UL XII-lea, No. 5—6 MAIU-IUNIE 1939

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală 257

LUCRĂRI ORIGINALE

P. VANCEA: PROBELE FUNCTIONALE IN OFTALMOLOGIE *(Partea III-a)* . . 265

V. GOMOIU: D-R TIMON SI ISTORIA VARIOLIZARII 275

I. LEONIDA: RASPUNS UNOR CONSIDERATIUNI CRITICE FACUTE TEORIEI ENDOCRINE A PELAGREI 282

P. NEAGOȘ: CONSIDERATIUNI LA TRATAMENTUL TRANSPIRATIEI BACILARILOR PRIN CALMANTE CORTICALE SI CEREBRALE 285

C. G. PITZINGER: CONTRIBUTIUNI LA ACTIUNEA SOCULUI INSULINIC ASUPRA STARILOR DE INHIBITIE 289

A. STOIANOVICI: INJECTIILE INTRADERMICE CU BAZE AMINATE SI AUTOHEMOTERAPIA INTRADERMICA IN TRATAMENTUL ALGIILOR REUMATISMALE SI AL ALTOR ALGII 295

S. SURUGIU: DARE DE SEAMA ASUPRA ACTIVITATII LABORATORULUI DE IGIENA DIN TULCEA PE ANII 1932-1939 307

I. STUPARIU: CONSIDERATIUNI ASUPRA ALOR 348 LAPAROTOMII EXECUTATE LA SPITALUL DE FEMEI DIN CLUJ IN ANUL 1938 310

Prof. D-r GH. NICULESCU: LECTIA INAUGURALA LA CATEDRA DE FARMACOGNOZIE SI FARMACODINAMIE DELA FAC. DE FARMACIE DIN BUCURESTI . . . 319

O. SONEA și D. POPESCU: ZILELE MEDICALE DIN BRASOV 327

ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE

Pelagră . . . pag. 335. — Migrenă . . . pag. 336. — Cancer . . . pag. 338. — Erisipel . . . pag. 338. — Constipația . . . pag. 339. — Febra menstruală . . . pag. 340. — Nefrite acute . . . pag. 341. — Plăgi . . . pag. 342. — Tifoidă . . . pag. 344. — Ulcerul g.-duodenal . . . pag. 344.—

CONGRESE

Adunarea gen. a Asoc. G-rale a Medicilor — București, Iunie 1939. 346

Al III-lea Congres de Radiologie și Electrologie — Iași, Mai 1939. 348

Al XVIII-lea Congres de Hidr. și Climat. medicală — Buc., Mai 1939. 349

Al IV-lea Congres național de Tuberculoză — Cernăuți, Mai 1939. 353

(Urmare pag. 2 cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

428 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Cărți — Monografii — Teze

LUCRĂRI ROMÂNEȘTI

M. ZAVERGIU-THEODORU: **Considerațiuni asupra hranei și locuinței asiguraților din București.** — București, Tip. „Astoria", 1939 . . 361

F. GOTTLIEB și I. FUX: **Sindromul dureros acut în cursul concreșiunilor calcare din regiunea umărului, 1938.** Tip. V. Carageale, București. 362

FILIP GOTTLIEB și A. DORTHEIMER: **Tumora benignă solitară osoasă, cu celule gigante.** — București, 1938. (Lucrare din Spitalul Caritas și Noua Maternitate). 363

CORNELIU RADU: **Problema denatalității, mortinatalității și mortalității infantile. Cauze și remedii. Aspecte din județul și municipiul Arad.** — Inst. grafic „Concordia", Arad, 1937. 363

Rec. de *M. Paraschivescu*

LUCRĂRI STRĂINE

R. DEGOS, et E. LORTAT-JACOB: **La Dermatologie** — Collection de „Les petits précis", Maloine éd. 1939 — 2 volumes; chaque volume: 18 fr. Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI. . . . 365

L. BALDENWECK: **Oto-Rhino-Laryngologie.** — (3-ème Edition avec 83 figures). — Collection les „Petits Précis" — 18 fr. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine Paris VI-e 366

LOUIS CAILLON: **Le Livre du Diabetique. Hygiène. Régime. Traitement.** — Vient de paraître: 8-ème Edition. — Un volume de 184 pages. Collection „Le Livre du Malade". — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI. 366

TEZE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Teze de Doctorat No. 1783-1897/1938-1939 prezentate și susținute la Facultatea de Medicină din Iași 367

Diverse — Informațiuni

Principiile de bază în organizarea spitalelor. 371
Tuberculoza în România. Tuberculoza în mediul rural. 374
† **Profesorul N. Zaharescu-Karaman.** 376

II

COMITETELE DE DIRECȚIE, REDACȚIE ȘI DE COLABORATORI *101*
Din „SUMARUL" No. viitoare *102*
TABLA PUBLICITAȚII CASELOR FARMACEUTICE *103*
REVISTA PRESEI MEDICALE ROMANE — ANALIZE *104*
LUCRĂRI PRIMITE LA REDACȚIE *105*
CONDIȚIUNI DE PUBLICITATE ȘI ABONAMENT *106*

Redacția și Administrația:
„Mișcarea Medicală Română"
Str. Sf-ți Arhangheli, 9
Craiova — România

ABONAMENTUL
pt. Medici . . . . 250 lei
pt. Instituții . . 500 „
1 Număr . . . . . 50 „

CRONICA DE MEDICINĂ SOCIALĂ

ACTUALITĂȚI SANITARE

Sub acest titlu, **D-l Prof. Moldovan** publică în Buletinul Eugenic și Biopolitic No. 9—10/1938 un interesant articol privitor la **Organizația noastră sanitară în legătură cu noua lege administrativă.**

După ce arată *situațiile* pe *cari* le *creiază noua* lege *administrativă*, care „*nu mai* poate fi nici o îndoială, că deastădată urmărește în mod hotărât și sincer desconcentrarea și trecerea unei serii de importante atribuțiuni asupra nouei unități de conducere, care este Ținutul", D-l Prof. Moldovan face următoarele propuneri:

1. Să se acorde Ținutului *atribuțiuni sanitare în limita cerințelor urgente, a competințelor și mijloacelor de cari* pot dispune. Inspectoratul Sanitar să devină organul de conducere și control al Serviciului sanitar descentralizat.
2. Asupra Inspectoratului Sanitar, să treacă o serie de atribuțiuni, azi ale Serviciului Sanitar județean, cum sunt ordonanțări, verificări, problema invalizilor, etc., urmând ca medicul primar de județ să fie mai disponibil pentru activitatea de control și îndrumare.
3. Să se *organizeze* plasa sanitară ca unitate de executivă și îndrumare preventivă.
4. Să se reducă în acest fel atribuțiile medicului de circumscripție la nivelul capacității sale.
5. Să fie sporite atribuțiunile și mijloacele de acțiune ale *Institutelor* de Igienă și sănătate publică.

*

In același articol, ocupându-se de: **Problema surorilor de ocrotire,** D-l Prof. Moldovan arată că se simte nevoia unui număr tot mai mare de surori de ocrotire.

Ne-ar trebui 300—400 surori noui în fiecare an și școlile azi în ființă dau 40—60 absolvente.

Pentru a ajunge la numărul necesar de surori de ocrotire, D-l Prof. Moldovan propune creiarea de noui centre de instrucție la *Timișoara, Craiova,* Chișinău sau Cernăuți.

D-l *Prof. Moldovan critică* apoi *sistemul* organelor de conducere ale Institutiei surorilor de ocrotire „cari sunt stăpânite de ambiția de a-și transforma școlile în academii și de a-și spori în acest fel prestigiul propriu; ...doritoare de a-și căștiga simpatii străine prin acceptarea docilă a normelor programatice venite *din alte părți* și *lipsite de o concepție proprie românească*.....

In legătură cu aceasta D-l Prof. Moldovan revine cu un articol publicat în No. 1—2/1939 al Buletinului Eugenic și Biopolitic intitulat: **Origina și rostul instituției românești a surorilor de ocrotire.**

Dela primele rânduri, autorul precizează: „Instituția surorilor de ocrotire este o creiație românească născută din nevoile specifice nouă; ea a fost dela început acomodată acestor nevoi și nu a imitat întru nimic exemple străine. Din primul moment ea a fost gândită și creiată ca o instituție preventivă adresată colectivității și în deosebi țărănimei și nu ca o profesiune cu rost principal curativ, adresat individului bolnav".

Întru susținerea acestor afirmațiuni publică extrase din Cuvântările și articolele D-sale asupra aceste probleme, începând din 1919 din care reiese:

Instituția surorilor de ocrotire a fost dela început cu un rost preventiv, atribuțiunile curative fiind mai mult de ordin secundar.

Instituția surorilor de ocrotire are menirea de a-și desfășura activitatea educativă în primul rând în satul românesc. Acestei meniri trebue să se conformeze și selecțiunea și instrucția surorilor.

Instituția surorilor de ocrotire este o creiație românească născută din cerințe românești și acomodată lor.

Școala din Cluj a fost prima în lume, alcătuită în organizarea și programul ei întreg în mod precis în vederea menirei preventive a instituției surorilor de ocrotire.

După ce precizează rostul Instituției surorilor de ocrotire D-l Prof. Moldovan se ridică și contra intenției de a schimba denumirea Instituției numind-o a „surorilor de asistență". Arată deosebirea între noțiunile de ocrotire și de asistență, arată cât de nimerită a fost denumirea inițială.

Articolul se încheie cu considerațiuni asupra dificultăților prin cari trebue să răsbată la noi o Instituție „de însemnătate vitală", care după 20 ani de luptă grea are a se teme „de noui piedeci să-i oprească mersul, să-i denatureze rostul, să-i primejduiască ființa și viitorul".

PROFILAXIA ȘI COMBATEREA BOLILOR INFECȚIOASE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Monitorul Oficial No. 72/25 Martie 1939, publică **Regulamentul pentru profilaxia și combaterea bolilor infecțioase.**

Regulamentul precizează, dela început, că întreaga conducere a acțiunii de profilaxie și combatere a acestor boli o are ministerul sănătății și asistenței sociale, care stabilește din punct de vedere tehnic normele unitare de procedare, obligatorii pentru toate instituțiunile și serviciile, ori de cine ar depinde ele din punct de vedere bugetar.

Pentru a corespunde acestor îndatoriri, ministerul sănătății va avea, pe lângă concursul consiliului superior al sănătății și asistenței, al comisiunii bolilor infecțioase și sociale — și pe acela al Academiei de medicină, al institutului de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino" și al institutelor de igienă și sănătate publică.

In înțelesul acestui regulament, boală infecțioasă este orice infecțiune transmisibilă, indiferent de gravitatea ei, cuprinse fiind sub această noțiune și infecțiunea purtătorilor și eliminatorilor de germeni, infecțiunile inaparente și cazurile suspecte.

Redăm câteva din noțiunile cuprinse în acest regulament:

Declararea boalei.

Descoperirea și declararea oficială a unei boli infecțioase, ca și luarea primelor măsuri oficiale, cade în sarcina medicului de circumscripție.

Oricine ar lua cunoștință de o boală infecțioasă — precizează regulamentul la art. 12 — fie ca sigură sau numai bănuită, are obligațiunea de a

aduce cazul la cunoştinţa medicului de circumscripţie în timp de cel mult 24 de ore. Această obligaţiune o au atât medicii de orice categorie şi personalul auxiliar sanitar, ca şi orice altă persoană care ajunge la cunoştinţa unui caz de boală infecţioasă. Sunt obligaţi în deosebi să anunţe pe medicul de circumscripţie fără întârziere: capul familiei, primarul, conducătorii de instituţii sau stabilimente publice sau particulare, de şcoli, internate, azile, spitale, clinici, mănăstiri, hanuri, hotele, închisori, stabilimente industriale, comerciale, agricole.

Sunt obligaţi să anunţe autoritatea sanitară locală, medicii veterinari şi ajutorii lor, cari în timpul şi cu prilejul exercitării profesiunii lor au cunoştinţă de boli infecţioase la animale, transmisibile la om.

Membrii corpului didactic sunt obligaţi să anunţe directorului şcolii orice lipsă dela şcoală a unui elev, mai lungă de trei zile, iar directorul va vesti imediat pe medicul de circumscripţie.

Deasemeni, preoţii, rabinii, hogii, sunt datori a vesti medicului de circumscripţie cazurile de boli infecţioase, sau suspecte ca atari, ce ar descoperi în casele în care intră spre a îndeplini serviciul cultului.

Obligaţia de a anunţa autoritatea sanitară superioară, medicul igienist (medicul primar de judeţ sau şef de municipiu) de orice caz sigur sau suspect de boală infecţioasă, revine şi medicilor militari în a căror unitate se declară cazurile de boală infecţioasă.

Medicul de circumscripţie are datoria să declare autorităţii sanitare superioare, ca şi Institutului de higienă, orice caz de boală infecţioasă sau bănuită. Ajuns în cunoştinţa unui caz de boală infecţioasă, este obligat de a lua fără întârziere măsuri de izolare şi de dezinfecţie, procedând în acelaş timp la facerea anchetei epidemiologice.

Izolarea.

Izolarea persoanelor infectate sau suspecte de a fi infectate, a bolnavilor sau a celor fără manifestaţii morbide, se poate face la domiciliul lor, atunci când autoritatea sanitară consideră că se pot realiza toate condiţiunile pentru prevenirea contagiunilor. În cazurile când izolarea la domiciliu nu prezintă toate garanţiile necesare, autoritatea sanitară are dreptul să dispună transportarea şi izolarea persoanelor infectate, la spital, infirmerie sau localuri anume destinate pentru aceasta.

Izolarea este interzisă la domiciliu şi trebue în mod obligatoriu făcută la spital, în cazurile de: holeră, ciumă, lepră, tifus exantematic, febră recurentă şi variolă.

La scarlatină, dizenterie baccilară, febră tifoidă, febrele paratifoide, parotidită epidemică şi turbure, izolarea fiind admisă la domiciliu, persoana infectată se va separa de restul familiei, având acces în cameră numai persoanele de îngrijire.

La difterie, poliomielită, meningita cerebro-spinală şi encefalita epidemică, se vor separa de persoana infectată numai persoanele care urmează să-şi continue ocupaţiunile în afară.

Când un bolnav de o boală infecţioasă este izolat la domiciliu, medicul oficial — în afară de cazul când este el însuşi medic curant al bolnavului — nu se poate amesteca în tratamentul acestuia fără cererea familiei sau a persoanelor cari au asupra lor răspunderea îngrijirii bolnavului.

Toate cheltuelile privind izolarea şi îngrijirea persoanelor infectate cad în sarcina autorităţilor sanitare şi administrative locale respective.

Pentru izolarea şi tratamentul persoanelor infectate se va înfiinţa în fiecare capitală de judeţ câte un spital, serviciu sau secţie de ajutor de boli infecţioase. O secţie de spital pentru boale infecţioase va funcţiona în mod obligatoriu de îndată şi pe lângă fiecare spital de plasă sau de specialitate, amenajate cu boxe individuale.

În oraşele cu o populaţie mai mare de 50 de mii de locuitori aceste spitale vor trebui să aibe cel puţin 60 de paturi.

Măsuri în stabilimente şi şcoli.

Patronii sau proprietarii de întreprinderi industriale sau comeciale de orice natură, sunt obligaţi să execute pe cheltuiala proprie toate măsurile prescrise de autoritatea sanitară, pentru a preveni şi combate bolile infecţioase. Ei nu

vor putea reprimi la muncă un angajat care a suferit de vre-o infecțiune, decât în baza unui certificat medical, care să ateste absența pericolului de infecțiune.

Oridecâte ori se ivește un caz de infecțiune printre elevi sau personalul unei școli, unui cămin sau internat școlar, autoritatea sanitară locală va lua în înțelegere cu medicul și direcțiunea institutului, toate măsurile necesare prevenirii infecțiunilor în școală și prin școală. Suspendarea cursurilor se va ordona de medicul higienist, cel mult pe timpul incubației obișnuite a infecțiunei respective și nu peste 10 zile.

Pentru orice caz de contravenție la acest regulament se stabilesc o serie de penalități cu amenzi dela 500 la 50.000 lei.

Mai departe noul „Regulament" coprinde toate **Noțiunile de epidemiologie și serovaccinațiune**, expunând cunoștințele actuale de constatarea, epidemiologia specială, profilaxia specială, măsurile generale față de febra tifoidă, dizenteria bacilară, difterie, scarlatină, parotidita epidemică, meningita cerebrospinală epidemică, rugeolă, morvă, antrax, tetanos, tifosul exantematic, varicelă, variolă, poliomielită, gastro-enteritele toxi-infecțioase, gripă, tusea convulsivă, febra recurentă, febra ondulantă, encefalita epidemică, erizipel, holeră, ciumă, conjunctivita granuloasă, lepră, malarie, tuberculoză, sifilis, blenoragie, limfogranulomatoza inquinală venerică, turbare, tularemie.

Se continuă cu **Instrucțiuni privind desinfecția și deparazitarea** în practică, cu metodele uzuale și tecnica lor; prezentându-se și schița unui cuptor de deparazitare.

Se mai arată cum trebue să se facă **Recoltarea produselor patologice** și se dau **Instrucțiuni relative la întrebuințarea serurilor terapeutice și vaccinurilor.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La sfârșit se prezintă diferitele **Modele de fișe, registre de tabele necesare în constatarea epidemiilor și bolilor sociale.**

Acest regulament ar trebui tipărit în broșură și pus la dispoziția întregului corp medical.

Operă utilă asemănătoare, dar parțială, face până în prezent Institutul de Sero-Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" care publică numai **Instrucțiunile referitoare la întrebuințarea preventivă și curativă a sero-vaccinurilor.**

La reimprimare este de dorit însă ca la scarlatină numele lui Pastia să fie înlocuit cu acela al D-rului C. Grozovici, semnul sau fenomenul plicilor roșii de la coate fiind descris de acesta; paragraful diagnosticului clinic sau epidemiologic la numeroasele boale să fie revizuit și complectat; — la etiologia tifosului exantematic să se afirme cu mai puțină certitudine existența parasitului Rickettsia Prowazeki ca agent patogen al boalei, chestiunea nefiind încă pe deplin elucidată; ș. a.

CUM SE VA DESFĂȘURA NOUA CAMPANIE SANITARĂ

La 15 Martie a început noua campanie sanitară, întreprinsă de organele M-terului Sănătății publice.

Intreaga acțiune pe care ministerul sănătății și-o propune pentru anul 1939, urmează să se încadreze în mai multe etape:

1. **Prima etapă, între 15 Martie și 16 Aprilie** este consacrată tuturor pregătirilor necesare, în vederea activității ce intenționează a se desfășura.

O propagandă bine susținută prin conferințe referitoare la igiena individuală, alimentațiune, locuință, sub toate aspectele ei (orientare, așezare, compunere și întrebuințare) și creșterea copiilor, conferințe ce urmează să se țină de către personalul medical existent pe tot cuprinsul țării, în centrele rurale, unde sunt spitale ruraleși unde se vor aduce, prin îngrijirea autorităților, locuitori mai multor sate la un loc, se va organiza prin îngrijirea medicilor primari de județe.

Cu concursul căminelor culturale și acolo unde nu există cămine, cu concursul administrațiunii și al reprezentanților diferitelor departamente se va căuta să se încadreze acțiunea în obiceiul deja existent în poporul nostru, ca în preajma sărbătorilor Paștilor să se facă o revizuire completă de igienă și salubritate a gospodăriilor, stabilindu-se pentru ultima săptămână a igenei, în care, sub supravegherea factorilor sanitari, se va proceda la o minuțioasă acțiune de îndemn, de educațiune și de realizare a acestei igiene și salubritate a gospodăriilor și a oamenilor și de asanarea satelor și orașelor.

2. A doua etapă, între 15 Aprilie și 31 Mai, echipe sanitare, formate din medici stagiari și personal sanitar auxiliar aflat pe zonă, vor acționa, după aceleași instrucțiuni și norme date de minister, după un program stabilit și anunțat anterior, controlând și punând la punct evidența sanitară pe anul în curs, stabilind cazurile de boale sociale, întocmind și completând fișele de gospodărie, verificând îndeplinirea lucrărilor de salubritate, ce trebuiau să fie executate de anul trecut și până în anul acesta, iar la nevoie întocmit programul pentru viitor.

Paralele cu această activitate, vor concura la profilaxia bolelor contagioase și la profilaxia și tratamentul bolelor sociale alături de personalul sanitar de stat, aflat pe teritoriu.

Lucrările fiecărei echipe vor fi consemnate zilnic prin procese verbale, înscrise în registrul respectiv, procese verbale ce vor trebui să evidențieze întreaga activitate a echipei.

3. A treia etapă, se va desfășura între 1 Iunie și 1 Octomvrie, în care, prin îngrijirea medicilor primari de județ, echipele formate din medici stagiari vor acționa separat după felul și numărul bolelor sociale aflate în județ în care scop vor utiliza toate datele aflate la organele sanitare locale, toate puse la punct în cursul activității echipelor din a doua etapă.

Dela 1 Septembrie până la 1 Octombrie se va concentra o activitate deosebită, privind aplicarea de măsuri de igienă și de profilaxie cât se poate mai complete în zona desemnată manevrelor.

