Au fost mult desvoltate problemele de tratament al fracturilor, al osteomielitelor, al degerăturilor.

In perioada cârmuirii sovietice, s'a format, s'a întărit şi s'a desvoltat şi neochirurgia, ramură tânără a chirurgiei, ai cărei conducători sunt Burdenko şi Polenov.

Succese mai remarcabile în chirurgia abdominală, au fost obţinute de academicianul Iudin, virtuos cu renume mondial, în domeniul chirurgiei stomacale de academicianul Savinâh şi alţii.

Invăţaţii noştri au lucrat cu succes la elaborarea metodelor de chirurgie a toracelui. O mare experienţă în domeniul chirurgiei cordului a fost acumulată mai ales de academicianul Djanelidze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Succese mari au fost obţinute de chirurgii sovietici în domeniul chirurgiei plastice, care a căpătat astăzi o importanţă atât de mare.

Gândirea ştiinţifică a lucrat intens şi rodnic şi în domeniul obstetricii şi ginecologiei. Studierea profundă a toxicozei sarcinei a permis să fie creiate metode preventive şi terapeutice, care au dus la o foarte mare scădere a mortalităţii şi a cazurilor grele.

Au fost propuse o serie de metode noui operatorii. Au fost obţinute rezultate minunate în tratamentul tumorilor cu razele Roentgen şi radiu, au fost perfecţionate metodele diagnosticului precoce al cancerului. In practica obstetrică şi ginecologică, transfuziile de sânge au fost introduse pe o scară largă.

Printre succesele mari ale oftalmologilor sovietici, trebue subliniată activitatea multilaterală a academicianului Filatov. In Uniunea Sovietică au devenit cunoscute operaţiile lui de transplantare a corneei, care au redat vederea multor mii de orbi. In sfârşit, un succes important de sigur, succes a cărui însemnătate depăşeşte domeniul oftalmologiei, este ideia terapiei jesuturilor, desvoltată în ultimii ani de academicianul Filatov.

In domeniul venerologiei şi dermatologiei, învăţaţii sovietici au obţinut succese considerabile în ceea ce priveşte studiul experimental al sifilisului al aplicării nouilor preparate sovietice pentru tratamentul aces-

tuia şi al serologiei. La o înflorire deosebită au ajuns lucrările lor în domeniul bolilor profesionale ale pielii, lucrări care au avut un rol important în ameliortarea condiţiilor de muncă într'o serie de ramuri industriale.

Un mare drum de creaţie cu succese considerabile în domeniul teoretic şi practic au străbătut neuropatologii şi psihiatrii sovietici în ultimii douăzeci şi cinci de ani.

Succese considerabile s'au înregistrat, mai ales, în domeniul studiului neuroinfecţiilor. Sunt foarte cunoscute de asemenea şi lucrările învăţaţilor sovietici despre patologia vegetativă, fizioterapia boalelor nervoase, dinamica circulaţiei sângelui în creer, despre problema metabolismului şi circulaţiei humorale.

Multe elemente noui s'au introdus în problemele simptomatologiei şi clinicii.

In desvoltarea psihiatriei sovietice o importanţă principală o au lucrările în domeniul terapiei active a psihozelor, lucrări care au apropiat pe psihiatri de medicina somatică şi care au lichidat nihilismul terapeutic al vechilor psihiatri. Principiul medicinei profilactice, pus la baza sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii publice, a asigurat creşterea rapidă a sistemelor higienice, în care practica muncii profilactice îşi găsea justificare şi stimulente pentru succese mereu noui. In acest timp toate domeniile higienei au suferit transformări importante.

Succesele medicinei sovietice în ultimii douăzeci şi cinci ani sunt atât de mari şi variate, încât este absolut imposibil a face o expunere cât de cât completă într'o singură conferinţă. Exemplele date însă sunt suficiente pentru a arăta în linii mari cât de mult s'a putut face într'a perioadă atât de scurtă într'o ţară, care a descătuşat forţele creatoare ale poporului şi care a deschis largi posibilităţi activităţii ştiinţifice a tuturor oamenilor capabili şi cu iniţiativă, într'o ţară care, într'adevăr, a prefăcut ştiinţa într'o cauză a întregului popor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Experienţa îndelungată, acumulată înainte de război de învăţaţii noştri, dragostea adâncă faţă de Patria sovietică, dorinţa de a-şi pune toate forţele în slujba apărării ei, au creat toate premizele pentru munca rodnică a învăţaţilor, a medicilor şi în timpul mare război pentru apărarea patriei.

In lupta titanică a întregului popor sovietic împotriva hoardelor fasciste, care au năvălit pe pământul sfânt al patriei noastre, oamenii de ştiinţă sovietici — trup din trupul şi sânge din sângele poporului lor — au ocupat, chiar din primele zile ale războiului, locul de cinste în primele rânduri ale luptătorilor pentru libertatea, onoarea independenţa patriei noastre.

Participarea oamenilor ştiinţei medicale la această mare luptă a fost plină de răspundere şi multilaterală. Mulţi dintre învăţaţii noştri, şi dintre cei tineri şi dintre cei în vârstă, au intrat chiar din primele zile ale războiului, direct în rândurile armatei roşii şi au săvârşit o muncă enormă, plină de onoare şi răspundere în unităţile armatei operative.

Deosebit de activ a muncit marea armată a oamenilor noştri de ştiinţă în spitalele din spatele frontului, depunând toate forţele pentru

vindecarea glorioşilor apărători ai patriei noastre şi dând putinţă la mii şi mii de medici tineri să înveţe din experienţa lor.

Dorinţa arzătoare a învăţaţilor de a-şi pune întreaga lor experienţă în slujba apărării patriei a făcut posibilă integrarea lor, în mare măsură în organismele militare şi civile ale sistemului de ocrotire a sănătăţii publice, unde au depus o mare muncă de organizare.

Numele academicianului Burrdenko este cunoscut şi dincolo de graniţele ţării noastre. El combină activitatea lui clocotitoare şi multilaterală de savant medic, om de stat, cu obligaţiile complicate de chirurg şef al armatei roşii, cu o mare şi fructuoasă muncă ştiinţifică.

In activitatea sa prodigioasă la direcţia sanitară militară, academicianul Burdenko este ajutat de oameni de ştiinţă ca academicianul Ghirgolav, Samov, Levit, academicianul Iudin şi alţii. Şi alţi mari oameni de ştiinţă ruşi au, în direcţia sanitară a fronturilor şi armatelor, funcţiuni de internişti şefi, epidemiologi-şefi, etc.

La posturile de conducere în Comisariatele Poporului pentru Ocrotirea sănătăţii publice din Uniunea Sovietică şi din R.S.F.S. Rusă au lucrat cu abnegaţie în timpul războiului, învăţaţi ca academicianul Rufanov, Priorov, academicianul Davâdovski, academicianul Razenkov, Nesterov, Serghiev şi alţii. Colaborarea lor a avut de sigur un rol mare în succesele sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii publice, în munca spitalelor militare şi în faptul că Uniunea sovietică n'a avut epidemii în timpul războiului. Aceasta ne îngădue să afirmăm că sistemul sovietic de ocrotire a sănătăţii publice a trecut cu cinste examenul sever al războiului, ceea ce n'a putut să facă, în timpul primului război mondial, nu numai sistemul de ocrotire a sănătăţii publice al Rusiei ţariste, dar nici serviciuul medical al unui număr de ţări înaintate din acea vreme.

In domeniul muncii ştiinţifice propriu zise, înregistrăm numeroase pilde de muncă fructuoasă, ale cărei rezultate, în multe cazuri au intrat rapid şi efectiv în practica largă medicală. Pentru reunirea tuturor acestor lucrări şi folosirea cât mai complectă a cunoştinţelor, capacităţilor şi aptitudinilor multilaterale ale oamenilor de ştiinţă, au fost înfiinţate în timpul războiului noui organizaţii ştiinţifice — o serie de comitete şi comisiuni speciale ale Consiliului Ştiinţific Medical al Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii Publice al U. R. S. S. şi al Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii Publice al R. S. F. S. Ruse, comisiunea sanitară medicală, Academia de ştiinţe, o serie de organe ale Consiliului Ştiinţific medical al Direcţiei Sanitare a Armatei Roşii şi a Flotei Militare Navale.

Acum după ce armata noastră roşie şi armata aliaţilor noştri, au obţinut victoria deplină şi definitivă, vom putea face bilanţul muncii oamenilor noştri de ştiinţă în timpul războiului şi vom putea vedea în toată strălucirea nouile pagini glorioase ale ştiinţei noastre. Astăzi, vorbind despre munca noastră din timpul războiului, îmi permit să dau câteva exemple izolate:

Fără să mă opresc asupra muncii enorme creatoare, efectuată în timpul războiului de numeroşii chirurgi sovietici, pe front şi în spi-

tale, voi da numai un indice care caracterizează rezultatele acestei munci. Acest indice mai grăitor decât orice comentariu, este faptul că 73% dintre răniţi căutaţi în spitalele noastre ieşeau buni pentru front. Asemenea cifră n'a înregistrat încă niciun serviciu medical militar. Chirurgii sovietici pot fi mândri cu drept cuvânt de faptul că, redând frontului un număr atât de mare de ostaşi şi ofiţeri deja căliţi în luptă, ei au avut, fără îndoială, un rol mare şi onorabil în asigurarea victoriei depline.

Curând după ce au apărut în literatura străină primele comunicări laconice despre nouii puternici agenţi antibacterici de origină biologică — granicilina şi penicilina — oameni de ştiinţă sovietici, fără să se oprească în faţa faptului că datele publicate erau foarte incomplecte, s'au apucat cu o prodigioasă energie de muncă spre a obţine aceste preparate. După o muncă asiduă, care a cerut multă iniţiativă, energie şi iventivitate, oamenii noştri au reuşit, cu totul independent, să obţină din numeroasele specii de bacterii ale solului şi mucegaiuri, cercetate de ei, specii noi, care au dat multă granicilină şi penicilină. Profesorul universitar Ermolieva cu colectivul ei au continuat lucrările până ce au reuşit să producă penicilină sovietică. Astăzi avem la dispoziţie cantităţi considerabile din aceste preţioase preparate pentru lupta cu o serie de infecţii. Nu pot să nu subliniez că după părerea autorizată a cunoscutului învăţat englez, Prof. Florey, unul dintre principalii colaboratori la studiul problemei penicilinei în Anglia, care a vizitat Moscova în 1945, penicilina noastră sovietică nu numai că nu e inferioară în calitate penicilinei engleze şi americane, dar probabil, în unele privinţe o întrece.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Chimiştii noştri au continuat să muncească fructuos în timpul războiului pentru obţinerea de noui preparate de sulfamide. Afară de laboratoriile Institutului de Farmacologie, de Chimioterapie şi de Cihmie Farmaceutică a Academiei de Ştiinţe Medicale, aceasta mare muncă a fost făcută şi de multe alte laboratoare, care au dat o serie de noui mijloace preţioase.

Noui mijloace efective insecticide şi desifectante au fost create de Juravlev şi alţii în timpul războiului la Institutul Metodelor de Desinfectare. Multe dintre metodele create aici au intrat pe o scară largă în practica sistemului militar şi civil de ocrotire a sănătăţii şi au ajutat mult la succesul luptei împotriva epidemiilor.

Incă în anii dinaintea războiului, învăţaţii noştri s'au situat în fruntea ştiinţei şi practicii mondiale în domeniul separării, obţinerii şi aplicării profilactice şi terapeutice a bacteriofagilor. In timpul războiului am înregistrat succese noui în această direcţie, succese legate de numele Prof. Ermolieva, care a obţinut şi a organizat pe o scară întinsă producerea unui bacteriofag eficace împotriva uneia dintre cele mai periculoase infecţiuni, al Prof. Sergheenko care a elaborat o metodă nouă de obţinerea a unui bacteriofag uscat antidesinteric şi care a fost industrializat, dând o enormă economie de material, al Zaevei şi altora, care au obţinut succese în fagoprofilaxia şi fagoterapia uneia dintre cele mai groaznice complicaţii ale traumelor de luptă — gangrena gazoasă.

In timpul războiului, microbiologii sovietici au adus de asemeni o contribuţie preţioasă la profilaxia tifosului exantematic. Prof. Krontovacaia a descoperit o modificare a metodei de obţinere a vaccinului antitific; metoda ei este întrebuinţată astăzi pentru producţia în masă a vaccinului de toate Institutele bacteriologice ale Uniunii Sovietice. Tânărul învăţat Prof. Pşenicinov, care lucrează la Institutul Medical din oraşul Molotov, a urmat în această direcţie, o cale proprie şi nu numai că a elaborat o metodă nouă pentru obţinerea vaccinului, dar a creat şi posibilităţi absolut noui pentru studiul unei serii de boli infecţioase ale omului, răspândite de insectele care se hrănesc cu sânge.

De asemenea, reprezentanţi ai medicinei experimentale — fiziologi, patologi, biochimişti, farmacologi, etc., au introdus în anii de război, multe aplicări practice din marea lor experienţă teoretică. Astfel, lucrările de ani de zile ale academicianului Bogomoleţ şi ale şcoalei lui în domeniul studiului funcţiunilor fiziologice ale. ţesutului conjunctiv, care au fost încununate cu crearea metodei de stimulare activă a funcţiunilor de protecţie şi regenerare a acestuia, au ajuns la o deosebită înflorire în prezent. Serul academicianului Bogomoleţ s'a dovedit în condiţiile războiului, a fi un mijloc extrem de eficace pentru a grăbi refacerea fracturilor şi închiderea rănilor persistente, pentru a spori forţele de apărare ale organismului în lupta cu infecţiile locale şi generale în urma rănilor, pentru stimularea capacităţii de reacţie a organismului într'o serie de boli infecţioase.

Tânărul învăţat sovietic Prof. Kudreaşcev a elaborat în timpul războiului, o metodă de producere masivă a trombinei, principalul ingredient pentru reacţiile complexe de coagulare a sângelui, a cărui aplicare grăbeşte considerabil coagularea sângelui. El s'a dovedit extrem de preţios în lupta împotriva hemoragiilor.

Digitized by Central and Western Regional Library, Cluj

Invăţaţii noştri au studiat pe larg, în timpul războiului problemele regenerării nervilor, atât de importante pentru desele traume nervoase în timpul operaţiunilor de luptă.

Lavrentiev a obţinut date admirabile în morfologia regenerării fibrelor nervoase. Biochimiştii noştri au stabilit date preţioase cu privire la rolul vitaminelor în procesul regenerării structuale şi funcţionale a nervilor. Prof. Anohin, Prof. Sabadaş, desvoltă neobosiţi metodele chirurgiei plastice a fibrelor nervoase pe calea transplantării nervilor dela animale. Multe din aceste lucrări au şi intrat în munca practică a spitalelor noastre.

O ramură a fiziologiei, atât de academică şi profund teoretică în timp de pace, cum e electrofiziologia, a devenit, în mâinile învăţaţilor noştri — academicianul Beritaşvili, Prof. Sachisov, Livanov, Blinkov, Anohin şi alţii — un mijloc activ şi preţios pentru diagnosticele traumelor şi abceselor cerebrale, etc.

Oamenii noştri de ştiinţă au fost foarte activi în domeniul luptei împotriva şocului. Afară de metodele academicianei Stern, care sunt rezultatul muncii, ei de ani de zile, o serie de metode, bazate pe alte principii, au fost propuse de Profesorii Abratian, Petrov, Seltevski şi mulţi alţii.

O muncă mare a fost desfășurată de oamenii noștri de știință în domeniul transfuziilor de sânge. Afară de munca organizatorică și practică, făcută de Institutul Central de Transfuziuni care a permis să se dea frontului sute de tone de sânge, s'a făcut foarte mult pentru crearea metodelor de obținere a plasmei uscate, a unei serii de seruri fiziologice, etc. Nu degeaba învățații străini, care au luat cunoștință de lucrările noastre în domeniul transfuziilor de sânge, sunt unanimi în părerea că proporțiile și organizarea acestei munci merită să fie imitate în toată lumea.

Puținele exemple date vorbesc destul de clar despre enorma eficacitate a muncii oamenilor științei medicale sovietice în slujba apărării Patriei. Aș vrea doar să subliniez în încheere că efectuând această muncă enormă, oamenii noștri de știință n'au neglijat nici în timpul războiului acele domenii ale medicinei teoretice, în care știința rusească a ocupat și ocupă locul de frunte, înmulțind cu drag comorile culturii noastre.

Războiul care a adus omenirii atâtea suferințe și dureri s'a terminat prin victoria complectă a popoarelor iubitoare de libertate. Lumea începe să respire liberă și să treacă la vindecarea grelelor răni pricinuite de război.

Cu toții suntem plini de planuri pentru construcția pașnică, care asigură fericirea, libertatea și buna stare a popoarelor noastre. In această construcție pașnică, care creiază omenirii un viitor mai bun, știința și oamenii științei trebue să aibă un rol mare și de cinste atât în munca în folosul propriului lor popor, cât și în folosul întăririi prieteniei dintre toate popoarele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi, oamenii de știință sovietici, făcând bilanțul muncii noastre din anii construcției pașnice și din aceia ai războiului, nu putem fi complect satisfăcuți de succesele obținute de noi în domeniul științelor medicale. Conform tradiției stabilite în țara noastră, noi privim aceste succese numai ca punct de plecare pentru continuarea marei ofensive pe frontul cercetărilor științifice.

Starea actuală a științei noastre medicale, maturitatea în munca creatoare a colaboratorilor ei ne permite să atacăm probleme mari și complicate, atât în domeniul teoretic cât și în domeniul practic al medicinei.

Noi, oamenii de știință-medici ai Uniunii Sovietice, suntem profund convinși că cuceririle medicinei sovietice, sporite cu experiența bogată obținută de ea în focul războiului pentru apărarea patriei și întărirea legăturilor noastre cu oamenii de știință ai țărilor amice, este un fundament solid și trainic pentru o nouă și minunată înflorire a științei acum, când poporul sovietic, sdrobind victorios hoardele hitleriste sub conducerea marelui și iubitului nostru Stalin, s'a reîntors din nou spre munca creatoare pașnică.

ACADEMIA DE MEDICINĂ A U. R. S. S. *)

Au trecut trei luni de când a fost creeată Academia de Medicină a U. R. S. S., Prima ședință plenară a academicienilor a dat prezidiumului ales de ei sarcina de a începe imediat construirea de baze științifice: institute și clinici, organizarea aparatului tehnic, complectarea cadrelor științifice, studierea nevoilor materiale și tehnice ale institutelor existente, creearea de institute noui.

Prezidiumul a discutat în amănunte și din toate punctele de vedere problema formelor de organizare a institutelor, a cercetat și a aprobat planurile de muncă ale secțiilor, a elaborat directive pentru institutele de cercetări științifice, reguli privitoare la conducerea acestora, instrucții pentru pregătirea de cadre tinere, de doctoranzi și aspiranți ai Academiei, ca și ai instituțiilor clinice. Au venit apoi la rând chestiunile de calificare a colaboratorilor institutelor de cercetări științifice. Au fost creeate comisii de concurs: interne pentru fiecare institut în parte și centrale — pe lângă prezidium.

In săptămânile care vin se va termina cercetarea institutelor și prezidiumul Academiei de Medicină își va concentra atenția asupra problemei esențiale puse de guvern: organizarea științei medicale.

Prezidiumul a și instituit o serie de comisiuni științifice, care vor avea să se ocupe de chestiuni foarte actuale și o comisie centrală pentru problemele cu caracter militar. Această comisie are un program elaborat după indicațiile șefului Direcției Generale Sanitare a Armatei Roșii, generalul-colonel E. I. Smirnov.

Bazele științifice generale ale Academiei s'au precizat. După studierea „moștenirii" pe care am primit-o, se pune, în mod firesc, întrebarea: care este potențialul Academiei de Medicină? Cu conștiință deplină de serioasa răspundere pe care o avem, putem spune: „Potențialul nostru este considerabil". Avem cadre numeroase de oameni de știință sovietici, specialiști în probleme medicale, a căror muncă este pătrunsă de o inițiativă științifică creeatoare. Avem maeștrii noștri buni în metodologia cercetărilor științifice.

In fața prezidiumului stă o problemă foarte importantă. Lucrările noastre viitoare vor hotărî pentru multă vreme activitatea Academiei.

In legătură cu aceasta în fața cadrelor științifice medicale se pune cu stăruință problema: cine poate fi ales în Academie? Alegerea ca membru al Academiei de Medicină nu trebue să fie privită ca o recunoaștere a meritelor trecute, ci, mai ales, trebue să fie considerată drept o chemare la muncă creeatoare — chezășia progresului științei noastre.

*) După articolul academicianului N. N. BURDENKO, Președintele Academiei de Medicină a U. R. S. S., Erou al Muncii Socialiste, din „Graiul Nou" 5 Mai 1945.

Totodată trebue să ne amintim mereu de cuvintele marelui nostru conducător și învățător, tovarășul Stalin, despre esența științei sovietice progresiste:

„Pentru propășirea acelei științe care nu se separă de popor, care nu se ține departe de popor, ci este gata să slujească poporului, gata să dea poporului toate cuceririle științei care servește poporul nu prin constrângere, ci în mod voluntar, cu bucurie.

Pentru propășirea științei, a acelei științe, care nu lasă pe conducătorii ei vechi și recunoscuți să se închidă, mulțumiți de sine, în carapacea de zel ai științei, în carapacea de monopoliști ai științei; pentru o știința care înțelege sensul, importanța, puterea neclintită a unirii oamenilor de știință bătrâni cu cei tineri, care de bună voie și cu plăcere deschide toate ușile în fața forțelor tinere ale țării noastre și le dă posibilitatea să cucerească culmile științei, care recunoaște că viitorul aparține tineretului științific.