4. Dela 1 Octombrie până la 30 Noembrie activitatea întregului corp medical se va concentra asupra elementului școlar, iar ultima săptămână din Noembrie va fi din nou o săptămână a igienei, cu care ocaziune se va face din nou o revizuire a igienei și salubrității gospodăriilor.

In afară de această acțiune sanitară, executată cu personalul sanitar aflat în stagiul militar și completată cu elemente luate dela diferite formațiuni sanitare, întreaga activitate a aparatului sanitar de stat va fi cât se poate mai mult îndreptată în direcțiunea igienei și profilaxiei căutând să se realizeze în masa mare a populațiunii românești un mediu de viețuiri cât mai favorabil desvoltării firești și normale a poporului nostru și cât mai puțin favorabil realizării condițiunilor, care stânjenesc și-i amenință viața.

O cercetare și continuă orientare a condițiilor de viață a poporului mai ales în mediul rural și o intervenire cât mai promptă și mai apropiată pentru a se îndrepta și remedia toate obstacolele ce se pun unei bune stări sanitare, este singurul mijloc cu care putem să pregătim și să realizăm rezultatele cele mai favorabile, la sănătatea noastră a tuturor.

In anul acesta ministerul sănătății îmbrățișează cu un deosebit interes chestiunea alimentării cu apă a mediului rural și în acest scop a și pus la dispoziția ținuturilor sumele necesare pentru înfăptuirea a cca. 1.000 de fântâni igienice și sistematice în întreaga țară, aceasta pentru un început, început care se va adresa în primul rând comunelor, în care în cursul anului trecut au fost epidemii de febră tifoidă sau dizenterie, pentru ca odată aceste fântâni realizate, să putem pe de o parte oferi locuitorilor apă bună de băut, iar pe de altă parte să putem să închidem și desființăm vechile fântâni, cauza atâtor boale și nenorociri.

Deasemeni, o problemă care preocupă ministerul este aceea a înființării

Babeș-Bolyai University Library Cluj

sau susţinerii de brutării în mediul rural, mai ales în satele, în cari pelagra a făcut progrese îngrijorătoare şi a adus atâtea victime.

Alături de această preocupare, trebue, ca personalul sanitar de stat, cu concursul autorităţilor, să convingă şi să împiedece ţărănimea de a planta şi cultiva vita de vin terasă, până la găsirea soluţiunii desfiinţării ei pe toată suprafaţa ţării noastre, singura măsură eficace şi atât de importantă în profilaxia alcoolismului şi urmărilor lui.

Pentru tratamentul guşii se vor face înlesniri necesare în scop de a se asigura procurarea de sare iodată, pe regiunile stabilite.

Preocuparea insistentă de a face ca fiecare ţăran să-şi sădească în ograda lui zarzavatul necesar alimentaţiunii, va trebui să fie o acţiune pozitivă în cursul acestui an.

Alături de această acţiune de igienă şi profilaxie şi pe tot timpul anului, întreg personalul medical va trebui, ca, într'un efort comun, să continue opera atât de valoroasă şi atât de bine primită a echipelor de specialişti, cari, în ciuda tuturor greutăţilor întâmpinate, au afirmat un suflet, au adus cel mai mare sprijin sănătăţii şi au creiat acea mentalitate plină de interes a ţărănimii noastre, pentru îngrijirea sănătăţii ei.

*

In anul acesta, ministerul îşi propune a da o deosebită atenţiune concentrării tuturor forţelor sanitare în 10 judeţe: Maramureş, Turda, Caraş, Argeş, Romanaţi, Constanţa, Cahul, Orhei, Iaşi şi Câmpulung — aceasta în îndoitul scop:

1. De a putea completa aparatul de stat sanitar în măsura posibilităţilor bugetare şi a personalului sanitar superior şi inferior disponibil, prin organizarea cât mai completă a unei sau mai multe circumscripţii, după posibilităţi, de fiecare judeţ şi

2. De a putea studia cât mai amănunţit problemele de medicină socială, care se pun în mod mai acut în aceste judeţe, de a stabili un program cât mai apropiat pentru profilaxia acestor boale şi pentrru a realiza cât mai neîntârziat o ridicare a sănătăţii locuitorilor din acel judeţ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Alături de aceste două scopuri urmărite, se va căuta să se dea dispensarelor, spitalelor rurale, preventoriilor, sanatoriilor, spitalelolar judeţene, laboratoriilor, etc .o organizare şi o întrebuinţare cât mai aproape de nevoi şi de realităţi.

Pentru realizarea acestei importante acţiuni, ministerul s'a adresat serviciului social, pentru ca în cadrul prevederilor legale şi cu sprijinul Fundaţiilor regale culturale să se realizeze o colaborare cât mai efectivă cu celelalte departamente, în scopul de a se creia în aceste judeţe circumscripţii sau plăşi model, care să servească în tot timpul pentru orientarea restului judeţului în toate ramurile de activitate şi pentru ca să se evidenţieze care este binefacerea şi valoarea unei bune şi cât mai apropiate colaborări.

Cu concursul atât de preţios, pe care Academia de medicină l-a găsit necesar să-l ofere acestei înfăptuiri, prin hotărârea care a luat-o, ca cei mai reputaţispecialişti ai ţării noastre, calificaţi pe probleme sociale, să ia sub conducere, să studieze, să supravegheze şi să dirijeze întreaga activitate a aparatului sanitar de stat, în direcţiunea studiului acestor probleme în cele 10 judeţe, este nu numai dovada interesului deosebit pe care o asemenea înfăptuire o ridică, dar mai ales este mărturia unui ajutor prompt şi eficace, pe care această înaltă instituţiune ţine să-l aducă în soluţionarea problemelor de ordin medico-social la noi în ţară şi deci pentru ridicarea şi apărarea sănătăţii poporului.

Ministerul apreciază că va găsi şi în anul acesta aceiaş participare a tuturor departamentelor şi a instituţiilor de stat sau particulare la opera de colaborarela care apelează pentru continuarea acţiunii începută în anul trecut, ale cărei înfăptuiri nu se pot valorifica decât prin continuarea şi susţinerea ei.

ALIMENTAȚIA POPULAȚIEI RURALE.

In momentul când organele ministerului sănătății publice, anunțând programul după care se va desfășura campania sanitară în anul acesta, își propun a înființa brutării în mediul rural, mai cu seamă în satele în cari face ravagii pelagra, socotim de cea mai mare importanță a atrage atenția asupra unor recente lucrări medicale românești cari ajung la concluziuni extrem de interesante în ceeace privește etiologia și mijloacele de combatere ale acestei afecțiuni, a cărei patogenie nu se mărginește la consumarea de porumb alterat.

Ast-fel, în chiar numărul de față al revistei, în articolul „Pelagra în România" D-nii Prof. Al. Slătineanu, I. Nițulescu și D-ra M. Sibi, bazați pe lucrările Școalei de la Iași, pe cari o reprezintă, pun înainte în explicația mecanismului patogenic al pelagrei, existența turburărilor digestive, pe cari le constată la toți pelagroșii; sau la predispușii debilitați printr'o hrană insuficientă sau parțială și cărora orice cauză nouă de debilitare sau boală le grăbește apariția semnelor clinice de pelagră, aceste turburări digestive ar consta în colite de fermentație sau putrefacție survenite pe terenul pregătit de consumarea exccesivă de porumb chiar nealterat, cu hiperaciditate intestinală, floră microbiană abundentă cari dau naștere la diverse produse toxice și le favorizează rezorbția.

„Cauza primordială a pelagrei rămâne alimentația aproape exclusivă cu porumb; atunci când țăranul s'ar alimenta în afară de porumb cu carne, legume, lapte și grăsimi animale, pelagra — dacă nu ar dispare — ar fi considerabil diminuată și pentru schimbarea aceasta de regim se impune o propagandă activă și o educație nouă a oamenilor".

Iată deci depășită larg problema înființării de brutării în combaterea pelagrei.

Iar o lucrare recentă, executată sub auspiciile Institutului de igienă și sănătate publică din Iași, datorită D-lui D-r I. Bogdan, asistent universitar, preconizează Tratamentul cu histidină în pelagră.

Autorul, plecând de la constatările făcute prin examene gastroscopice la câteva pelagroșii la cari a găsit constante lesiuni ale mucoasei gastrice, identice cu acelea cari se obțin prin derivația duodeno-pancreatică-biliară, — a ajuns la concluzia teoretică că există în pelagră o carență de substanțe albuminoase anume de amino-acizi, histidina dintre toți acizii aminați fiind singura care oprea apariția fenomonelor ulcerative.

Aplicând acest tratament pe un lot de 90 pelagroși în diverse stadii de evoluție, la cari a variat regimul alimentar după condițiile situației bolnavilor, a obținut resultate extrem de favorabile.

Redăm concluziile generale la cari a ajuns autorul:

Toți pelagroșii au beneficiat de tratamentul cu histidină, indiferent de stadiul, forma sau gravitatea simptomelor.

Au beneficiat în mai mare măsură de histidină și mai repede acei care au fost internați în spital urmând un regim bogat în proteine animale.

Toți bolnavii cercetați (29), au avut variate câștiguri în greutate.

Atât preventiv cât şi curativ, am obţinut sută în sută rezultate bune şi durată destul de lungă (18 luni).

Histidina pare să fie deci acel factor antipelagros care previne şi curează pelagra.

In afară de carenţa de histidină simptomatologia ca şi tulburările humorale şi funcţionale în diversele organe se identifică cu tulburările produse de o amină toxică, histamina, derivată prin decarboxilarea histidinei.

Histamina provine prin decarboxilarea histidinei şi îşi are următoarele surse: exogene şi endogene.

A. **Exogene.** a) Graţie monotoniei alimentare şi ca urmare schimbarea florei bacteriene intestinale, se creiază un mediu propice intestinal care favorizează diverse putrefacţii şi fermentaţii. Prezenţa în fecalele pelagroşilor a mai mult de 30 specii bacteriene aminofile şi mediului puternic acid, ne indică transformarea histidinei un diamino acid prezent în aproape toate organele corpului, într'o substanţă extrem de toxică histamina.

b) Altă sursă exogenă de histamină se află chiar din alimentele ingerate: borşul, murăturile, scrumbia, carnea afumată sau sărată.

B. **Surse endogene.** a) Ca urmare a efectului toxic al histaminei se produce în organism o marcată stare de acidoză. Se produce atunci pentru tamponarea acestei stări de acidoză, o dezagregare a proteinelor organice care conduce la acea stare de astenie generală, iar ca date chimice, polypeptidemie, protidemie şi probabil amino-acidemie cu posibilitate de de transformare a acestor amino-acizi în aminetoxice.

b) O altă sursă de histamină este musculatura. S'a publicat deja că în timpul travaliului muscular, la naştere mai ales dacă există şi stază venoasă, o cantitate mare de histamină.

c) Altă origină a histaminei este pielea. S'a văzut că sub influenţa radiaţiilor ultraviolete histidina din piele se transformă în histamină dând naştere, după intensitatea radiaţiilor şi după timpul de expunere la un eritem mai mult sau mai puţin accentuat şi mai mult sau mai puţin persistent.

Factorul toxic din pelagră este deci histamina, care ar putea fi numită factor pelagrogen.

Vedem dar că pelagra ar fi datorită lipsei unui factor, factorul antipelagros, factorul P. P., adică histidina, în acelaş timp cu prezenţa unei amine toxice, histamina, factor palagrogen, care provine tocmai prin decarboxilarea histidinei [1]).

O altă lucrare, pe care pentru moment ne mărginim a semnala, lucrare de valoare excepţională care pune în întregul ei problema alimentaţiei la noi, din punct de vedere evolutiv şi static, în cadrul antropogeografiei şi istoriei economice, este **Alimentaţia poporului român** de D-l D-r Ion Claudian, carte tipărită de curând de Fundaţia pentru literatură şi artă „Regele Carol II".

Asupra acestei lucrări vom insista în deosebi.

M. CÂNCIULESCU

---

1) Aceste cercetări dozările de histidină şi de histamină sunt încă în curs de executare şi vor fi publicate în vara anului 1939, în colaborare cu d-ra M. Sibi, d-l d-r I. I. Claudatus, d-ra El. Bogdan şi d-ra d-r Ana Bogdan — adaogă autorul în josul lucrării sale.

PROBELE FUNCȚIONALE IN OFTALMOLOGIE

de

D-r P. VANCEA
Conferențiar Universitar

Partea III-a.

3. TECHNICILE FIZIOLOGICE ȘI BIOCHIMICE.

Explorarea sistemului organo-vegetativ al ochiului.

Este cunoscut, că mai toate țesuturile organismului au o inervație organo-vegetativă, care este totdeauna dublă și antagonistă. In stare normală, ambele sisteme se găsesc într'un echilibru perfect, care poate fi ușor modificat într'un sens pozitiv sau negativ, prin modificările mediului umoral, prin leziunile căilor nervoase sau prin leziunile organice ale țesutului corespondent.

Cercetările farmaco-dinamice și fizio-patologice au arătat, că stările vegetative sunt, în general, stări de ipertonie sau ipotonie, iar lucrările din ultimul timp au precizat, în detaliu, technica explorării simpaticului și parasimpaticului.

Diferitele metode, recomandate în acest scop, pot fi clasate în trei grupe principale:

1. Studiul reflexelor vegetative.
2. Probele farmaco-dinamice.
3. Probele biologice.

Din prima grupă voi descrie numai reflexul oculo-cardiac și oculo-vascular, iar dintre probele farmaco-dinamice numai proba atropinei și ortostatismului a lui Danielopolu, ca metodă generală de cercetare și proba colirurilor ca metodă de determinare a tonusului local, încheind acest capitol cu câteva considerațiuni asupra metabolismului bazal, ca test biologic în explorarea sistemului nervos organo-vegetativ.

Reflexul oculo-cardiac.

Compresiunea globilor oculari modifică ritmul cardiac producând, fie o încetinire a bătăilor cordului, fie o accelerare a acestora. Intr'un mod schematic s'a spus că dacă compresiunea încetinește apreciabil cordul, indivdiul este vago-tonic și invers, dacă ea accelerează, individul este simpaticotonic. In realitate însă, reflexul oculo-cardiac nu este un

fenomen izolat, el face parte din grupul reflexelor nervoase organo-vegetative şi compresiunea oculară are răsunet aproape în toate teritoriile inervate de simpatic şi parasimpatic. In adevăr, odată cu modificările ritmului cardiac, compresiunea oculară accelerează mişcările respiratorii la simpaticotonici şi le micşorează la vagotonici. In acelaş timp se produc în organism modificări vazo-motorii însoţite de variaţiuni ale tensiunei arteriale, tulburări secretorii importante (poliurie, glicozurie), fenomene pilomotoare şi după cum a arătat Danielopolu şi contracţiuni în stomac, intestine, vezică.

Reflexul oculo-cardiac se determină în mod următor:

Bolnavii pe cât se poate „a jeun", în decubitus dorsal, sunt lăsaţi liniştiţi notându-li-se frecvenţa pulsului. Se comprimă apoi globii oculari într'un mod lent şi progresiv, fără a produce dureri. Compresiunea se poate face fie cu aparate speciale (Barrêt, Bailliart), fie cu indexul şi mediul dela mâna stângă, pulsul numărându-se cu mâna dreaptă. Guillaume recomandă înregistrarea grafică a reflexului, fără de care orice interpretare prezintă o valoare îndoelnică, notându-se în acelaş timp ora zilei, momentul probei în raport cu perioada digestivă şi epoca în raport cu ciclul menstrual. Compresiunea oculară durează 15 secunde, iar numărarea pulsului se va face în tot timpul compresiunei şi 15 minute după terminarea ei. Cifrele găsite se vor compara cu acelea dinaintea probei. Se zice că un reflex este normal, când încetinirea pulsului este cuprinsă între 4—12 pulsaţii şi pozitiv, când încetinirea trece peste 12 pulsaţii pe minut. In acest caz, bolnavul este un vagotonic menifest. Reflexul este nul, când încetinirea este sub 4 pulsaţii şi inversat, când în loc de încetinire obţinem accelerarea pulsului. In acest ultim caz bolnavul este simpaticotonic. Reflexul oculo-cardiac apare mai precis după o prealabilă injecţie subconjunctivală de clorură de sodiu 5%, după cum a arătat Aubineau, iar prezenţa globului ocular nu este absolut indispensabilă procederei sale, pentrucă Magitot şi Bailliart au reuşit să producă relexul după enucleaţia globului, prin injectarea în orbită a 20 cc. de geloză la 40 de grade.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Reflexul oculo-vascular.

Danielopolu, Simici, Radovici şi Carniol au arătat, că compresiunea oculară produce o serie de reflexe, pe care le-au denumit oculo-viscerale cu repercuţiuni asupra sistemului nervos vegetativ. Pe o pletismogramă periferică, reflexul oculo-vascular se compune dintr'o fază de vazo-constricţie şi o fază care uneori poate lipsi de vaso-dilataţie (A-slan). In stările de ipertensiune ale sistemului nervos vegetativ, reflexul este mai accentuat. Compresiunea ochiului drept produce modificări mai accentuate pe pletismogramá dreaptă decât pe cea stângă după cum compresiunea ochiului stâng produce reacţiuni mai mari de partea stângă. Această constatare pledează pentru o acţiune directă a compresiunii oculare asupra vaselor periferice.

Cercetările Profesorului Michail făcute împreună cu Vancea, asupra modificărilor reflexului oculo-vascular, sub influenţa operaţiilor oculare cele mai uzuale a arătat că operaţiile, care măresc reflexul oculo-vascular sunt şi acelea, cari se însoţesc de ipertensiuni intraoculare, în timp ce operaţiile cari diminuă şi suprimă acest reflex sunt tocmai acelea, cari se însoţesc de o puternică ipotensiune oculară. Studiind, pe de altă parte, acţiunea frigului, a căldurii şi a diatermiei medicale în aplicaţii oculare asupra reflexului oculo-vascular, Michail şi Vancea stabilesc următoarele fapte:

1. Aplicarea picăturilor reci asupra globilor oculari are de rezultat să accentueze evident reflexul oculo-vascular normal în ambele sale faze (adică de vaso-constricţie urmată de vaso-dilataţie periferică), producând o deosebită accentuare în special a fazei de vaso-constricţie periferică. Aceste accentuări ale refle-

xului oculo-vascular, devin cu deosebire intense la un interval de 15—20 de minute dela începutul aplicării picăturilor reci.

2. Aplicarea căldurei are de rezultat să diminue intensitatea reflexului oculo-vascular. Această diminuare merge în unele cazuri rari, chiar până la suprimarea completă a reflexului oculo-vascular.

3. Diatermia medicală aplicată asupra regiunei oculare, produce întocmai ca şi căldura, o diminuare a reflexului oculo-vascular, diminuare care se menţine încă 10—15 minute după suprimarea aplicării diatermice.

Proba lui Danielopolu.

Danielopolu a arătat că atropina este o substanţă amfotropă, cu o dublă acţiune. Ea excită, într'o primă fază, parasimpaticul producând o rărire a bătăilor cordului, iar într'o a doua fază ea paralizează progresiv parasimpaticul şi accelerarea cardiacă se măreşte paralel. Această paralizie poate fi completă şi cu o doză suficientă de atropină se pot suprima toate efectele vagului ca şi cum acesta ar fi secţionat. In această împrejurare numai antagoniştii acţionează şi accelerarea obţinută nu este altceva, decât exteriorizarea acestei libertăţi de acţiune. Odată stabilit faptul, că atropina permite separarea celor două grupe nervoase vegetative suprimând pentru moment unul din ele, Danielopolu a propus atropina ca probă de tonus, servind a cifra tonusul absolut al sistemului vegetativ. Bazat pe cercetările lui Strauss, care a observat că în anumite stări patologice pulsaţiile cordului variază în raport cu ridicarea sau culoarea bolnavului, Danielopolu, combinând variaţiunile ortostatismului cu proba atropinei a dat la iveală proba care-i poartă numele, utilizată astăzi de aproape unanimitatea clinicienilor. Danielopolu deosebeşte nervilor vegetativi un tonus absolut şi altul relativ. Tonusul absolut al simpaticului sau parasimpaticului este reprezentat prin puterea de activitate a organelor, atunci când sunt sub dependenţa exclusivă a unuia din aceste sisteme. Tonusul relativ rezultă din acţiunea combinată a ambelor sisteme asupra diferitelor organe.

Un exemplu va ilustra mai bine acest lucru. Să presupunem, că la un individ media normală a regimului cardiac este 70. Acest ritm normal, după Danielopolu, reprezintă tonusul relativ al inimei. Dacă paralizăm cu atropină vagul, obţinem o accelerare a pulsului, care poate merge până la 125 de pulsaţii pe minut; cifra 125 reprezintă tonusul absolut al simpaticului şi dacă din ea se scade tonusul relativ al inimei, care în exemplul nostru este 70, obţinem tonusul absolut al vagului.

Proba Danielopolu se execută astfel:

Persoana de examinat este culcată în decubitul dorsal şi lăsată liniştită câteva minute pentru a-i-se stabiliza pulsul care este notat cu grijă. Persoana este apoi ridicată şi din cauza orto-statismului, pulsul se accelerează. Se numără timp de 2—3 minute pulsul astfel mărit şi valoarea tahicardiei obţinute reprezintă tonusul relativ al simpaticului. Culcându-se din nou, pulsul său revine la cifra iniţială şi în acest moment se poate începe paralizia vagului prin injecţii succesive de atropină. Prima doză de atropină va fi de o jumătate de miligram. Ea produce o rărire transitorie, care atinge maximum după 5 minute. Unii cercetători trec dela început la dozele paralizante de atropină (un miligram—1 şi jumătate), cu toate că este mai prudent, ca vagul să fie paralizat cu ajutorul injecţiilor succesive de mici doze de atropină ($1/2$ apoi $1/4$ mgr.). Micile doze de atropină, injectate

succesiv, își adiționează efectele lor și cu fiecare nouă injecție numărul pulsațiilor se mărește progresiv. La un moment dat, accelerarea atinsă rămâne staționară și o nouă doză de atropină numai accelerează ritmul. Practic se poate spune că în acest moment vagul este paralizat. Cifra pulsului în acest stadiu, reprezintă tonusul absolut al simpaticului și diferența dintre cifra pulsului, după și înaintea probei, reprezintă tonusul absolut al parasimpaticului. Ridicându-se din nou persoana, ortostatismul excită simpaticul și ritmul cardiac se accelerează și mai mult. Cifra găsită, în primul moment dela ridicare, reprezintă excitabilitatea absolută a simpaticului, lipsit de antagonistul său. Reculcându-se persoana, se constată, în cazul când pneumogastricul este complet paralizat că pulsul său se micșorează apropiindu-se de acela observat după ulima injecție, fără să se scoboare mai jos. Din contră, în cazul când pneumogastricul nu este complect paralizat, rărirea va depăși cifra găsită la ultima injecție și nu o va atinge decât câteva minute mai târziu. Danielopolu a numit acest fenomen rărire clinostatică și-l consideră ca fiind foarte important, pentru că grație lui ne putem da seama, în mod rapid și sigur, dacă paralizia vagului este completă sau nu. În stare normală, tonusul simpaticului este cuprins între 116—128, iar tonusul vagului se găsește în jurul lui 50.

Cercetările mele personale asupra tonusului organo-vegetativ în oftalmologie mi-au arătat, că aproape în toate afecțiunile oculare există o deviațiune a tonusului organo-vegetativ dela tipul său normal. Astfel în cataractă tonusul este deviat către simpaticotonie (69%), în glaucon către amfotonie și simpaticotonie (96%), în trachom către vagotonie, în catarul primăvăratic către amfotonie (100%), etc.

Determinarea tonusului vegetativ local prin coliruri.

Intr'un memoriu publicat în Annales d'Oculistique din August 1926, Prof. Michail și Vancea ocupându-se de acțiunea atropinei și pilocarpinei, în soluție de 1% și adrenalinei, în soluție de 1‰, în instilații oculare asupra vaso-motorilor conjunctivali pun cei dintâi problema determinării tonusului ocular local prin acești alcaloizi. In cercetările lor, primele două coliruri provoacă o reacțiune vasculară conjunctivală, care începe cam la 3—4 minute după instilare, în cazul atropinei și 1—2 minute în cazul pilocarpinei, atingând maximul său în timp de 5—15 minute pentru atropină și 4—5 minute pentru pilocarpină. Această reacțiune vasculară conjunctivală se termină, în cazul atropinei într'o jumătate până la o oră și jumătate, iar în cazul pilocarpinei într'o ½ și 2 ore.

Atropina și pilocarpina în instilații conjunctivale dovedesc deci o remarcabilă acțiune vazo-dilatatoare locală. Această reacțiune vasculară ar putea constitui, după intensitatea ei, o probă revelatoare a tonusului para-simpatic vascular conjunctival și foarte probabil și a tonusului para-simpatic, vascular, ocular, în general. Examenul microscopic, la lampa cu despicătură, a arătat că acești alcaloizi nu produc numai simple modificări ale calibrului vaselor conjunctivale, ci în acelaș timp și perturbațiuni ale curentului lor circulator, însoțit de fenomene de transudație plasmatică. Acțiunea vaso-constrictorilor oculari domină pe aceea a vaso-dilatatorilor.

Metabolismul bazal.

Studiul metabolismului bazal permite de a evalua, în mod global, intensitatea și activitatea schimburilor cari caracterizează viața neuro-vegetativă și acesta este și motivul pentru care metabolismul bazal este cercetat din ce în ce mai mult în clinică. El a fost studiat în legătură cu afecțiunile glandelor de secreție internă, în afecțiunile diverselor

organe şi în bcalele infecţioase, dând rezultate de o mare importanţă practică. Nu este locul să insist aci asupra acestor rezultate, voi arăta numai că metabolismul bazal a fost găsit mărit în limfo-granulomatoza afebrilă, în Basedow şi în ipertensiunea arterială esenţială şi micşorat în avitaminoze, şocul traumatic şi anafilactic, în obezitatea mixedematoasă şi în distrofia adipozo-genitală.

In oftalmologie metabolismul bazal a fost studiat pentru prima oară de către Prof. Michail şi Bendescu, cari au arătat, că el este modificat în cataractă, glaucom kerato-conjunctivita exematoasă şi trachom.

Explorarea ochiului prin probe de laborator.

Bcalele oculare fiind intim legate de morfologia generală a individului, în interpretarea lor trebueşte să se ţină seamă de datele examului general, care în cazul când sunt insuficiente se vor completa prin date de laborator cât mai variate.

Aceste ultime date cuprind:

1. Examenul lichidului cefalo-rachidian pentru explorarea biologică a sistemului nervos.
2. Examenul sângelui.
3. Examenul urinei pentru explorarea funcţiunei renale.
4. Examenul umoarei apoase.
5. Examenul lacrimilor.

1. Examenul lichidului cefalo-rachidian.

Lichidul cefalo-rachidian se obţine prin puncţia lombară. De câţiva ani s'a introdus în clinică puncţia occipitală care este o preţioasă întregire a puncţiei lombare. Ea dă relaţiuni asupra stării lichidului cefalo-rachidian în regiunile superioare ale nevraxului şi este indicată în toate cazurile, în care puncţia lombară este imposibil de practicat sau când focarul patologic se găseşte în vecinătatea cisternei magna. Practicată concomitent cu puncţia lombară, puncţia suboccipitală ne dă relaţiuni asupra blocajului spaţiului subarachnoidian.

Examinarea lichidului cefalo-rachidian în oftalmologie va comporta după Igersheimer cercetarea sistematică a:

a) Presiunei lichidului cefalo-rachidian.
b) Numerotarea limfocitelor.
c) Reacţiunea Pandy şi Nonne Appel.
d) Cercetarea reacţiei Wassermann, care va fi completată cu cercetarea aceleiaşi reacţii în sânge.

Cu ajutorul acestor metode de cercetare, Igersheimer a pus în evidenţă corelaţia foarte strânsă, care există între numeroase afecţiuni oculare sifilitice (irita în perioada secundară a infecţiei, afecţiuni ale nervului optic cu tulburări de conductibilitate, tulburări pupilare, etc.) şi unele modificări patologice ale lichidului cefalo-rachidian.

După experienţa clinicei noastre reacţiunile care practicate sistematic pot da maximum de rezultate în concordanţă cu clinica sunt:

1. Măsurarea presiunei.
2. Observarea aspectului lichidului.
3. Determinarea numărului limfocitelor.
4. Dozarea cantitativă a albuminei totale.

5. Reacţia Pandy, Nonne-Appelt.
6. Reacţia Wassermann.
7. Reacţia Müller.
8. Reacţia cu benzoe-coloidal.
9. Excepţional se caută şi se dozează zahărul.

2. Examenul sângelui.

Examinarea sângelui în oftalmologie va comporta cercetarea sistematică a:

1. Coagulabilităţii sângelui (procedeul pe lamă, procedeul cu eprubeta, sau metoda prin clorură de calciu a lui Marcel Bloch).
2. Determinarea albuminelor (metoda refractometrică).
3. Determinarea azotului total a azotului rezidual şi a ureei.
4. Determinarea glucozei (metoda Fontès - Thivolle, Hagedorn - Jensen).
5. Determinarea calciului.
6. Determinarea colesterinei (metoda Grigaut).
7. Derterminarea clorurilor.
8. Determinarea hemoglobinei (aparatul Sahli sau Tallquist).
9. Reacţiunea de sedimentare a globulelor roşii.
10. Determinarea rezistenţei globulare.
11. Numărătoarea globulelor roşii.
12. Numărătoarea globulelor albe.
13. Numărătoarea plăcuţelor sanghine.
14. Determinarea formulei leucocitare.
15. Reacţiunea de fixare a complimentului (pentru sifilis, tuberculoză, chist hidatic, trachom, etc.).
16. Determinarea grupelor sanghine.
17. Reacţiuni de floculaţie.

Dozarea ureei prezintă în semiologia oculară un interes particular. Peste 3 gr., ea comportă un prognostic foarte grav atât vital cât şi ocular. Retinita albuminurică se întâlneşte de regulă în aceste cazuri grave.

Servindu-se de metoda lui Kramer-Tisdall pentru dozarea calcilului, Michail şi Vancea găsesc o ipocalcemie în blefaro-conjuctivită exematoasă, în trachom şi glaucom. Prin cercetări de ordin experimental referitoare la cataractă naftalinică, Michail şi Vancea au arătat că alimentaţia naftalinică a epurilor produce o ipercholesterinemie şi o iperglicemie evidentă, alături de leziunile oculare bine cunoscute. Ipercholesterinemia şi iperglicemia naftalinică au un caracter progresiv, prima putând atinge dublul sau chiar triplul cantităţii iniţiale, în timp ce a doua variază în limite mai puţin accentuate. Aceste constatări experimentale apropiate de ipercholesterenemia bolnavilor cu cataractă, tind să arate că la baza cataractei s'ar găsi leziuni endocriniene pancreatice.

Vancea, studiind reacţiunea lui Abderhalden în afecţiunile corneene, găseşte că în sângele bolnavilor cu afecţiuni corneene există fermenţi de apărare în timp ce în umorul apos acești fermenţi nu există.

Tot Vancea a arătat că serul bolnavilor cu trachom, utilizat în injecţii intravânoase la epuri, prezintă aceiaşi toxicitate ca şi acea a unui ser normal, iar cu privire la reacţiunea de deviere a complementului în trachom, cu antigen adenoidian, spre deosebire de Sgrosoo, n'a găsit o reacţiune pozitivă decât în 12% din cazuri.

Pe de altă parte, verificând ipoteza lui Loeper, Lemaire, şi Lesur, privitoare la creşterea puterii disolvante a serului în anumite afecţiuni Michail şi

Vancea arată că în patologia oculară nu se poate afirma existența serurilor cu o putere cholesterino-disolvantă mărită, pentru că serurile tuturor bolnavilor studiați de ei s'a arătat puternic precipitante în prezența cholesterinei cristalizate.

Cercetând reacțiunea de sedimentare a globulelor roșii în patologia oculară Michail și Vancea arată că toate procesele patologice deslănțuite la nivelul aparatului vizual produc modificări însemnate în viteza de sedimentare a globulelor roșii.

In general aceste modificări variază în raport cu evoluția boalei oculare fiind mai accentuate în afecțiunile în legăturile cu o boală generală. Concluziunea la care ajung este că reacțiunea de sedimentare, repetată de mai multe ori la celaș bolnav poate arăta într'o oarecare măsură gravitatea boalei și evoluția sa.

Numărarea globulelor roșii și a globulelor albe permit depistarea anemiilor și eventuala lor legătură cu leziunile oculare de un diagnostic incert.

Vancea a publicat cazul clinic al unei bolnave care a 4-a zi după înțărcatul unui copil face o emoragie orbitară în absența oricărei modificări a stării sale oculare și a oricărui fenomen inflamator orbitar. Cauza acestor tulburări Vancea o pune pe seama trombocitopeniei pe care bolnava a prezentat-o în tot cursul evoluției boalei sale oculare, trombocitopenie care după părerea sa era datorită pătrunderei în circulația generală, a coloidelor laptelui retenționat în urma întreruperii brusce a alăptării.

3. Examenul urinei și materiilor fecale.

Examenul urinei este limitat la căutarea și dozarea elementelor anormale: albumină, zahăr, pigmenți biliari, sânge, puroi și la un examen isto-bacteorologic.

Cât despre examenul materiilor fecale, oculistul poate fi uneori pus în situațiunea de a căuta paraziți intestinali. Examenul materiilor fecale se poate face direct sau după fixare și colorare.

4. Examenul umoarei apoase.

Analiza umoare apoase poate fi făcută din punct de vedere citologic și chimic prin metode de microdozaj.

Umoarea apoasă din punct de vedere citologic se examinează după fixarea cu acid osmic 2% centrifugare și colorare cu May-Grünwald-Giemsa sau metoda lui Pappenheim.

Din punct de vedere chimic se determină concentrația în cloruri albumină și zahăr. Pentru determinare clorurilor noi ne servim de metoda cu acid tricloracetic a lui Mestrezat, iar pentru zahăr de metoda Hagedorn-Jensen.

Homologia umoare apoase și a lichidului cefalo-rachidian a condus la crearea unei micrometode pentru reacțiunea cu benzoe coloidal, obținându-se rezultate concordante cu acelea date de metoda originală.

Cercetarea fierului prin analiza umoarei apoase (Coppez).

Când prin sideroscopie și radiografie nu se poate evidenția un corp străin intraocular se poate recurge la cercetarea fierului prin analiza umoarei apoase. Este un mijloc de explorare care-și păstrează toată valoarea mai ales la o dată îndepărtată de accident, atunci când procedeele obișnuite devin nesigure sau insuficiente.

Pentru a evita erorile legate de prezența hemoglobinei, trebuește procedat la analiză fără să se distrugă materia organică și să se caute prezența ionului fer. Fierul în hemoglobină nu este liber și nu poate

prin urmare fi pus în evidenţă prin nici un reactiv. In cazul corpului străin, fierul se găseşte în starea anorganică mai mult sau mai puţin oxidat şi pentru a demonstra prezenţa sa este suficient de a-l disolva şi a-l caracteriza prin procedee obişnuite. La acest procedeu de explorare trebueşte recurs în toate cazurile de traumatisme în care apar simptome siderotice.

5. **Examenul lacrimilor.**

Lacrimile au o compoziţie chimică variabilă în raport cu starea istologică a epiteliului glandular care li-a produs. După Magaard lacrimile ar conţine 98.1% apă, 1.9 rezidiu uscat, în care albumină, resturile epiteliale, mucusul şi grăsimea ar reprezenta 1.5%, iar clorurul de sodiu 0.4%. Cu privire la această ultimă cifră, cercetările lui Michail şi Vancea făcute cu ajutorul metodei lui Rousnyak au arătat că cifra medie a eliminării lacrimale a clorurei de sodiu este de 0.823%. Acest rezultat a fost confirmat şi prin cercetări gravimetrice şi potenţiometrice.

Examinarea lacrimilor din punct de vedere biochimic şi fiziologic constitue o problemă complexă, pentru că în realitate, lichidul care se colectează în unghiul intern a ochiului la nivelul lacului lacrimal, nu este produs numai de glandele lacrimale, dar provine şi din glandele conjunctivo-palpebrale cari ori cât de puţine ar fi, conferă lichidului calităţile sale primordiale de vâscozitate şi de aderenţă.

Având în vedere rolul senzorial şi de protecţie al acestui lichid, perturbaţiile şi deficienţele sale pot determina leziuni anatomice ale epiteliului superficial cornean însoţite de tulburări funcţionale diverse dintre cari triada: bleforospasm, fotofobie şi lăcrimare este cea mai des întâlnită. Pentru acest motiv, cunoaşterea cât mai exactă a fiziologiei şi fizio-patologiei acestui lichid pe care Rollet l-a botezat precorneean, prezintă un mare interes practic. Metodele pentru examinarea sa nu sunt încă definitiv puse la punct. In Clinica noastră, s'a făcut de către D-l Prof. Michail şi elevii săi, o serie de cercetări asupra unui singur component chimic al acestui lichid, clorurul de sodiu, aducându-se contribuţiuni de o mare valoare ştiinţifică la cunoaşterea fiziologiei şi fiziopatologiei lichidului lacrimal. Metoda utilizată de noi ar putea constitui un admirabil mijloc de explorare a funcţiunilor glandei lacrimale şi cu acest titlu, cred că merită să arăt în rezumat concluziunile cercetărilor făcute în această direcţiune de Şcoala Oftalmologică dela Cluj.

Iată aceste concluziuni:

1. Cifra medie a eliminării clorurului de sodiu prin lacrimi la ochii normali este de 0.823‰ (Michail şi Vancea).

2. Afecţiunile acute ale ochilor diminuă eliminarea lacrimală a clorurului de sodiu, spre deosebire de afecţiunile cronice care o accentuează. Variaţiunile pe care le suferă clorurul de sodiu în eliminarea sa lacrimală, constitue unul din faptele cele mai expresive ale funcţiunei lacrimale patologice (Michail şi Vancea).

3. Variaţiunile pe care le suferă eliminarea lacrimală a clorurului de sodiu sub influenţa pilocarpinei, atropinei, a extractului de glandă

Babeş-Bolyai University Library, Cluj

lacrimală şi a reflexului oculo-cardiac, arată că excitarea simpaticului provoacă urcarea, iar excitarea vagului provoacă scăderea eliminării lacrimale a clorurului de sodiu (Michail şi Vancea).

4. Hormonul ovarian se comportă cu o substanţă simpaticotonă, accentuând eliminarea lacrimală a clorurului de sodiu. Acţiunea sa diferă de aceea pe care o are asupra aparatului circulator, care nu reacţionează decât la femeie şi cu deosebire în perioada sa de activitate sexuală (Michail şi Vancea).

5. Injecţiile soluţiunilor de cloruri de sodiu produc efecte simpatice când sunt practicate în jurul regiunei oculare, efecte amfotone când sunt executate în zone mai îndepărtate de ochi şi sunt fără nici un efect asupra eliminării lacrimale a clorurului de sodiu când sunt practicate în alte regiuni decât faţa (Michail, Păcurariu, Zolog).

6. Regimul alimentar declorurat prin variaţiunile pe care le provoacă în eliminarea lacrimală a clorurului de sodiu, poate fi considerat ca revelator al distoniilor latente neuro-vegetative oculo-orbitare (Michail şi D-ra Rusu).

7. Injecţiile intramusculare de lapte influenţează simultan şi în acelaş sens atât termogeneza cât şi eliminarea lacrimală a clorurului de sodiu, acţiunea lor fiind totuşi mai prelungită asupra acestui ultim element. Eliminarea lacrimală mai accentuată a clorurului de sodiu în aceste împrejurări coincidând cu scăderea procentului său în plasma sângelui pare a indica mecanismul provenienţei sale (Michail şi Vancea).

8. Simpatectomia pericarotidiană provoacă scăderea eliminării lacrimale a clorurului de sodiu. Revenirea ulterioară la normal a acestei eliminări indică intervenţia altor grupe de fibre lacrimo-secretorii, cari par să aibă chiar legături anastomotice între cele două plexuri pericarotidiene (Michail, Pop şi Ciplea).