Pentru propășirea științei, a acelei științe, ai cărei oameni înțelegând puterea și importanța tradițiilor stabilite în știință și folosindu-se cu iscusință în interesul științei, nu vor totuși să fie robi ai acestei tradiții; care au curajul, hotărîrea de a frânge vechile tradiții, norme, precepte, când ajung învechite, când se transformă într'o frână a mișcării înainte, care știu să creeze tradiții noui, norme noui, precepte noui".

Un om de știință trebue să posede o metodă de cercetare în activitatea sa, el nu trebue însă să renunțe la concepțiile moderne ale medicinei generale și, mai ales, la concepțiile disciplinelor înrudite. In concepția lui, medicina trebue să figureze ca o parte a științelor naturale, partea cea mai complicată și de răspundere — studiul omului.

Omul științelor medicale trebue să țină minte principiul recunoscut că:

„Toate ramurile cunoștiințelor omenești, unindu-se în tulpina comună, au cea mai activă influență reciprocă și contribue la perfecționarea reciprocă. Nu există știință, care ar putea fi socotită liberă și independentă în ființa ei de celelalte: fizica, chimia, istoria științelor naturale, medicina reprezintă aceeași natură în forme diferite".

Acest principiu constitue particularitatea metodei sovietice de muncă științifică. Această metodă o vom aplica acum. la disciplinele noastre practice clinice. In felul acesta vom stabili o legătură indisolubilă a teoriei cu practica.

In fața noastră stă o sarcină grea și plină de răspundere. Toți colaboratorii Academiei de Medicină au păstrat vii în conștiința lor cuvintele însuflețitoare ale tovarășului V. M. Molotov, adresate personalului învățământului superior și științei:

„Vi s'a dat mult, de aceea e mare și răspunderea voastră față de popor. Munca voastră a tutulora și a fiecăruia dintre voi este asigurată de sprijinul puternic al Statului".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MARELE SAVANT RUS I. I. MECINICOV *) **)

(100 de ani dela naşterea lui — 15 Mai 1845)

de

N. SEMAŞKO
Academician

Numele lui Ilia Ilici Mecinicov e foarte cunoscut nu numai în ţara noastră, ci şi în străinătate.

Din biografiile multor oameni de ştiinţă afli că ei şi-au ales specialitatea şi au iubit-o chiar din anii copilăriei. Genialul Darwin, de exemplu, şi-a manifestat încă din copilărie dragostea pentru ştiinţele naturale, iar marele nostru contimporan N. I. Pirogov pentru ştiinţele medicale. Aşa şi Mecinicov a început să se pasioneze de ştiinţele biologice din fragedă copilărie. Copil fiind încă, el prindea fluturi şi gândecei şi şi-a făcut o întreagă colecţie de insecte. Până la sfârşitul vieţii, el şi-a legat soarta de biologie, zoologie, patologie. Studiul bolilor animalelor şi oamenilor era în centrul atenţiei sale.

Datorită strălucitelor sale aptitudini, Mecinicov a străbătut repede scara studiilor secundare şi superioare. Liceul l-a terminat cu medalia de aur, iar universitatea a făcut-o în doi ani, în loc de patru, cât se obişnuia.

Acesta a fost al şaptelea deceniu al veacului trecut, în timpul când lumea se desfăta cu Pisarev, Turgheniev, Bazarov. Tot pe atunci a apărut şi cartea lui Darwin, „Despre originea speciilor". Studenţimea progresivă începuse să studieze cu pasiune ştiinţele naturale.

Primind, în anul 1864, titlul de candidat în ştiinţele naturale, tânărul de 19 ani hotărî să-şi lărgească şi adâncească cunoştinţele. Cu toate că dispunea de mijloace modeste, el plecă în străinătate, unde studiă ştiinţele naturale cu cei mai renumiţi savanţi ai Franţei, Italiei şi Germaniei. La Neapole el a scris împreună cu savantul rus A. O. Kovalevski, lucrarea „Embriologia comparativă", care a pus bazele unei ştiinţe noui, ştiinţa despre desvoltarea diferitelor animale, începând cu starea lor embrionară.

Intorcându-se în Rusia, Mecinicov îşi susţine dizertaţia pentru titlul de doctor în ştiinţele naturale. El fu numit docent la universitatea din Odesa, dar după câtva timp plecă la Petersburg, sperând să se poată ocupa aici cu munca ştiinţifică. In Petersburg însă treburile lui Mecinicov nu s'au aranjat cum nădăjduia el. Laboratoriul ocupa o cameră proastă şi friguroasă, ceea ce excludea posibilitatea unei munci serioase.

In anul 1870 se ivi un loc vacant de profesor la Academia de Medicină şi Chimie din Petersburg. Deşi Mecinicov fu recomandat de celebrul savant Secenov, care ghicise în el o viitoare celebritate, profesorii reacţionari ai Academiei l-au socotit pe Mecinicov „roşu" şi i-au respins candidatura. In semn de protest, Secenov şi-a prezentat chiar a doua zi

*) Din „Graiul Nou" din 17 Mai 1945.

**) Familia Mecinicov este de origină românească; descinde din Gavril Milescu, proprietar la Mileşti-Vaslui, care a trăit la 1590—1659. Vezi: D-r V. Plătăreanu: *Originea românească a familiei Mecinicov*, „Mişcarea Medicală Română" No. 7—8 | 1941.

demisia din Academie. Mecinicov fu nevoit să părăsească „Petersburgul neospitalier". El primi propunerea de a ocupa un loc de profesor la universitatea Novorosisk din Odesa. Dar nici aici profesorii reacționari nu i-au dat pace.

Mecinicov n'a fost om politic, dar nu s'a putut împăca cu gândul că știința să fie călcată în picioare de către funcționarii țariști, tot așa cum guvernul țarist teroriza studențimea progresistă. După ce lucră 12 ani la această universitate, profesorul fu nevoit să-și dea demisia. Cauza care l-a determinat să-și piardă răbdarea a fost ordinul rectorului universității „de a respinge dizertațiile cu tendințe socialiste".

Părăsind universitatea și ne mai având nicio bază pentru muncă științifică, savantul, celebru încă de pe atunci, fu nevoit, din pricina lipsurilor, să consimtă a ocupa un loc de epidemiolog în regiunea Poltava.

El căută însă cu înfrigurare o bază de activitate științifică: ba plecă în străinătate, ba se întoarce din nou în Rusia și înființează, în anul 1885, la Odesa, prima stațiune bacteriologică. Aici activitatea lui se isbește de ignoranța și dușmănia autorităților țariste.

In cele din urmă Mecinicov fu nevoit să plece în străinătate.

In Germania, unde se opri, bonzii științei, arieni, îl întâmpinară cu îngâmfare și răceală. Teoria celebră azi a „forțelor de apărare ale organismului" fu calificată de ei drept o „poveste asiatică". Savantul plecă la Paris, unde celebrul Pasteur îl primi bucuros. In laboratoriul institutului lui Pasteur, înconjurat de atenție și respect, Mecinicov a lucrat până la sfârșitul vieții. Trăind la Paris, unde și-a închinat toate forțele științei, Mecinicov s'a simțit totuși rus, s'a interesat de treburile din Rusia, și și-a iubit poporul.

In știință, Mecinicov a devenit cunoscut prin admirabila sa **teorie a imunității** — nerepetarea bolilor la acei care au suferit de boli infecțioase. Geniala descoperire a lui Mecinicov s'a născut din fapte simple. In corpul foarte mic și transparent al stelei de mare, Mecinicov a înfipt un bastonaș subțire de sticlă, ascuțit la un capăt și cu vârful rupt. Privind prin microscop, savantul observă un tablou minunat: în jurul bastonașului se concentraseră leucocite. Ele îl încercuiseră, apărând astfel corpul animalului. Mecinicov controlă această experiență prin altă experiență. El înfipse ace în corpul unui purece (dafnia). Privind prin microscop, cercetătorul văzu un tablou analog: în jurul acelor se strânseră leucocite, le cuprinseră, atrăgându-le spre ele și în cele din urmă,... le înghițiră. Vârfurile acelor devenea puncte tot mai întunecoase în corpușoarele leucocitelor, apoi dispărură cu totul. Deci, a conchis Mecinicov, în organismul viu există „forțe de apărare". Aceste leucocite el le-a numit „fagocite" din cuvintele grecești: fago-devorez, citos — cușcă. Deci, când infecția (microbul) intră în organism, începe lupta între forțele de apărare (fagocitele) și inamicul (bacteriile). Puroiul nu este altceva decât cadavrele ostașilor — fagocitele, — otrăviți cu otrava bacteriilor. Rezultatul luptei depinde de cine e mai puternic: atacatorul sau apărătorul. De aici savantul a tras concluzia că pentru succesul luptei cu bolile infecțioase e nevoie să se întărească forțele de apărare ale organismului și să se slăbească forțele infecției.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fond, pe această teorie a lui Mecinicov se bazează toată ştiinţa noastră profilactică, care constă în sporirea forţelor de apărare ale organismului, pentru a se putea împotrivi bolii. Tot pe acest principiu se bazează şi injecţiile împotriva bolilor infecţioase.

Vaccinarea contra variolei se face cu detritus, adică cu agenţi cu virulenţă slăbită ai infecţiei variolice. Organismul se exercită parcă în luptă cu această infecţie atenuată şi-şi măreşte astfel „forţele de apărare" împotriva unei adevărate infecţii de variolă; el devine „imun", adică nu se mai poate infecta cu variolă. Teoria lui Mecinicov a dăruit astfel lumii ştiinţa imunităţii atât de importantă pentru omenire, ştiinţa luptei cu bolile infecţioase.

E adevărat că mai târziu, teoria lui Mecinicov despre „forţele de apărare ale organismului şi imunitatea" au fost supuse unor oarecari schimbări şi sistematizări. In fond însă această teorie nu şi-a pierdut importanţa nici în zilele noastre.

Admirând problema întăririi forţelor de apărare ale organismului şi a luptei cu bolile infecţioase, Mecinicov a indicat problema de natură filosofico-ştiinţifică a prelungirii vieţii omeneşti.

In lucrările sale **„Studii despre natura omului"**, **„Studiile asupra optimismului"**, **„Patruzeci de ani de concepţie filozofică raţională despre lume"**, care au fost publicate nu numai de revistele medicale, ci şi de ziare politice, Mecinicov a ajuns la concluzia că pricina îmbătrânirii timpurii este otrăvirea organismului omenesc cu diferitele toxine fabricate de intestin: tot ce împiedecă putrefacţia intestinală, spune savantul, va întârzia, în acelaşi timp, şi îmbătrânirea. Iar pentru aceasta trebue stabilit un regim alimentar care să contribue la desvoltarea în intestin a microbilor nevătămători ceea ce ar împiedica desvoltarea microbilor de putrefacţie.

Regimul alimentar recomandat de Mecinicov prevedea o întrebuinţare mai limitată a cărnii şi o alimentare cu legume, fructe şi în deosebi cu produse lactate, Mecinicov a acordat o deosebită atenţie iaurtului. El a recomandat **„iaurtul bulgar"** şi a respectat personal acest regim recomandat de el. „Cine moare înainte de 100—120 de ani, spunea Mecinicov, — moare de o moarte accidentală, nenaturală. Bătrâneţea vioaie şi moartea naturală, care îi urmează, trebue să fie sfârşitul firesc al vieţii şi moartea trebue să semene cu nevoia de a dormi".

Mecinicov a pus problema prelungirii vieţii numai ca biolog şi patolog. El nu s'a ocupat de condiţiunile muncii şi ale felului de trai, care sunt, după cum se ştie, factorii principali ce influenţează sănătatea omului şi prelungirile vieţii lui. Un exemplu viu al celor afirmate mai sus este Ţara noastră a Sovietelor, unde prelungirea medie a vieţii, în comparaţie cu timpul dinaintea revoluţiei, a crescut destul de mult. Totuşi aceasta nu aruncă o umbră cât de mică asupra valorii lucrărilor ştiinţifice ale marelui savant. Dimpotrivă, numai sub regimul socialist au fost creeate pentru massele largi muncitoare condiţiunile înfăptuirii regimului de viaţă pe care-l visa Mecinicov.

Mecinicov a fost foarte afectat de grozăviile primului război imperialist. El era revoltat de actele barbare pe care le-au săvârşit atunci nemţii. Ca om, departe de viaţa politică el n'a putut înţelege de ce

cu toată că ştiinţa progresează, mai continuă luptele criminale. El n'a cunoscut firea de lupi a imperialiştilor nemţi, care astăzi au fost înfrânţi de către eroica Armată Roşie şi poporul sovietic. Dar el şi-a iubit Patria a fost un fiu credincios al ţării sale scumpe şi şi-a pus toate forţele în slujba omenirii.

Mecinicov va trăi în memoria popoarelor Patriei noastre ca reprezentant al ştiinţei progresiste, ca savant care a luptat în mod neobosit pentru fericirea neamului omenesc.

MĂSURILE PENTRU ETERNIZAREA MEMORIEI LUI I. MECINICOV LUATE CU OCAZIA IMPLINIRII A 100 DE ANI DELA NAŞTEREA LUI

Implinindu-se în ziua de 15 Mai 1945, 100 de ani dela naşterea savantului Ilia Ilici Mecinicov, unul din cei mai mari microbiologi ruşi, Consiliul Comisarilor Poporului al Uniunii Sovietice a hotărît:

1. Să se ridice în oraşul Moscova un monument lui I. I. Mecinicov.

2. Să se aşeze plăci comemorative în locurile legate de viaţa şi activitatea lui I. I. Mecinicov:

a) In oraşul Harcov, pe clădirea Universităţii de Stat.

b) In oraşul Leningrad, pe clădirea Universităţii de Stat.

3) Să se înfiinţeze pentru cele mai merituoase opere ştiinţifice în domeniul microbiologiei, imunologiei, epidemiologiei şi tratamentului bolilor infecţioase, precum şi pentru mari cuceriri ştiinţifice în domeniul biologiei:

a) O medalie de aur „I. I. Mecinicov" — care se va acorda anual într'un singur exemplar celui mai merituos savant sovietic sau străin.

b) Două premii „I. I. Mecinicov" — unul de 50 mii ruble şi altul de 25 mii ruble, ce se vor acorda anual savanţilor sovietici.

Acordarea medaliilor şi premiilor se va face de către Academia de Ştiinţe a U. R. S. S. şi care va fi însărcinată cu elaborarea Statutului de regulament al decorării cu medalia şi premiul „I. I. Mecinicov", care va fi prezentat spre aprobare Consiliului Comisarilor Poporului al U. R. S. S.

4. Să se dea numele de „I. I. Mecinicov.":

a) Societăţii microbiologilor, epidemiologilor şi specialiştilor în boli infecţioase din Uniunea Sovietică.

b) Universităţile de Stat din Odesa.

5. Să se înfiinţeze burse „I. I. Mecinicov":

a) La Academia de Ştiinţe Medicale a U. R. S. S., trei burse a 1300 ruble lunar, acordate de Prezidiumul Academiei de Ştiinţe Medicale a U. R. S. S. pe termen de trei ani, ce se vor atribui doctoranzilor tineri savanţi ce se vor evidenţia în domeniul microbiologiei.

b) La primul institut de medicină din Moscova, decorat cu ordinul „Lenin", două burse a 400 ruble lunar pentru cei mai buni studenţi din anii superiori.

c) La Universitatea de Stat din Moscova „Lomonosov", decorată cu ordinul „Lenin", două burse a 400 ruble lunar pentru cei mai buni studenţi din anii superiori.

d) La Institutul de Medicină din Odesa, două burse a 400 de ruble lunar pentru cei mai buni studenţi din anii superiori.

e) La Institutul de Medicină din Harcov, două burse a 400 ruble lunar pentru cei mai buni studenţi din anii superiori.

f) La Universitatea de Stat din Leningrad, decorații cu ordinul „Lenin", două burse a 400 ruble lunar pentru cei mai buni studenți din anii superiori.

g) La Universitatea de Stat din Odesa, două burse a 400 ruble lunar pentru cei mai buni studenți din anii superiori.

6. Să se însărcineze Comisariatul Poporului pentru Sănătatea Publică al U. R. S. S. de a edita în anul 1945:

a) Monografia lui I. I. Mecinicov: „Imunitatea în boalele infecțioase".

b) Lucrarea lui I. I. Mecinicov: „Patologia comparativă a congestiilor".

c) Biografia lui I. I. Mecinicov.

7. Să se însărcineze Comisariatul Poporului pentru Sănătatea Publică al U. R. S. S. să înceapă în 1945, pregătirea pentru editarea unei culegeri academice a operelor lui I. I. Mecinicov, precum și a corespondenței sale.

8. Să se oblige Comitetul Cinematografiei de pe lângă Consiliul Comisarilor Poporului al U. R. S. S. (tovarășul Bolșacov) de a turna în anul 1946, un film științifico-popular, consacrat vieții și activității lui I. I. Mecinicov.

CONFERINȚA UNUI MEDIC SOVIETIC DESPRE PENICILINĂ.

In ziua de 3 Mai a avut loc o ședință a secției Biologie a Asociației Române pentru strângerea legăturilor cu Uniunea Sovietică, cu care prilej maiorul D-r I. B. Șeremet a ținut o conferință despre „Penicilină".

Maiorul D-r Șeremet a vorbit despre **Calitățile și rolul penicilinei în terapeutica modernă.**

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Penicilina este un mijloc terapeutic nou. Ea a fost descoperită în 1929 de către bacteriologul englez Fleming. Lucrând cu stafilococ și cultivându-l pe agar, Fleming a observat pe mediile de cultură fără colonii. S'a dovedit că împiedicarea creșterii stafilococului a fost datorită infectării mediului de cultură cu o ciupercă **„Penicillium natatum".** Substanța elaborată de această ciupercă și care a produs acest fenomen, Fleming a botezat-o Penicilina. Ea este un praf de culoare galbenă, ușor solubil în apă. Acțiunea ei curativă e bazată pe principiul diminuării vitalității unui microb vătămător pentru om sau chiar numai pentru saprofiți.

Un ajutor foarte mare, și neprețuit pentru știința universală în descoperirea penicilinei a dat savanta sovietică, Prof. Zinaida Visarionova Ermolova. Această savantă a obținut un preparat nou foarte eficace de penicilină, cel mai puternic preparat, numit **penicilina crustazin.** Această substanță a fost izolată în stare pură. Particularitățile penicilinei-crustazin sunt de așa natură că acțiunea ei nu este împiedicată de puroi și de produsele de descompunere tisulare. Această penicilină este cu totul nevătămătoare pentru celulele vii ale omului. E un preparat într'adevăr senzațional și a fost fabricat pentru tratamentul rănilor, septicemiilor, etc.

Penicilina a început a fi întrebuințată în 1940 în America, în tratamentul fracturilor neconsolidate, în osteomielită și în alte complicații infecțioase ale rănilor. In Uniunea Sovietică metoda de aplicare a penicilinei a fost cercetată de către chirurgul-șef al Armatei Roșii, generalul Burdenko, președintele Academiei de Medicină. Academicianul Burdenko a imaginat o **metodă originală de tratament cu penicilină prin introducerea ei direct în circulația arterială.** Această metodă garantează ajungerea cea mai rapidă a unui preparat la locul lovit de infecție. In acelaș timp metoda de tratament cu penicilină a fost studiată la spitalul central de cercetări științifice al Armatei Roșii, de sub conducerea generalului-locotenent, academicianul C. Ghirgolov. Dar experimentarea preparatului n'a putut fi considerată ca terminată înainte de o verificare largă a eficacității sale în condițiuni de front. De aceea comanda-

mentul sanitar al Armatei Roşii a format o brigadă ştiinţifică în frunte cu academicianul Burdenko, care a trecut îndată pe unul din fronturile de luptă unde s'a ocupat cu studiul întregului complex în legătură cu tratamentul profilactic cu penicilină. Constatările făcute prin tratarea unui mare număr de răniţi au dus la concluzia că penicilina, încă la începutul drumului său în practica tratamentului are un viitor strălucit. Penicliina-crustazin a salvat dela moarte sute de oameni a căror stare era considerată disperată. Astfel în 14 spitale sovietice din 1426 bolnavi gravi, consideraţi disperaţi, 1227 au fost salvaţi.

Conferenţiarul a făcut apoi cunoscute publicului rezultatele observaţiilor proprii în urma tratării cu penicilină a 68 de bolnavi. El a arătat cum a fost salvat cu ajutorul penicilinei d-l Gh. Apostol, precum şi un membru din familia Nichifor din Bucureşti, bolnav de câteva luni de septicemie stafilococică şi considerat pierdut. După 2 săptămâni de tratament cu penicilină-crustazin, pacientul era complect vindecat. Rezultate impresionante a dat penicilina şi în tratamentul unei bolnave în stare disperată de septicemie gonococică, consecutivă a unui avort. Un tratament de 4 zile cu penicilină-crustazin a adus o vindecare complectă.

ASISTENŢA MEDICALĂ A FEMEILOR IN U.R.S.S.*)

de

K. ISAEV

Aproape zilnic ziarele centrale sovietice publică lista de femei cărora Prezidiumul Sovietului Suprem al U.R.S.S. le-a decernat titlul de onoare de „Mamă-Eroină", le-a decorat cu ordinul „Gloria maternă" sau cu „Medalia Maternităţii". Aceste femei au dat naştere şi au crescut câte 5 până la 10 sau şi mai mulţi copii. Printre aceste mame sunt multe muncitoare şi ţărance.

Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

Statul sovietic se îngrijeşte necontenit de interesele mamei şi ale copilului, mi-a spus Maria Kovrighina locţiitoarea Comisarului Poporului pentru Sănătatea Publică al U.R.S.S. Muncitoarele se bucură de **dreptul la concediu înainte şi după naştere,** primindu-şi în acest timp salariul, colhoznicele îşi păstrează de asemenea în timpul concediului salariul socotit în zile de muncă. Pentru un număr determinant de zile de muncă **ele capătă produse alimentare şi venitul în bani.** In acelaşi timp femeia mai ales, aceea care va deveni mamă sau care a şi devenit, se bucură de o deosebită atenţie din partea instituţiunilor medicale.