BIBLIOGRAFIE

Behr C.: Die Untersuchung des Intermediaren Gesichtsfeld. Ber. üb. d. 43 vers. d. Opht. Ges. Jena 1922/216. — **H. Lauber:** Ueber Spiegeln im rotfrein Licht. Kl. M. F. A. 1930/287 Bd. 85. — **Raul Costa Leonnon:** Zur skelettfreien Bulbus-Aufnahme nacht Vogt. Bd. LXXXXVI. 1936—234. — **M. Lopez Enriguez:** Weitere neuerungen zur Untersuchung des Augenhintergrundes mittels Spaltlame. Kl. M. F. A. Bd. LXXXXVI. 1936—181. — **A. Kamogawa** Ueber die Blutdruckveränderungen in der Zentralarterie der Netzhaut durch Lagewechsel des Körpers bei gesunden Menschen. Kl. M.F.A. LXXXXVII, 1936—611. — **Koeppe L.:** Die Mirkoskopie des Lebenden Kammerwinkels im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe- I. Teil v. Graef's Arch. f. Opht. Bd. 101, 1, 1919, X. 29, —48—66. — **Koeppe L.:** Die Mikroskopie des lebenden Kammervinkels im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstlampe. II Teil. v. Graefe's Arch. f. Opht. 101 2/3 1920—238—256. — **A. Meesmann:** Die Mikroskopie des lebenden Auges an der Gullstrandschen Spaltlampe mit Atlas typischer Befunde. Urban u. Schwarzenberg Berlin 1927. — **D. Michail:** Cercetări asupra eliminării lacrimale a clorului de sodiu. Clujul Medical No. 4, Aprilie 1936. — **Michail D. et P. Vancea:** L'Inervation vasomotrice de l'oeil. Recherches sur les vasomoteurs de la conjonctive. Annales d'oculistique. TCLXIII 1926, 561—589. — **Michail et Vancea:** Recherches sur l'action de l'atropine et de la pilocarpine en injections intracarotidiennes. C. R. de la Soc. de Biologie. T.XCIV 1926—151. — **Michail et Vancea:** Recherches sur le pouvoir cholestérinolitique du sérum humain dans les affections oculaires. C. R. de la Soc. de Biologie, T.VCVIII, 1928—1472. — **Michail et P. Vancea:** L'action du froid, de la chaleur et de la diathermie en

applications oculaires sur le réflexe oculo-vasculaire. C. R. de la Soc. de Biologie, T. CV—1930. — **Michail et Vancea:** L'action des différentes opérations oculaires sur le reflexe oculo-vasculaire. C. R. de la Soc. de Biologie. T. CV, 1930—62. — **A. G. Miranda:** Zur Diagnoze der Diplopie. Kl. M. F. A. T. LXXXXVI, 1936—205. — **Sadaaki Suganuma:** Studien über den Blutdruck in der Zentralarterie der Netzhaut. II. Mitteilung. Kl. M. F. A. T. LXXXXVII. 1936—498. — **Sadaaki Suganuma:** Studien über den Blutdruck in der Zentralarterie der Netzhaut. Kl. M. F. A. Bd. LXXXXVI. 1936—74. — **Traquair (Al. M.):** Essential considerations in regard to the field of vision: contraction or depression. The British Journal of Ophthalmology. 1924, 49—58. — **M. Uyemura:** Ueber den Blutdruck in den Kappilaren der Makulagegend der Netzhaut. Kl. M. F. A. LXXXXVI—1936—324. — **Uyemura u. Dr. Sadaaki Suganuma:** Ueber einen neuen Ophtalmo- dinamometer. Kl. M. F. A. T. LXXXXVI. 1936—481. — **P. Vancea** Cercetări experimentale de control asupra unei pretinse ipertoxicităţi a serului şi conjunctivei trachomatoşilor. Clujul Medical, 1924, 89. — **P. Vancea:** La reaction d'Abderhalden dans les affection corneenes. C. R. rend. de la Soc. de Biol. TXC. 1924—135. — **P. Vancea:** *Recherches sérologique sur le trachome.* C. R. de la Soc. de Biologie, 1924—1352. — **P. Vancea:** La réaction de fixation du complement dans le trachome avec antigen adenoidien. C. R. de la Soc. de Biolog. TXCIII 1925—303. — **K. Velhagen jun.:** Das praktitische Farbenerkennungsvermögen farbenuntühtiger Personen für Signale des Luftverkehrs. Kl. M. F. A. LXXXXVI, 1936—442. — **H. Vogt:** Atlas der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges mit Anleitung zur Technik und Methodik der Untersuchung. Berlin J. Spr. 1930. — **A. Vogt:** Zur Technik der Ophtalmoskopie im rotfreien Lichte v. Graefs' Arch. f. Ophthalmol. 1. 99, 1919—195—201. — **E. Woelfflin:** Ueber künstliche Beleuchtung von Sehprobentafeln. Kl. M. F. A. LXXXXVI, 1936—435.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

Tratament general al

REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

Tratament local al

DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură:

I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

Doctorul TIMON ŞI ISTORIA VARIOLIZĂRII

de

D-r V. GOMOIU

Graţie activităţii neîntrerupte pe care am desfăşurat-o timp de aproape un sfert de veac şi la care s'a adăugat mai apoi munca nepreţuită a atâtor colegi, în frunte cu D-nii V. Bologa şi P. Samarian — am ajuns astăzi să putem pretinde că s'a închegat oarecum o „Istorie a Medicinei în România". Dar, din cauza dificultăţilor de care ne-am izbit, această „Istorie" se prezintă cu foarte multe lipsuri şi cu tot atâtea erori, a căror complectare sau corectare reclamă încă multă muncă şi cât mai multe bunevoinţi, aşa că nu este de mirare dacă în lipsa unei biblioteci complecte, „întâmplarea" însăşi este menită să ne dea mare ajutor — ca, de pildă în cazul de faţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In adevăr. Despre „medicul grec Timon" am pomenit şi eu [1]) şi D-l D-r Samarian [2]), ca şi alţii, iar isprava lui cea mai mare părea să fie otrăvirea lui Grigore Ghica, în Decembrie 1674.

De altă parte, despre istoria variolizării în legătură cu istoria medicinei româneşti, m'am ocupat şi eu [3]) şi D-l Bologa [4]) şi D-l Samarian [5]), dar nimănui nu putea să-i treacă prin minte ca să cerceteze în acest scop izvoarele de mai jos, pe care, repet numai întâmplarea mi le-a pus la dispoziţie.

Firește că, atunci când am scris „Istoria medicinei în România", nu m'am gândit să citeşc şi cartea lui Kurt Sprengel (pe care de altfel nici nu o aveam, fiindcă nu mă ocupam cu „Istoria Medicinei" în ge-

---

1) V. Gomoiu: Istoria Medicinei şi a învăţământului medical în România, — Volum de 1206 pagini, Tip. „Cultura", Bucureşti 1923.

— V. Gomoiu, G. şi M. Gomoiu: Repertor de medici, farmacişti, veterinari din ţinuturile româneşti (înainte de 1870), — Volum de 528 pagini, Tip. „Presa", Brăila, 1938.

2) P. Samarian: Medicina şi Farmacia în trecutul românesc (1382—1775), — Vol. de 442 pag., Tip. „Modernă" Călăraşi, 1936.

3) V. Gomoiu: Istoria Medicinei etc. 1923.

— V. Gomoiu: Cu privire la istoria vaccinării în România, — Societatea R. R. de Istoria Medicinei, 17 Februarie 1933.

4) V. Bologa şi I. Ursan: Istoria variolizării, — Archeion, Roma, 1929, vol. XI.

5) P. Samarian: Variolizarea şi începuturile vaccinării, — Revista ştiinţelor medicale, No. 8, August 1931.

neral), dar, mai de curând, devenind membru al Academiei din Halle, *am cercetat memoriile acelei Academii şi astfel am descoperit că* în anul 1717 s'a publicat un articol al lui Gotofred Klaunig [6]) despre „Historia Variolarum", care reproduce un manuscris purtând numele lui „Emanuel Timonius, Constantinopolitanus, în Universitatibus Oxoniensi et Patavina Philosophiae et Medicinae Doctor, et Regiae Societatis Anglicanae Socius. Constantinopoli, Anno 1713". Acest articol este precedat de o adnotare care spune că:

„Hanc Observationem a Potentiss. Regis Sueciae Archiatro, Nob. Sam. de Skraggenstierna accepit Exc. D. D. Klaunig, cui idem Archiater testatus est, se in Turcia locutum fuisse cum curae hujus praeconibus, qui in proprio corpore experimenti illius periculum ex voto fecerant, et hinc commotus a D. Timonio pleniorem informationem cum petiisset, hanc quae sequitur historiam obtinuerat".

Prin urmare, acela pe care l-am numit noi numai „medicul grec Timon" era în realitae Emanuel Timonius, din Constantinopol, doctor în filosofie şi medicină al Universităţii din Osford şi Padova, şi membru al Societăţii regale engleze. Tot de aci mai rezultă că, în 1713, acel Timon se găsea în Constantinopol şi cunoştea sau se ocupa cu variolizarea, şi că, Klaunig primise comunicarea de mai sus de la doctorul Skraggenstierna, archiatrul lui Carol al XII (care, se ştie că în aceia vreme se găsea într'un fel de prizonierat, la Dimotica lângă Adrianopol).

Este greu de precizat cum — unde şi când — a ajuns acel D-r Emanuel Timonius să se ocupe de variolizare dar, luându-ne după Profesorul Felix [7]), atât eu cât şi D-l Samarian am afirmat că acel D-r Timon ar fi fost medicul Domnitorilor Gheorghe Ghica (1658—1659) şi Grigoraşcu Ghica (1660—1664) [8]), dar nu aveam nici o altă bază pe care să ne sprijinim. In schimb, bănuiala lui I. Neculce [9]) asupra rolului îndeplinit de acel Timon, la moartea lui Grigore Ghica, coincide perfect cu afirmaţia lui D. Cantemir [10]), care zice că „precum spuse (Gr. Ghica) pe patul morţii, un medic cu numele Timon, 'i-ar fi dat venin, corupt fiind acesta, după cum spune, de Cantacuzineşti".

Dacă însă ar fi adevărat că Timon a stat în Bucureşti în vremea celor doi Domnitori (de la Decembrie 1659 până în Decembrie 1664 şi apoi de la Martie 1672 până la Noembrie 1674), s'ar putea ca să fi văzut variolizarea chiar la poporul nostru. Acelaşi lucru am putea *să credem şi despre Jacob Pilarino, doctor tot* de la Padova, care a profesat apoi în Atena, Kreta şi Constantinopol, şi totuşi n'a scris nimic despre variolizare. In 1684 însă, a fost adus ca medic la Curtea lui Şerban Cantacuzino, pe lângă care a stat până în 1687. A revenit apoi în ţară, la 1695, şi a devenit (în 1697) „doftorul cel mare" al

6) **Gotofredus Klaunig**: Historia Variolarum, quae per insistionem escitantur, — Academiae Caesaro-Leopoldinae Carolinae Naturae Curiosorum Ephemerides, Centuria V et VI, Noribergae 1717, p. 3—12, obs. II.

7) **I. Felix**: Istoria Igienii în România, — afirmă faptul, citând pe Essarco (Documente veneţiene).

8) Ba încă, am făcut chiar eroarea de a spune că aceşti doi ar fi fost Domnii Moldovei, când în realitate ei au domnit în Muntenia sau „Ţara Românească (N. Iorga).

9) I. Neculce: Letopiseţi, vol. II, pag. 205.

10) D. Cantemir, Istoria Imperiului Bizantin, pag. 419, nota 6.

lui Constantin Brâncoveanu, pe care l-a însoţit, în 1703, până la Adrianopol — de unde, nu ştiu dacă Pylarino s'a mai întors, dar este sigur că, în 1715, fiind consul al Veneţiei la Smirna, a tipărit lucrarea sa despre variolizare [11]).

Ori cum ar fi, intrând de curând în posesia lucrării lui Aubry de la Motraye [12]) trad. franc. din 1727, „Voyages en Europe, Asie et Afrique" *am găsit că*, în vol. II, pag. 115, spune (în Aprilie 1712) următoarele:

„J'allai ensuite visiter le Docteur Timone, un de mes grands amis, et assez connu dans la Republique des Lettres par son merite, et surtout par l'inolation de la petite verole. Il tâchoit de faire revivre cette pratique qui était autrefois *si fort en vogue dans toute la Grece, comme* une chose des plus salutaires, sur tout pour la conservation de la beauté du sexe, et la surêté de la vie de tous les deux. Il entendit avec satisfaction ce que j'avois observé en Circassie à cet égard, et me donna, quelques jours après, les remarques sur lesquelles il se fondoit".

Iar la pag. 98, acelaşi De la Motraye, zice că:

„Je *trouvai les Circassiens* plus beaux, à mesure que nous nous avancions entre les montagnes. Comme je ne voyois personne marqué de la petite verole, il me vient en pensée de leur demander, s'ils avoient quelque secret pour se garantir des ravages, que cette ennemie de la beauté faisoit entre tant de Nations. Ils me dirent qu'oui, et me firent entendre que c'était de l'inoculer, ou de la communiquer à ceux qu'on en voulait preserver, en prenant du pus de quelqu'un qui l'avoit, et le mêlant avec leur sang, par des incisions qu'on leur faisait.

Je résolus là-dessus d'en voir l'operation... J'en eus bientôt une occasion dans un village nomené Degliad, où j'appris qu'on inoculait à une jeune fille de quatre ou cinq ans, quand nous y passames. Elle avait été purgée legerement auparavant... On la porta auprès un jeune garçon de trois ans qui avoit cette maladie, et dont les grains ou pustules commençoient à suppurer. Une vieille femme fit l'operation, car celles de ce sexe qui sont les plus avancées en âge, sont réputées l'être aussi en sagesse et en connoissance, et elles exercent la Médecine. Cette femme prit trois aiguilles liées ensemble, dont elle piqua premierement le creux de l'estomac de la jeune fille; secondement la mammelle gauche vis-à-vis le coeur; troisiemement la cheville du pied gauche, jusqu'a en faire sortir le sang, avec lequel elle mêla du pus qu'elle tira des pustules du malade. Ensuite elle appliqua sur les parties piquées et saignantes des feuilles d'angelique seches... On devoit, me dit-on, l'y tenir chaudement, ne la nourir que d'une espece de bouillie faite de la farine de Camin, etc....

Une autre maniere plus naturelle de communiquer la petite verole, est à ce qu'on me dit, de mettre au lit avec la personne qui l'a, celle à qui on la veut donner, après l'avoir purgée; et cela avant que les grains en soient murs", etc.

Dar partea cea mai interesantă este că, De La Motraye publică la sfârşitul cărţii sale un „Appendix N. I." intitulat „Dissertation Historique du Docteur Timon sur l'inocculation de la petite Verole";. Acest apendice este scris în latineşte şi ocupă mai bine de două pagini.

Este de remarcat că însuşi marele istoriograf medical Kurt Sprengel [13]) citează (în vol. V partea 2, pag. 876) pe A. De la Motraye,

11) J. Pylarino, Nova et tuta variolas excitandi per transplàntàtion methodus" etc., — Venezia, 1715.

12) A. De La Motraye: Travels through Europe, Asia, and into Part of Africa, — London, 1723; — trad. franc. „Voyages du Sr. A de la Motraye, en Europe, Asie et Afrique, A la Haye, 1727.

13) Kurl Sprengel: Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzney-

şi rezumă chiar istorisirea de mai sus, dar nu pomeneşte despre acest „Apendix", iar pe Timon, îl menţionează (Pag. 878) în felul următor:

„Genug, mit dem Anfange des achtzehnten Jahrhunderts war unter den Griechen in Konstantinopol die Impfung ganz fast zu eingführt, und die ersten Nachrichten gaben fast zu gleicher Zeit der Arzt Emanuel Timoni aus Konstantinopol [14]), der venetianische Consul in Smyrna, Jac. Pylarini [15]), und der schwedische Leibarzt, Sam. Skraggenstierna [16]). Sie stimmen darin überein, dass die Ausübung dieser Kunst in den Händen alter Weiber, besonders einer alten Thessalerin, war, di sie durch die heil. Jungfrau offenbart erhalten zu haben versicherte...".

Iar în pag. 879, acelaş Sprengel spune că:

„Etwas später beschrieben auch Anton le Duc und Joh. Kennedy [17]) diese Impfung, wie sie sie selbst in Konstantinopol bemerkt hatten... Im Jahr 1731 fand De la Condamine [18]) din Impfmethode unter den Franken in Konstantinopel noch gerade so, als sie von Timoni und Pylarini geschildert war".

Fără să mai revin asupra altor date istorice, ţin totuşi să fixez atenţia asupra faptului că, aceia conversaţie între De La Motraye şi D-rul Timon s'a petrecut în Aprilie 1712; — că, D-rul Timon a „ascultat cu satisfacţie" dar n'a răspuns nimic atunci, ci abia „după câteva zile" a comunicat observaţiile sale — şi, că, deodată — dar, tocmai în Decembrie 1713 (adică, după un an şi 8 luni) — acelaşi Timon a trimis „memoriul" său, ca pe un fel de circulară, în toată Europa, iar în 1715 apare publicaţia lui Pylarino, a lui Kennedy, şi alţii.

Aceasta mă face să cred că, atât Timon cât şi Pylarino nu dăduseră nici-o importanţă acelei practici populare a variolizării care se practica curent şi pretutindeni, aici în Orient — sau poate chiar o disprefuiseră — şi numai după ce a atras atenţia De la Motraye, şi s'au convins ei înşişi de importanţa ei extraordinară, au comunicat-o şi Occidentului. Dar, pe când Pylarino s'a apucat să publice o carte — a cărei tipărire, de sigur că a durat multă vreme — din contră, Timon, ca să-i apuce înainte, s'a mărginit la un memoriu manuscris, pe care l-a expediat pretutindeni.

Această supoziţie pare să fie confirmată de faptele pe care le relatează amicul meu, D-l Prof. D-r O. T. Hult într'un articol recent apărut în Anuarul Societăţii suedeze de Istoria ştiinţelor [19]), din 1938.

Acest articol este intitulat „Organizarea sanitară şi grija de bolnavi în timpul campaniei ruso-polone a lui Carol al X", dar ar fi meritat foarte bine numele de „complectare la istoria variolizării", — şi,

---

kunde, Fünften Theils zweite Abtheilung (Dritte Auflage), Halle, 1828, par.

14) Acelaşi, citează: „Act. erud. Lips. a 1714 p. 382; — Philos. transact. 485—486, pag. 876, 878.
vol. 29 p. 72 (montuclas) recueil, p. 8 s.".

15) Acelaşi, citează: „Eph. nat. cur. cent. 5.6. app. p. 13.14; — Philos. transact. vol. 29. p. 393.

16) Acelaşi, citează: „Das obs. 2. p. 3 s.".

17) Kurt Sprengel, citează: „Essay on external remedies", Lond. 1715, 8.

18) Acelaşi, citează: „Mém. de l'acad. des scienc. à Paris, a. 1732. pag. 435.

19) O. T. Hult: Om hälso, — och sjukvård under Karl XII: s. Rysk — Polska fälttåg — „Lychnos" (Lärdomhistoriska sämfundets årsbok, 1938, Uppsala ochStockholm, pag. 95—138.

se pare că însuşi autorul a urmărit complectarea şi rectificarea unor date din lucrarea lui V. Djurberg, apărută în 1910[20]).

Din acest articol, aflăm mai întâi că hygiena generală ca şi cea individuală era la un nivel surprinzător:

Raţiunea soldaţilor era abondentă şi bine preparată; — apa de băut era fiartă; — vânzarea laptelui şi prepararea pâinei se făcea sub o supraveghere scrupuloasă; — femeile de moravuri uşoare, erau alungate din lagăr şi bătute cu biciul; — spălarea hainelor şi toileta corporală era supraveghiată de ofiţeri; — resturile erau arse; — closetele erau departe; — beţia şi gălăgia erau pedepsite cu bătae.

Mai aflăm apoi că avea trăsuri speciale (ambulanţe) pentru transportul bolnavilor uşor, şi spitale militare pentru îngrijirea răniţilor şi a bolnavilor gravi[21]). Se zice că Regele Carol XII se interesa personal de tot ce privea starea sanitară, având ca principiu că „este preferabil să expui viaţa oamenilor pe câmpul de bătae, de cât să te închizi într'o tabără şi să laşi armata ca să cadă bolnavă şi să moară de putoare şi de infecţiune".

Din acest articol mai aflăm că, în timpul şederii lui la Bender (Tighina), Carol XII — care fusese rănit în bătălia de la Pultava — a fost tratat de către „primul său chirurg" Melchior Neuman, pe care, De la Motraye îl numeşte (în vol. I, pag. 416) Mr. Newman.

Tot de aci mai aflăm pe medicii Martin Rolfer, Jacob Schultz, şi Jacob Friedric Below care l-au însoţit la Pultava, cum şi pe Samuel Skragge devenit (prin înobilare), Skraggenstierna şi care l-au însoţit apoi chiar la Bender şi la Varniţa; după traducerea mea, pare că au fost în total 7 medici.

O. Hult, spune că unele împrejurări par a dovedi că memoriul lui Timon ar fi fost inspirat chiar de Carol XII, prin medicul său particular Skraggenstierna, despre care amintii.

In sprijinul acestei supoziţii, D-l Hult aminteşte că, în ediţia din 1771 a tratatului pentru boalele de copii, medicul suedez Nils Rosén de Rosenstein afirmă că, în cursul şederei sale în Turcia, Carol XII a cerut să i se facă un expozeu complect şi detaliat asupra înoculării variolei care se practica acolo, şi că un astfel de raport ar fi trimis Carol XII în Suedia; — acel raport — zice O. Hult — nu poate să fi fost de cât memoriul lui Timon.

Acel raport s'a pierdut, dar în biblioteca Universităţii din Upsala, se găseşte un carnet, care a aparţinut chirurgului-bărbier al lui Carol XII, germanul Melchior Neuman, de care amintii; — acesta cuprintre un tratat (pasagiu), în nemţeşte, asupra inoculării variolei, intitulat: „Bericht wie es sich mit dehnen Pocken, so man einem ansetzet verhelt. Wie ich bey Adriannopel 1713 mit Köng Carol XII. war, würde folgendes von Constantinopel, an ihro Köngl. Majst. Presentiret, und würde 100 ducaten zum Recompans gegeben".

20) V. Djurberg: Ur koppympningens historia, — „Hygiea", Stockholm, 1910.

21) Amintesc aceasta de oare ce se ştie că de la 24 Iulie 1709 înainte Carol XII a locuit la Bender (Tighina) în Basarabia, iar în 1711 s'a mutăt la Warnitza (Varniţa), unde a stat până la 5 Februarie 1713, — când a fost făcut prizonier şi a pornit spre Adrianopol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hult conchide că această notă sau „tratat", ar fi o traducere făcută ulterior, la Stockholm, după memoriul latinesc al lui Timon — despre care spune Neuman că ar fi fost trimis de la Constantinopol la Adrianopol și pentru care a plătit Carol XII cei 100 ducați.

Hult zice că ceva mai târziu a primit și Skraggenstierna (medicul lui Carol XII) un memoriu manuscris similar, din partea aceluiași Timon, datat „Constantinopoli, anno 1713, mense Decembrie", și că, după înapoierea sa din Adrianopole, Skraggenstierna a remis acel memoriu doctorului Gotofredus Klaunig din Breslau — care, după cum văzurăm, l-a publicat în memoriile Academiei din Halle, precedând comunicarea sa de nota pe care o amintii deja, și în care spune că, Skragge(nstierna) a cerut lui Timonius acea descriere (a inoculării variolei).

Pentru mine însă rezultă — cum zisei — că Timonius nu înțelesese importanța practicei populare a inoculării variolei, și de aceia n'a publicat nimic, nici înainte și nici după 12 Aprilie 1712, când s'a întreținut cu De La Motraye asupra chestiunei. Dar, când a văzut că se interesează și Skraggenstierna de chestiune și că Regele i-a dat 100 de ducați pe aceia descriere, atunci a trimis acel memoriu pretutindeni.

In adevăr, tot în Decembrie 1713, Timonius a mai trimis un exemplar, tot manuscris, la Societatea Regală din Londra, unde a fost prezentat de profesorul D-r John Woodward, și s'a publicat în memoriile acelei Societăți [22]).

Acest memoriu sau „tratat" a fost înregistrat și în „Acta Eruditiorum" din 1714 [23]), iar O. T. Hult atrage atențiunea că, despre el vorbește și „Lexiconul Encyclopedic" din 1931, la Art. „Timonis" [24]).

Prin urmare, fără să pot afirma dacă doctorul Emanuel Timonius a fost ori nu în România — adică, dacă are sau nu vreo legătură directă cu istoria noastră medicală — sigur este că studiul de față ne încredințează în deajuns asupra dificultăților la care am făcut aluzie, și a căror înlăturare reclamă bunăvoința tutulor.

De altă parte însă el ne arată sârguința străinilor, de a aduce fiecare câte ceva în patrimoniul moral al nației respective: De o parte vedem că Grecii au introdus în Enciclopedia lor un articol special cu

---

22) E. Timonius: An account, or History, of the Procuring the Small Pox by Incision, or Inoculation, — Philosohpical. Transactions, 1714, Vol.29, s. 72—82.

— Această comunicare este însoțită de nota: „As it has for some time been practised at Constantinople. Being the Extract of a Letter from Emanuel Timonius, Oxon. et Patav. M. D. S. R. S. dated at Constantinople, December 1713. Communicated to the Royal Society by John Woodward, M. D. Profes. Med. Gresh. and S. R. S.

23) Kurt Sprengel citează:: „Act. erud. Lips. a 1714 p. 382 s.".

— O. T. Hult, citează și el: „Acta Eruditorum 1714, s. 382—384", — „Historia variolarum quae per insitionem excitantur, Autore Emanuele Timonio, Constantinopolitano, in Universitatibus Oxoniensi et Patavina Philosophiae et Medicinae Doctore, et Regiae Societatis Anglicanae socio. Constantinopoli, A. 1713, Mense Decembri", — iar după aceasta, adaugă nota: „Cum nuper admodum liber iste prodierit Constantinopoli, excerpta nobiscum communicata, qvamvis ipsum librum non vidimus, hoc loco inserere par existimavimus".

24) art. Timonis: Ιστορία της έγκεντρίσεως (Istoria tis enkentriseos). — Εγκυκλοπαιδικον λεχικον (Enkiklopedikon Lexikon), v. 12, athinai, 1931.

numele lui Timonis şi se mândresc cu el făcându-l să treacă drept autor al variolizării şi deci precursor al vaccinării, iar de altă parte O. Hult caută să arate că meritul revine Regelui Carol XII — sau măcar medicului său Skraggenstierna — care ar fi cerut lui Timonius ca să întocmească acel memoriu, — pe când în realitate variolizarea este o născocire populară din cele mai vechi timpuri, cunoscută la noi ca şi la alte popoare din Orient (Chinezi, Arabi, Circasieni, etc.) şi chiar din Occident [25]). Ca o dovadă în favoarea noastră am putea să invocăm faptul că istoria noastră vorbeşte de epidemiile de ciumă şi holeră, dar variola n'a luat niciodată forma epidemică gravă ca în alte părţi.

N'aşi putea să precizez dacă ai noştri au învăţat-o de la alţii ori i-a învăţat necazul şi au născocit-o ei, pentru nevoile lor, dar Sprenghel zice L.E. (pag. 874) „Dass diesem wohltätigen Gebrauch eine Nation von der anderen erlernt als dass man in jedem Lande von selbst darauf verfallen sey".

Ori cum ar fi, comunicarea de faţă ne arată destul de bine calea pe care o avem de urmat.

PROVEINASE MIDY

(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAŢIEI VENOASE

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAŢIA RAŢIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY

(CAŞETE)

REMEDIUL SUVERAN CONTRA GRIPEI ŞI COMPLICAŢIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură:

I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

25) Kurt Sprengel citează pe Thomas Martholinus, care a relatat asupra variolei în Danemarca: „De medic. Danorum domest. p. 305 (Hafn. 1665.8). — Diss. de transplantatione morborum. Ibid. 1673, 4".

RASPUNS UNOR CONSIDERATIUNI CRITICE FACUTE TEORIEI ENDOCRIEI A PELAGREI

de

D-r L. LEONIDA

Med. def. Circ. Poseşti (Prahova)

D-l D-r Gartner Andrei, în teza d-sale [1]) menţionează, între alte, multe, numeroase teorii, şi teoria endocrină a pelagrei, pe care o supune, ca şi pe celelalte, unei critici obiective. Intrucât este pentru prima dată în literatura medicală română, că se ia în consideraţie această teorie, susţinută de mine în 1935, sunt recunoscător d-lui D-r G. A. Obiectivitatea d-sale, cum voiu arăta mai jos, are însă unele lipsuri, ceea ce este uşor explicabil dacă ne gândim că deobiceiu lucrările de teză sunt inspirate şi că aceste inspiraţii au tendinţa vădită de a pleda „Pro domo". Iată, deci, pe scurt, ce gândeşte d-l D-r G. A. despre teoria endocrină a pelagrei.

„In epoca concepţiei patologiei funcţionale, trebuie să ne obişnuim să privim totdeauna organismul în ansamblu, ca o perfectă maşină în care fiecare părticică îşi are rostul ei. Azi ştim că nu există organ, ci numai organism bolnav şi privind lucrurile în totalitatea lor, nu putem evidenţia un organ sau o substanţă, care să fie singura cauză a pelagrei".

Privim cu simpatie această revenire la concepţia hipocratică, azi, când pe lângă adevărata ştiinţă se desvoltă liber şi diletantismul ştiinţific. (Mă refer la interminabilele şi totuşi atât de puţin concludentele lucrări asupra vitaminelor antipelagroase şi aplicarea lor la patologia umană).

Dar atunci, de ce se mai întreabă d-l D-r G. A.: „Cum se explică fenomenele gastro-intestinale, pe baza teoriei endocrine?"

Se explică şi încă foarte frumos.

In organism avem două mari sisteme regulatoare ale metabolismului, ale biochimismului, ale creşterii, ale psihicului: sistemul nervos vegetativ şi sistemul endocrin. Aceste două sisteme se influenţează reciproc. Şi aceasta este un lucru ştiut. In anumite boale ale sistemului endocrin, se notează turburări gastro-intestinale: boala lui Addison, boala lui Basedow. Este aşa greu de admis că şi în pelagră — pe care o consider până la proba contrarie ca o endocrinopatie primitivă, şi nu endo-

crino-patia ca secundară pelagrei, cum crede d-l D-r G. A. — să avem turburări gastro-intestinale? Atunci ce mai rămâne din concepția hipocratică? raționamentul acesta se găsește expus în articolele mele, dar a fost scăpat din vedere de obiectivitatea colegului.

„Teoria aceasta nu ne explică care este cauza acestei insuficiențe endocrine?"

In primul rând, transmisiunea ereditară, cu toate curiozitățile ei, se verifică deseori pe teren. In al doilea rând sifilisul, moștenit dela prima sau a doua generație, sau câștigat, manifest sau latent. Cine are ocazia să observe paralelismul între aceste două boli, nu se poate sustrage impresiei unui adevărat nex cauzal între sifilis și dezechilibru endocrin. Poate că efectele bune terapeutice obținute de Babeș în pelagră cu atoxil, se datorează acțiunei treponemicide a acestui produs arsenical. Că, în al treilea rând alcoolismul atacă cu predilecție specială glandele genitale, este un adevăr, pentru care îmi cer iertare că-l reamintesc cititorilor. Și în sfârșit faptul că pelagra apare cu o frequență mult mai mare dela epoca pubertății în sus, epocă caracterizată normal de un tranzitoriu dezechilibru endocrin, se explică ușor admițând fie permanentizarea, fie accentuarea acestui dezechilibru într'o direcție pelagrogenă.

Aceste patru cauze principale ale dezechilibrului endocrin au fost expuse în articolele mele, dar probabil că n'au impresionat, sau, cel puțin, n'au satisfăcut pe deplin obiectivitatea d-lui D-r G. A. de vreme ce d-sa cere cu insistență cauza insuficienței endocrine.

Dar, „în primul rând, spune d-l D-r G. A., această teorie nu are un schelet, o documentare științifică".

Se vede treaba, argumentele mele statistice și clinice n'au valoare științifică.

Desigur, într'un articol de polemică științifică, nu are ce căta considerațiuni de istoria medicinei. Totuși aceasta de multe ori ne dă anumite învățăminte. Și astfel, să-mi fie îngăduit să reamintesc că Fournier și Erb au stabilit pe baze clinice și statistice, nexul cauzal între infecția treponemică pe de o parte — și paralizia generală progresivă și tabesul pe de altă parte, într'un timp când nu se descoperise spirocheta lui Schaudinn, reacțiile serologice în sânge și în lichidul cefalorachidian. Aceste descoperiri n'au fost științifice, au fost mai mult decât științifice: au fost premergătoare descoperirilor științifice ulterioare, dela cari au primit consacrarea definitivă.

După această scurtă, dar instructivă digresiune în câmpul istoriei medicinei, care ar fi de o inegalabilă utilitate practică dacă ar putea face și educația gândirii științifice obiective, să încercăm să răspundem cu aceeași seninătate olimpică și celorlalte obiecțiuni ale d-lui D-r G. A.

Intreabă d-sa: „Intrucât se deosebește insuficiența ovariană din pelagră, de alte insuficiențe ovariene? De ce nu fac și alte femei cu insuficiență ovariană (boală azi așa de răspândită) pelagră?

Din articolele mele precedente, rezultă în mod logic următoarele:

Pelagrosul este fotosensibil. Indicatorul special al acestei fotosensibilități este lumina solară, la care este expus țăranul în timpul muncilor agricole. Astfel încât nu vedem necesitatea de a admite vreo diferență esențială între insuficiența ovariană pelagroasă și celelalte insuficiențe

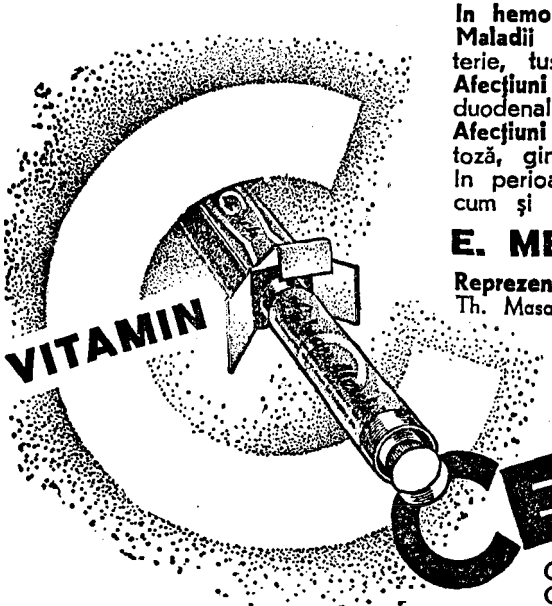
ovariene. Totul depinde de circumstanţe: dacă femeia cu insuficienţă ovariană (i.o.) este expusă la arşiţa dogoritoare a soarelui, ea capătă pelagră. Dacă nu este expusă la arşiţa dogoritoare a soarelui, cu toată i. o., ea nu capătă pelagră; dacă femeia este expusă la arşiţa dogoritoare a soarelui şi nu capătă pelagră, însemnează că nu are insuficienţă ovariană: pielea se pigmentează în brun, se descoamă, ca un efect al unei fotosensibilităţi fiziologice. Fotosensibilitatea în pelagră însă este patologică, tocmai pentrucă este legată de un dezechilibru endocrin. Recent a apărut în literatura medicală americană observaţia că pelagra se poate vindeca cu simplul repaos la pat, chiar dacă se administrează pelagroşilor aşa zisă „pellagra-producing diet", ceeace însemnează că toate carenţele multiple, invocate în etiopatogenia pelagrei, nu poate să provoace pelagra în absenţa factorului lumina solară.

In fine, d-l D-r G. A. nu vede rolul pe care ar ocupa porumbul în teoria mea, azi, când rolul porumbului este incontestabil dovedit.

Sunt ferm convins, că rolul porumbului nu este incontestabil dovedit şi că porumbul niciodată nu provoacă pelagra la indivizi cu sistemul glandular echilibrat.

Convingerea ştiinţifică — cât de riguroasă — are însă întotdeauna o notă subiectivă. Istoria erorilor în medicină ne-o dovedeşte cu prisosinţă. Faţă de obiectivitatea d-lui D-r G. A. n'aşi vrea să alunec pe panta subiectivului. Deaceea termin aci răspunsul la observaţiile critice ale d-sale, cu menţiunea că lămuriri mai ample se găsesc în articolele mele din anii 1935, 1936, 1937 şi 1938.

Cluj University Central University Library Cluj



In hemoragii şi predispoziţii la hemoragii.
Maladii infecţioase (gripă, pneumonie, difterie, tuse convulsivă, tuberculoză, etc.).
Afecţiuni gastro-intestinale (ulcer gastric şi duodenal, colită ulceroasă, etc).
Afecţiuni stomato-dentare (carie, paradentoză, gingivite, stomatite).
In perioada graviditătii şi alăptatului precum şi în hrănirea artificială a sugarilor.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: Dr. J. BINDER, Bucureşti str. Th. Masaryk 32

CEBION fiole de 0,05 gr. şi 0,10 gr.
CEBION tablete de 0,05 gr.
CEBION „forte" fiole de 0,50 gr.

1) Gartner Andrei, concepţii noui în patogenia pelagrei, teză pentru doctorat în medicină, 23.III.1939 Cluj.

CONSIDERAȚIUNI LA TRATAMENTUL TRANSPIRAȚIEI BACILARILOR PRIN CALMANTE CORTICALE ȘI CEREBRALE

de

D-r PETRE NEAGOȘ

Medic secundar — Sanatoriul Moroeni

Astăzi, medicul ftiziolog, nu poate concepe un tratament rațional al tuberculozei pulmonare, fără să nu ție seamă de cele trei măsuri cari asigură și conduc la bun rezultat viitorul bacilarului:

1. Tratament igieno-dietetic.
2. Colapso-terapia (când este posibilă).
3. Tratamentul medicamentos simptomatic.

Simptomatologia subiectivă atât de variată a bolnavului pulmonar, cedează uneori curând după aplicarea tratamentului și dispare abia după ce procesul activ dăunător a regresat.

Dintre simptomele subiective, cel mai supărător, care neliniștește pe bolnav și face pe medic să apeleze la variate medicațiuni, este transpirația. Nu de puține ori bolnavul trece cu vederea celelalte simptome, ca: tusea, febra și expectorația; nu uită însă să amintească zilnic medicului curant că transpirațiile profuze îl supără în cursul zilei și nu-i redau odihna în cursul nopții.

Lăsând la o parte o sumă de cauze din patologie, care produc un exces de secreție sudorală, în materie de tuberculoză, transpirația trădează de cele mai multe ori că procesul este în activitate pe cale de evoluție. Rar se constată la bolnavii bacilari, cu leziuni discrete clinice și radiologice, fără bacili în spută, cu semne ușoare de intoxicație, acest simptom uneori atât de penibil.

In concepția lui Peter, tuberculosul transpiră fiindcă doarme, transpiră fiindcă are febră și mai transpiră fiindcă va muri.

In această maximă care necesită acum unele corective, se constată că Peter a observat de mult că transpirația survine la acei bolnavi, la cari leziunile sunt în plină activitate.

La bolnavii bacilari, cari sunt supuși unui tratament prealabil prin cură de repaus și, mai ales la cei la care este posibilă aplicarea colapso-terapiei, puțină vreme după aplicarea normelor amintite, odată cu diminuarea fenomenelor ascultatorice, încep să regreseze simultan semnele subiective — leziunea se stabilizează—. Se observă repede scă-

derea temperaturei, tusea, expectoraţia, transpiraţia care debilitează, diminuă, starea generală se remontează.

La acei cari prezintă forme active, floride, unde nu se poate aplica pneumotoraxul lui Forlanini, aceste semne persistă mai multă vreme şi necesită un timp mai îndelungat pentru consolidarea leziunilor, care aduc după sine dispariţia semnelor subiective amintite.

In aceste cazuri, pe lângă tratatamentul igieno-dietetic, medicul recomandă după arta cunoaşterei sale, medicamente tonice şi simptomatice.

La transpiraţiile uşoare se obţin rezultate mulţumitoare prin fricţii cu spirt mentholat, acid camforic sau badijonări din soluţiile de tanin, formol, acid picric, cari au acţiune astringentă.

Pentru terapia internă, numeroase sunt medicamentele la care se apelează. Rezultatul este mai mult sau mai puţin satisfăcător.

Cel mai întrebuinţat este atropina, care se aplică solitar sau în combinaţie cu belladona. Unii bolnavi, în deosebi cei debilitaţi, acuză după atropină, palpitaţii, tahicardie şi uneori tulburări oculare. Aplicarea agaricinei, a uleiului camforat şi a teluratului de sodiu, dau rezultate numai în transpiraţiile uşoare.

Autorii francezi, preconizează salicilatul de genhyosciamină pe cale bucală.

Perrin şi Kuntz recomandă acetilcholina în injecţii şi dau cu mai bun succes injecţiile de bromură de acetilcholină în locul clorhidratului de acetilcholină, care este mai dureros.

Injecţiile intramusculare de zaharoză în concentraţie de 10%, se întrebuinţează rar, tocmai din motivul că produc dureri şi noduli locali cari persistă mult timp.

In ultimul timp Hoffman dela clinica II-a Medicală din Viena, atrage atenţia lumei medicale printr'un articol publicat în „Klinische Wochenschrift" despre rezultatele obţinute cu calmante corticale şi cerebrale în combaterea transpiraţiei la bacilari.

Autorul vienez aplică bolnavilor, la care celelalte medicamente nu au avut rezultat, combinaţia de bromură de sodiu şi luminal şi a observat că deja după prima cachetă, transpiraţia a diminuat mult, uneori a dispărut chiar din prima zi a tratamentului. După sistarea medicaţiei au trecut de cele mai multe ori 2—3 săptămâni fără ca transpiraţia să mai survie.

In Sanatoriul Toria, am întrebuinţat la 30 de bolnavi cari prezentau transpiraţii profuze, combinaţia de bromură de sodiu şi luminal în dozele recomandate de Hoffman.

Astfel, am dat bolnavilor, seara înainte de culcare, o cachetă de bromură de sodiu (2 gr.) asociată cu luminal (0,015 gr.).

La cele mai multe dintre cazurile observate, după prima cachetă sudorile au dispărut, numai la câţiva bolnavi am fost nevoit să prelungesc tratamentul cu 1—2 zile.

In cele ce urmează, redau descrierea a trei cazuri la care am întrebuinţat combinaţia, bromură de sodiu + luminal.

OBS. I. — S. S. în vârstă de 25 de ani, student. Este internat în sanatoriul Toria la 27 Aprilie 1938.

Antecedente personale. Scarlatină la 18 ani. Pneumonie la 21 ani. Neagă alte boli infecto contagioase şi venerice.

Istoricul boalei actuale. Boala pentru care se internează, datează de 2 luni. A debutat în mod acut prin fenomene gripale care au durat câteva zile. De la această dată rămâne tuşitor, expectorează 20—30 cmc. la zi, prezintă dureri surde în spate, uşoară dispnee la efort şi temperatură între 38—38,5 grade. Dintre toate semnele subiective, îl *supără mai mult transpiraţia* care este accentuată în cursul nopţii şi devine mai supărătoare înspre dimineaţă. Este nevoit să schimbe cămaşa de 2—3 ori pe noapte. Consultă un medic care-i constată un proces bacilor în pulmonul drept; îi recomandă tratament sanatorial şi astfel este internat în sanatoriu.

La examenul clinic se constată că este vorba de un bolnav de statură *înaltă*, tegumentele uşor anemice, ganglionii nu sunt măriţi, nici nu sunt sensibili. Sistemul osos intact.

La examenul pulmonar asupra hemitoracelui drept se obţine la percuţie submatitate mai pronunţată anterior şi subclavicular. La ascultaţie se obţine respiraţie suflantă cu multe raluri crepitante şi subcrepitante în deosebi în spate. Asupra *hemitoracelui stâng o respiraţie* mai aspră la vârf fără sgomote supraadăugate.

Examenul radiologic evidenţiază un proces fibro-caseos în lobul superior şi mijlociu cu o excavaţie în lobul superior. În pulmonul stâng se constată o discretă diseminare fibro-nodulară.

În sanatoriu se *instituie* un *pneumotorax terapeutic drept, care* se dovedeşte a fi *ineficace* din cauza unei simfize superioare, astfel că se furteşte numai baza pulmonară.