După cum ne-a spus Maria Kovrighina, prima verigă în sistemul unic al instituţiunilor care asigură apărarea maternităţii şi a copilului, sunt **consultaţiile pentru femeile însărcinate.** Asemenea instituţiuni n'au existat în Rusia de dinainte de revoluţie. Acuma ele există, în fiecare sector orăşenesc în multe centre săteşti şi pe lângă marile întreprinderi industriale.

Biroul de consultaţii înregistrează pe fiecare femee, care trebue să devie mamă, îi acordă ajutor medical gratuit şi supraveghează zilnic starea sănătăţii ei. Aceste femei vin regulat să consulte pe medic în afară de aceasta, ele sunt vizitate în mod sistematic şi acasă de către infirmiere.

Medicii ajută nu numai la preîntâmpinarea naşterilor anormale şi a îmbolnăvirii după naştere, ci dau şi instrucţiuni viitoarelor mame asupra felului cum trebue să-şi îngrijească copii.

Din „Graiul Nou" No. 34 | 1945.

După datele Comisariatului Poporului pentru Sănătatea Publică, în ajunul războiului actual 95% din numărul femeilor ce trebuiau să nască s'au bucurat de ajutorul instituţiunilor, care acordă **asistenţă medicală la naştere.** In comparaţie cu anul premergător primului război mondial, numărul paturilor în maternităţile oraşelor s'a mărit de 15 ori, iar la sate — de 60 ori. In multe sate colhozurile au construit şi amenajat **maternităţi** pe socoteala lor.

Situaţia materială a femeilor muncitoare se îmbunătăţise într'atâta spre mijlocul deceniului trecut, încât n'a mai fost nevoie să se autorizeze avorturile. In 1936, poporului i s'a supus spre discuţie **proiectul de lege, care interzice avortul.** Milioane de femei au aprobat în unanimitate acest proect. Legea a fost promulgată.

In timpul războiului, declară locţiitoarea Comisarului Poporului, grija de sănătatea femeii s'a mărit şi mai mult. Am ţinut în seamă faptul că multe din femei muncesc de puţin timp în uzine, că munca lor a devenit mai grea. **În întreprinderi mari** unde lucrează multe muncitoare, au fost înfiinţate **camere de higenă personală a femeii,** unde sunt de serviciu surori de caritate; în întreprinderi şi clinică, în ambulatorii şi la punctele de ajutor medical sunt organizate consultaţii cu medici mamoşi şi ginecologi.

Specialiştii supraveghează munca fiecărei femei, care trebue să devină mamă.

— Nu de mult am vizitat o tipografie mare din Moscova, uzina „Gosznak", — continuă Maria Kovrighina. Acolo există 8 săli de higienă. Astă toamnă ele au fost reparate şi îmbunătăţite. In fiecare sală există apă caldă şi o mică farmacie. Medicul ginecolog al policlinicii de pe lângă uzină frecventează zilnic secţiunile, vorbeşte cu muncitoarele însărcinate şi cu mamele, le dă sfaturi de igienă şi cum trebue să îngrijească de copii.

Pe la mijlocul anului trecut, printr'un decret special al Sovietului Suprem al U. R. S. S., a fost **mărit ajutorul acordat de stat femeilor însărcinate** mamelor cu mai mulţi copii şi mamelor fără sprijin. Concediul de leuzie s'a mărit dela 63 la 77 de zile; raţia alimentară a femeilor însărcinate a fost dublată. S'au prevăzut şi condiţiuni mai uşoare de muncă ş. a. m. d.

Conform acestui decret, guvernul, după cum arată Maria Kovrighina, a luat măsuri şi pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale acordate femeilor. Anul acesta, Comisariatul Poporului pentru sănătatea publică, va mări numărul paturilor în maternităţile din oraşe şi sate până la 91.200, iar instituţiunile pentru sănătatea publică de pe lângă întreprinderile de transporturi feroviare, va mări numărul lor până la 70.000. Ceea ce reprezintă mai mult ca înainte de război.

Protecţia sănătăţii femeilor, adaugă locţiitoarea Comisarului Poporului, **implică şi grija de copiii lor.** Iată de ce consultaţiile pentru copii, leagănele şi grădiniţele, care înainte de război luaseră un mare avânt în ţara noastră, vor fi sporite şi în anul acesta. De exemplu, numărul locurilor în leagăne va atinge cifra de 979.900, ceea ce întrece pe cel dinainte de război. In afară de acestea, se organizează şi grădiniţe noui, în care vor fi îngrijiţi aproape 3 milioane de copii.

Pentru sporirea numărului acestor instituţiuni, au fost alocate anul acesta 377 milioane de ruble. In afară de acestea, sunt prevăzute sume mari pentru întreţinerea lor.

— **Serviciile sănătăţii publice capătă un ajutor însemnat din partea sindicatelor,** spune Maria Kovrighina, fără să mai vorbim de **subvenţiile** pe care ele le dau **din fondul asigurărilor sociale pentru asistenţa femeilor însărcinate şi lehuze,** precum şi **pentru creşterea copiilor.** Ele dau ajutoare materiale mamelor, înfiinţează pentru ele case speciale de odihnă şi sanatorii, îngrijesc de copii.

— Datele pe care vi le-am dat, a spus Maria Kovrighina, nu cuprind toate măsurile de protecţie a sănătăţii femeilor muncitoare. Totuşi şi aceste fapte dovedesc că femeia — mai ales femeia care va deveni sau a devenit mamă, este obiectul celei mai mari atenţiuni din partea organelor de stat.

© Cluj University Library

PROFESORUL PARHON DIN NOU LA CATEDRĂ

Sub acest titlu scriitorul Saşa Pană *salută în ziarul „Scânteia" din 17 Martie 1945* reîntoarcerea D-lui Profesor C. I. Parhon la Catedră *şi reintrarea d-sale în învăţământ.*

Ne însuşim acest articol. Il publicăm la loc de cinste, ca un omagiu adus din afară D-lui Profesor Parhon.

Il alăturăm la omagiul ce-i aduce revista aceasta, în Comitetul de Direcţie ştiinţifică al căreia a bine-voit să intre dela înfiinţare.

Pe lângă repararea unei nedreptăţi, oficialitatea a făcut un gest mai plin de semnificaţie. Printr'un decret special a numit pe viaţă la Catedra, ce ilustrează, pe profesorul Parhon. *Omagiul de rândul acesta depăşeşte persoana Omului de ştiinţă şi se adresează Ştiinţei medicale româneşti*

Direcţia

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Ziarele au publicat o informaţie asupra căreia se cuvine să stăruim. E vorba de unul din primele şi cele mai justificate acte reparatoare pe care l-a făcut guvernul Groza. A reînfiinţat, la Facultatea de Medicină din Bucureşti, catedra de endocrinologie. Această catedră a fost ilustrată, dela creare, mulţi ani de savantul Profesor D-r C. I. Parhon, care este nu numai genialul interpret al acestei discipline, dar şi unul din fondatorii ei. Ca să poată fi îndepărtat din învăţământ, unul din regimurile de dictatură reacţionară a desfiinţat pur şi simplu această catedră, cu uşurinţa cu care se trece cu buretele peste un cuvânt scris cu cretă. Prezenţa printre studenţi a Profesorului C. I. Parhon, stingherea pe ciracii „doctrinelor" fasciste şi rasiste, pe criminalii exponenţi ai regimurilor de reacţionarism şi besnă medievală pentrucă ilustrul om de ştiinţă nu era — după cum nu este nici azi — numai învăţatul retras în laborator lângă microscop şi carte, ci şi un prieten al oamenilor. Un cetăţean care s'a dăruit din adolescenţă luptei pentru ridicarea claselor producătoare, luptei pentru nimicirea exploatării, un pionier al demonstraţiei şi al progresului. Pentru luptele purtate faţiş — prin grai şi scris — Profesorul Parhon a îndurat cu stoicism, ameninţări, mârşave atacuri şi ofense. Toate atacurile morale n'au reuşit să-l îndepărteze nicio clipă dela activitatea pusă de două ori în slujba masselor: cercetător în domeniul ştiinţei medicale şi luptător pentru îndreptarea vitregelor condiţii sociale.

Ne amintim pe când eram student la Iaşi şi erau în toi agitaţiile studenţeşti de curajoasele şi plinele de înţelepciune foiletoane, tincturate

şi cu nuanţe polemice prin care Profesorul Parhon căuta să lămurească studenţimea codrenistă de acţiunea ei greşită şi demascarea pseudo-omului de ştiinţă Şumuleanu, aţâţătorul mişcării antisemiste la Facultatea de Medicină din Iaşi. Acuzaţiile calomnioase de trădător, vândut străinilor, nu l-au clintit pe cel care deslega şi problemele sociale, cu perseverenţa şi logica omului de ştiinţă şi care — prin 1920 — înfiinţase cu un grup de prieteni, „Cercul Maxim Gorki". In acest cerc vedem nucleul din care după un sfert de secol trebuia să crească A. R. L. U. S. şi al căruii preşedinţe prin unanim consens nu putea fi decât academicianul Parhon, luptător consecvent pentru apropierea de marile şi liberele popoare dela răsărit.

Profesorul C. I. Parhon are fericirea să vadă cum idealurile pentru cari a luptat devin realităţi şi, înzestrat cu o tinerească vigoare, să continue — în condiţii prielnice munca sa de fiecare zi. Aşa cum singur mărturisea unui discipol: „în afara muncii pentru ştiinţă şi pentru binele omenirii, nu aflăm decât amarnica decepţie şi suprema plictiseală. In afara acţiunii suntem inutili nouă înşine lipsiţi de stima publică şi declasaţi în societate. Educaţia „în afara cadrului social, n'are niciun merit şi se reduce doar la afirmaţii superficiale".

Profesorul Parhon nu cunoaşte nicio clipă de decepţie ori de plictiseală!

Despre activitatea savantului, spaţiul nu ne îngădue nici să înşirăm titlurile lucrărilor cu cari domnia-sa a îmbogăţit patrimoniul ştiinţei universale în domeniul neurologiei, psihiatriei şi endocrinologiei, începând încă din 1899, adică de pe vremea studenţiei. Contribuţiile la studiul turburărilor vasomotoare, al paraliziei, studiile asupra bolilor mintale şi nervoase în România, asupra psihozelor afective, epilepsiei, sclerozei, bătrâneţei, asupra turburărilor creerului şi multe altele sunt citate în tratatele de specialitate universale. Incă din 1913, Profesorul Parhon s'a ocupat şi a adus lămurire în problema lipoizilor diferitelor glande, contribuţii la stadiul afecţiunilor provocate de mâncărimi, al fenomenelor anafilactice şi în special al glandei tiroide. In 1923, în colaborare cu doctorul Goldstein, a făcut să apară opera multor ani de cercetări Traité de l'endocrinologie (Tratat de endocrinologie). Stilul lucrărilor este sobru, fraza concisă şi ecuaţie algebrică. Stilul de viaţă al omului însumează desăvârşită modestie.

Iată de ce, pe bună dreptate, reînfiinţarea catedrei de endocrinologie şi reintegrarea Profesorului D-r Parhon la această disciplină, denotă felul cum înţelege noul guvern să rezolve problemele de cultură, dându-le întreaga importanţă. De sigur că este o satisfacţie acordată marelui profesor şi academician Parhon, dar este în primul rând o restituire făcută ştiinţei româneşti a unui bun de care a fost frustată".

CONSILIUL NAȚIONAL AL CERCETARII ȘTIINȚIFICE

de

Prof. D-r D. DANIELOPOLU

D. Prof. D. Danielopolu, *ca urmare a celor desbătute în vara anului 1944 în cadrul Academiei de Medicină, în calitate de Ministru al Sănătății Publice a propus creerea unei* Instituții menite să favorizeze cercetarea științifică *la noi, prezentând un proect de lege în acest scop.*

Propunerea a făcut obiectul unei ample discuții care a trecut în presă.

Revendicările de titulatură și de prioritate prezentând mai puțin interes decât obiecțiunile valabile din punct de vedere al finanțării, dependenței și compunerii acestei instituții — asupra scopului toată lumea este de acord — prezentăm datele la zi ale chestiunii. Le vom completa pe măsura prezentării de propuneri noui și a ivirii de aspecte noui ale problemei. Întârzierea legiferării nu va vătăma, ci va asigura durabilitatea operei.

Un grup de profesori universitari dela Facultatea de Medicină a început să studieze în Academia de Medicină diferite probleme de organizare a țării.

Printre problemele ce au fost în studiu în aceste ședințe, la care au asistat și profesori dela alte Facultăți cu caracter strict științific, a fost aceea a facilitării și încurajărilor cercetărilor științifice. Chestiunea nu se pune numai pentru cercetările științifice din domeniul biologiei, dar și în alte domenii.

Cunoaștem însă mai bine defectele organizațiunii noastre în domeniul biologiei. Din discuțiile ce au urmat însă în urmă cu colegi dela alte Facultăți, ne-am dat seama că problema este generală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In organizarea noastră, cercetarea științifică este legată de Învățământul universitar.

Recrutarea profesorilor se face pe bază de activitate științifică. Până în 1912, catedrele erau ocupate prin concurs cu probe de memorie. Prima lege care a acordat o mai mare importanță activității științifice a fost legea C. Arion, Legea prevedea totuși și concursul cu probe de memorie.

De atunci încoace, în toate legiuirile privitoare la Învățământul superior, s'a dat preferință, în alegerea profesorilor, activității științifice probată prin publicațiuni originale.

Curând după războiul trecut, sub ministeriatul lui George Mârzescu, am putut obține ca și la concursurile pentru ocuparea de posturi de medic să se înlocuiască probele de memorie cu proba de titluri și lucrări.

Am întâmpinat multă rezistență și la început nu am putut obține această reformă decât pentru Eforia Spitalelor Civile. Rezultatele obținute în această instituție au făcut ca în urmă să putem generaliza această măsură.

Atât în învățământul superior, cât și în organizația sanitară, activitatea științifică contează foarte mult în recrutarea personalului.

Din nefericire, s'au făcut multe excepțiuni și principiul a fost încălcat în mod foarte grav, și aceasta mai ales în cursul dictaturii.

Suprimarea probelor de memorie şi importanţa ce se acorda activităţii ştiinţifice la recrutarea profesorilor au încurajat foarte mult tineretul în cercetări ştiinţifice. Numeroase au fost numele româneşti ce se întâlnesc în mod curent în reviste străine. Dar activitatea ştiinţifică nu a fost recompensată.

S'au făcut decrete legi speciale pentru persoane, s'au numit profesori pe nume, s'a redus cadrul în care legile democratice prevedeau recrutarea profesorilor în vederea numirii unei anumite persoane.

S'au creat catedre inutile şi s'au încărcat, în mod foarte dăunător pentru învăţământ, programele facultăţilor.

In acest timp, numeroşi cercetători, valoroşi oameni de ştiinţă, au fost eliminaţi dela catedre. Cum cercetarea ştiinţifică este legată de învăţământ, toate serviciile spitaliceşti şi laboratoarele de cercetări fiind anexate catedrelor, adevăraţii oameni de ştiinţă nu puteau să-şi continue activitatea.

Iar activitatea ştiinţifică nesocotită la recrutarea profesorilor, a luat singura recompensă ce se dădea în ţara noastră oamenilor de ştiinţă, dreptul de a învăţa şi pe alţii, de a crea o şcoală ştiinţifică.

S'a mai constatat încă un lucru. Uneori, profesorul sau asistentul odată numit, abandona orice activitate şi-şi desvolta în special profesia liberă.

In loc ca ocupaţiunea de profesor să fie urmată de îndată, cum era demn şi pentru învăţământul universitar şi faţă de asistenţi şi studenţi de o reducere a clientelei, aceasta s'a desvoltat mai mult ca înainte. Şi întreaga orientare a unei clinici, care trebue bazată în primul rând pe cercetarea ştiinţifică, a fost astfel compromisă. Şcoala unui astfel de profesor devenea o şcoală de practicieni.

Dar din fericire, mulţi alţi profesori au continuat activitatea ştiinţifică şi au făcut o şcoală. Activitatea lor nu este însă cât de puţin recompensată. Salarizarea este egală şi pentru profesorul om de ştiinţă şi pentru profesorul practician al ştiinţei.

Primul, care asigură progresul Universităţii noastre şi cultura, trăeşte foarte greu. Al doilea, care nu servă la nimic în ştiinţă, are o vieaţă foarte uşoară. Primul nu are nici mijloacele necesare să-şi publice lucrările sale originale.

In şedinţele Academiei de medicină am luat în studiu această problemă aşa de importantă şi am propus crearea **„Fondului pentru ştiinţă"**. Am redactat chiar un proect în care prevedeam ca acest fond să fie alimentat dela ştiinţa aplicată. Principiul proectului meu era ca cei cari profită şi fac avere de pe urma descoperirilor ştiinţifice, să fie supuşi la o anumită contribuţie din care se poate alimenta „Fondul pentru ştiinţă".

Fondul pentru ştiinţă era destinat la îndestularea cu material de laborator şi de bibliotecă, la recunoaşterea cercetării ştiinţifice prin **„Prima pentru ştiinţă"** şi la înfiinţarea ca în alte ţări a personalului de cercetări aşa numiţi „full-time", adică întrebuinţaţi exclusiv pentru cercetări.

Acest fond ajută şi publicaţiile originale.

In calitate de rector al Universităţii din Bucureşti am reluat ches-

tiunea şi am propus înfiinţarea „Fondului pentru ştiinţă", cu gândul de a crea şi o editură universitară.

Am adus proectul meu în Gruparea Universitară Democrată (G. U. D.).

Cu ocaziunea acestor discuţiuni, d-l Prof. Popa a redactat un proect pentru crearea „Institutului pentru cercetări ştiinţifice", care desvolta şi mai mult această organizare. Se prevedea în acest proect încurajarea cercetărilor ştiinţifice în instituţiile existente şi crearea de noui institute.

Am reluat în urmă în cercetare proectul de crearea Institutului, împreună cu d-l Prof. Stoilov, Prof. Rosetti şi d-l Viforeanu, adoptând titulatura de „Consiliul Naţional al cercetărilor ştiinţifice".

Proectul va fi pus în discuţiunea grupării universitare democrate înainte de a fi prezentat Ministerului Educaţiei Naţionale.

S'a schimbat titulatura, termenul de Institut întrebuinţat de d-l Prof. Popa, putând să apară ca reprezentând o singură instituţie în care s'ar face cercetări, ceea ce nu corespunde cu însăşi concepţiunea proectului. Principiile de bază rămân aceleaşi.

Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice îşi desvoltă activitatea în secţiile următoare:

Secţiunea ştiinţelor matematice; secţiunea ştiinţelor fizice; secţiunea ştiinţelor chimice; secţiunea ştiinţelor geologice; secţiunea ştiinţelor biologice; secţiunea ştiinţelor morale şi politice; secţiunea tehnică

In fiecare secţiune se vor întreprinde cercetări ştiinţifice precum şi cercetări în vederea aplicării lor în practică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scopul C.N.C.S. este încurajarea şi coordonarea cercetărilor ştiinţifice, publicarea acestor cercetări, consacrarea invenţiilor şi lucrărilor ştiinţifice, difuzarea producţiunii şi ideilor ştiinţifice româneşti în străinătate, acordarea de subvenţii pentru material, acordarea de retribuţiuni celor cari întreprind cercetări.

Cercetările ştiinţifice vor fi efectuate:

1. In instituţiile Ministerului Educaţiei Naţionale, Ministerului Sănătăţii Publice, Agriculturii, Apărării Naţionale şi cele puse sub controlul acestor ministere, precum şi orice alte instituţiuni de stat sau particulare în care se pot întreprinde cercetări ştiinţifice.

2. In noui institute înfiinţate de Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice.

Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice va fi compus din persoane cu activitate ştiinţifică notorie.

Proectul prevede că pe lângă Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice să funcţioneze un Comitet de sprijinire şi de încurajare a agriculturii, apărării naţionale, sănătăţii şi asistenţei sociale, afacerilor străine, economiei naţionale; preşedintele Academiei Române, guvernatorul Băncii Naţionale, un delegat al Palatului Regal, 10 reprezentanţi ai marei industrii şi comerţului, desemnaţi astfel încât să fie reprezentate industriile principale şi comerţul de bancă de import, export, de comunicaţii şi transporturi, de editură.

Fiecare secţie va avea membri de specialităţi aleşi dintre persoanele cu activitate ştiinţifică recunoscută.

In ce priveşte finanţarea Consiliului Naţional al cercetărilor ştiinţifice, credem că marea industrie va contribui, ca şi în alte ţări, în mod egal la această organizaţie care va permite de aci înainte savanţilor români să se consacre în întregime la cercetări ştiinţifice, ceea ce va permite şi aplicarea pe o scară mai largă a descoperirilor lor în practică.

Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice împlineşte o mare lacună. Prin acest Consiliu se va uşura şi recompensa cercetările ştiinţifice.

Această organizaţie prevede crearea de institute destinate unor cercetări ştiinţifice şi încurajarea cercetărilor în instituţiile de învăţământ sau orice alte instituţii în care se pot întreprinde cercetări.

Prin această din urmă dispoziţie, departe de a se separa cercetarea ştiinţifică de învăţământul superior, ea va fi mult desvoltată. Se va acorda de azi înainte o mai mare importanţă cercetărilor ştiinţifice în laboratoarele, clinicile şi serviciile noastre. Oamenii de ştiinţă se vor bucura de o consideraţie mai mare şi aceasta va influenţa foarte mult şi la recrutarea personalului didactic.

Consiliul naţional al cercetărilor ştiinţifice va colabora cu toate departamentele şi instituţiile interesate în aplicarea descoperirilor ştiinţifice ceea ce va contribui foarte mult la aplicarea principiilor ştiinţifice în diferitele ramuri de activitate ale Statului.