Se continuă cura de repaus, primeşte injecţii de camfor, calciu şi tonice. După 2 săptămâni de la internare, cu toate că pneumotoraxul nu este optim, se simte mai bine; tuşeşte mai puţin, expectorează 10—15 cmc. la zi, subfebril, a câştigat 1 kgr. în greutate, *transpiraţia se menţine fiind foarte supărătoare mai spre dimineaţă*. Se administrează în consecinţă camfor, clorură de calciu şi atropină fără rezultate.

În seara zilei de 18 Iunie bolnavul primeşte prima cachetă de bromură de sodiu cu luminal iar a doua zi la vizită declară că nu a mai transpirat de loc. Primeşte 3 seri la rând câte o cachetă, apoi se *sistează tratamentul*. Dela *întrerupere au trecu*. 2 săptămâni şi bolnavul nu a mai transpirat.

OBS. II-a. — C. C. 27 de ani, necăsătorit.

Antecedente heredo-colaterale. Părinţii sănătoşi. O soră moartă de tuberculoză pulmonară.

Antecedente personale. La 6 ani malarie, la 26 de ani icter. Neagă alte boli infecto-contagioase şi venerice.

Istoricul boalei actuale. Boala pentru care se internează datează de 6 luni. A *debutat în mod insidios prin tuse şi inapetenţă*, fără să prezinte alte simptome. Timp de 3 luni şi-a văzut de ocupaţie nedând nici o importanţă semnelor amintite. Într'o dimineaţă, după această dată, prezintă după tuse o hemoptizie de cca 200 cmc. Este văzut de un medic care îl ţine la pat şi îl administrează hemostatice. După 5 zile hemoptizia a *încetat, temperatura* a scăzut şi devine subfebrilă după 2 *săptămâni*. De atunci a rămas debilitat, oboseşte repede la eforturi, tuşeşte de 20—30 de ori pe zi, expectorând 15—20 cmc. în 24 ore, transpiră abundent, în special noaptea.

Reexaminat înainte cu câteva zile, de un medic, e sfătuit să se interneze într'un sanatoriu.

Examen clinic. Bolnav de statură *mijlocie*, tegumentele anemice, *ţesutul celular grăsos şi muscular redus*. Ganglionii nu sunt măriţi, nici sensibili.

La examenul aparatului respirator, torace normal conformat, la percuţie se obţine submatitate asupra hemitoracelui drept până la unghiul inferior al omoplatului. La ascultaţie raluri consonante pe zona submatităţii. Asupra hemitoracelui stâng sonoritate cu murmur vezicular normal.

Radiologic se constată o *umbrire* inomogenă în cele $^2/_3$ superioare ale câmpului pulmonar drept, iar în lobul superior se desemnează o imagine cavitară de mărimea unei monede de 2 lei.

În sanatoriu după o săptămână de observaţii şi examinări de laborator, i se *instituie* un pneumotorax terapeutic în partea dreaptă. După crearea pneumotoraxului semnele subiective regresează, *transpiraţia* însă persistă ca la început.

Se administrează pe rând, atropină, agaricină, pe lângă injecțiile zilnice de oleu camforat și de Calciu; transpirația nu se poate influența de cât în foarte mică măsură cu medicamentele amintite. Se recurge în cele din urmă la bromură de sodiu și luminal. Deja după prima cachetă bolnavul constată o ameliorare vădită, iar după 3 zile, în care se repetă tratamentul, transpirația a dispărut complet.

OBS. III-a. — H. E. De 23 ani. Revine în sanatoriu în 27 Mai 1938, după ce a fost internată în Martie 1937. Atunci a prezentat o tuberculoză fibrocaseoasă stângă și diseminare nodulară dreaptă. S'a încercat un pneumotorax în partea stângă, însă fără rezultat. S'a recurs atunci la frenicectomie care însă nu este eficace. Starea generală s'a înrăutățit și părăsește sanatoriul cu agravarea leziunei din partea dreaptă. Dela părăsirea serviciului starea generală a continuat să fie tot rea. A slăbit mult în greutate, este subfebrilă și se plânge de traspirații. Pentru excesul sudoral în urma căruia se simte debilitată i se administrează medicamentele anti-sudoripare cunoscute. Se încearcă și cu injecții intra musculare de zaharoză de 10%, pe lângă faptul că le-a suportat cu mare greutate, fiind dureroase, nu s'a obținut rezultatul dorit. Se recurge în consecință la amestecul de bromură de sodiu + luminal în doze obișnuite, iar după 3 zile de tratament, transpirația a scăzut aproape complet.

Din aceste observațiuni descrise, cât și din restul observațiunilor, reese eficacitatea calmantelor corticale și cerebrale în combaterea transpirațiilor la bacilari.

Bolnavii au fost aleși, încât să prezinte transpirații accentuate. S'a încercat întâi cu celelalte medicamente anti-sudoripare cunoscute. După ce am constatat că transpirația nu era influențată prin ele, am recurs la combinația de bromură de sodiu și luminal recomandată de Hoffman.

Astfel din 30 de cazuri, rezultatul a survenit după prima cachetă la 18 bolnavi, după a doua cachetă la 7, și numai la restul de 5 a trebuit să prelungesc tratamentul 3 zile.

Contribution au traitement de la transpiration des bacilaires, avec les medicaments calmants corticaux et cérébraux.

La transpiration représente un des symptômes les plus caracteristiques qui affaiblit beaucoup le malade bacilaire.

Ce symptôme quelque fois est très rebelle au traitement.

Dans le cas ou on n'a pas obtenu de résultat favorable avec les medicaments anti-sudoripaires connus, la combinaison de bromure de sodium (2 gr.) et Luminal (0,15) recommandé par Hoffman, a donné les meilleurs résultats.

Beiträge zur Schweissbehandlung Lungen tuberkülöser mittels cortikaler und cerebraler Beruhigungsmittel.

Schweisse ist ein charakteristisches Symptom, welches wesentlich zu Erschöpfung der Lungenkranken beiträgt.

Dieses Symptom ist öfters schwer zu bekämpfen.

Es wurden 3 Fälle, die den üblichen Schweissbekämpfungsmitteln trotzten, mit bestem Erfolg mittels der von Hoffman empfohlenen Natrium — bromat (2 gr.) — Luminal (0,015 gr.) — Mischung behandelt.

Spitalul pentru boli mintale şi nervoase din Cernăuţi
Medic primar director: D-r Christea Deculescu.

CONTRIBUŢIUNI LA ACŢIUNEA ŞOCULUI INSULINIC ASUPRA STĂRILOR DE INHIBIŢIE

de

D-r Carol Gernot Pitzinger

Medic secundar

S'a observat în tratamentul schizofreniei cu şocul insulinic că stările stuporoase catatone reacţionează prin fenomene de liberare ce au drept urmare o rupere a stării de inhibiţie cu ameliorarea resp. amendarea mutismului, negativismului şi a celorlalte simptome catatone. Pacientul devine accesibil, întrebat răspunde. Vocea se schimbă devenind liberă şi naturală, dispare tepeneala în afect şi atitudine. Aceste fenomene le putem observa ca o reacţiune trecătoare în timpul ipoglicemiei, chiar în cazurile incurabile şi refractare în tot decursul ulterior al tratamentului. In cazurile favorabile, deblocajul nu se mai limitează la şoc resp. ipoglicemie, ci se întinde încetul cu încetul şi asupra intervalului liber, devine durabil ducând în fine la ameliorarea sau vindecarea bolnavului. Aceste fenomene de deblocare pot surveni în orice fază a tratamentului insulinic. Prin urmare, vom putea obţine deblocajul chiar fără ca bolnavul să intre în şocul propriu zis; în alte cazuri va fi nevoie de şocuri grave. Dar nu numai stupoarele catatonice ci şi stupoarele de altă natură, cum sunt cele melancolice, se pretează pentru insulinoterapie. E. Bauer, G. Marquet şi P. Larrive publică 3 cazuri cari arată eficacitatea şocului insulinic în asemenea cazuri. Primul caz, o stupoare catatonă, cedează tratamentului insulinic. In celelalte 2 cazuri făcând parte din grupul psihozelor melancolice, insulina are o influenţă într'adevăr remarcabilă. Aşa unul, o stupoare melancolică, cedează după primele şocuri, iar al doilea, un delir melancolic cu mutism, idei de persecuţie şi de influenţare, este considerabil ameliorat după câteva şocuri.

Rezultatele ce am obţinut în asemenea cazuri, ne-a putut confirma această acţiune specială a insulinei.

Las să urmeze descrierea a 2 cazuri de bolnave cari au eşit complect restabilite:

OBSERVAȚIA I. (Rezumat): G. A., 27 ani, profesoare. Internată la noi în 20/6 1936.

Antecedente heredo-colaterale: Nici o boală mintală în familie. Părinții trăesc și sunt sănătoși, 3 frați morți de mici. Mama n'a avut avorturi, un frate și 2 surori sănătoși.

Antecedente personale: In copilărie tuse convulsivă și pojar. S'a dezvoltat normal. In școală a învățat bine. Menstruația cu 13 ani, niciodată regulată, dureroasă. Odată n'a avut menstruația timp de 4 luni. Se neagă boli venerice și abuz de băuturi alcoolice.

Personalitatea prepsihotică: A fost întotdeauna o fire retrasă, schimbăcioasă și cu toane, dar veselă. De mică nervoasă și încăpățânată.

Boala actuală a debutat în Ianuarie 1936. Debut lent. Motivul presupus ar fi o dragoste nefericită. De atunci tristă, plânge mult, susține că putrezește de vie. A încercat de 2 ori să se sinucidă.

Statul fizic: Bine constituită; țesutul celulo-adipos mediocru. Cicatrici la gât, antebrațul stâng și sub sânul stâng în urma tentativelor de suicide cu o lamă de ras. Acnee pe față și trup. Mamele ipoplastice. Sistemul pilos bine dezvoltat. Nimic de evidențiat din partea cordului și a plămânilor. Amenoree de când s'a îmbolnăvit. Suferă de constipație. Reacțiunile serice în sânge negative. Glucoză în sânge: 117 mg. %, Tensiune arterială 11,5/6,5.

Statul psihic: Inhibită, încăpățânată, negativistă. Nu vorbește aproape de loc. Sitiofobie; susține că mâncarea este otrăvită. Trebuie hrănită cu sondă. Tratamentul opoterapic fără efect. Devenind foarte agitată, se transferă la secția de bolnavi furioși. Acolo se arată complect inhibită, inaccesibilă începând să lovească dacă nu e lăsată în pace. Nu suferă cămașa pe ea, stând mereu în pielea goală. Un tratament cu vaccin antitifo-paratific trebuie întrerupt din cauza rezistenței înverșunate a bolnavei. Retransferată la secția de bolnavi liniștiți, continuă a fi inhibită, inactivă, uneori cu tendințe de a grimasa. Impulsiuni neașteptate.

In 12/III/937, se începe tratamentul cu insulină. Chiar după prima injecție (20 unități) și sub influența ipoglicemiei, arată tendința de a rupe barajul psihic. 3 ore după injecție dispar simptomele ipoglicemice; totodată devine mai respingătoare. Cam o oră și jumătate după injecția a 2-a (30 unități) devine neliniștită; fredonează câteva minute iar pe urmă începe să-mi vorbească. Vorbește numai puțin și rar, cu glas trist și disperat. La fiecare moment îi vine a plânge arătându-se foarte disperată și nenorocită. Când i-se dă se bea ceaiul, îl bea mai întâi, dar deodată azvârlă restul sub cuvânt că-i dăm otravă și de aceea e așa de rea. Toată ziua mai accesibilă, mai puțin inhibită, dar deprimată, fără speranță și neîncrezătoare în oameni. La injecțiile următoare arată în timpul ipoglicemiei și înainte de a intra în șoc reacțiuni isteriforme. Dar și în intervalul liber arată acuma atitudini patetice, o mimică expresivă, mișcări teatrale; monosilabă, inhibită. Intră acuma cu 20 unități în șoc adânc. Imediat după trezirea din șoc prezintă stări ipomaniacale sau purtarea unui copil zburdalnic. Aceste stări sunt de scurtă durată. După a 12-a injecție intră într'o oarecare conversație cu mine. Se teme de mine, îi par omul cel mai rău din lume. Vorbește puțin și cu glas încet și totuși spune că a vorbit prea mult. Ameliorarea se face acuma încet, dar progresiv. Se arată impresionată de venirea mamei; plânge mult. Arată acuma o dispoziție variabilă, ba bine dispusă, chiar exaltată, ba tristă. Dimineața de obiceiu mai mult deprimată și inhibită, iar către seara mai veselă. Ea arată acuma câteodată sub influența ipoglicemiei precomatoase o agitație psiho-motorie enormă prezentându-se uneori într'un fel de beție adevărată. După 14 șocuri mult ameliorată, dispoziția satisfăcătoare, vorbește mai mult, cu glas tare. Afectivitatea e mai stabilă, a pierdut pozele și gesturile patetice cari se limitează acuma numai la timpul ipoglicemiei. Inhibiția regresează, bolnava devine din ce în ce mai comunicativă. Spune că-i se pare că rațiunea ei stă pe loc. Nu înțelege rostul injecțiilor, de al căror efect se îndoește. I-se pare că patul șoptește și ea vorbește cu patul, — lucruri urâte. Cu toatecă își dă câteodată seama de absurditatea acestor halucinații, pare totuși adesea nedumerită; „par'că ar fi aicea un telefon sau ce". Tot timpul într'o dispoziție foarte bună. Vorbește mult și cu glas tare. Știe unde este aici, dar nu-și dă seama de ce a venit încoace. Se cere mereu acasă. Lucrează mult și cu mare plăcere lucruri de mână.

Cu injecția 33-a se începe faza de consolidare. În 29/V/937 termină tratamentul. Este *acuma într'o stare* foarte bună; bine dispusă, amabilă, comunicativă și liberă. Are înțelegere pentru boala trecută, știe cam cât a stat aici, patul îl aude încă vorbind. Menstruația n'a venit încă. Pleacă acasă.

Peste o lună vine la control. Se prezintă acuma complect sănătoasă. Halucinațiile auditive le-a pierdut. Menstruația i-a venit.

Prin analiza retrospectivă mai pot afla următoarele: cauzele îmbolnăvirii le vede în dragostea ei nefericită, surmenajul profesional și nemulțumirea sufletească cu situația ei ca profesoare. Se simțea aruncată la periferie. În starea aceasta de taedium vitae încercă să se sinucidă. Fiind bolnavă i-se părea că vreau s'o ardă de vie pe rug, ca pedeapsă că este copilul cel mai rău. Fiind dusă la spital se credea dusă la scaunul electric. Părinții i-au fost indiferenți.

Au trecut aproape 2 ani. Pacienta este sănătoasă. Arată numai o fire încăpățânată, rezervată, extrem de senzibilă. A căpătat un post și depune o muncă apreciată de toți.

Deci, o stupoare melancolică, cu un delir melancolic, dar cu o mulțime de simptome schizofreno-catatone cedează tratamentului insulinic, ducând în mod progresiv la vindecare. Elementele schizofrene ale psihozei își găsesc explicația în personalitatea prepsihotică schizoidă și dau psihozei coloritul ei deosebit. Cedând inhibiția, ese la iveală fondul depresiv.

De relevat aici acțiunea vădită a insulinei și fără șoc la începutul tratamentului, o dovadă pentru acțiunea deblocantă specială a insulinei.

Pe lângă această acțiune specială, șocul insulinic a produs în cazul nostru o serie de fenomene psiho-patologice pe care le semnalează Müller ca „Enthemmungserscheinungen" (fenomene de liberare).

Așa excitația psihomotorie enormă, stările maniacale și isteriforme, infantilismul psihic, toate fenomene trecătoare, ivindu-se de obiceiu în timpul ipoglicemiei sau după trezirea din șoc. Müller vede în aceste fenomene secundare o reacțiune normală a creerului la starea ipoglicemică, spre deosebire de Sakel care le socotise ca o „activare a psihozei". Pentru concepția lui Müller vorbește faptul că internîștii cunosc de mult reacțiuni psihotice de felul „fenomenelor de liberare" la diabetici psihic absolut nesuspecți și fără nici o încărcare ereditară. Așa descrie Gravano psihoze insulinice, între cari și stări maniacale. Iar Wilder a observat fenomene asemănătoare în cazurile de ipoglicemie spontană la indivizi mai înainte sănătoși.

OBSERVAȚIA II. (Rezumat). P. M., 30 de ani, casnică, se internează la noi în 11/VI/938.

Antecedente heredo-colaterale: Părinții morți. 1 frate și o soră trăesc. 2 frați au murit.

Antecedente personale: Nu se poate preciza dacă a avut vr'o maladie infecto-contagioasă în copilărie. Se neagă boli venerice. Menstrele neregulate. Căsătorită acuma 12 ani. A avut 4 copii, din cari unul a murit. N'a abuzat de băuturi alcoolice.

Bolnava a fost totdeauna o fire retrasă, se izola de teamă că toată lumea o vorbea de rău, se simțea persecutată, toți se ocupă de ea. Din această cauză nu mai primea pe nimeni în casă, nici chiar o servitoare.

Această stare a durat până în 1933, când pacienta prezintă idei delirante spunând că se trage din familia imperială a Austriei; uneori halucinații. Pacienta este foarte reticentă. Se desinteresează de casă și de copii. Această *stare continuând, soțul o internează* în ziua de 6.XI.936 în Spitalul Central de boale mintale București. Acolo bolnava se prezintă liniștită, stă în continuu în pat, când i-se vorbește, își ascunde fața și nu răspunde decât câteva cuvinte

pe un ton arogant sau se izolează într'un mutism complect. Piretoterapia fără succes. Pe urmă nu se alimentează. Manifestă tendinţe paranoide cu tulburări în sfera sentimentelor. Cu diagnoza schizofrenie este scoasă în 28/III. 1937 ca ameliorată.

La noi se prezintă liniştită, deprimată, inhibită. Vorbeşte încet şi numai dacă este întrebată. Eliberată la cererea soţului ca nevindecată, este adusă din nou în 6/IX/937 pentru motivul că a fost foarte neliniştită spargând ferestrele vecinilor. La noi nu vorbeşte absolut nimic, nici nu se uită la medic. Indiferentă, liniştită. Se alimentează bine.

In 28/IV/938 se începe tratamentul cu insulină. După 6 şocuri bolnava este mai bine, vorbeşte puţin, se interesează de situaţia ei. Adesea spune că e proprietara acestui spital. Bolnava spune adesea că nu ştie ce anotimp este acuma: „ştiu altfel, văd altfel şi simt cu totul altfel", în 11/V, după şoc, are temperatură mare. E slăbită, dar bine dispusă, cu purtarea unui copil; amabilă, spirituală. Verbigerează: dda-dda-dda- nnu-nnu-nnu-la-la. Spune că trebue să vorbească mult, fiindcă a băut „insulina" (înţelege prin asta ceaiul cu zahăr). Are un fel deosebit de a vorbi: vorbeşte grăbit, în mod cam perplex; apostrofează pe fiecare adăugând epitetul „în persoană". De pildă: d-ta eşti d-l Doctor „în persoană". După şoc adesea stări maniacale, purtare copilăroasă sau isterică, verbigeraţii. In aceste stări maniacale ies la iveală idei delirante că este regina mării, — femee „celembră", — din familia imperială a Austriei. Aceste idei le declamă cu un val de cuvinte şi în mod patetic. In 25/I, după trezirea din şoc, confuză, cu turburări afazice de tip amnestic-senzorial. Intrebată spune că e bolnavă. „Ştie d-l doctor, — nu găsesc cuvintele". Spune că în timpul injecţiei ar uita totul.

Spune că ceaiul „insulina" o face să vorbească cuvinte ce nu doreşte. Arată adesea scurt timp după trezirea ei din şoc o sugestibilitate remarcabilă, un fel de ecolalie; bolnava repetă tot ce-i se spune, de obiceiu cuvânt după cuvânt, cu un ton maimuţăresc şi nostim. Execută ce-i se spune, de pildă i-se spune să râdă şi ea râde. In 10/VII, termină tratamentul făcând 79 de injecţii cu 48 şocuri. Se prezintă într'o remisiune complectă, după un tratament de aproape $2\frac{1}{2}$ luni.

A trecut o jumătate de an şi bolnava se prezintă într'o stare foarte bună cu toate că ar fi avut motive destule să recadă în boală, deoarece bărbatul ei o părăsise.

Aici, o schizofrenie, cu un început paranoid, idei de grandoare şi halucinaţii, vine la noi într'o stare stuporoasă — depresivă. Şi aici insulina rupe inhibiţia şi duce în mod progresiv la restabilireea afectivităţii şi la dispariţia ideilor delirante. Mutismul face loc unei logoree pronunţate, mai ales în stările de excitaţie înainte sau după şoc făcându-ne astfel posibil cunoaşterea ideilor delirante. Pe lângă aceasta insulina dă naştere la fenomenele psihopatologice secundare, descrise mai înainte, la care se mai adaugă şi turburările afazice, precum şi o sugestibilitate remarcabilă.

CONCLUZIUNI:

1. Concepţia d-lui profesor C l a u d e că deblocarea inhibiţiilor pare a fi un element esenţial al acţiunei insulinei, s'a confirmat şi în cazurile tratate de noi.

2. Această acţiune „deblocantă" a insulinei se arată eficace şi în stările stuporoase melancolice.

3. Deblocajul poate fi realizat şi prin doze mici, fără şoc propriuzis, dar vindecarea sau remisiunea complectă va fi posibilă numai prin şocuri, cel puţin pentru majoritatea cazurilor.

4. Asocierea psihoterapiei active se impune, dată fiind sugestibili-

tatea şi afectivitatea labilă a bolnavilor insulinici. Această psihoterapie se va aplica cel mai bine imediat după trezirea din şoc.

5. Ruperea inhibiţiei şi stările de excitaţie produse prin insulină ne fac posibil cunoaşterea psihozei propriu-zise care a dus la stupoarea respectivă.

BIBLIOGRAFIE:

1. E. Bauer, G. Marquet et P. Larrive: Effets du traitement insulinique selon la méthode de Sakel dans les états d'inhibition (Annales méd. psychol. Januarie 1937).

2. Claude şi Rubenovitch, Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (Annales méd. psychol., 94.II.1936, pag. 677).

3. Gravano L.: Psicosis insulinicas (Semana med. 2, 1049—1051, 13 Oct. 1932).

4. M. Müller: Die Insulinschocktherapie der Schizophrenie (Schweizer Med. Wochenschrift 1936, Nr. 39, pag. 929).

5. M. Müller: Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie (Nervenarzt 1936, Nr. 11).

6. M. Müller: Le traitement de la schizophrenie par l'insuline (Annales méd. psychol. 94.II.1936, pag. 649—657).

7. Sakel M.: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie (Edit. Moriz Perles, Viena, 1935).

8. Wilder: Zur Neurologie und Psychiatrie der hypoglykämischen Zustände (Med. Klinik 26, 616—621, Aprilie 1930).

L'Auteur y discute l'action déblocante de l'insuline dans les états différents d'inhibition. Après avoir redonné et discuté deux tels cas — une stupeur mélancholique et l'une schizophrène — complètement rétablis par le traitement insulinique, l'auteur vient aux suivantes conclusions:

1. La conception du prof. Claude que le déblocage de tels états semble d'être un facteur essentiel de l'action insulinique, s'est aussi confirmé dans les cas traités par l'auteur.

2. Cette action déblocante est aussi efficace dans les stupeurs mélancholiques.

3. Ce déblocage peut être réalisé par de petites doses, mais la guérison resp. rémission ne sera possible que par des chocs, au moins pour la majorité des cas.

4. L'association de la psychothérapie active s'impose à cause de la suggestibilité et de l'affectivité labile des malades insuliniques.

5. Le rompement de l'inhibition nous fait possible la connaissance de la psychose proprement dite a causé la stupeur.

Suit la bibliographie.

Autoreferat

L'Autore discuta l'azione debloccante della insulina negli stati d'inibizione di diversa genesi. Dopo aver parlato su due simili casi — uno stupore melanconico e uno schizofrenico chi sono stati restabiliti completamente per mezzo di un tratamento insulinico, l'autore giunge alla conclusione che il concetto del Prof. Claude şi e verificato anche nei casi trattati dell'autore che la deblocazzione dei simili stati pare essere uno fattore essenziale dell'azzione insulinica. Si arriva al rompere dello stupore anche per mezzo dei piccoli dosi senza shok, ma nella maggior parte dei casi serà necessario il shok per giungere alla guarigione respettivamente alla remissione.

La necessità di una combinazione con una psichoterapia attiva resorge della suggestibilita e dello stato affettuoso del paciente trattato coll'insulina, L'eliminazione dello stupore ci da la possibilita di riconoscere la psicosa chi a condotto allo stupore.

Segue la bibliografia.

Autoreferat

Der Autor bespricht die enthemmende Wirkung des Insulins in Hemmungszuständen verschiedener Genese. Nach Besprechung zweier derartiger Fälle — ein melancholischer und ein schizophrener Stupor — die durch die Insulinbehandsung vollständig wiedergestellt wurden, kommt Autor zum Schluss, dass die Auffassung Prof. Claudes, die Deblockierung derartiger Zustände scheine ein wesentlicher Bestandteil der Insulinwirkung zu sein, sich auch in den vom Autor behandelten Fällen bestätigt habe. Die Durchbrechung des Stupors könne auch durch kleine Dosen, ohne eigentlichen Schockerreicht werden, doch in der Mehrzahl der Fälle wird für die Heilung oder Remission die Anwendung von Schocks erforderlich sein.

Die Notwendigkeit einer Kombination mit aktiver Psychotherapie ergibt sich aus der Suggestibilität und labilen Affektlage der Insulinbehandelten Patienten. Durch Beseitigung des Stupors wird uns die Kenntnis der eigentlichen Psychose die zum Stupor geführt hat, ermöglicht.

Folgt Anführung des Schrifttums.

Autoreferat

PROSEPTIN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Ufarom—Egger"

în

Streptococii şi stafilococii

Indicaţiuni:

Angină, scarlatină, erisipel, artrită septică, stări septice, febră puerperală, avort septic, mastită, anexită, abcese, furunculoză, dermatită streptococică, otită medie, tromboflebită, osteomielită, intervenţiuni septice, piurie, cistită, pielită, etc.

Administrare:

Adulţilor prescriem 1-2 dragele zilnic după mâncare, concomitent cu administrarea intramusculară a 1-2 injecţii. În cazuri grave vom administra 3-4 injecţii, administrând în acelaş timp câte 6 tablete pe zi. Copiilor administrăm jumătate din doza adulţilor, iar sugacilor numai un sfert.

Ambalaj:

Proseptin dragele: tub cu 20 buc. à 0.30.

Proseptin injecţii: 0.5% pentru administrare intravenoasă şi intramusculară: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Proseptin injecţii: 2.5% pentru administrare intramusculară: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

UFAROM Uzinele Chimico-Farmaceutice Române
fost EGGER & Co. S. A. CLUJ

INJECTIILE INTRADERMICE CU BAZE AMINATE ŞI AUTOHEMOTERAPIA INTRADERMICĂ IN TRATAMENTUL ALGIILOR REUMATISMALE ŞI AL ALTOR ALGII

de

D-r AUREL STOIANOVICI

Medic primar — Spitalul Abrud

Tratamentul intradermic al durerii, a fost aplicat pentru întâia oară de Lemaaire în 1926, ca aplicare a concepţiei lui Ross, Head şi Mackensie, asupra mecanismului durerilor viscerale, formulată astfel:

Ca urmare a unei excitaţiuni, provocată de o modificare anatomică sau funcţională a unui viscer, stimulul — trecând prin fibrele simpatice şi prin ramurile comunicante — ajunge la sistemul cerebro-spinal. De acolo, excitaţia este întoarsă, reflectată, prin căile sensibilităţii cerebro-spinale corespunzătoare, nu la organul de unde a plecat excitaţia, ci la dermatomul corespunzător, adică la partea din derm, care depinde de acelaş segment medular ca şi organul atins. (Paul Savy). Lemaire, a întrebuinţat cantităţi importante de soluţie de novocaină, injectată în sediul cutanat al proecţiunii viscerale.

Jarricot — în teza sa din Lyon, 1932 — se ocupă de efectul analgezic al injecţiilor intradermice cu apă distilată, în doze mici de 1/4—1/2 cmc. **loco dolenţi.**

In ultimii 3 ani, adâncindu-se studiul proteinelor organice, se descoperă în organismul nostru două substanţe, histamina şi histidina, cea d'intâiu derivând din cea de-a doua, ambele prezentând un mare interes, prin modul lor de producere, prin activitatea lor fiziologică considerabilă, prin rolul lor patogen, dar mai ales prin efectele lor terapeutice.

Lenormand, în 1935, ţinând seama de efectele produse de proteinoterapie în modificarea tonusului neuro-vegetativ, injectează, cel dintâiu, acizii aminaţi în loc de proteine şi anume — intradermic — în loc de intramuscular.

Folosind, împreună cu P. Halbron, monoclorhidratul de histidină, în sol. de 4%, în doză de 1/2 cmc, intradermic — obţine succes în toate turburările în care elementul spastic e predominant: Maladia lui Raynaud, claudicaţia intermitentă, sindromul anginos.

Cei care au injectat mai întâiu histamina, intradermic şi periarticular, au fost: Deutsch, Coste, Weissenbach şi Perles.

Aceşti autori, au obţinut frumoase rezultate în reumatismele acute, în cele cronice, în zona şi în nevralgii de origini diverse.

Sunt foarte numeroase lucrările şi comunicările apărute în ultimii 3 ani, asupra celor două substanţe: histamina şi histidina.

In literatura medicală română a publicat importante lucrări asupra rolului fiziologic al histaminei şi asupra relaţiilor ei cu mediul intern, D-l Docent D-r I. Marcu şi colaboratorii săi.

In bibliografia de la sfârşitul articolului, însemn o parte din publicaţiile mai recente şi mai importante — pe care le-am consultat.

Găsesc totuşi de folos să rezum — pe cât se poate — concluziile acestor lucrări, înainte de a trece la observaţiunile mele personale.

Histamina, cu nucleu „imidazol" se produce prin decarboxylarea histidinei, în mai multe feluri: prin acţiunea microbilor din intestin, prin cauzele de iritare ale tegumentelor (mecanice, termice, chimice). Loeper îi atribue şi o origine exogenă-alimentară.

Ea se varsă continuu în circulaţie. S'a reuşit să se izoleze şi să se dozeze histamina din sânge.

Best şi Mc. Henry, au descoperit o enzimă — histaminaza — care distruge histamina, mai ales în plămâni şi rinichi.

Activitatea fiziologică ar părea că o are numai histamina plasmatică, nu şi cea globulară.

Acţiunea fiziologică şi farmacodinamică a histaminei este: Dilatarea vaselor mici şi a capilarelor, provocând o transudaţie de ser.

Excitant puternic al muşchilor netezi. Excită secreţia glandelor.

Contractă uterul, intestinul, bronşiile. Măreşte glicemia, modifică rezerva alcalină, produce hipercolesterinemie, joacă un rol considerabil în regularea circulaţiei sanghine şi printr'un mecanism complex, căderea presiunii.

In stare fiziologică, histamina e regulată de un mecanism destructiv al ei, care are sediul în plămâni, rinichi, placentă, distrugere ce o produce histaminaza.

Histaminogeneza se produce în organele în activitate, cu o irigaţie abondentă.

Histaminogeneza intervine cu folos în organele ce se găsesc în activitate şi asigură buna funcţionare a lor.

O circulaţie mai activă, descarcă organele de produsele de dezintegrare.

Loeper a demonstrat importanţa histaminei în patologie şi în terapeutică.

Acţiunea antalgică e indiscutabilă. Ea nu e de natură anestezică, ci e produsă printr'un mecanism special.

Această acţiune e comună tuturor injecţiilor intradermice, orice substanţă s'ar injecta: apă distilată, novocaină, histamină, histidină.

Toate produc aşa numita „triadă a lui Lewis" — şi anume: un punct roşu la nivelul locului injecţiei, o bulă de edem şi în jurul ei, o zonă eritematoasă, cu margini neregulate şi cu o întindere mai mică sau mai mare.

S'a dovedit că în toate cazurile, se produce, în piele, o eliberare de histamină, care e un fenomen celular şi poate fi produs de orice natură: mecanică, chimică, termică.

Aşa se explică efectul sedativ al acupuncturei, al ignipuncturei, al revulsiunii calorice sau a muştarului, a ventuzelor, simple sau scarificate.

Triada lui Lewis e deci caracteristică histaminei. Punctul central roşu şi edemul sunt fenomene vasculare. Eritemul e un reflex determinat de sistemul nervos.

Roussy şi Mosinger, au ajuns la concluzia că la nivelul pielei, există o reţea neurovegetativă continuă, a cărei excitare — prin histamină — produce un eritem reflex. Reţeaua nu e nici simpatică nici parasimpatică, ci histaminergică.

Ar exista deci un sistem nervos histaminergic, care răspunde la orice excitare, prin producere de histamină. Ar fi o excitaţie specifică a unor fibre speciale, prin analogie cu sistemul adrenalinergic al simpaticului şi cholinergic al parasimpaticului.

In felul acesta se înţelege efectul desensibilizant şi vindecător al histaminei, în stările hiperergice, cum e urticaria anafilactică, aşa de asemănătoare cu triada lui Lewis.

Aceiaşi acţiune se observă în astm şi migrenă.

Gajdos şi Noël Fiessinger au ajuns la o concepţiune interesantă a patogeniei urticariene.

Plecând de la observarea, că cei cari fac erupţii urticariene, răspund la cele mai multiple şi variate cauze provocătoare: frig, căldură, emoţie, anumite alimente etc., şi că se desensibilizează foarte greu, au văzut că acestor bolnavi, cari reacţionează în acest fel, nu li se poate aplica vechile concepţii ale anafilaxiei şi ale intoleranţei, idiosincraziei.

Dacă se admite o hiperergie histaminică dobândită, la cei cari au un defect de neutralizare a histaminei şi o piele care reacţionează anormal la acest surplus de histamină, atunci totul se lămureşte uşor.

Că histamina e desensibilizantă în maladiile hiperergice, se mai dovedeşte şi prin observarea, că — injectată pentru prima oară în scop terapeutic — poate produce la un urticarian, un edem al lui Quincke, unui astmatic o urticarie etc.

Concluzia ce o trage Gajdos este, că histamina e o substanţă care — înserându-se într'un proces morbid — între cauză şi efect, poate fi comparată cu un transmiţător chimic al unui sistem special histaminergic — comparabil cu adrenalina în excitaţia simpaticului şi cu cholina, în cea a parasimpaticului.

După această trecere în revistă a histaminei — sub toate aspectele ei — să trecem acum la efectul terapeutic al diferitelor injecţii intradermice şi la aplicaţiunile lor.

A) **Injecţiunile cu apă distilată**, fac să dispară anumite dermalgii reflexe. N'au efect în visceralgii şi în sindrome spastice. Sunt folositoare în anumite algii reumatismale, reumatism mono-articular, junghiuri pleurale.

In câteva cazuri asemănătoare în care le-am întrebuinţat, am obţinut rezultate satisfăcătoare, dar — în genere — de scurtă durată.

B) **Injecţiile cu histidină** au un efect antalgic, comun cu celelalte şi altul propriu, neurotrop, dând impresia că lucrează mai ales asupra echilibrului vago-simpatic.

Injecţia intradermică produce şi ea zona eritematoasă.

Tens. art. scade uşor, pulsul se modifică.

La hepatici şi renali, Loeper şi alţii au observat că injecţiile de histidină sunt urmate de o reacţie foarte intensă, analoagă cu a histaminei, ceea ce ar dovedi aciditatea mediului intern.

Tot după Loeper, injecţiile cu histidină au o valoare diagnostică.

Dermoreacţia intensă se întâlneşte la hepatici şi la cei predispuşi la stări alergice.

Anumiţi autori discută dacă acţiunea histidinei e proprie, sau e datorită transformărei ei — în situ — în histamină. Alţii au arătat că anumite preparate de histidină, conţin doze minime de histamină, iar efectele fiziologice şi terapeutice s'ar datora acestei din urmă.

Aron — din care citez aceste constatări — a folosit preparate pure de histidină şi a obţinut aceleaşi efecte chimice.

Atribue deci histidinei singure, un rol funcţional important şi o acţiune proprie, pe care o întovărăşeşte, poate, eliberarea — in situ — de histamină, în doze infime.

C) **Histamina** — după cum am văzut — a fost temeinic studiată.

Toţi sunt de acord, în a-i recunoaşte valoarea ei terapeutică în reumatismele acute şi cronice, unde se poate obţine dispariţia durerei în 85% din cazuri, în stări allergice, în zona, în diferite algii viscerale şi mai cu seamă în acelea cu substrat spastic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aron întrebuinţează o soluţie mixtă de histidină 4%, conţinând 1/10 de mmgr. de histamină pe cmc. Tehnica e identică cu a tuturor injecţiilor intradermice. Ritmul zilnic, sau la 2 zile 1 cmc — **loco dolenti.**

Rezultatele, afirmă Aron, sunt mai constante şi mai durabile. Au beneficiat toate dermalgiile: reumatismale, vasculare, nervoase, viscerale.

Ca urmare a aplicării tratamentului histaminei în algiile reumatismale, J. Le Calvé, a publicat în două numere din Presse médicale în 1937 şi 1938, două articole, în care subliniază valoarea terapeutică a autohematorapiei intradermice în reumatismul acut şi cronic.

A ales acest procedeu, pentru consideraţiunile următoare:

1. Autohemoterapia deslănţue — prin ea însăşi — un şoc uşor de suportat, care întăreşte imunitatea, stimulează sistemul reticulo-endotelial, desensibilizează organismul în anumite stări anafilactice. Cum concepţia, că reumatismul e — deseori — o manifestare allergică e destul de întemeiată, a întrebuinţat autohemoterapia în tratamentul maladiei lui Bouillaud, asociindu-i sulful.

2. Efectul alinător al autohemoterapiei, mai ales când sângele e reinjectat în reg. dureroasă, e dovedit (s. ex în zona).

3. Albuminele sângelui extravazat în ţesuturi, suferă atacul fermenţilor proteolitici. Digerate, dezintegrate, se transformă în peptide, acizi aminaţi, baze aminate, între cari histamina — şi poate alte corpuri vecine, grupate sub numele de „imidazoli", având toate un rol ipotensiv.

Deci, eliberării de histamină sau a unor corpuri analoage ei, se datoreşte efectul autohemoterapiei şi mai ales efectul ei antalgic.

Dezagregarea sângelui extravazat se face de la periferia focarului spre centru, prin aportul de leucocite şi procesul de proteoliză.

Dezagregarea aminelor formate astfel, se face încet în care timp se prelungeşte şi acţiunea lor terapeutică.

In injecţiile intradermice cu sânge se desvoltă histamina, care îşi produce repede acţiunea antalgică.

Bolnavul suportă — în general — uşor senzaţia de căldură şi de tensiune a locului injectat, senzaţie care dispare repede, făcând loc unei domoliri locale a durerei.

Producerea de amine, în injecţia profundă, prelungeşte pe acea a focarelor intradermice, cari, cu cât sunt mai numeroase, cu atât efectul e mai bun.

Materialul necesar e simplu: o seringă „Record" de 20 cmc, de preferat excentrică, un act lung pentru injecţii intramuşculare, un ac de luat sânge, de calibru 0,mm 9, un ac cu vârful tăiat scurt de 0,mm 7, pentru injecţii intradermice şi o soluţie de citrat de sodiu 10%.

Tehnica. — Cauţi punctele dureroase, dezinfectezi pielea.

Tragi cu siringa de 20 cmc, 1 cmc din soluţia de citrat de sodiu, aspiri 20 cmc. de sânge, adaptezi acul scurt şi injectezi intradermic câteva picături de sânge, având acul îndreptat cu deschizătura în sus.

Multiplici înţepăturile, la o distanţă de 2—3 cm, făcându-le în zona dureroasă şi în jurul ei. Ce a mai rămas din sânge, reinjectezi în reg. retro-trochanteriană. Reinoeşti injecţiile la 4 zile, interval de timp în care reacţiunea arătată mai sus, îşi desfăşură evoluţia.

Am adoptat cu convingere această metodă a lui J. Le Calvé, atât pentru consideraţiunile teorettice, recunoscute azi de atâţia cercetători, cât şi pentru uşurinţa execuţiei.

In mediul mai mult rural în care lucrez, gratuitatea acestei histamine naturale contează şi ea.

*

Redau acum rezultatele obţinute în serviciul medical al Spitalului din Abrud:

Am tratat prin acest procedeu, un număr de 44 bolnavi.

In acest număr se cuprind: 7 reumatisme acute vindecate, 7 reumatisme cronice dintre cari 3 vindecate, 4 ameliorate, 9 nevralgii sciatice vindecate, 4 Lumbago: 3 vindecate, unul nevindecat şi 17 dureri nevralgice diverse, din cari s'au vindecat 15 şi nu s'au vindecat 2.

Deci un procent de vindecaţi de 82% — şi de vindecaţi şi amelioraţi de 93%. — Cifre vecine cu cele constatate şi de alţi autori.

Ca şi Calvé, înţeleg prin vindecare, încetarea durerei şi a puseului reumatismal.

Neputând înşira — din lipsă de spaţiu — toate observaţiunile, mă voiu mărgini să dau numai câteva din acele care au prezentat un incteres deosebit.

Dela 1 Iulie 1938, data când am început să adun aceste observaţiuni — au intrat în serviciul nostru, mai mult decât 7 cazuri de

reumatism articular acut. Dar la începutul tratamentului cu autohemoterapie, nu mi-am luat răspunderea să aplic bolnavilor numai singur acest tratament, adăugând sulf, așa cum pare a recomanda J. Le Calvé, în articolul din care m'am inspirat, ci am administrat bolnavilor tratamentul clasic cu salicilat în doze mari pe gură și intravenos.

In cele 7 cazuri de mai sus, am aplicat un tratament mixt, cu salicilat, sulf și intradermoterapie, obținând în toate cazurile, vindecare, adică dispariția totală a durerei și a fluxiunei articulare. Insemn că trei din cazuri, au avut tipice localizări endomiocardice, din care la părăsirea Spitalului, n'au mai rămas decât foarte șterse semne clinice.