D-l Ministru de Finanţe căruia un grup de profesori i-au expus proectul nostru cu un larg spirit înţelegător, a aderat în principiu la această idee şi a promis sprijinul d-sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSILIUL NAŢIONAL DE CERCETARI ŞTIINŢIFICE

de

Prof. TR. SĂVULESCU
Membru al Academiei Române

S'a desbătut în diferite adunări şi s'a scris în unele ziare despre înfiinţarea în ţara noastră a unui „Consiliu Naţional de Cercetări Ştiinţifice". Pentru ca oricare să-şi dea seama de rostul acestui Consiliu şi să vadă că nu este vorba de o inovaţie abia acum răsărită în mintea câtorva bărbaţi bine intenţionaţi se impun unele precizări.

Problema este destul de veche, iar soluţia i-a fost găsită şi formulată de către Instituţiuni care de 8 decenii îndrumează vieaţa spirituală a Românilor. Un scurt istoric va fi dar de folos atât pentru cei neinformaţi, cât şi pentru cei mai mult sau mai puţin informaţi, dar cari în zorul înfăptuirilor, trec cu oarecare uşurinţă peste realităţi şi posibilităţi, şi păşesc pe cărările viitorului dibuind zariştile. Nu de azi, de ieri, ci foarte de mult oamenii noştri de ştiinţă, cunoscători ai civilizaţiei şi culturii din ţările înaintate şi-au dat seama că numai acele popoare au viitorul asigurat şi merg pe calea progresului care ştiu să folosească ştiinţa şi să preţuiască munca slujitorilor ei. După anul 1918, în faţa greutăţilor de tot felul ce se iveau în calea organizării

temeinice a Statului Român, s'a generalizat şi la noi convingerea că orientarea sigură în toate direcţiunile — sociale, economice, politice, culturale, tehnice — se poate face numai pe baza adevărrului ştiinţific, cules din toate domeniile, recunoscându-se că Ştiinţa nu este numai îndeletnicirea unei elite ci face parte integrantă din structura socială a Statului.

Transpunerea în fapt a acestei convingeri, aproape unanime, a întârziat pentrrucă era mai întâiu necesar un studiu al problemei în toată amploarea ei, pentru a se găsi soluţia cea mai nimerită şi în acelaşi timp practic realizabilă. Intre timp au luat fiinţă fie pe lângă diferitele catedrre universitare, fie în afară de cadrul universităţilor, numeroase Institute de cercetări, fiecare cu ţelul şi programul definit, după natura specialităţilor respective.

In sesiunea generală a Academiei Române, din Mai 1937, regretatul coleg L. Mrazec, aduce la cunoştinţa plenului că Congresul Asociaţiei Române pentru Inaintarea Ştiinţelor din anul 1934, a discutat asupra necesităţii înfiinţării unui consiliu, organ îndrumător şi consultativ al Statului în toate chestiunile în care cuvântul Ştiinţei pure sau aplicate trebue ascultat. Profesorul Mrazec a propus atunci ca Academia Română să se ocupe de organizarea acestui consiliu, folositor bunei orientări a activităţii Statului. Dupe îndelungate, dar rodnice desbateri, Academia Română, votează la 29 Mai 1937, în principiu înfiinţarea unui „Consiliu Naţional de Cercetări Ştiinţifice" şi numeşte o comisiune alcătuită din 3 membri — L. Mrazec, D. Gusti, E. Racoviţă — ca să facă propuneri concrete. In aceiaşi sesiune, două zile mai târziu, la 2 Iunie 1937, d-l E. Racoviţă citeşte propunerile acestei comisiuni restrânse, iar Academia votează cu unanimitate înfiinţarea **„Consiliului Naţional de Cercetări Ştiinţifice"**, numind o comisiune alcătuită din delegaţii tuturor secţiunilor, care să-i întocmească regulamentul. Imprejurările potrivnice din ultimii 7—8 ani au fost mare piedică pentru aducerea la îndeplinire a celor îndelung şi adânc chibzuite. Academia Română şi-a menţinut însă hotărîrea luată prin reconfirmarea comisiunii în fiecare an şi completarea ei, atunci când unul sau mai multe locuri deveneau vacante. In anul de tristă amintire 1940, au fost iarăşi stârnite discuţiuni asupra înfiinţării unui consiliu de cercetări ştiinţifice, sau ceva asemănător, iar la şedinţele ce se ţineau la Ministerul Lucrărilor Publice, reprezentanţii Academiei Române şi-au spus din nou cuvântul, cerând stăruitor ca acest organism să se înfiinţeze pe lângă Academie şi să aibă sediul la această Instituţie.

De curând, în ultimele 4—5 luni, chestiunea a fost reactualizată, sub o altă formă, de persoane şi foruri mai puţin legate deşi nu cu totul streine de Academie, ajungându-se chiar la redactarea unui proect de lege pentru înfiinţarea unui **„Institut de Cercetări Ştiinţifice"**, ceea ce nu este tot una cu consiliul propus de Academie, socotit folositor pentru propăşirea ştiinţei şi punerea ei în slujba marilor cauze ale ţării „Institutul" astfel cum este preconizat de acest proiect, este de fapt un vast aşezământ de cercetare efectivă, un fel de hiper-institut cu laboratorii, câmpuri de experienţe, biblioteci etc., cu directori, şefi de lucrări, asistenţi, etc., pentru fiecare din disciplinele ce le cuprinde. Spre deo-

sebire de institutele universitare, el nu are însă obligaţiuni didactice, iar spre deosebire de marile noastre institute parauniversitare, creiate prin legi speciale — cum sunt de pildă: Institutul de Seruri şi Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", Institutul Geologic, Institutul de Cercetări Agronomice ş. a. — nu are un program precis amănunţit, impus prin însăşi legea sa organică. Departe de mine gândul de a nega importanţa unui astfel de institut în viitor, când împrejurările ne vor da mai mult răgaz şi vom dispune de o rezervă de specialişti pe cari azi nu-i avem, spre a fi folosiţi exclusiv pentru cercetări.

Socotim însă că înainte de a trece la crearea unor institute care vor dubla pe cele existente şi vor necesita instituţiuni ce depăşesc posibilităţile actuale ale bugetului ţării, să punem ordine în ceea ce avem, să înzestrăm cum se cuvine cele peste 100 de institute univerrsitare şi de pe lângă diferite ministere, să le fixăm acestora un program de lucru în raport cu necesităţile prezente şi viitoare ale Statului, să le coordonăm activitatea, să seriem problemele ce urmează a fi soluţionate după importanţă, să strângem la muncă de colaborare pe diferiţii oameni de ştiinţă, răsleţiţi în sforţările lor. Nu de un hiperinstitut de cercetări ştiinţifice avem nevoie, ci de un organism viguros capabil să coordoneze activitatea risipită în strădanii izolate, să stimuleze energiile creatoare, să sprijine valorile ce stau în rezervă, să găsească mijloacele practice pentru rezolvarea diferitelor probleme ce interesează îmbunătăţirea vieţii materiale şi înălţarea vieţii spirituale a Neamului, să trezească din inerţie unele instituţii existente, să împiedice cu orice chip risipa banului public prin înjghebări inutile sau prea costişitoare faţă de folosul ce-l aduc. Liber va fi omul de ştiinţă închinat adevărului, să-şi împlinească menirea sublimă pe pământ şi de aci înainte; dar oricare i-ar fi domeniul de preocupări, el trebue neapărat să reverse lumina minţii şi asupra semenilor săi, pe care nu-i poate lăsa la voia întâmplării, în beznă şi mizerie.

O astfel de organizaţie o pune Academia Română la îndemâna statului şi societăţii, prin înfiinţarea **„Consiliului Naţional de Cercetări Ştiinţifice"**, al cărui regulament l-a votat în şedinţa dela 19 Ianuarie 1945.

Pentru ca activitatea acestui consiliu să fie dela început cât mai rodnică, s'a prevăzut în regulament cooptarea diferitelor personalităţi în afară de Academie. Aceştia se vor simţi onoraţi să participe la marele sfat al culturii româneşti, sub cupola Academiei şi vor aduce, fără îndoială, contribuţiuni preţioase, pentru ca toate problemele ce bat la poarta viitorului să fie metodic rezolvate.

Oricine ar fi temerarul, care, de unul singur sau asociindu-şi un număr de elemente valoroase şi harnice, şi-ar lua răspunderea înfiinţării unui astfel de consiliu, chiar dacă ar obţine pentru el mijloace bogate şi i-ar pune pe frontispiciu titulatura împrumutată dela Academia Română, nu va avea sorţi mai mari de isbândă decât aceia ce-i asigură prestigiul instituţiei care s'a impus în toate timpurile, încrederii şi consideraţiei opiniei publice şi posedă prin structura sa netăgăduit competenţa pentru a soluţiona ştiinţific problemele fundamentale ale poporului românesc.

Unele dintre aceste probleme privesc vieaţa materială a poporului:

Digitized by Cluj Central University Library Cluj

hrana, locuinţa, sănătatea, reconstrucţia satelor, oraşelor, transporturile, apărarea naţională, punerea în valoare a terenurilor degradate, a albiilor divagante a râurilor şi şesului inundabil al Dunării, folosirea apei în agricultura de stepă, mecanizarea agriculturii, electrificarea satelor, aflarea a noui isvoare de energie, etc. Altele privesc vieaţa spirituală a poporului: folklor, limbă, literatură, artă, carte, muzică, etc. Toate aceste sunt probleme complexe, care nu pot fi rezolvate decât prin colaborare într'un sistem coordonat. Am avut şi avem oameni de ştiinţă valoroşi, unii cu reputaţie mondială bine statornicită; nu am ajuns însă să creiem şi o atmosferă ştiinţifică, sau ceea ce se numeşte spirit ştiinţific, absolut indispensabile în toate manifestările vieţii de Stat, pentru ca să avem în orice chestiune soluţiuni adevărate sau formule de compromis şi să ajungem la reacţiuni definitive, nu înseilări de mântuială. Activitatea oamenilor noştri de ştiinţă s'a deşfăşurat la întâmplare şi în raport cu virtuţile şi puterea lor de sacrificiu şi abnegaţie. Este acum ultimul moment, în care avem obligaţiunea să dăm poporului nostru ceea ce îi lipseşte şi ceea ce Academia Română are datoria să ceară şi să înfăptuiască anume integrarea ştiinţei în organizaţia noastră de Stat şi coordonarea muncii ştiinţifice, pentru realizări, ce depăşesc eforturile individuale. Prin această muncă de colaborare vom putea trece în sfârşit în faţa omenirii examenul unei creaţiuni ştiinţifice superioare. Academia Română dă instrumentul prin care se poate interveni efectiv pentru orientarea, înălţarea şi întărirea pe bază ştiinţifică a ţării şi neamului. Rămâne ca guvernul şi toţi oamenii de bunăvoinţă şi bunăcredinţă să-i acorde sprijinul lor material şi moral, pentru ca în învălmăşagul preface-rilor ce ne aşteaptă, să nu improvizăm, să nu dibuim, să nu repetăm greşelile din trecut sau să facem altele mai grave.

IN CHESTIA CONSILIULUI NAŢIONAL DE CERCETARI ŞTIINŢIFICE

de

Prof. D-r D. DANIELOPOLU

Au apărut în presă articole prin care se combătea iniţiativa noastră de a înfiinţa o instituţiune superioară, care să sprijinească cercetarea ştiinţifică.

Este sigur că nu m'am exprimat destul de clar în expunerile mele şi de aceea cred necesar a da unele explicaţiuni. Vom adăuga câteva consideraţiuni ce este bine să începem a da la lumină.

Consiliul ce vom înfiinţa, indiferent ce nume va purta, va fi organul superior destinat a strânge fonduri, a raţionaliza subvenţiile şi a controla întrebuinţarea lor, ajutând toate institutele, laboratoarele, Academiile şi Societăţile ştiinţifice în scopul cercetării ştiinţifice.

Consiliul nu poate aparţine aşa dar uneia din aceste instituţii, care nu are căderea de a tutela pe niciuna din celelalte.

Se pare că înainte cu 10 ani, reluându-se ideea de mult emisă de toate societăţile, congresele şi facultăţile din ţară, a creării unui fond

pentru cercetări, s'a propus numele de Consiliu Național al Cercetării Științifice.

De acest consiliu, nimenea nu a știut și el nu a funcționat. S'a amintit de el numai câteva zile după ce a apărut articolul meu.

In lucrarea noastră s'au propus mai multe denumiri și acum cred că numele ales nu este cel mai bun. Aș prefera acela de „Consiliu Superior al Cercetării Științifice" și aceasta pentru două motive: în primul rând, după cum am spus mai sus, acest consiliu va fi organul superior care va conduce acțiunea de sprijinire a cercetărei în toate instituțiile existente.

Constatăm uneori că tocmai în instituțiile care posedă cele mai multe fonduri nu se lucrează și că cei cari sunt capabili să producă ceva în știință, n'au nici materialele suficiente și nici mijloace de trai.

De altă parte, când eu am ales numele de Consiliu Național al Cercetării Științifice nu știam că înainte cu 10 ani mai se propusese același titlu pentru o instituțiune care nu a luat ființă. Nu este bine să reluăm o titulatură care s'a compromis prin nereușită. Pentru a face o comparație, de sigur că mult timp în țara românească nu se va mai folosi titulatura de „Consiliu de Patronaj" deși poate ea este cea mai potrivită operei sociale ce reprezintă.

După cum se vede nu pentru prima dată se afirmă necesitatea unui fond pentru cercetări. Nu trebue să aibă cineva multă imaginație pentru propunerea unui astfel de fond. Dar pentru prima dată când s'a înregistrat la noi o acțiune serioasă în acest sens pentru prima dată când s'a recurs la colaborarea tuturor adevăraților oameni de știință și tuturor persoanelor cari pot înțelege și cari pot sprijini această operă, a fost în Iunie 1944 în Academia de Medicină.

Un mănunchi de oameni de știință se întruneau atunci la Academia de Medicină și studiau problemele culturale și sociale ce trebuiau să fie rezolvate după instaurarea democrației. S'au studiat probleme de învățământ, asigurările sociale, organizarea sanitară, etc.

Printre alte probleme s'a pus chestiunea cercetării științifice și s'au stabilit principiile de bază ale instituției ce doream să creăm.

Deși procesele verbale ale ședințelor Academiei de Medicină erau publicate în ziare, nimeni în afara grupării noastre nu a aderat la acțiunea ce începusem.

Gruparea care lucra la Academia de Medicină era aceiași care luase inițiativa memoriului trimis Mareșalului Antonescu, prin care ceream ruperea alianței cu Germania și încheierea grabnică a armistițiului. Eram compromiși, așa dar în ochii regimului dictatorial și pe atunci se considera ca prea temerar să se susțină drepturile științei contra bunului plac al dictaturii. Și de aceea nu numai că nimeni nu a reclamat prioritatea ideei de a se creia Consiliul Cercetării Științifice, dar această idee era criticată și ridiculizată, căci nu plăcea dictaturei.

Chestiunea ridicată în presă cu privire la Consiliul ce dorim să facem, mi-a răscolit în minte o întreagă epocă în care luptă ce duceam contra străinilor care ne ocupaseră țara și contra dictaturii era îngreunată de acei care blamau atitudinea noastră. Imi amintesc de epoca în care instituții întregi au refuzat să ne ajute în lupta noastră, stând deoparte în momente în care însăși ființa neamului nostru era în pericol.

CONSILIU DE CERCETARI ŞTIINŢIFICE SAU CASĂ NAŢIONALĂ DE CERCETĂRI ŞTIINŢIFICE

Discuţia Profesorilor universitari dela Cercul de Studii al Partidului Social-Democrat

Sub auspiciile secţiunii **Invăţământ Superior** a Cercului de Studii al Partidului Social-Democrat, profesori universitari au pus la discuţie proiectul D-lui Ministru Danielopol, asupra creierii unui Consiliu Superior de Cercetări Ştiinţifice.

Cuvântarea D-lui Ministru Ştefan Voitec

Primul a luat cuvântul d-l Ministru Ştefan Voitec, care arată necesitatea discutării proiectului de lege.

D-l Prof. univ. **Mircea Florian**, analizează proiectul şi ajunge la concluzia că din punct de vedere juridic, el este irealizabil.

D-l Prof. univ. **C. Motaş**, spune următoarele:

Nu a rupe câteva lănci împotriva lui am luat cuvântul, ci pentru a determina, dacă va fi posibil înlăturarea proiectului, care după noi n'ar putea să devie o realitate.

Consiliul se suprapune şi în acelaşi timp face dublă funcţiune, cu următoarele servicii publice existente:

a) Facultăţile de Medicină cu toate institutele (D-r Cantacuzino, D-r Babeş) şi laboratoarele lor şi Academia de Medicină.

b) Institutul de cercetări agronomice al României, Institutul naţional zootehnic, Institutul de cercetări piscicole al României; Facultatea de agronomie cu laboratoarele lor şi Academia de Agricultură.

c) Institutele şi Facultăţile de ştiinţe şi Academia de ştiinţe şi mai presus de toate Academia Română.

d) Toate oficiile de studii de pe lângă toate ministerele care fac şi ele lucrări ştiinţifice

Facultăţile de drept şi Academia de ştiinţe morale şi juridice.

Scopul acestui Consiliu nu poate fi atins. Mai mult încă o dirijare a activităţii ştiinţifice prin acest consiliu, pare a fi chiar împotriva creaţiei ştiinţifice supusă mai ales legilor psihologiei individuale decât celei colective.

Mijlocul sigur este ca statul, prin organele lui politice, să puie aceste probleme de interes obştesc şi să le dea în studiu, unuia sau mai multor servcii de creaţiune ştiinţifică dintre cele existente. La nevoie să se reorganizeze aceste servicii, să fie ajutate băneşte, nu să creăm un Consiliu.

Consiliul apare ca un serviciu public administrativ, nu ştiinţific, cu trei direcţii care vor înghiţi de sigur aproape bugetul unui mintster.

Apoi în ce priveşte organizarea:

Membrii pe vieaţă aleşi ad-hoc la înfiinţarea Consiliului (art. 6) care în realitate sunt numiţi în număr de 6—8, faţă de alţii, care sunt membrii de drept prin funcţiile lor.

Ni se pare că se urmăreşte a se crea dela început o oligarhie a oamenilor de ştiinţă, având autonomie faţă de toate ministerele, şi deci fără a ţine legătură cu conducerea politică, singură în măsură a cunoaşte nevoile practice ale statului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar mai ales cine poate garanta că aleşii vor fi cu adevărat marile spirite creatoare şi că-şi vor păstra toată vieaţa geniul lor nealterat?

Dacă ar fi să se înfăptuiască acest Consiliu, atunci la fiecare interval de 6 ani să se facă apel la forţele noi ale ştiinţei româneşti.

El apare ca un proiect având nevoie a mai fi studiat, fiindcă aşa cum se prezintă, nu se poate prinde scopul şi funcţia sa specifică, căci tot ce se propune prin el se face azi în numeroase servicii publice.

Prin coordonare şi o colaborare între serviciile ştiinţifice existente — şi care nu merită a fi dispreţuite — precum şi o îndrumare mai bună a funcţionării lor — este aceia de a se reuni periodic într'un Consiliu în fiecare an, şefii acestor institute şi servicii ştiinţifice — fără cheltuieli, fără o nouă ierarhie ştiinţifică.

Este foarte uşor de găsit soluţia juridică şi pe ţara întreagă şi pe regiunile universitare.

Noi nu trebue să complicăm organizarea actuală a serviciilor publice, ci dimpotrivă să căutăm numai a o întări prin colaborarea rodnică între ele a tuturor serviciilor existente, unificarea activităţii lor, producându-se nu ca o superfetaţie, şi nu printr'un organ de superstructură, ci ca o încoronare firească a funcţionării lor.

Aduc aceste obiecţiuni în interesul adevărului şi al nevoilor statului. Departe de mine de a bănui priceperea, bunele intenţii, sau buna credinţă a colegilor.

Insă cred că ei greşesc când propun aceasta.

Dar dacă sunt contra creerii acestui Consiliu, sunt pentru creerea unei Case Naţionale de Cercetări, care să ajute în adevăr material cercetării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii Prof. univ. Anghelescu, Mircea Florian, V. I. Nicolaescu, Ing. Stambuleanu, D-r Şt. Jianu, Iorgu Iordan; P. P. Stănescu, se raliază obiecţiunilor ridicate de d-l Prof. C. Motaş.

D-l Prof. **Anghelescu,** subliniază că în comitetul permanent de conducere, nu toţi vor fi oameni de ştiinţă. Analizând mai departe proiectul, se opune în mod integral aducându-i foarte multe critici. Arată că nici nu este momentul oportun pentru adoptarea unui astfel de institut.

D-l **V. I. Nicolescu** insistă asupra necesităţii ca tocmai în perioada de refacere a ţării, să existe un consiliu care să stabilească organizarea şi colaborarea ştiinţifică, dar fără alte cheltuieli.

D-nii Prof. **C. Motaş, M. Florian, Iorgu Iordan,** relevă necesitatea ca să se găsească modalitatea de a obliga profesorii să prezinte lucrări, iar gradaţiile în învăţământul universitar să se facă pe bază de merite ştiinţifice.

D-l Ing. **Stambuleanu,** relatează că se aşteaptă întoarcerea d-lui Ministru T. Ionescu spre a se realiza proiectul unui institut de cercetări industriale pe lângă Ministerul Economiei Naţionale care va avea un rol de o importanţă capitală pentru dirijarea ştiinţifică a industriei.

D-l D-r **Ştefan Jianu,** reaminteşte că toate marile descoperiri ştiinţifice au fost făcute independent de vreun institut ştiinţific, prin munca personală, realizată în libertate. Se declară pentru un consiliu superior, dar de esenţă pur democrat, un serviciu de coordonare şi informare.

D-l Prof. **I. Iordan**, arată că în schimb sunt instituţii ştiinţifice cari au gata lucrări de valoare şi nu dispun de fonduri pentru publicare. Opiniază că pe lângă Ministerul Educaţiei Naţionale ar trebui înfiinţat un consiliu care să repartizeze fondurile în măsura necesităţii, iar nu cu hatâruri.

D-l **Teodor Iordăchescu**, conchide pentru libertate complectă a gândirii ştiinţifice, dar cu o coordonare şi cu controlul statului, care pune la dispoziţie fonduri.

D-l Preşedinte **C. Titel Petrescu**: Cu ocazia bugetului trebuesc reduse toate acele subvenţii pentru diverse instituţii ştiinţifice, cari nu aduc un folos real.

Se hotărăşte următoarea rezoluţie:

Intemeerea unei Case naţionale de cercetări care să ajute materialiceşte cercetarea ştiinţifică în toate domeniile.

In ceea ce priveşte coordonarea cercetărilor ştiinţifice în vederea aplicaţiunii lor, aceasta să revină unui consiliu superior de coordonare sub auspiciile Ministerului Educaţiei Naţionale, format din directorii tuturor institutelor şi serviciilor ştiinţifice existente, care să se adune periodic.

M. M. R.

DESPRE PENICILINĂ

Războiul actual, între alte consecinţe a avut şi pe aceea de a întârzia difuzarea întrebuinţării **Penicilinei**, „medicamentul-minune", sau „marea tămăduitoare", — după cum i s'a zis — pe scară întinsă. Folosirea proprietăţilor curative ale acestui produs biologic al ciupercii **Penicilium notatum** a rămas cantonată mult timp în ţările de origine în care a fost descoperită şi produsă în cantităţi industriale, Anglia şi America. Mai mult, ruperea relaţiilor cu aceste ţări, precum şi suspendarea transporturilor a întârziat pătrunderea publicaţiilor medicale străine la noi şi aducerea la cunoştiinţa corpului medical românesc a acestei descoperiri epocale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar, mai întâi, ce este Penicila? Deşi descoperită în anul 1929 de Fleming, care a observat că o cultură de stafilococi, în care căzuse din întâmplare o ciupercă, penicilium notatum, nu se mai desvoltă; deşi în 1939, Florey şi colaboratorii săi din Oxford, reuşind să o izoleze şi să o producă în cantităţi mai mari, au experimentat proprietăţile ei terapeutice — penicilina nu este cunoscută la noi decât în ultimul timp şi parţial, prin publicaţiile Societăţii internaţionale ale Crucii Roşii din Elveţia, cari au parvenit câtorva instituţiuni.

Despre penicilină a scris la noi un articol D-l Prof. E. Crăciun, în „România Medicală" din anul 1943, şi s'au publicat numeroase referate strânse într'un studiu de ansamblu „Penicilina, Patulina, Micoînele" în „Revista Ştiinţelor Medicale" No. 7—12/1944. Pentru marele public menţionăm articolul apărut în „Revista Fundaţiilor Regale" No. 3/1945, de D-r Radica Zahariade; — articolul din Gazeta Ilustrată „Tot Adevărul" No. 5/1945, articol ilustrat cu numeroase fotografii ale instalaţiilor şi modului de fabricare a penicilinei în Statele Unite ale

Americei; — articolul apărut în ziarul Timpul din 30 Martie 1945, datorat D-nei Marta Bibescu, în care se aduce omagiu Angliei, patria „marei tămăduitoare", penicilina; — articolul recent din Jurnalul No. din 2 Iulie a. c., în care se anunţă descoperirea unei peniciline româneşti **„evrolina panis"** datorată medicilor români H. Sarafide şi G. Zervos, despre care a făcut o comunicare la Academia de Ştiinţe din Bucureşti, D-l D-r V. Gomoiu în şedinţa din 14 Febr. 1945 şi asupra căreia s'a revenit în şedinţa din 22 Aprilie, cu note complimentare cu privire la chimism, modul de întrebuinţare şi efectele terapeutice; — conferinţa ţinută de medicul rus Seremet, în cadrul Arlus-ului, un rezumat al căreia se publică în numărul de faţă al revistei, conferinţă în care se pune în evidenţă contribuţia rusească la studiul penicilinei. Studiul penicilinei a pătruns şi în cercurile medicale ştiinţifice din provincie; astfel la Cercul Medico-Farm. din Craiova, în şedinţa din 2/V/1945, D-l Farm. Munteanu a prezentat medii de cultură în care se află penicilină, realizate de D-sa în mod practic cu mijloacele cari i-au stat la îndemână. Mai menţionăm ştirile senzaţionale, publice şi secrete ale vindecării unor bolnavi şi răniţi prin penicilina americană sau de provenienţă rusească adusă pe calea aerului, contra mare cost.

Fleming a observat în 1929 că în jurul unei ciuperci, **penicilium notatum**, care căzuse întâmplător într'o cultură de stafilococ, cultura de microbi nu se mai desvoltă. Acţiunea filtratului nu lucra ca un agent bactericid, ci ca un bacteriostatic; de altfel produsul nu exercita vreo acţiune toxică nici asupra leucocitelor organismului, căruia nu-i vătăma proprietăţile de imunitate. Florey în 1939 au reuşit să obţină penicilina în soluţie mai concentrată, şi în 1942 a obţinut-o în stare de tot pură. Cu soluţii extrem de diluate a reuşit să împiedece desvoltarea complectă a culturilor multor specii microbiene; astfel pentru stafilococul auriu în soluţie de 1:30.000.000, soluţiile nefiind toxice pentru leucocite nici în diluţie de 1:100. Nu se poate dovedi prezenţa penicilinei în sânge decât prin probe bacteriostatice. Absorbţia se face pe cale subcutanată, intramusculară şi direct intestinală. Eliminarea se face în proporţie de 50—70% prin urină. Caşi pentru sulfamide, Fleming socoteşte că penicilina nu omoară microbii, ci le împiedecă desvoltarea, distrugerea lor făcându-se de leucocitele cari îşi păstrează puterea fagocitară intactă, reacţiile de imunitate nefiind astfel alterate. Prepararea, extragerea, concentrarea penicilinei se face foarte anevoios prin metode tehnice speciale. Se obţine sub forma unei pulberi galbene-cafenii, o sare de sodiu, care se administrează parenteral şi conţine 20—30 unităţi Florey pe mgr.; sub formă de sare calcică, conţinând 6,8—163 unităţi pe mgr., se întrebuinţează local.

Dupe încercări făcute pe animale cu numeroase infecţiuni, penicilina **ca agent terapeutic** a fost aplicată cu succes în infecţiunile cu stafilococ, pneumococ, gonococ, streptococul hemolitic, şi cu succes chiar în contra tulpinelor sulfamido-rezistente. La rândul ei desvoltă fenomene de rezistenţă. Dozele aplicate variază; pe cale internă se administrează doze mari, uneori până la 2 milioane unităţi. Local tratamentul este mai economicos şi se aplică cu cel mai mare succes în plăgi infectate, sinusite, mastoidite, osteomielite, arsuri infectate, infecţiuni oculare. Nu toate cazurile tratate se vindecă, nici penicilina caşi sulfamidele, cu cari uneori se asociază, neconstituind un panaceu terapeutic universal. In meningite, pleurezii supurate, se poate introduce intracavitar, ca reacţiuni toxice, cari sunt extrem de rari, se notează frissoane, febră, urticaria. Pe cale bucală nu se poate administra, penicilina fiind distrusă de acidul clorhidric gastric, nici pe cale rectală, unde este distrusă de enzimele bacteriene. Eliminarea fiind rapidă, pe cale intramusculară dozele necesare trebuesc administrate la 3 ore, pe cale intravenoasă la 10—12 ore. Administrându-se local, în stare concentrată sau pură, re-

zultatele au fost excelente, plăgile putându-se închide imediat, ori cât au fost de întinse şi murdare. Insuflarea în rană de sulfamide odată cu penicilina măreşte rapiditatea succesului. Se poate aplica doze ori cât de mari; un dosaj insuficient este periculos, căci nu lucrează. Cu penicilina se poate astfel realiza tratamentul precoce al rănilor.

In America şi Anglia se produce penicilina industrial, în doze mari, totuşi insuficiente pentru colectivitate, producţia fiind afectată exclusiv pentru război.

Sunt şi alte micoide cari produc acest „antiseptic biologic", dupe cum a fost etichetată penicilina. Unele şi mai active decât penicilina. Printre ele cităm **Penatina, Patulina,** de curând **Veticillina** (care nu este decât o penicilină pentru uzul veterinarilor) care injectată direct în ugerul infectat constitue cel mai eficace tratament al mastitei bovine.

In Rusia academicianul Burdenko injectează direct penicilina în circulaţia arterială, ca să ajungă cât mai repede la locul cuvenit.

Penicilina românească, **„evrotina panis"** a fost obţinută din mucegaiul de pâine albă. In mucegai fiind mai multe peniciline, caşi în pantopon care conţine toţi alcoloizii opiului, a fost socotit mucegaiul de pe pâine ca un fel de „pantopon al penicilinelor", care introdus în organism lucrează prin principiul lui activ care este penicilina. Produsul este pe cale de experimentare şi punere la punct. Uşurinţa de preparare şi administrare, precum şi eftinătatea preţului oferă avantagii mari.

M. C.

LATHYRISMUL

Lathyrismul îşi datoreşte trista actualitate la noi episodului survenit deportaţilor în lagărul dela Vapniarca din Transnistria.

Asupra afecţiunei şi a împrejurărilor în care a survenit, a făcut o comunicare la Academia de Medicină D-l Conf. D-r A. Radovici.

Deţinuţii, în număr de circa 1200, au murit mai mult de jumătate din cauza **hrăniri prelungite,** timp de 3 luni, şi **exclusive cu linte furajeră.** La început acuzau amorţeli în membrele inferioare, furnicături şi în urmă impotenţă funcţională; nu mai puteau să umble; aveau picioarele paralizate. Moartea survenea prin paralizia inimei. Paralizia sfincterilor, cu incontinenţă de urină creia bolnavilor o nouă suferinţă. Puţinii cari au scăpat cu viaţă, au rămas infirmi, cu sequele de paralizie, pentru toată viaţa. La agravarea stării a contribuit nu numai hrănirea prelungită şi exclusivă cu linte furageră a deţinuţilor, precum şi continuarea cu aceeaşi hrană încă mult timp. dupe ivirea primelor simptome; dar groasnicele condiţii de viaţă, mizeria în care au continuat să trăiască bolnavii, şi privarea lor de orice ajutor medical dat la timp. Otrava furageră lucrează atingând centrii nervoşi din măduva spinării. Autorităţile n-au luat măsurile de rigoare, cu toate că erau prevenite de epidemia survenită mai înainte, la 600 internaţi în acelaşi lagăr.

Lathyrismul este o afecţiune de caracter epidemic, provocată de ingestia de grăunţele diferitelor varietăţi de **Lathyrus (cicero, clymenum, sativus).** Afecţiunea este cunoscută şi bine descrisă de mult timp, Bântue de regulă în populaţia indigenă miseră din Arabia, India, Africa, care se hrăneşte exclusiv cu această linte furajeră sau chiar când depăşeşte dublul greutăţii ei în amestecul cu făină de grâu în pâine. Multe animale chiar îşi găsesc moartea, hrănindu-se în iarbă cu această linte. Omul nu moare decât prin afecţiuni intercurente, nu direct prin această intoxicaţie, chiar dacă nu i se sustrage la timp. Astier a ex-

tras din lathyrus un alcalin volatil, lathyrina, care inoculată la broască provoacă aceleaşi fenomene. Clinic, afecţiunea se caracterizează prin fenomene de paralizie spasmodică cu contracturi care atinge membrele inferioare (lasă intacte membrele superioare); debută brusc, în urma frigului umed, sau insidios; este însoţită de turburări sensitive, de turburări sfincteriene de urină numai la începutul boalei; durează săptămâni, luni sau ani, putându-se vindeca complect sau creind stări de infirmitate; nu omoară direct prin ea, dar prin afecţiunile cari survin intercurent. Anatomo-patologic ar fi datorită unei hematomielii sau unei mielite transverse.

M. C.

PROBLEMA MEDICAMENTULUI

D-l D-r D. Bagdasar, Ministrul Sănătăţii, s'a exprimat cu privire la **Problema medicamentului** la noi, astfel:

„Apreciez la justă valoare munca depusă pe tărîmul sănătăţii publice de către farmacişti, laboratoare farmaceutice şi depozite de medicamente şi-i asigur că îşi pot folosi în mod liber beneficiile drepturilor, muncii şi capitalurilor lor, dar nu trebue să uite că au în orice clipă datoria de a depune un efort mărit pentru intensifficarea producţiei şi de a contribui la **eftinirea medicamentelor**, ca să poată ajunge în mâna tuturor suferinzilor.

Bineînţeles că şi interesele producătorilor corecţi, ca şi ale farmaciştilor, vor fi apărate prin **revizuirea** cu toată atenţiunea a **taxelor farmaceutice**, pentru adaptarea lor la nivelul actual.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Farmaciştilor salariaţi li se vor asigura venituri corespunzătoare muncii şi studiilor lor, luându-se în consideraţie greutăţile familiare şi vechimea în profesiune.

Cu ajutorul Colegiului farmaceutic şi a Sindicatului sanitar se va înfiinţa o **casă de pensii pentru farmacişti.**

Vom pune un accent deosebit **asupra problemei difuzării medicamentului în mediul rural**, nedreptăţit până acum, creind o **reţea vastă de farmacii la sate**, prin acordarea de concesiuni, credite eftine pe termen lung, precum şi subvenţii pentru garantarea unui minim de existenţă farmaciştilor care vor înţelege acest imperativ. Dacă aceste avantagii nu vor fi totuşi suficiente pentru a convinge pe farmacişti să meargă la ţară, ministerul va creia aceste farmacii, unde vor funcţiona în mod obligatoriu tinerii absolveniţi ai facultăţilor de farmacie în primii ani de stagiu.

Se va proceda la curăţirea întregului corp farmaceutic de toate elementele fasciste şi profasciste ale profesiunei, în toate ramurile ei: farmacişti publici, particulari, laboratorii, depozite, învăţământ şi autorităţi.

Inţeleg să fie reprezentat atât Colegiul Farmaceutic cât şi Sindicatul Sanitar în comisiunile ministerului Sănătăţii, care se vor ocupa cu problemele medicamentului şi ale farmaciei.

Vom depune toate eforturile pentru strângerea relaţiile de prietenie cu asociaţiile profesionale respective ale Naţiunilor Unite şi în special ale U. R. S. S..

In vederea **importului de medicamente**, vom căuta să accelerăm strângerea relaţiilor economice cu U. R. S. S.

Vom creia cu ajutorul laboratoarelor de produse farmaceutice, **medicamente populare standardizate**, la preţuri moderate, care vor fi distribuite prin farmaciile particulare.

Vom stimula **creiarea de industrii indigene de materii prime,** pentru cari dispunem de elemente muncitoare şi bine gătite".

Va mai trebui pusă definitiv la punct Farmacopeia română; precum reglementată pe baze noui însăşi **Instituţia farmaciei,** în ceea ce priveşte drepturile şi exercitarea ca profesie şi funcţie socială în stat.

M. C.

OFENSIVA CONTRA TIFOSULUI EXANTEMATIC

D-l Conf. D-r A. Radovici, care în războiul trecut a combătut o epidemie de tifos exantematic, ivită la un regiment în Moldova, iar în 1941—1944, a condus asistenţa socială şi sanitară a populaţiei evreieşti din Capitală, publică sub titlul de mai sus în ziarul „Semnalul" din 15 Martie 1945, un articol al cărui cuprins fiind dat interesul ce prezintă, îl redăm în citatele cari urmează:

Evident că singurul mijloc de prevenire al exantematicului este **s'ârpirea păduchilor,** iar isvorul acestora este **populaţia mizeră.** Se pune deci problema cum putem **deparazita sărăcimea.** S'a propus înfiinţarea de **băi populare gratuite,** dar baia nu spală decât corpul, pe când insectele se găsesc cu predilecţie pe vestminte, mai ales pe lingerie. Atunci s'au recomandat **cuve** sau **ceţoare de deparazitare,** în care mor păduchii. Practic deci, omul nevoiaş, prins cu păduchi, este trimis la baia populară, adică la centrul de deparazitare, e tuns şi îmbăiat, iar hainele şi rufăria îi sunt băgate la cuptor sau etuvă, de unde mototolite şi deteriorate, îi sunt restituite în aceeaşi stare de murdărie, dar fără paraziţi. In felul acesta, pauperului s'a aplicat mai mult o pedeapsă, de care, pe viitor, va fugi cât va putea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eu cred că **centrul de deparazitare** poate şi trebue să realizeze ceva mai mult, **dând omului nevoiaş, odată cu baia, şi posibilitatea de a se primeni cu o rufă curată.** Am încercat, ajutat de oameni filantropi, se creez o atare instituţie: **Baia şi Cămaşa Săracului.** Pentru aceasta se impune ca pe lângă fiecare centru de deparazitare să se ataşeze neapărat o spălătorie, mecanică sau manuală, în care să se spele şi calce rufele pauperilor, dacă au, iar dacă nu, să li se dea, cu condiţia să le restitue săptămâna viitoare, când li se va da al doilea schimb şi astfel vor putea alterna cu două schimburi donate, mai mult timp. Controlul s'ar putea face prin viză pe biroul populaţiei sau prin carnete speciale. Se vor putea introduce pedepse pentru acei ce vând lingeria.

Centrul de deparazitare trebue să devie un **grup sanitar cu triplu scop:** baia pentru corp, spălătorie pentru rufe şi cuptor pentru haine. Dintre acestea, **accentul,** cred, **trebue pus pe spălătorie,** pentru că omul primenit săptămânal, nu va avea insecte nici pe corp, nici pe haine. Problema cea mare este, în vremea de azi, **stocul de lingerie.** Cred că statul trebue să aducă primul aport, dar cea mai mare parte trebue obţinută prin colectă. Oricine are peste zece schimburi, trebue să fie obligat fiind vorba de salvarea vieţii lor şi a copiilor, să doneze un schimb. Trebue realizat un stoc de peste 10.000 schimburi. In mai puţin de 24 de ore, lista acestor 10.000 de donatori poate fi realizată dintre: proprietari, bancheri, mari negustori, liber profesionişti, etc.

Baia, urmată de primeneală, nu va mai fi ocolită de populaţia săracă, ci, din contra va fi prilej de coadă

In privinţa localurilor şi a personalului centrelor de deparazitare, e încă mult de realizat. Am vizitat zilele acestea, un atare centru. Aspectul este jalnic. O curte în desordine, o sală de aşteptare şi desbrăcare murdare, câteva duşuri sărăcăcioase. Intr'un cuvânt omului sărac, statul îi dă baia

tot în sărăcie, ca la el acasă. Nu i se dă nici săpun, nici cearceaf, nici şervet de şters. Personal insuficient, incult, lucru de mântuială şi o-hii după bacşiş.

Localul, zidit special pentru aceasta, ar putea fi, cu oarecare cheltuială, pus la punct. **Un centru de curăţenie trebue să fie, înainte de toate, model de curăţenie.** Cea mai bună lecţie se dă prin exemplu. In Rusia Sovietică palatele prinţilor, ale marilor duci, reşedinţele ţarilor, sunt puse la dispoziţia muncitorilor şi nevoiaşilor, pentru instituţii sanitare.

Aş înţelege ca aceste centre să devie adevărate **clinici de deparazitare, cu medici şi surori permanente,** cu cercetarea cazurilor suspecte de afecţiuni de piele sau de altă natură. Ceva mai mult, **surori vizitatoare,** ar putea cerceta, la domiciliu, cauza parazitismului cronic. **Deparazitarea poate fi urmărită la domiciliu, în familie, cu substanţe paraziticide.** Mai ales în timp de epidemie, sau când e vorba de a preveni întinderea unei epidemii de tifos exantematic, aceste centre trebue să activeze intens.

Dar şi în restul timpului, ofensiva curăţeniei trebuie continuată în cartierele dela periferie. **Băi mai confortabile şi spălătorii,** s'ar putea înfiinţa **obligatoriu la diversele fabrici şi uzine,** unde mijloacele tehnice pot fi găsite mai uşor, cari să deservească pe lângă lucrătorii fabricei, şi populaţia nevoiaşă din vecinătate.

Epidemia de tifos exantematic fiind endemică la noi şi condiţiile nenorocite, în care se face deparazitarea, fiind aceleaşi peste tot, propunerile de mai sus rămân de valabilitate permanentă, iar măsurile de punere în practică trebuesc luate din vreme.

*

Cea mai eficace ofensivă contra tifosului exantematic o reprezintă însă aplicarea mijloacelor cari distrug păduchii, combătând astfel răspândirea agenţilor de transmisiune directă a boalei. Se pare că suntem în posesiunea unui atare mijloc, **Praful D. D. T.,** un dicloro-difenil-**tricloretan.**

Othmar Zeidler a descoperit pela 1880 un atare corp, care a rămas nefolosit până la chimistul Paul Müller, din serviciul marei industrii de coloranţi din Statele Unite, „Geigy Corporation". Acesta aplica puterea insecticidă a noului preparat în contra ploşniţelor şi paraziţilor culturilor de cartofi. In 1887 V. Busch punându-l la punct l-a folosit în armata americană pe scară întinsă în scop de deparazitare; graţie acestui praf epidemia de tifos exantematic de la Neapoli a fost rapid jugulată. Din 1944 proprietăţile preparatului şi modul de întrebuinţare sunt în mod public cunoscute: răspândit pe pereţi, pe paturi, pe haine, insectele mor repede şi efectul durează luni de zile (o lună pentru haine, un an pentru paturi, 3 luni pentru pereţi); omoară larvele răspândite la suprafaţa bălţilor (de ţânţari); paraziţii culturilor de varză, cartofi, fructe.

Acest **„praf minune"** cum este numit în Suplimentul revistei „Tot Adevărul" No. 5/1945, ar deveni un adevărat **praf naţional** pentru noi, graţie lui putând stăvili şi suprima definitiv epidemiile de malarie şi tifos exantematic care ne bântue endemic şi în mod acut sporadic cu furie.

M. C.

BILANŢURI TRAGICE

de

S. IRIMESCU

O telegramă anunţa recent, laconic, în câteva cuvinte, impresionant şi tragic: în Grecia Ministerul Sănătăţii a declarat că după ce mizeria şi lipsurile din timpul ocupaţiei germane a costat viaţa la un milion de oameni, sănătatea restului populaţiei a rămas foarte sdruncinată şi 15 din 20 fete, în vârstă între 18—22 ani, sunt bolnave de tuberculoză.

Statistica aceasta este lugubră şi ilustrează o situaţie lamentabilă. Ea nu se aplică numai pentru Grecia, ci întrucâtva reprezintă ceea ce se întâmplă în general, aproape în toate ţările direct sau indirect beligerante, în epoca groasnicelor frământări pe care le traversăm.

Se vestea nu de mult, tot oficial că în Anglia se constată o recrudescenţă a tuberculozei. Date pe care le-am comentat altădată, enunţate de ftiziologi de mare autoritate puneau în evidenţă chiar în epoca când Germania nu era încă înfrântă, un spor sensibil al cazurilor de tuberculoză. In Franţa, încă din primul an al războiului — de atunci, dezastrul a luat şi mai mari proporţii — Rist atrăgea atenţia asupra primejdiei din ce în ce mai ameninţătoare a tuberculozei.

La noi, constatând afluenţa de tuberculoşi care soseau din zonele unde trupele erau concentrate, în epoca premegătoare războiului, prevesteam că din ce în ce mai mult, tuberculoza va lua extensie.

De atunci, evenimentele s'au precipitat. Războiul nenorocit pe care l-am dus trecând prin atâtea strădanii, griji şi nevoi, pe lângă pierderile imense de material uman, a lăsat pe cei ce au supravieţuit într'o stare de debilitate organică foarte prielnică, ca focarele ascunse de boală aşa cum le are marea majoritate a adulţilor, să se redeştepte.

Bilanţul e de plină dramă. Poliţele pe care războiul le trage asupra tuturor ajung la scadenţă. Le vom solda cu pierderi mari. In jocul de masacru al formidabilului carnagiu care e războiul actual, oamenii au dovedit că cruzimea atavică din epocele geologice depărtate, când deabia ridicat pe labele dinapoi, gorilul ancestral, bâjbâia în întunericul inteligenţei lui rudimentare, persista şi răsare din adâncurile fiinţei lor ca să-i stăpânească în frenezii de barbarie.

Ne aflăm încă în războiu. Pe fronturile din afară, armele de distrugere se întrec ca să facă victime în proporţii astronomice. Pe cele dinăuntru boalele provoacă pustiiri şi fac concurenţă celor produse direct de războiu. Pentru câmpurile de luptă ne armăm cât putem mai mult şi mai bine ca să facem faţă atacurilor duşmanului, oricât acum e gata să fie răpus, ca o expiaţie meritată a ororilor comise. Ar trebui că şi în interior mijloacele de luptă să fie cât de puternice ca să stăpânim invazia boalelor.

Apărem însă cu lacune enorme care ne inferiorizează, aşa încât viitorul se arată foarte turbure.

Preocupările sanitare, care primează acum se concentrează în campania contra exantematicului.

In veacul acesta de lumină, când ştiinţa a făcut atâtea cuceriri, păduchele, hidosul păduche triumfă ca să facă numeroase victime. Tragedia celuilalt război se repetă.

Imi reamintesc, cum atunci, însoţind pe Profesorul Cantacuzino ca să vizităm un centru de exantematici, lângă Iaşi, cadavrele — nu se mai dovedea să fie îngropate la timp — zăceau într'o şiră, unul peste altul pe o lungime de zeci de metri, îngheţate. E o viziune de apocalips a cărei imagine mă cutremură şi acum. A trebuit o încordare extremă şi o muncă fără preget ca epidemia să fie oprită. Cu aceiaşi energie procedează şi autorităţile sanitare actuale şi cu colaborarea tuturor, a oficialilor şi a particularilor, boala va trebui să fie stinsă.

Ea e revelatoare a stărei de mizerie igienică în care ne aflăm, accentuată şi mai mult din cauza împrejurărilor războiului.

La un congres de igienă ţinut la Berlin, cu câteva decenii în urmă — conferinţele internaţionale se întruneau atunci pentru probleme de interes cultural şi ştiinţific şi nu pentru nevoia de a căuta soluţii cum să se pună capăt masacrelor provocate de încercările gigantice actuale, deoarece războiul nu rânjea încă ca să-şi arate colţii voraci pe care cele de acum voesc să-i tae — când marii pontifi delegaţi de congres, s'au prezentat Kaiserului — pe vremea aceia mai avea momente de lucidıtate — ca să-i ducă moţiunea votată la sfârşitul desbaterilor, acesta a găsit un răspuns lapidar: „săpun, numai săpun, aceasta este toată igiena".

Săpunul, care chiar dacă atunci exista în cantitate suficientă nu era întrebuinţat destul — se spunea şi acum nu se poate spune nici atât, că oamenii, în general n'au baie — când se nasc şi când li se găteşte înmormântarea — e astăzi ca şi neexistent şi igiena rămâne de aceia o ficţiune.

Salvarea de exantematici ne o va aduce praful minune pe care americanii anunţă că ni-l vor trimite ca să distrugă dintr'odată păduchii asasini. Epidemia prin cuptoarele de deparazitare şi prin praful miraculos *) va sfârşi prin a dispare. Ne vom face luptând contra ei o disciplină de curăţenia care ne va servi şi în alte circumstanţe.

Pentru tuberculoză leacul nu poate fi miraculos şi instantaneu. Boală cu adânci cauze sociale, terapeutica ei trebue să fie socială.

In lumea nouă care se prepară şi se organizează sub ochii noştri prin întocmiri economice şi sociale de mai multă echitate ca să se netezească asperităţile care există în raporturile dintre oameni, cam acestea vor fi în bună parte aplanate, indirect dar eficace, tuberculoza va fi stăvilită, deoarece va putea fi combătută cu succes.

Până atunci trebue lichidat stocul actual de tuberculoşi — el este enorm şi creşte continuu — care circulă fără asistenţă răspândind boale, când ar trebui să fie izolaţi şi căutaţi, putând astfel de multe ori să-şi redobândească capacitatea de muncă şi să redevină factori utili pentru comunitate.

Asistenţa tuberculoşilor este acum atât de deficientă, încât e aproape derizorie.

După ce reuşisem prin acţiunea în primul rând al Ligii contra tuberculozei să augmentăm numărul de paturi în sanatorii ca să treacă de 6000, cu tendinţă la creştere — acum prin distrugerile şi scoaterea lor din funcţiune în timpul războiului nu avem nici 2000.

Tema aceasta, am desvoltat-o şi recent, revenind continuu asupra ei.

Ministrul actual al sănătăţii, animat de sentimente de înaltă umanitate, în conformitate cu principiile care-l călăuzesc în conducerea departamentului său, va găsi, oricât resursele bugetare de care dispune sunt reduse, modalitatea ca pe lângă molima mare care e exantematicul, molima cronică şi permanentă care e tuberculoza să fie stăvilită ca să nu-şi continue neturburată pustiirile.

Lumina ne vine dela răsărit spunea într'o conferinţă care a avut răsunet, Mihail Sadoveanu. Să luăm de acolo pildă, din marile sforţări făcute pentru îngrădirea tuberculozei, care n'au suferit pauze şi scăderi nici în decursul războiului actual. Sovietele consecinţe cu concepţiile lor dau o deosebită atenţie combaterii tuberculozei ca mare boală socială.

Problema asigurării contra boalelor şi chiar a unei asigurări speciale contra tuberculozei pe care am desbătut-o de atâtea ori — planul Beveridge aplicat acum în stil mare în Anglia o actualizează — oricare ar fi dificultăţile financiare ale momentului trebue să fie reluată pentru a cerceta întrucât şi în ce fel asigurarea aceasta specială este realizabilă.

Cooperarea oficialilor şi particularilor e un punct de program de democraţie practică pentru diriguitorii dela sănătatea publică.

---

*) Praful D. D. T. un dicloro-difenil-tricloretan. — N. R.

Dezideratele, aşa cum le întrevedea în zările cetăţilor viitorului de echilibru şi frumuseţe pot încă de acum să devină realităţi pentru a duce la realizări.

Mulţimilor ca să le fie satisfăcute legitime revendicări, trebue înainte să le fie apărată sănătatea. In felul acesta nu avea destulă putere de muncă ca să se afirme în plenitudinea drepturilor lor ca să se ajungă mai repede la stări de armonie socială, care vor fi cea mai bună şi efectivă piedică contra propăşirii boalelor.

OMUL ŞI MALADIA

In „Revue des deux mondes", profesorul Marcel Sendrail şi Auguste Lumière au scris două articole cu acelaşi subiect: **l'homme et ses maladies.** Ei susţin, ceea ce ni se pare exagerat, că în diverse tratate sunt neglijate cauzele maladiilor. Profesorul Sendrail socoate că se comit erori, dacă ne bazăm numai pe teoriile lui Pasteur: „actualmente, scrie el, după o observaţie bine gândită şi scrupuloasă se caută din ce în ce mai mult să se pună la locul pe care-l merită microbul, găsindu-i astfel locul pe care trebue să-l ocupe în ierarhia cauzelor producătoare de maladii". El nu mai poate fi considerat ca un instigator condiţional al fenomenelor morbide. Pe lângă microb, mai există o cauză care schimbând echilibrul umoral, devine producătoare de maladii.

Lumière, bazat pe anafilaxie, descoperirea ingenioasă a lui Richet, emite teoria floculaţiunii, care ar explica provenienţa bolilor. Iar Sendrail susţine că maladia nu este numai leziune, atribuită întâmplării şi diferitelor cauze extrase; ea implică o transformare intrinsecă, cu repercuţie funcţională, modificând starea normală a fiecărui individ. Se revine astfel la teoria lui Hipocrat, concepută acum 23 de secole! El a vorbit, primul de temperament, de criză umorală, de natură medicatrice, etc. Problema genezei maladiilor n'a fost niciodată părăsită, după cum susţine Auguste Lumière în Revista franceză dela 1 Ianuarie 1944. Acest autor dă ca exemplu tratatul lui Widal, Roger şi Teissier, în care s'ar ignora mecanismul producerei afecţiunilor diverse! Nu se explică în tratat de ce o cauză aparentă determinată ar fi capabilă să provoace afecţiuni diverse şi nici cum agenţi patogeni diferiţi sunt în stare să producă aceiaşi simptomatologie. Tratatele nu explică, după Lumière, de ce o anumită terapeutică este eficace contra unor stări patologice care n'au nimic comun între ele, pe când unele tulburări morbide bine definite se pot vindeca cu ajutorul unor medicaţiuni cu totul disparate. Iar Sendrail susţine că maladia nu trebue confundată cu reul, deoarece ea exprimă lupta contra reului.

Auguste Lumière stabileşte anumite legi după care se conduc maladiile, în număr de şase (legea cauzelor multiple, a polivalenţii cauzelor aparente, a similitudinei simptomatice, a polivalenţii agenţilor terapeutici, a constanţii simptomatice şi a constanţii cauzale).

Articolul lui Lumière are un scop practic, de a reaminti teoria sa asupra floculaţiunii din 1921 şi de a impune tratamentul cu hiposulfitul de magneziu, pe care-l practică în Institutul său din Lyon. Articolul acesta prea seamănă cu articolele homeopaţilor! Avându-se în vedere seriozitatea revistei franceze, precum şi valoarea ştiinţifică a fraţilor Lumière, am semnalat ca o curiozitate acest articol, ca şi acela al Profesorului Sendrail, mult mai obiectiv, pentru confraţii cari n'au avut ocazia să le citească.

Emil Gheorghiu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CĂRŢI NOI

Jean Vitéano. **Le génie français et son influence sur la science médicale roumaine.** Les éditions de l'état nouveau, Vichy, 11 Rue Alquié.

In librăriile unde se vând cărţi provenind din Franţa, se află expus un mic volum, format „vade-mecum" şi cu un titlu care atrage atenţia medicilor români. Autorul nu pare a fi medic. El a clasat, după anumite norme pe care şi le-a impus, pe medicii noştri cu vază, pe dispăruţi şi pe acei cari se află în vieaţă. Bineînţeles că ceea ce face succesul acestui volum este curiozitatea ce o are fiecare de a se vedea dacă este trecut sau nu în această carte. Acei cari se găsesc se declară mulţumiţi, iar acei cari sunt trecuţi cu vederea, se întreabă, poate, de ce. Dacă autorul a contat pe acest efect, socot că a reuşit pe deplin.

E. G.

CONFERINŢA DE FTIZIOLOGIE A FACULTĂŢII DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Titular: Conferenţiar dr M. NASTA

La 7 Aprilie a avut loc în amfiteatrul Sanatoriului „Filaret" **deschiderea cursului de ftiziologie al d-lui Doctor M. Nasta,** în prezenţa decanului Prof. D-r Popa, D-r I. Costinescu, D-r Irimescu, de faţă fiind actualul Ministru al Sănătăţii d-l D-r Bagdasar.

D-l D-r Nasta, în **Lecţia sa inaugurală,** bine alcătuită şi bine documentată, a trecut în reviste etapele urmate la noi de acest flagel şi a expus cât se poate de clar programul cursului său.

Se ştie că tuberculoza este o maladie care prezintă ceva particular şi prin caracterul său fragmentar; ea realizează mai puţin o maladie decât un consorţiu de leziuni.

Progresele realizate de anatomia patologică, graţie microscopului, de razele Roentgen, de mijloacele de tratament, începând cu metoda lui Forlanini şi isprăvind cu chirurgia pulmonară întrevăzută de Tuffier acum patruzeci ani, au făcut ca aspectul actual al problemei să impună o catedră. Embrionul acestei catedre îl deţine actualmente d-l D-r Marius Nasta, un eminent ftiziolog şi în acelaşi timp un bun educator. Nici nu se putea face o mai bună alegere. In afară de lecţia sa de deschidere, am avut ocazia să-l apreciez acum câţiva ani, când trecea probele de concurs pentru medic ftiziolog la Asigurările Sociale.

Pot să declar, fără a risca să fiu desminţit, că rareori am auzit pe un candidat expunând aşa de frumos şi de clar, neştiind ce să apreciez la d-sa, calităţile clinice ori cele didactice. L-am apreciat apoi ca medic şef al serviciului de ftiziologie şi în această calitate a adus Asigurărilor imense servicii. Contribuţia dela diagnosticul precoce al tuberculozei cronice este dintre cele mai importante. Forma cronică, atât de curentă, este soarta tuturor nenorocirilor cauzate de această boală. Tot d-lui D-r Nasta se datoreşte lupta pretuberculoasă în România, preconizată în Franţa de Graucher.

La o astfel de catedră se va studia, în afară de granulie, pleureziile bacilare, diferenţiarea între pleuro-tuberculozele zise primitive şi pleureziile secundare, sindromul cavitar, hemoptiziile, infecţiile secundare, dilataţia bronşiilor, meningită tuberculoasă, etc. Tratamentul acestei maladii face ca tuberculoza pleuro-pulmonară să fie considerată azi cu o maladie de spital şi bolnavul să beneficieze de o terapie atât de complexă şi să nu mai fie expus numai la cura de aer sanatorială.

Graţie acestei catedre se va realiza un învăţământ asupra importanţei căruia n'am nevoe să insist. Insă, nu pot să nu atrag atenţia asupra binefacerilor unei catedre care va da roade, sunt sigur, şi aceasta se va datora în primul rând titularului ales dintre cei mai buni ftiziologişti români.

Emil Gheorghiu.

ANALIZE

Antropologie

AL. MANOILĂ: **Contribuţiuni la studiul influenţelor asupra seroraseı româneşti.** — Spitalul, No. 3/1945.

Autorul considerând seroasa română depe interpretarea lui Hirszfeld ca situată în jurul valorilor 2—2,2 (iar depe formula lui Wellish cam 1230—1240), indice care o aşează între populaţiile pur europene şi acelea asiatice, — a efectuat un număr de 4695 determinări de grupe sanguine la populaţia românească din 13 localităţi situate în 9 departamente ale Valachiei, constatând caractere sero-antropologice asemănătoare cu cele ale populaţiei româneşti din alte regiuni. In cele mai multe departamente populaţia a prezentat un indice Hirszfeld oscilant în jurul lui 2; totuşi în unele regiuni din Argeş, Buzeu, Olt s'a constatat o înclinaţie pronunţată în spre structura sero-antropologică asiatică. Aceasta este datorită influenţei amestecului cu sânge ţigănesc şi dovedeşte pericolul pe care îl reprezintă ţiganii din punct de vedere al rasei pentru etnica românească.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biochimie

G. EUSTAŢIU, A. COMANESCU şi S. VASILESCU: **Variaţiile sezoniere ale vitaminei C în organe la cobaii normali.** — Revista Ştiinţelor Medicale No. 7—12/944.

Dupe consideraţiuni generale asupra descoperirii, naturei şi proprietăţilor vitaminei C; asupra răspândirei în natură, în vegetale şi în organismul animal; asupra saturaţiei organismului în vitamina C; asupra metodelor de determinare a vitaminei C, cari sunt biologice, fizice şi chimice, precum şi asupra metodei întrebuinţate, autorii într'un tablou şi 4 planşe expun rezultatele comparative ale cercetărilor lor, ajungând la aceste concluziuni de ordin general:

Acidul ascorbic (vitamina C este forma dehidro ascorbică a acidului ascorbic) se află în cantităţi variabile în organele animalelor sănătoase. In proporţia cea mai mare se află în glandele endocrine şi în duoden şi jejun. Variaţiile sezoniere constau în creşterea cantităţii vitaminei C în toate organele mai ales în glandele endocrine în Mai-Iunie; şi în descreşterea ei către sfârşitul ernei şi la începutul primăverii (numai în tiroidă prezintă maximum de cantitatea în luna Septembrie).

Bogăţia organelor în acid ascorbic este legată de activitatea organelor.

Autorii cred a fi contribuit prin cercetările lor la fiziologia crizei de primăvara. Primăvara organismu animalelor încearcă modificări profunde în ceea ce priveşte ritmul crescut al vieţii, precum şi chemarea la activitate a funcţiunilor endocrine, încetinite în timpul iernii.

Din punct de vedere patologic raportul care există între variaţiile vitaminei C a ţăsăturilor şi diferitele perioade ale anului constitue după autori, unul din principalele elemente patogenice ale boalelor cu caracter sezonier.

C.

I. ŞTEFAN şi M. ALEMAN: **despre rolul glandelor salivare în menţinerea echilibrului acido-bazic la om.** — Ardealul Medical N. 5/945.

Autorii bazându-se pe cercetările experimentale efectuate la câini de către Benetato şi Oprişiu asupra rolului glandelor salivare în menţinerea echilibrului acido-bazic, au încercat verificarea acestei probleme la om, având în vedere ca prezenţa unui exces de bază sau de acizi în compoziţia salivei influenţează starea danturei (bazele favorizează depunerea tartrului dentar, iar acizii de calcifierea smalţului şi a dentinei), precum şi durabilitatea obturaţiilor de ciment fosfatatice sau silicate; au folosit 2 persoane care din cauza unor plăgi în regiunea parotidiană aveau canalul lui Stenon astfel orientat în cât saliva parotidiană era condusă la exterior; şi au ajuns la concluzia prin datele consemnate în 2 tablouri că glandele salivare reacţionează la variaţiile reacţiei sanguine prin acidifierea salivei în caz de acidoză şi prin schimbări de sens contrar în caz de alcaloză, participând astfel la menţinerea echilibrului acido-bazic la om.

M.

Chirurgie

V. GOMOIU: **Contribuţie la tratamentul plăgilor cronice.** Spitalul No. 6—7/1944.

Autorul pornind de la constatarea că la unii bolnavi „buni de carne" rănile se vindecă uşor, iar la „cei răi de carne" se vindecă greu sau de loc, a folosit cu succes şi propune ca nou mijloc terapeutic în cazul plăgilor cronicizate excizia superficială a plăgii şi acoperirea ei cu lambouri fixate de piele sănătoasă din regiunile vecine, mobilizate prin alunecare şi suturate deasupra plăgii.

C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AL. CHIRMICIU: **Traumatismele specifice mediului rural.** — Spitalul, No. 4/1945.

Autorul, medic al Spit. Deparaţi—Hârleşti, Judeţul Teleorman face un studiu al **traumatismelor specifice mediului rural** de la noi, şi care sunt datorate **rănilor prin coarne de boi şi loviturilor prin copite de cai.** Traumatismele de tot felul în mediul rural reprezintă 5—10% din toate îmbolnăvirile care se prezintă la un spital rural; dintre acestea cele mai grave şi instructive specifice mediului rural sunt rănirile prin coarne de bou (autorul prezintă în acest articol o statistică de 19 cazuri bine studiate şi tratate) şi loviturile prin copite de cal (mai ales craniene).

M.

Circulator

B. THEODORESCU, E. VICIU et S. PAPADOPOLU: **Tachycardie paroxystique par déglutition.** — Revue roumaine de cardiologie, No. 1—2/9455.

Autorii prezintă obs. clinică a unei atare caz, de felul căruia n-au găsit în literatură decât 3. Cazul autorilor prezintă o T. P. de tip supraventricular, uneori deglutiţia provoca numai câteva extrasistole; accesele se produceau şi după strănut. Ca patogenie, se poate acuza o sensibilisaţie patologică specială a Oreietei stângi (A. Clerc), dar mai ales o acţiune intercentrală (Gallavardin şi Froment) în regiunea bulbo-protuberanţială a centrului deglutiţiei asupra centrelor cardio-moderator şi vaso-constrictor (Meltzer). Autorii în cazul lor adaogă la mecanismul central şi un posibil factor humoral prin influenţa insuficienţei ovariene de care suferea bolnava.

C.

A. MOGA şi C. METIANU: **Afecţiunile arteriale în reumatism.** — Ardealul medical, No. 3/1945.

Autorii fac un studiu clinic de ansamblu al chestiunei, bazându-l pe 180 cazuri de reumatism cardio-aortic din cari relatează 8 observaţii clinice, şi pe date de bibliografie străină şi românească. Ajung la aceste concluziuni: în reumatism arteritele periferice sunt frequente, dar obişnuit trec neobservate; în puţine cazuri conduc la sindromul arteritei obliterante; nu determină turburări trofice; în 1/5 de cazuri de aortită eosinofilie moderată; printre ele se întâlnesc arterita coronariană, aortite, arterita pulmonară. In numeroase cazuri autorii au observat un raport strâns între reumatism şi scleroza arterelor coronare, precum şi între arterita reumatismală şi trombangeita sau periarterita nodoasă. In etiologia acestor afecţiuni alături de reumatism intră şi vârsta, sexul, condiţiile de viaţă, tabagismul, agenţii fizici. Eliminarea infecţiunilor de focar contribue la prevenirea arteritelor în general.

M.

F. CĂPRARIU: **Infecţia de focar în etio-patogenia endarteritei obliterante.** — Ardealul Medical, No. 5/945.

Autorul prezintă o observaţie clinică şi face o prezentare de ansamblu a chestiunei, ajungând la concluzia că infecţia de focar poate determina turburări arteriale care să meargă până la arterită obliterantă; propune pentru aceasta ca măsură preventivă eliminară rapidă a infecţiei de focar.

C.

ST. GHERGHINESCU: **Ruptura canalului toracic. Chilotorax drept şi ascită chiloasă.** — Revista Sanitară militară, No. 10—17/1943, pag. 388.

Autorul cu ocazia prezentării unui caz de ruptură a canalului toracic prin baionetă, paraventebrală stângă, face o prezentare de ansamblu a pleureziilor şi ascitelor chiloase.

M.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Digestiv cu Anexe

M. ENĂCHESCU: **Icterele, Diagnosticul şi Patogenia lor.** — Spitalul, No. 1—7/945.

Intr'o revistă generală autorul face o expunere de ansamblu, cu punere la punct a ultimelor date, la care a adus o contribuţiune personală, a chestiunei **icterelor.**

Prezintă aspectul tegumentelor şi mucoaselor în ictere, creşterea bilirobinei în sânge, aspectul materiilor fecale, caracterele urinei, sângele în ictere, varietăţile clinice de icter, diagnosticul diferenţial, patogenia icterelor.

Imparte icterele în ictere prin hepatită, mecanice şi hemolitice; — dozează cantitativ bilirubina eliminată prin urină; — comparând raportul între cantitatea de bilirubină din sânge şi cea din urină, stabileşte raportul normal de 1 şi 2; când este mai mare de 2 este vorba de insuficienţă hepatică; — bilirubina care se acumulează în sânge nu are aceeaşi structură; — în icterele prin hemoliză avem o bilirubină care nu poate traversa filtrul renal, fiind legată de o moleculă proteică, globina din hemoglobină; în icterele prin hepatită autorul a constatat în sânge că avem o bilirubină legată de o proteină, **bilirubina prehepatică, indirectă,** care nu s-a putut elimina prin filtrul renal, pe care celula hepatică în suferinţă n'a putut-o dedubla eliberând molecula proteică, pe lângă **bilirubina post-hepatică** sau **directă,** care resultă din eliberarea bilirubinei de globina din hemoglobina de către celula hepatică; prezenţa bilirubinei prehepatice este semn de insuficienţă hepatică; — dozările separate, în sânge a celor 2 feluri de bilirubină (prehepatică sau indirectă şi post-hepatică sau directă) se impune, pentru as tabili gradul insuficienţei hepatice şi deci nu numai natura dar şi prognosticul unui icter; această dozare se poate face prin metode precise şi nici complicate.

M. C.

P. COPĂCEANU: **Colică hepatică şi şoc proteinic.** — Revista med Asig. Sociale, Aprilie 1945.

Autorul pornind dela 2 obs. personale (colice hepatice apărute odată cu o erupţie serică dupe injecţii de ser antidisenteric; şi colice hepatice apărute dupe injecţii de ser Delbet), face conside aţii asupra patogeniei c licci hepatice. Aminteşte concepţia lui Parturier despre Colica hepatică prin şoc proteinic; şi părerea lui Chiray şi Pavel despre patogenia colicei vesiculare datorată unei contracţiuni de origine spastică. Relaţiile dintre şocul prateinic şi sistemul neurovegetativ sunt cunoscute.

Fenomene exclusiv hepatice petrecute în buretele spongios, care este ficatul, pot determina dureri cari să simuleze colica hepatică. Gutman vede în determinarea colicelor hepatice aceleaşi influenţe organo-vegetative, cari pot provoca şi colicele vesiculare. Autorul mai aminteşte relaţiile cari pot exista între apariţia menstruaţiei şi colicelor hepatice, la baza cărora se poate invoca acelaş climat neuro-vegetativ (May).

M. C.

POPOVICI-DUMITRESCU, RISTEA M., BĂLBĂIE VL.: **Pseudo-icterul picrinic.** — Spitalul, No. 4/1944.

Icterul picrinic, care apare în urma manipulării cu acid picric (în tăbăcării, pansamente cu acid picric, în industrii, fabrici), apare foarte frequent prin ingeştie pe cale bucală, ca boală de simulaţie în răsboiu, prezentând interesul unei chestiuni medico-militare. Autorii din 60 icţere cercetate între 1 Ian.— 1 Aprilie 1943 9 cazuri, adică 15%, erau datorite acid lui picric. Autorii fac o punere la punct a acestei afecţiuni arătând şi celelalte substanţe cari conduc la colorarea tegumentelor. Boa a de simulaţie a apărut pentru prima oară în răsboiul din 1914—1918 ând s'au semnalat epidemii de icter picric Apariţia unui icter cu repetiţie la un pacient constitue un indice puternic de diagnostic. Lipsa de pigmenţi si acizi biliari în urină, colorarea scaunelor tranşează diagnosticul. Uneo i prin producerea unei hepatite în diferite grade se poate suprapune şi semnele unui adevărat icter hepatogen. Urinele picricilor prezintă o coloare roşiu-brună închisă cu reflexe metalice. Prezenţa acidului picric în sânge se constată prin reacţia lui Desmoulins-Castaigne: la 10—15 cc. sânge scos prin puncţie venoasă se adaogă o cantitate egală de acid tricloracetic 20%; se agită; se filtrează; filtratul prezintă culoarea picrică caracteristică.

M. C.

Gât-nas-urechi

I. PREDESCU-RION: **Radioterapia în afecţiunile cavului nasal.** — Rev. de Radiologie, No. 9—10/943.

Autorul descrie anatomia regiunei cu formaţiile limfatice ce conţine. La copil amigdala a 4 sau amigdala lui Gerlach şi inelul lui Waldeyer, hipofiza faringiană (care derivă din buzunarul de origine faringiană al lui Rathke, caşi lobul anterior al hipofizei), bogata vascularizaţie a cavului faringian, şi conexiunile vasculo-limfatice ale regiunei naso-faringiene cu cavitatea craniană. Adenoiditele acute (recidivate sau cronice), adenoidismul de la copil, sindromul lui Citelli (somnolenţă ziua, excitaţie nocturnă, obnubilaţie intelectuală, aprosexie, dureri de cap, şi toate inflamaţiile acute ale rino-farinxului sunt favorabil influenţate de iradiaţia cu Röntgen. Autorul îşi ilustrează afirmaţiile cu 2 cazuri clinice.

M.

I. PREDESCU-RION: **Röntgenterapia în oto-mastoidit.** — Revista de Radiologie, No. 7—10/944.

Autorul din cele câteva sute de cazuri personale relatează 6 observaţii clinice, din cari reese influenţa favorabilă a trat. cu raze în oto-mastoiditele acute şi cronice; în 95% la sute din cazuri se îndepărtează intervenţia operatorie, dacă bolnavul se prezintă în primele 5—7 zile de boală.

C.

Laborator

D. PASCU şi S. STURZA: **Reacţia de aglutinare cu sânge uscat (Reacţia Kudike-Steuer) şi utilitatea ei în diagnosticul tifosului exantematic pe teren.** — Revista Ştiinţelor Medicale No. 7—12/1944.

Autorii prezintă un studiu de ansamblu al **Reacţiei Kudike-Steuer** expunând tehnica de lucru precum şi rezultatele obţinute în aplicarea metodei în cinci centre bântuite de tifosul exantematic.

Autorii inzistă asupra caracterului practic al metodei care se poate executa în 20 minute la patul bolnavului, de către orice medie; va fi de cel mai mare folos pentru medicii de circumscripţie.

La sfârşit prezintă instrucţiunile pentru executarea acestei reacţiuni folosite în diagnosticul rapid al tifosului exantematic, în ceea ce priveşte recoltarea sângelui, al executării reacţiei şi al materialului necesar *).

M.

Medicina Socială

Prof. D-r R. OLINESCU: **Sănătatea Individului şi Sănătatea Colectivului.** Note culese pentru lecţia inaugurală la catedra de Igienă la Facultatea de Medicină din Iaşi. — Revista Ştiinţelor Medicale, No. 7—12/1944.

In lecţia inaugurală care trebuia să însemne atingerea apogeului ca formare profesională a D-lui Radu Olinescu, lecţie care n'a avut loc chematul în unanimitate la catedra de igienă dela Facultatea de Medicină din Iaşi decedând în interval, lecţie al cărui cuprins îl redăm după notele culese de autor şi care au fost publicate în Revista Ştiinţelor Medicale, se expune clar ce este Sănătatea individului şi Sănătatea colectivului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De sănătatea sa, individul să se îngrijească singur, fiind educat a o aprecia şi a o apăra. Autorul arată cât este de mare morbiditatea în România (citează dupe Institutul de statistică că în 1939 la o populaţie de aproape 20 milioane locuitori au fost 5.657.728 bolnavi, ci în 580 spitale cu 39.574 de paturi au trecut în acel an 491.954 de bolnavi — mai trebuind să ţinem seama de bolnavii îngrijiţi în Instituţiile Asigurărilor Sociale, ale C. F. R., în cabinetele particulare ale medicilor, la domiciliul bolnavilor), şi mortalitatea (370.286 morţi, cari calculaţie în proporţie de un deces la 10 bolnavi din toate grupele de boli, ar da 3.702.860 de bolnavi). Pe individ este chemat să-l -îngrijească medicul particular şi cel oficial. Sănătatea colectivului priveşte pe Stat, care trebue să ţină seama de aceste probleme capitale privind sănătatea colectivului: o descendenţă sănătoasă, o descendenţă numeroasă, desvoltarea copilului până la maturitate. Protecţia adultului trebue făcută la noi, în contra tuberculozei, paludismului, alcoolismului, bolilor venerice. In asigurarea sănătăţii colectivului trebue avut în vedere educaţia igenică a masei poporului; — personalul medical să fie suficient ca număr, să fie specializat în toate ramurile medicinei şi să fie ajutat de un personal auxiliar sanitar bine pregătit; — să fie medicamente suficiente pentru combaterea unor boli sociale; — să fie instituţiuni suficiente pentru tratare şi izolare (în Anglia Planul Beveridge prevede extinderea Asigurărilor Sociale la întreaga populaţie din Anglia), în alte ţări, ca în America, sunt instituţiuni precum ale Fundaţiei Rockefeller, cari primesc medici de pretutindeni pentru specializare, fiind dată dependinţa sanitară dintre toate ţările, sau se organizează echipe de medici cari să ducă campanii în contra bolilor epidemice din alte ţări.

---

*) Technica Reacţiei Kudike-Steuer, cu prepararea materialului, recoltarea sângelui, amestecul de sânge antigen, citirea reacţiei şi interpretarea reacţiei au fost expuse după instrucţiunile date corpului sanitar militar în „Mişcarea Medicală Română Nr. 1-2 | 945.

La baza asigurării sănătății publice, individuale și colective, stă medicul care să nu uite angajamentul solemn ce și-a luat asupră-și (cei vechi făceau jurământ în numele lui Hipocrate); iar statul să pună în condițiile cele mai bune de lucru (și de viață) pe medicii cari au intrat în aparatul oficial de stat.

M. C.

I. STOICHIȚIA: **Orientări noui în profesiunea medicală.** — Ardealul medical, No. 3/1945.

Autorul face incursiuni asupra concepției medicinei în diferitele epoci. Cu toate că din timpul lui Hipocrate medicina se orientase înspre colectivitate în scop preventiv, în decursul veacurilor a predominat medicina curativă și individuală. Dela revoluția franceză din 1789, sub influența ideilor democratice dreptul la sănătate afirmându-se pentru toți și pentru fiecare; medicina preventivă modernă s'a impus. Comparația între mortalitatea câtorva afecțiuni — precum tuberculoza, pneumonia și bronchopneumonia, diareele și enteritele infantile — depe statisticele germane și cele românești; precum și între organizația sanitară a noastră și a altor țări, în cea ce privește repartiția paturilor de spital, și a medicilor, în mediul urban și rural, îndrituesc pe autor să afirme că trebue însfârșit să „renunțăm la actualul nostru sistem de organizație sanitară întemeiat aproape exclusiv pe acțiunea individuală curativă, și să-l transformăm într'o organizație, largă și apreciată de medicină colectivă și preventivă", astfel precum preconizează de mult școala de igienă din Cluj a D-lui Prof. I. Moldovanu, și precum prevedea Legea sanitară din 1930 a Prof. Moldovanu. Odată cu modificarea organizației sanitare va trebui adaptat noilor concepții și învățământul medical, iar medicina dintr'o profesie liberă să devină o vitală funcție socială în stat.

M. C.

Obstetrică

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. STANCA: **Studiul asupra temperaturei gravidelor sănătoase.** — Aeta Endocrinologică, No. 1/945.

Autorul bazându-se pe cercetările efectuate la un număr mai mare de 2000 femei gravide, dintre care la 330 gravide observate între 1935—1939 temperatura a fost luată zilnic, conchide că: în prima jumătate a gravidității există în mod fiziologic o ridicare a temperaturei cu o jumătate de grad; această ridicare de temperatură este produsă printr'o acțiune asupra centrului termic de către o substanță necunoscută (albumină sau hormon); temperatura scoboară progresiv și în a 5-a lună devine normală; cunoașterea acestui fenomen biologic de către publicul medical va putea să salveze multe vieți care altfel ar fi fost sacrificate fără niciun motiv de ordin patologic.

C

Paludism

C. POPESCU, GH. PANAITESCU, G. ZILIȘTEANU și V. MUNTEANU: **Considerațiuni asupra unor cazuri de malarie cu exantem.** — Revista Sanitară Militară, No. 10—17/1943, pag. 438.

Autorii prezintă 5 cazuri de bolnavi cu paludism însoțit de exanteme. Asemenea cazuri nu sunt așa de rare, dar n'au atras atenția.

In literatura românească un caz similar a fost observate pentru prima oară de Obedenaru; apoi au fost publicate 3 cazuri de V. Panaitescu și C. Popescu în 1928; de Dumitrescu-Mante în 1925 un caz de paludism cu urticarie; de Stroian și Răileanu iarăși un caz de urticarie palustră.

Autorii, ca să elucideze cauza exantemului paludic, au inoculat la 3 bolnavi atinși de sifilis terțiar și deci pasibili de malarioterapie, sânge dela

paludicii cu exantem. Dupe o incubaţie de 10 zile inoculaţii au prezentat accese de malaria cu exantem. Conclud că exantemul paludic este datorat la proprietăţile eritemogene ale unor anumite specii de hematozoar, rase ce se întâlnesc în cele 3 tipuri de hematozoar.

De remarcat că asemenea cercetări n'au mai fost făcute până în prezent.

M.

A. PĂUNESCU-PODEANU şi H. MANOLESCU: **Problema edemului malaric acut, analbuminuric.** — Spitalul, No. 4/1944.

Autorii prezintă observaţia clinică a unui caz cu această manifestare a paludismului acut şi fac o prezentare de ansamblu a chestiunei. Apariţia de oedeme de tip nefretic în paludism este cunoscută de mult, ele constituesc un edem cachetic al perioadelor avansate şi ţin de o lesiune nefretică. Oedemul paludic care nu este însoţit de albumină în urină este precoce şi depinde de o lesiune a celulei hepatice cu alterarea probabilă a metabolismului albuminelor; constă în hipoprotidemie cu inversiunea raportului albumină/globulină, de unde propunerea denumirei de **oedem malaric acut hipoprotidemic.**

M. C.

Patologie generală

M. ENĂCHESCU: **Boală, accident, infirmitate.** Aspecte fizio-patologice terapeutice şi sociale. — Revista Ştiinţelor Medicale No. 7—12/1944.

Intr'o cronică de patologie generală autorul expune noţiuni, date, interpretări de cea mai mare importanţă, sprijinindu-le pe exemple practice, asupra definiţiei stării de sănătate şi boală şi a tranziţiilor dintre ele.

Tratează materia în cuprinsul capitolelor: contrastul aparent dintre boală boală şi sănătate; sănătatea este relativă şi variabilă cu împrejurările; continuitatea dintre sănătate şi boală; deficienţele funcţionale substrat al stărilor de boală; boala se produce şi se manifestă treptat; boală propriu zisă, boală accident, infirmitate; mărirea efortului şi randamentului funcţional în boală; prag patologic; debutul insidios al bolilor infecţioase; ţesutul tumoral prezent în toate organismele vii; boala este creată de organism ca o reacţiune faţă de agenţi patogeni; boala nu poate fi separată de organism; boala este stare de suferinţă dar şi o reacţie de apărare, imunizare şi vindecare; manifestările de boală, reacţiuni utile şi de dorit; predominenţa factorului fiziologic în cursul boalei; o definiţie a boalei cum o cunoaştem azi; un un nou aspect psihologic şi social al boalei; însemnătatea **boalelor inaparente;** boala nu poate fi concepută în afară de persoana bolnavului.

In încheere autorul conchide: boala ne apare ca o manifestare de deficienţe funcţionale. Intre sănătate şi boală nu există discontinuitate. Deficienţa funcţională, boala este o stare individuală. Deficienţa funcţională, o numim infirmitate când rămâne staţionară. Vindecarea însemnând normalizare de funcţiuni sau cel puţin refacere parţială mijloacele terapeutice trebue să permită organelor în suferinţă o revenire treptată, o adaptare, prin exerciţiu. şi antrenament. Pentru tratarea şi prevenirea boalelor infecţioase se folosesc mijloace cari să determine manifestări de boală voită, pentru a suscita în organism sforţări de vindecare. In afară de bolile accident cari cad direct sub ochi, boalele sunt aparente sau inaparente, după cum organismul a fost pregătit să facă faţă condiţiilor noi creeate de factorii morbizi. Hereditatea favorabilă, nutriţia echilibrată, singure nu pot evita stările de boală dacă organismul nu este supus unor sforţări de apărare multiple şi continui. Starea de antrenament, capacitatea de adaptare eficientă sunt elementele fundamentale care menţin starea de sănătate. Sănătatea nu este niciodată staţică, definitivă; ea ascunde boli inaparente; schimbătoare, nu poate fi menţinută decât prin sforţări neîncetate de adaptare. Munca activitatea armonică, fizică şi intelectuală sunt factorii cu ajutorul cărora sănătatea se cucereşte şi se păstrează.

Experienţa clinică şi învăţămintele ştiinţelor biologice inpun aceste concluziuni, încheie autorul.

M. C.

Biblioteca Universitatea "Ion Creanga" Iasi

GR. BENETATO, I. FLORESCU şi S. BACIU: **Rolul sistemului nervos central în efortul de apărare antimicrobiană a organismului.** — Ardealul medical, No. 3/1945.

Bazându-se pe lucrări anterioare în cari au arătat că excitarea faradică a centrilor hipotolamici la câini şi epuri măreşte activitatea fagocitară cu 50%, efect care poate fi suprimat prin secţiunea măduvei cervicale sau diminuat prin ablaţia splinei — autorii revin determinând de data aceasta capacitatea fagocitară a leucocitelor asupra microbilor şi servindu-se de metoda Wright modificată de Ward şi de autori. Dupe ce expun scopul şi metoda de experimentare, reacţia fagocitară la animalele normale, reacţia fagocitară dupe secţionarea măduvei cervicale sau dupe administrarea de barbiturice, efectul excitării faradice directe a regiunei hipotalamice asupra activităţii fagocitare; prezintă rezultatele obţinute în tablouri sinoptice; discută rezultatele cuprinse în curbe comparative şi ilustrate prin planşe ale aspectului microscopic al sângelui în diferitele condiţiuni de experimentare, ajungând la aceste concluziuni generale: 1) la animalele martore noi, emulsia microbiană (bacili typhi murium) deslănţue în mod regulat o reacţie fagocitară; 2) la animalele martore imunizate reacţiea fagocitară deslănţuită este mult mai energică; 3) la animalele imunizate secţionarea măduvei cervicale sau blocarea centrilor diencefalici cu ajutorul barbituricelor micşorează sau chiar suprimă reacţia fagocitară; 4) excitarea faradică a regiunei hipotalamice deslănţue la animalele martore imunizate o reacţie fagocitară asemănătoare celeia provocată prin inocularea cu germeni specifici; 5) cercetările pledează pentru existenţa unui mecanism central al activităţii fagocitare cu sediul în regiunea hipotolamică şi relevează rolul sistemului nervos central în deslănţuirea efortului de apărare antimicrobiană.

M. C.

Radiologie

G. N. GIUREA şi V. D. IONESCU: **Câteva date asupra începuturilor radiologiei medicale în România.** — Revista de Radiologie, No. 7—10/944.

Autorii fac istoricul începuturilor radiologiei în România, din care reese că propagatorii şi iniţiatorii în tehnica şi aplicarea medicală a razelor sunt: Prof. D. Hurmuzescu, Prof. C. Severeanu, Prof. D. Gerotă, Gen. D-r At. Demostene şi D-r C. Gruescu.

M.

Respirator

I. BALABAN, S. TOMESCU, N. GEORGESCU şi S. STANESCU: **Distensiunea forţată intra-alveolară ca factor etiologic al emfizemului pulmonar acut.** — Revista sanitară militară, No. 10—17/1943, pag. 401.

Autorii descriu un caz de emfizem acut, instalat brusc, determinat prin efortul produs printr'o fugă prelungită, bolnavul fiind agent de legătură la o unitate pe front.

Articolul conţine consideraţiuni generale şi speciale de interes deosebit.

M. C.

Terapeutică

D. COMBIESCU: **Vaccinaţia contra tifosului exantematic.** — Spitalul, No. 1—7/1945.

Autorul prezintă metodele variate de vaccinaţie în contra tifosului exantematic, între cari metoda lui Castaneda, care constă din prepararea vaccinului antitific din tifosul exantematic murin, cultivând Rickettsia mooseri în plămânul şoarecilor albi infectaţi pe cale nazală. Această metodă o aplică autorul în lab. „D-r I. Cantacuzino" în care se prepară la noi vaccinul antiexantematic, care dă rezultate destul de satisfăcătoare.

M. C.

T. GANEA şi T. VEBER: **Vaccinarea contra tuberculozei B. C. G., starea actuală şi propuneri.** — Revista de Pediatrie, No. 5/1945.

Autorii fac o precisă punere la punct a vaccinării cu bacilul B. C. G. prezentând numeroase statistici străine şi româneşti. Bazându-se pe inocuitatea perfectă a acestei metode în lupta contra tuberculozei, recomandă vaccinarea la toţi noii născuţi, în primele zile ale săptămânei; de asemenea la toţi adolescenţii cari n'au prezentat semne de infecţie bacilară la examenul radiologic şi n'au reacţionat la tuberculină; în afară de administrarea pe cale bucală, cea mai comună, şi de calea subcutanată, aproape neîntrebuinţată la noi, se poate recurge la metoda americană prin scarificaţii cutanate.

M. C.

D. TIMUŞ şi V. PETRESCU-COMAN: **Tratamentul vulvo-vaginitelor.** — Revista de Pediatrie, No. 5/1945.

Autorii fac o expunere complectă a tratamentului local şi general al vulvo-vaginitelor în general, insistând asupra bunelor rezultate date de sulfamidoterapie şi de hormonoterapia foliculară (în special în gonorea fetiţelor).

M. C.

V. ANGHELESCU şi N. FILIPESCU: **Observaţiuni privitoare la tratamentul bronchopneumonici la copil.** — Revista Ştiinţelor medicale, No. 7—12/1944.

Autorii expun tratamentul aplicat la 53 cazuri de copii atinşi de bronchopneumonie, internaţi în serviciul de medicină infantilă din Galaţi.

Mortalitatea globală a fost de 18% ceea ce reprezintă un procent favorabil în comparaţie cu unele statistice străine, în cari mortalitatea a fost mult mai mare, variând dela 25% (Hutinel) la 70% (Tassovatz). Mortalitatea depinde în general de epoca de boală când se ia bolnavul în tratament şi de terenul pe care evoluiază boala. In aplicarea tratamentului autorii au avut în vedere: poziţia bolnavului (să fie cât mai apropiată de cea verticală); — aeraţia frequentă a Camerei (aeroterapia, nu oxigenoterapia care s'a dovedit a fi neeficace chiar aplicată pe cale intravenoasă; — alimentaţia (să se dea atenţie aportului vitaminic şi în special vitaminei C în doză de 200 mgr. pe zi, în lipsă să se administreze zeamă de lămâe, zeamă de fructe, de morcovi, sau de cartofi); — învelişuri umede toracice şi sinapisme toracice, (dupe metoda uzuală); — desinfecţia căilor respiratorii superioare (instilaţii nasale de collargol 1%); — hemoterapia, nu aplicată pe cale intravenoasă, care poate da un choc transfuzional legat de obiceiu de perturbarea produsă în orgagnism de apariţia unui nou focar de bronchopneumonie, ci pe cale intramusculară, în doze de 10—20 ctmc. zilnic, cu sânge dela mamă, sau dela orice donator sănătos; dupe unii autori hemoterapia a modificat complect procentul mortalităţii în bronchopneumonia la copii, situându-se pe acelaş plan cu vitaminoterapia şi sulfamidoterapia; — cardio-tonice şi tonice ale cordului periferic, cu oleu camforat, cafeină, stricnină, cardiazol, sau veritol, veriazol, suprifen; veritolul se dă în doze de 2—5 picături, de mai multe ori pe zi, sau în injecţii de 1/4 fiolă; veriazolul, în doze de 2—10 pic. de 3 ori pe zi sau în injecţii intramusculare de 1/4—1 ctmc.; suprifenul, la fel; — sulfamidoterapia sub formă de sulfamide (sulfatiazol, eleudron, eubasin, dagenan, albucid), în doze de 0.10—0.15 ctg. pe kilogram-corp obişnuit per os; — expectorantele, nu au raţiune a fi administrate la copii, cel mult se poate da ipeca care are acţiune tonică asupra muschilor bronşici, dar calmantele precum tra beladona, aconit şi drosera în doză de 4 picături de vârste şi pe zi. In cazuri de convulsiuni se poate recurge lapunţie lombară, pungi de ghiaţă la cap, clisme de cloral hidrat în doză de 0.05—0.15 ctgrame pe an de vârste şi pe zi. Sulfamidoterapia mai reduce cifra complicaţiilor (5.6% în statistica autorilor) şi scurtează durata boalei.

M. C.

Veterinare

E. APTOOLEANU: **O nouă utilizare a benzinei în medicina veterinară.** — Chirurgia, No. 2—4/1944.

Autorul aflându-se în mod întâmplător în situaţia de a suprima viaţa unui câine accidentat, a recurs la injectarea intra-cardiac de 20 cmc. benzină. Câinele „fără niciun ţipăt, fără nicio svârcolire, chiar fără nicio mişcare a sucombat în câteva secunde" ceea ce a făcut pe autor dupe experienţe de control să propună ca mijloc eutanasic pentru animale această metodă, de a injecta intra-cardiac sau intra-venos pentru câini de talie mică doza mijlocie de 10 centimetri cubi, o doză până la 20 ctmc. pentru câinii mai mari, o doză chiar de 5 ctmc. pentru câini de talie mică. Este prima utilizare de acest fel a benzinei în medicina veterinară.

M. C.

* * *

Cărţi noui

METODELE LABORATORULUI CLINIC

de

Prof. I. Manta şi Al. Ciplea

Tip. „Cartea Românească" din Cluj. Sibiu, 1944

INFECŢIA DE FOCAR

de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. I. Goia

Tip. „Dacia Traiană" Sibiu, 1944

O prezentare detaliată a acestor lucrări de mare valoare ştiinţifică şi practică o vom face pentru publicul medical românesc în numărul viitor al revistei.

M. C.

* * *

Reviste noui şi înouite

REVUE ROUMAINE DE CARDIOLOGIE

Anul I No. 1—2/944.

La începutul anului 1944, d-l Prof. B. Teodorescu, fost intern al Spitalului din Paris, medic al Spitalului Colţea, a făcut să apară în limba franceză această Revistă română de Cardiologie, pe care prezentând-o publicului militar declară că

„nu o rezervă numai lucrărilor provenind din clinica medicală a Spit. Colţea, ci o lasă deschisă tuturor cardiologilor români, precum şi cardiologilor altor ţări".

M. C.

* * *

REVISTA MEDICALĂ A ASIGURĂRILOR SOCIALE DIN OLTENIA

No. 1 Tip. „Ramuri", Craiova. Aprilie, 1945.

D-nii D-ri A. Teodorescu, în calitate de director, C. Criveanu şi Gh. Grama, în calitate de redactori, — medici primari ai Asigurărilor Sociale din Craiova — au făcut să apară dela 1 Aprilie 1945, la Craiova o revistă trimestrială de medicină generală.

Intr'un **„Cuvânt înainte"** D. D-r C. Criveanu arată motivele pentru care au făcut să apară această nouă revistă medicală românească, pe ale cărei pagini le lasă deschise nu numai pentru medicii din Asigurări ci pentru toată lumea medicală românească. Se vor preocupa de probleme din toate domeniile medicinei, după specialitatea fiecăruia, la timp şi după necesitate şi de problemele specifice Asigurărilor Sociale.

In **„Pentru început"** D. D-r A. Teodorescu, medic primar Oto-Rino-Laringolog al Spit. Asig. Soc. din Craiova, Directorul publicaţiei, expune pe larg scopul şi mijloacele de realizare ale noului reviste. Îşi mai propun a face din Spitalul Asig. Sociale un centru de realizări ştiinţifice, bine utilat, cu capacitate de spitalizare mai mare, complectat cu serviciile de specialitate.

M. C.

SPITALUL

Anul LXV, No. 1—2/1945.

Revista medicală lunară, Spitalul, orrganul Societăţii studenţilor în medicină din Bucureşti, care apare de 65 ani, face act de apariţia nouă prin schimbarea conducerei, a conţinutului, a formatului, a aspectului şi mai ales a noilor scopuri ce-şi propune a realiza.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In „Spre alte Orizonturi", D-l D-r M. Enăchescu expune rolul care trebue să revină în vieaţa medicală românească al acestei reviste.

„Spitalul" va trebui să rămână în primul rând o revistă a studenţilor şi a medicilor în curs de perfecţionare. Să contribue la instrucţia, educaţia şi informarea studenţilor şi medicilor tineri. Pentru aceste motive în alegerea materialului de publicat va trebui să fie înlăturat tot ce nu este lămurit şi verificat.

Rezultatele cercetărilor originale vor fi încadrate în aceste ţeluri.

Se va da o mai mare atenţie medicinei practice.

Se va folosi valoarea educativă a biografiilor.

Pe lângă informaţii în legătură cu viaţa medicală şi studenţească se vor publica cronici asupra oricăror chestiuni cari pot interesa cititorii revistei.

După data de 23 August 1944 care însemna început de viaţă nouă pentru ţara românească studenţimea română păşeşte de alte căi de cât ale trecutului. Spitalul va trebui să reflecteze această nouă transformare sufletească.

Metodele obscurantiste, inumane şi antiştiinţifice, cari au influenţat în rău chiar şi o revistă medicală ca Spitalul, fiind definitiv condamnate de elita studenţilor medicinişti, noul „Spitalul" va deveni un factor important al progresului vieţii medicale româneşti".

M. C.

REVISTA ŞTIINŢELOR OTO-RINO-LARINGOLOGICE

Această revistă românească de specialitate, fondată acum 9 ani la Cluj şi condusă de d-l Prof. G. Buzoianu, şi-a schimbat, începând din anul în curs, titlul şi expresia scrisă. Se va chema de acum înainte în titlu principal

REVUE DES SCIENCES
OTO-RHINO-LARINGOLOGIQUES

în titlu secundar

REVIEW OF
THE OTO-RHINO-LARYNGOLOGICAL SCIENCES

şi va apare în limbile franceză şi engleză.

Este o schimbare de titlu şi de exprimare, fondul rămâne acelaşi. Autorul explică astfel această schimbare la faţă pentru străinătate:

„cu toate că revista a fost un periodic medical franco-român *), nucleul ştiinţific pe care trebuia să-l difuzeze pentru străinătate fiind aproape total exprimat în scris în limba franceză, şi rezumatul însuşi al lucrărilor imprimate în limba franceză fiind redat în general în limbile franceză, engleză, italiană şi germană, începând cu anul 1945 revista-şi accentuiază **caracterul polilingual al expresiei sale scrise** şi capătă un' **caracter franco-englez,** exprimându-se în mod principal în limbile franceză şi engleză, iar în mod secundar în limbile italiană, germană şi română".

Autorul justifică procedarea pe considerentele că „posibilităţile de expresiune pluriformă în scris sau în limbagiu vorbit sunt considerate pentru orice fiinţă ca un nivel spiritual superior mono-expresiunei sau monofoniei" fiind convins că „un poliglotic ordinar este inferior omului monolingual profund" totuşi „omul monolingual este în mod obişnuit, în înţelesul strict al cuvântului un limitat".

Autorul se socoteşte un turburător al tradiţiei româneşti, întrucât procedând astfel „Revista nu ţine cont de tradiţia academică a periodicilor române medicale apărute până acum într'o anumită ţinută quasi-uniformă ca expresie exterioară. De altfel toţi cei care au introdus pe planul manifestărilor vieţii noui forme dincolo de cadrul tradiţional, au fost socotiţi ca turburători ai regulelor admise de vremea lor".

M. C.

* * *

Societăţi ştiinţifice

SOCIETATEA DE MEDICINA AERONAUTICĂ

In ziua de 25 Mai 1945, s'a inaugurat în localul şi sub auspiciile Aeroclubului Regal al României, şedinţele de referate ale Medicilor Aeronauticei **).

Prezidează D-l Col. D-r **Apostol Odiseu**, Directorul Serviciului Sanitar al Aviaţiei, asistat de D-l Comandant av. **Stănculescu Ioan**, Secretarul General al Clubului Aeronautic şi Medic Lt.-Col. D-r **Victor Emanoil**.

---

*) româno-francez, întrucât titlul principal era exprimat în limba română. N. R.

**) Cu această ocazie s'au pus bazele înfiinţării unei *„Societăţi ştiinţifice de Medicină Aeronautică"*, sub preşedinţia activă a D Col. D-r Odiseu Apostol, şeful serviciului sanitar S. S. A, în cadrul acestei Societăţi va apare un *„Buletin de Medicină Aeronautică"*.

D-l Col. D-r Apostol O. citeşte scrisoarea D-lui C-dor Ing. **Marcu V.**, Secretarul General al S. S. Aerului către Medicii Aeronauticei prin care aduce mulţumiri pentru activitate şi se dă îndemnuri spre folosul Medicinei Aeronauticei.

Se comunică referatul Domnului Maior D-r Diacicov cu titlul **„Dioninotherapia în afecţiunile polului posterior al ochiului“.**

D-l Lt. Col. D-r Victor Emanoil în numele D-lui Col. D-r Apostol Odiseu şi al D-sale comunică lucrarea D-lor, despre **„Pandemiile malarice provocate de transportul prin avioane al anofelilor în America de Sud, Antile şi Bahama“.**

Comunicarea aceasta suscită o serie de discuţiuni şi concluziuni cu privire la măsurile de desinfectare preventivă a personalului navigant şi al aeronavelor.

Dl. C-dor av. Stănculescu I., comunică o serie de judicioase observaţiuni asupra **practicei sborului în legătură cu aptitudinele fizice ale personalului navigant** punând o serie de probleme care vor fi studiate de Institutul Central de Psihotehnică al Aeronauticei de sub conducerea Med. Lt. Col. D-r Tesio Anton.

D-l Col. D-r Boeriu Valeriu comunică **„Etiologia scarlatinei şi a tipurilor de streptococi hemolitici frecvente în epidemiile din România şi alte ţări“.**

D-l Col. D-r **Apostol Odiseu**, ridicând şedinţa, anunţă referatele ce vor face subiectele reuniunilor următoare şi mulţumeşte D-lui Comandor av. **Stănculescu J.**, Secretarul General al Aeroclubului pentru aleasa solicitudine ce poartă acestui cerc ştiinţific şi propune o serie de reuniuni mixte tehnico-aero-medicale pentru colaborarea tuturor ramurilor de activitate ştiinţifică din Departamentul Aeronauticei.

Digitized by Carol Davila University Library Cluj

SOCIETATEA DE TERAPEUTICĂ

In ziua de 29 Aprilie 1945, a avut loc şedinţa de reconstituire **Soc. de Terapeutică**, sub preşedenţia D-lui Prof. Iacobovici. D-nul Prof. Băltăceanu a arătat că existenţă Soc. de Terapeutică este necesară faţă de progresul continuu a acestei ramuri medicale şi faţă de interesul crescând pe care corpul medical îl arată problemelor de terapeutică. D-sa accentuează încă necesitatea participărei şi celorlalte ramuri medicale ca: terapeutica chirurgicală, agenţii fizici, farmacodinamia, botanica medicală, etc..

S'a ales următorul **Comitet**:

Preşedinte: Prof. G. Băltăceanu; vice-preşedinţi: D-r Grossman, Prof. G. Niculescu, D-r Enăchescu, D-r Cociaşu E.; secretar general D-r T. Şaragea; casier: D-r Pârvulescu M.; bibliotecar: D-r Herşcovici A.; secretari de şedinţă: D-r Covali N., D-r Stroescu V., D-r Tomescu I. şi D-r Condacse A.

* * *

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA

SECȚIA JUD. TURDA-CLUJ

In ziua de 26 Februarie 1945, a avut loc o ședință plenară a Colegiului secțiunea Turda-Cluj, ținută în localul Spitalului Militar Oradea-Turda.

D-l D-r Todea Corneliu expune în prima parte sub titlul: **Considerații asupra corelației între sifilisul și cancerul hepatic, în legătură cu un caz clinic,** istoricul și evoluția unui caz de tumoară neregulată hepatică cu reacția B. Wassermann intens pozitivă. Pe marginea acestui diagnostic, se discută corelația Sifilis-Cancer.

Se face diagnosticul diferențial cu cirhoza, chist hidatic, Tbc., Amiloidoză. Tratamentul antiluetic aplicat cu preparate de bismut și mercur nu a produs nicio ameliorare și bolnavul sucombă după o evoluție de 3 și jum. luni, cu fenomene de insuficiență hepatică gravă (melenă, hematemeză, gingivoragii).

Discuții: Tratamentul antiluetic și administrarea în acestea cazuri de preparate de Hg., Bi și Jod, sau preparate arsenicale tetravalente

D-l D-r Todea, în partea a doua expune și prezintă **un bolnav de 57 ani, care timp de 28 zile a prezentat semnele fizice de condensație pulmonară;** temperatură, stare generală alterată, tusă și expectorație muco-purulentă.

Radiologic umbră omogenă a lobului pulmonar superior stg., cu centrul spre ramolire. Cazul devine interesant din moment ce apare o tumoretă inflamatorie, localizată în peretele abdominal, sub hypochondrul drept. Dela această apariție, starea generală se schimbă, ameliorându-se rapid. Dispare atât fizic cât și radiologic orice semn de condensație pulmonară.

Se crede, că **în peretele abdominal s'a desvoltat un abces,** care a avut rolul unui abces de fixație. In caz de evoluție benignă se pot produce și vindecări spontane.

Discuții: Se amintesc vindecări spontane și în alte cazuri de durată mai lungă, unde au fost încercate diferite metode, fără rezultat imediat.

D-l D-r Lupescu Valeriu desvoltă în cadrul unei conferințe **„Etiologia și complicațiile abceselor dentare"** arătând rolul important al cariilor dentare neglijate și rău tratate, cari trecând prin stadiul de pulpită, gangrenă, periodontită acută apicală, dau abcesele dentare, cari pot forma o periodontită acută difuză purulentă sau ieșind la suprafață, produce abcesul care se deschide ori spontan ori este deschis de un bisturiu. Uneori abcesul rămâne în faza sa inițială, formând granulomul dentar, a cărui rol de focar de infecție este cunoscut în producerea multor afecțiuni cronice.

Discuții: Se discută posibilitatea producerii abceselor dentare și pe cale sanghină sau limfatică, nu numai prin continuitate și rolul analog al lor cu cel al amigdalitelor ca focare de infecție.

D-l D-r Bota Enea prezintă practic **reacția Küdicke-Steuer** pentru diagnosticarea rapidă a tifosului exantematic, arătând avantagiile în raport cu reacția Weil-Felix, fără însă a se putea cunoaște preciziunea rezultatelor.

D-l Președinte comunică venirea la Turda a D-lui Profesor D-r Kernbach pentru 10 Martie 1945, când va ține o conferință despre **„Noi orientări în medicina modernă".**

Digitized by Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

ACITOPHOSAN

pentru combaterea gripei şi răcelii

2—8 tablete pe zi

In toate anemiile şi în reconvalescenţă

FERCUPAR

tablete

Fer, cupru, ficat şi vitamina B

Fabrica de produse chimice fostă „GEDEON RICHTER" S.A.R.
BUCUREŞTI V, Str. LOCOFĂTUL TĂUT No. 99. — Tel. 5.69.03

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluţie şi tablete

Antispasmodic energic

conţinând totalitatea alcaloizilor izolaţi din rădăcină de belladona

Jodoterapia pe cale parenterală prin

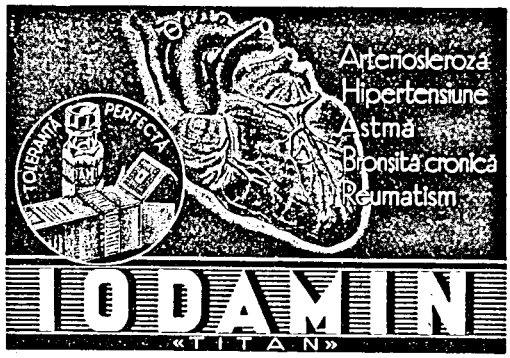
VASOJOD

Subcutan — intramuscular — intravenos

Fiole de 2 şi 5 cc.

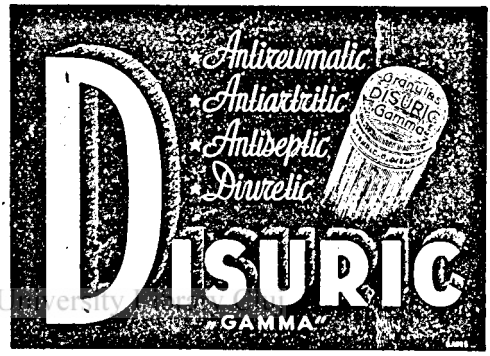
conţinând 4 respectiv 10 mgr. jod

Fabrica de produse chimice fostă „GEDEON RICHTER" S.A.R.
BUCUREŞTI V, Str. LOGOFĂTUL TĂUT No. 99. — Tel. 5.69.03



MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

Reprezentanța p. România: S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32