Aceasta nu înseamnă că toți cei 7, nu pot să se transforme în viitor în endomiocarditici cronici.

Mai observ că în reumatismele acute grave, cu reacție febrilă de 39 gr.—40 gr. și cu prinderea multor articulații, singura medicație salicilică, nu face să dispară complet durerea. E deajuns 2—3 serii de injecții intradermice, ca să dispară.

Pentrucă nu toată lumea recunoaște legitimitatea reumatismului muscular — căci așa reese din capitolul reumatismului articular acut, descris în Pathologie médicale, Tome II de F. Bezanson și A. Philibert (pag. 483) nu mă pot opri de a rezuma o observație tipică de „reumatism muscular acut", care s'a vindecat extrem de repede și exclusiv prin autohemoterapie intradermică:

Petre B. de 33 ani din Abrudsat, bolnav de 2 luni și $1/2$.

La început o sciatică mijlocie a ambelor membre inferioare, „a frigore", care cedează după câteva zile. Recidivează după o nouă expunere la frig, are dureri violente și o nevralgie sciatică tipică, bilaterală, de la reg. sacro-fesieră până la călcâe. Totuși nu durează decât trei zile. De 10 zile apar dureri în toți mușchii corpului, până și în cei ai feței.

Palparea regiunilor musculare deșteaptă dureri vii și pe unele locuri se simt îngroșări (miozite) extrem de senzibile. Se poate spune că nu există regiune musculară scutită de dureri.

După 45 înțepături intradermice în diferite regiuni, bolnavul poate dormi, și poate mișca aproape toți mușchii.

După a II-a serie, toate durerile au dispărut ca prin miracol.

Din celelalte 7 reumatisme cronice, consider vindecate 3 și ameliorate patru.

Rezum 4 observațiuni, pentru particularitățile lor:

1. Petru N. de 30 ani, din Com. După-Peatra (Hunedoara) se internează pentru dureri ce țin de 1 an și 7 luni. Ambele regiuni dorsale ale labelor sunt tumefiate, calde, de culoare roșie-vie, fiind sediul unei transpirațiuni exagerate. Regiunea e extrem de dureroasă.

Extensia și flexiunea celor 3 degete mijlocii ale fiecărei labe deșteaptă dureri de nesuportat, iar mersul — de închipuit cât de greu — se face numai pe călcâie.

Chiar a 2-a zi după prima serie de înțepături, tumefacția a dispărut, iar durerile au devenit suportabile. După a 4-a și ultima serie (la 14 zile de la internare), bolnavul ese complet vindecat cu mersul și aspectul extremităților normale.

Nu s'a mai adăogat de cât sulf la tratament.

Pentru teoria allergică a reumatismului, găsesc că acest caz prezintă interes. E de ținut seamă și de importantele turburări neuro-vegetative ale bolnavului.

2. Nicodim P. de 25 ani, din Blăjeni (Huniedoara) se internează pentru un reumatism poli-articular cronic ușor deformant, ce ține de 2 ani.

Sunt prinse: art. tibio-tarsiene, ale genuchilor, cele chondro-sternale şi scapulo-humerale. Cele tibio-tarsiene sunt tumefiate, cu aspect de edem — şi deformate.

Se fac 5 serii de injecţii. Rezultat: Tumefacţia labelor a dispărut, durerile s'au domolit simţitor, mişcările sunt cu mult mai libere, bolnavul nu se mai sprijină când umblă.

Fiind-că durerea în celelalte articulaţii mai perzistă, i se mai face tratamen cu salicilat — asociat cu sulf. După 36 zile bolnavul ese foarte ameliorat.

3. **Crăciun R. de 56 ani**, din Stănija (Hunedoara), se internează pentru dureri în articulaţiile şi oasele membrelor inferioare ce durează de 4 luni. La genuchiul drept, bursa prerotuliană îngroşată şi sensibilă, făcând extensia dureroasă şi greoae. Pe faţa anterioară a tibiei stâng, în 1/3 mijlocie, se află o exostază pe o întindere de 5 cm., cu marginile puţin îngroşate, dureroasă la apăsare. Mai dor condilii tibiei şi maleola externă. Bolnavul mai are de un an lupus serpiginos al membrului superior drept. Pulmonar — o adenopatie tracheo-bronşică.

I s'a făcut tratament antituberculos general (tonice, calciu, pansamente locale şi ultraviolete), precum şi 5 serii de înţepături intradermice cu sânge.

Iese, având mişcările în membrele inferioare absolut libere şi fără cea mai mică durere.

Iată un rezultat foarte satisfăcător, pentru un reumatism cronic tip Poncet.

4. **Gheorghe R. de 13 ani**, din Blăjeni (Hunedoara), se internează de-abea putând umbla.

Are faţa dorsală a mâinilor tumefiate şi toate articulaţiile degetelor prinse, mişcările fiind foarte reduse şi dureroase. Sunt tumefiate: articulaţiile genuchilor, ceele tibio-tarsiene, faţa dorsală a labelor, precum şi degetele. O formă de reumatism fluxionar rar întâlnită. Se mai constată la bolnav o hipersimpaticotonie

I se fac 6 serii de înţepături intradermice cu sânge.

Radiografia mâinilor arată o hipertrofie a periostului falangelor degetelor bolnave, care au aspectul unei „spina-ventoza". După această constatare, adăogăm calciterapie. La eşire, bolnavul nu mai are nici o durere, inflamaţia n'a dispărut, dar s a redus considerabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest caz diagnosticul diferenţial, între un reumatism tbc. tip Poncet — şi cel acut e greu de făcut. Intre alte forme de reumatism, sau pseudo-reumatism, ne împiedică vârsta.

Mai citez o coxartrie, veche de trei ani, la o femeie de 56 ani, care s a vindecat după 5 serii de înţepături.

Nevralgiile sciatice, în număr de 9 au cedat toate tratamentului intradermic.

Se ştie că denumirea de „sciatică" se aplică tuturor sindromelor care au comun semnele lui Valleix, Lasègue şi Bonnet şi cari pot ascunde, în fond, o cauzalitate diversă.

In toate cazurile noastre, n'a fost vorba de nici o alterare locală sau articulară, medulară sau viscerală.

Două au fost tipice „a frigore" numite şi ele reumatismale, după caracterul lor fluxionar, deşi această etiologie nu satisface pe toţi autorii.

Celelalte cazuri n'au fost nici sifilitice, nici reumatismale.

In lipsă de altă clasificare, ne mărginim să le numim împreună cu Paul Savy, **primitive**.

Un caz rezistent, dar care până la urmă a cedat unui tratament combinat, a fost următorul:

Ioan C. de 45 ani, din Lupşa (Turda). E redeşteptarea unei vechi sciacare a ţinut întâia oară 2 ani. Durerea actuală, de 2 luni. E o sciatică mijlocie, ce ţine de la mijlocul coapsei, până la mijlocul gambei. După 4 serii de injecţii se obţine o îmbunătăţire temporală de o zi două Incercăm injecţii de vitamină B 1, de 1000 unităţi, zilnic, (Betaxin) timp de 9 zile. Uşurăm mult durerea, dar nu reuşim s'o suprimăm. Mai administrăm 6 injecţii cu Naiodin,

care adaogă la îmbunătăţire, dar nu vindecă de tot. I se mai fac bolnavului alte 3 serii de injecţii intradermice, după care bolnavul iese vindecat complet.

Bolnavul acesta a mai prezentat o uşoară scleroză renală, fără ipertensiune, cu o azotemie de 0,80%, care, după tratament, a căzut la 0,60%, cifră de la care nu s'a mai redus până la sfârşit.

Nu credem că există vre'o legătură între sciatică şi această uşoară insuficienţă renală. Wassermann a fost negativ.

La alţi doi bolnavi, li s'a complectat tratamentul, după 5 serii de intradermo, cu două injecţii intradermice de histidină la o femeie şi cu 5 injecţii la un bărbat, care avea şi un reumatism cronic al genunchilor. Ambii au eşit vindecaţi.

Lumbago. S'au vindecat 4 bolnavi şi nu s'a vindecat unul.

Printre cei dintâiu, citez cazul unui ofiţer, **Lt. Ştefan P.**, care suferă de 6 luni. S'a tratat cu Naiodin, cu preparate salicilate, injectabile, cu diatermie, cu infra-roşii, cu medicamente şi linimente antinevralgice şi calmante, ajungând chiar la faimosul „Brâu a lui Iov" toate fără rezultat.

Se vindecă după 3 serii de intradermo. Revăzut la o lună, se menţine vindecarea.

Cazul nevindecat e următorul:

Simion P. de 27 ani din Cib (Alba). Are de un an şi 2 luni, o durere permanentă în regiunea lombară. Prezintă perioade scurte de uşoară domolire a durerei, urmate de exagerări.

La internare: O durere mare în regiunea musculară lombară şi la nivelul art. coxo-femorale. E ţeapăn. Percuţia coloanei lombo-sacrate e dureroasă.

Radioscopia pulmonară arată un hil drept mărit cu umbre peribronchovasculare. Clinic, o respiraţie aspră suflantă la dreapta.

Radiografiile coloanei lombo-sacrate şi a întregului bazin, cuprinzând şi articulaţiile coxo-femorale, nu descoperă o alterare osoasă, sau articulară, decât o uşoară scolioză.

Cele 4 serii de câte 30—35 înţepături intradermice, asociate cu injecţii sulfurate nu aduc nici o îmbunătăţire, precum nu ajută nici cele 10—12 grame de salicilat zilnic şi două grame intravenos.

Nu reuşeşte nici Novalgine, injectat local, nici nouă injecţii de vitamă B 1. (Betaxin).

Gândindu-ne la caracterul oare cum superficial al durerei, care se întâlneşte în sifilis (dureri osteocope), încercăm, cu tot Wassermannul negativ, un tratament cu Neo, dându-i 6—7 injecţii în doze de 0,30—0,45.

Nu obţinem nimic.

Singura uşurare temporară de 3 zile a obţinut-o Piramidonul, dat în doză de 2 gr. zilnic.

Nu a mai rămas decât o ipoteză a unei radiculite a rădăcinilor sacrate.

Vrând să încercăm o injecţie epidurală cu novocaină, bolnavul o refuză, şi pleacă din Spital.

Nereuşita acestui caz, nu e a metodei propriu zisă, ci a neprecizării diagnosticului şi deci a neputinţei de a face o terapeutică potrivită.

In nevralgii diverse, am înglobat pe cele de tip intercostal, altele cu substrat neurovegetativ, unele cauzalgii, celulite, dureri nelocalizate difuze şi un singur caz de durere anginoidă la un bolnav cu o aortită sifilitică, mai mult stenozantă, la care durerea a dispărut după o singură serie de injecţii intradermice.

Din 17 cazuri de acest fel, s'au vindecat 15 şi nu s'au vindecat 2.

Citez următoarele trei observaţiuni ale unor causalgii, cari sau vindecat:

1. Ştefan L. de 62 ani, din Bucium (Alba), intră pentru dureri extrem de vii, *următoare unei contuzii toracice, întâmplate cu 3 săptămâni în urmă.*

La 5 zile după lovire, se diagnostichează o fractură a ultimelor coaste drepte. Refuză internarea. De data aceasta durerea e aşa de vie că nu suferă cea mai mică atingere şi nu-l lasă de loc să se odihnească. După 6 serii de injecţii, *ies complet vindecat. Nu i s'a dat în plus nici măcar un antinevralgic.*

2. Desideriu K. de 21 ani, din Abrud, se internează pt. un torticolis extrem de dureros, cu febră de 38°—39°, consecutiv unui furuncul ce l'a făcut cu 2 săptămâni în urmă, Nu poate face cu capul nici cea mai mică mişcare. Nu se poate culca, nu poate dormi. După 2 serii de injecţii intradermice, *iese complet vindecat. N'a primit nici un alt medicament.*

2. Alexandru C. de 63 ani, din Mogoş (Alba), se internează pentru o durere vie dealungul spaţiilor intercostale al 7-lea şi al 8-lea, în reg. anterolaterală dreaptă. Cu 15 luni în urmă a căzut de pe acoperişul casei la 3 m. lovindu-se de pământ cu partea dreaptă. A suferit stând în pat şi umblând sprijinit, 3 săptămâni. N'a mai avut nimic până acum 2 săptămâni, de când simte ca o arsură intolerabilă în reg. descrisă. Nu se poate îndoi, nici ridica fără dureri, cari nu încetează decât în decubit orizontal. După 3 serii de injecţii, durerile au încetat cu totul şi bolnavul *iese vindecat.*

Rezum un caz de tratament nereuşit, deşi pare a fi tot o cauzalgie:

1. Solomon P. de 54 ani, din Fizeş (Hunedoara), vine în Spital pentru o durere vie în flancul şi în reg. dorsală stângă. In 1921, a avut un lumbago ce a ţinut timp de un an, cu intermitenţe, care a dispărut deodată, fiind înlocuit cu o sciatică. Aceasta n'a durat decât 2 săptămâni, dând loc vechei lumbalgii, care s'a menţinut, cu întreruperi scurte, până acum 3 luni, când durerea a luat *caracterul arătat mai sus.* Ea *apare prin crize, porneşte* din spate, *iradiază* prin flanc, până sub mamelonul stâng şi se opreşte sub marginea costală. Bolnavul nu se poate odihni, toată noaptea o petrece în ortostatism.

Examenul clinic al organelor e normal. Urina şi sedimentul sub lamelă şi colorat, normale. Cistoscopia normală. Urea crescută la 88%.

Se tratează azotemia. Aparatul de raze Röntgen defectându-se, nu se poate face nici o explorare.

I se fac 4 serii de autohemo-intradermo. Se obţine un efect antalgic trecător, de 3—4 ore. Se încearcă o blocare a rădăcinilor dorsale prin novocaină.

Se ajunge la o uşurare de 24 ore. Lipsindu-ne histamina, *injectăm sol.* histidină (monoclorhidrat), 5 cc. (Preparatul Gerulcin-Chinoin) în injecţii intradermice. După prima serie, bolnavul doarme cu capul pe perină un somn liniştit şi odihnitor, care se prelungeşte până a 2-a zi târziu. Eveniment pentru el.

Celelalte 5 injecţii, au treptat un efect din ce în ce mai scăzut.

După a 6-a injecţie, bolnavul iese din spital cam în aceiaşi stare în care a venit.

Este o nereuşită pe care nu ne-o putem explica. Singurul element anormal, azotemia, ajunsese la 56%. Alte semne clinice de suferinţă organică n'am găsit. Ne-a lipsit explorarea radiologică şi nu ştim ce rezultate ne-ar fi dat un preparat de histamină. Provizoriu, l'am pus în numărul causalgiilor.

Neavând unde încadra nici al treilea caz nereuşit, îl expun la sfârşitul acestor observaţii:

Solomon T. de 28 ani din Albac (Turda), vine pentru dureri în membrul inferior drept, *ce ţin de un an.*

La început au avut caracterul unei sciatice drepte. Curând capătă un caracter profund, osos (durere osteocopă). La *examenul obiectiv,* se mai constată o durere a interliniei sacro-iliace. Durerea vine prin crize. Nu e deşteptată prin palpare. E mai pronunţată la nivelul gambei. Nimic la celelalte organe. Wassermann negativ. N'au ameliorat durerea nici 4 serii de intradermo, nici 6 injecţii cu Betaxin (Vitamină B 1.), nici tratamentul antisifilitic. Fără rezultat au rămas injecţiile cu Novalgine şi antinevralgicile pe gură.

Este adevărat că ne-a lipsit explorarea radiologică a scheletului respectiv.

Dar considerând durerea, vedem că n'are intensitatea unei radiculite, nici caracterul unei nevralgii. In ambele cazuri, durerea ar fi cedat în urma tratamentului.

In lipsa unei precizîuni diagnostice, l'am pus în rândul causalgiilor.

CONCLUZIUNI:

Din cele expuse, rezultă că autohemoterapia intradermică dă rezultate identice cu cele pe care le dă histamina, ceea ce dovedeşte că efectul terapeutic se datoreşte într'adevăr producerii — in situ — de histamină.

Rezultatele sunt surprinzător de bune, în toate durerile reumatice, cauzalgice, ale stărilor spastice.

N'am avut prilejul să tratez zona, urticaria, astm, maladii, care se internează rar în serviciul nostru. Toţi autorii sunt de acord asupra bunelor rezultate ale histaminei în aceste afecţiuni.

Cred că şi succedaneul ei, autohemoterapia intradermică ar da rezultate bune.

Este surprinzătoare iuţeala efectului calmant al durerii. După cel mult un ceas începe să se simtă uşurarea. Durata e deasemenea mulţumitoare. Nici o nevralgie sciatică n'a mai revenit. Pe unii i-am revăzut după 1—2—3 şi 6 luni. Toţi sunt mulţumiţi. Nici o cauzalgie vindecată nu s'a mai întors. Ce i-ar fi determinat să nu recurgă la serviciile noastre, când dureri aşa de vechi şi chinuitoare, au dispărut aşa de repede întâia oară?.

Sunt reumatisme cronice, mai ales cele ameliorate, care au mai recurs la tratamentul intradermic. E şi firesc. Durerea dispare, afecţiunea cu cauzele ei, rămâne.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

In toate reumatismele acute, adaog la tratamentul clasic, (salicilat, sulf) vitamine preconizate de J. Le Calvé şi autohemointradermoterapia. Am impresia că se obţin rezultate mai repezi şi durerile dispar foarte curând.

Procentajul acestor vindecări, e cel puţin de 85%. In studiul nostru, dacă excludem cele trei cazuri fără precizare diagnostică, procentajul e şi mai mare. Ce alt medicament antalgic, se poate compara cu această metodă?

Toate durerile aşa de des întâlnite, cum sunt junghiurile pleurale, cele toracice difuze, cu sau fără substrat precis, cedează foarte repede la una sau două serii de injecţii. Iată deci un rezultat care are darul de a impresiona pe bolnav.

Mai e de luat în seamă că acest tratament e la îndemâna oricărui medic şi mai ales a acelora care lucrează în mediul rural, căci materialul necesar e redus, iar pentru populaţia care nu-şi poate procura din comerţ produse histaminice, procedeul lui Calvé, e o uşurare.

Pe cât am putut urmări literatura medicală românească, n'am găsit vorbindu-se nicăeri de această metodă.

O recomand deci călduros şi cu toată convingerea, atenţiei confraţilor, pentru aplicarea ei, acolo unde este indicată.

BIBLIOGRAFIE

F. Bezançon et A. Philibert: Précis de Pathologie. Tome II. Maladies infectieuses. — Paul Savy: Traité de Térapeutique clinique. — René Hasard: L'histamine. (Société de Path. comparée) 8.XII.1936. — Emile Aron: Etude physio-

clinique des injections intradermiques. Action de la solution histamine — histidine. Presse médicale Nr. 56 din 14.VII.1937. — I. Marcu şi N. Gingold: Repartiţia histaminei în sânge la om. — I. Marcu, G. Comşa şi D. Chiriceanu: Histamina şi hiperemia reacţională. — I. Marcu, N. Gingold şi C. C. Parhon: Histamina în maladiile sângelui. (Publicate în Bul. Acad. de Medicină Bucureşti — 21/IV/1937).

J. L. Calvé: Considérations sur les rhumatismes et leur traitement. Presse méd. Nr. 80 din 6.X.1937. — André Cain: Le traitement du prurit anal par les injections intradermiques d'histamine. Préss. méd. Nr. 88, 3.XI.1937. — Pierre Lucciardi: Un moyen simple et efficace de soulager les points de côté. Press. méd. Nr. 88 din 3.XI.1937. — Loeper: L'aminemie. Communication a l'Académie de medecine (5.VII.1938). — M. J. Weissenbach: L'histaminothérapie des affections rhumatismales. — Ed. Jolirain: L'asthme et l'histamine. — A. Gajdos: L'histamine et l'urticaire. (Communications a la Soc. de méd. de Paris, din 7.X.1938).

J. Marcou, E. Athanasiu-Vergu, D. Chiriceanu, G. Cosma, N. Gingold et C. C. Parhon: Sur le rôle physiologique de l'histamine. Presse méd. Nr. 20 din 9.V. 1938. — Alfred Gajdos: L'histamine comme transmetteur chimique. Press. méd. Nr. 27 din 2.IV.1938. — J. Le Calvé: Injections intradermiques de sang dans la douleur rhumatismale. Press. méd. Nr. 49 din 18.VI.1938.

Dr. AUREL STOIANOVICI: **Les injections intradermiques avec les bases aminées et L'autohémothérapie intradermique dans le traitement des algies rhumatismale et des autres algies.**

L'auteur fait l'historique du traitement de la douleur par les injections intradermiques.

Il résume les travaux faits sur l'histidine et surtout sur l'histamine, en montrant leur activité physiologique et pharmacodynamique, ainsi que l'action thérapeutique — antalgique — qui est indiscutable.

On décrit le mécanisme de production de l'action calmante, qui consiste en apparition au lieu d'injection d'une réaction nommée „la triade de Lewis".

Elle se manifeste par un point rouge au lieu de pénétration de l'aiguille, par une bulle d'oédeme et une zone érithémateuse environnante.

N'importe quelle injection intradermique produit la même réaction et toutes les injections intradermiques ont un effet antalgique identique, dû à la production — in situ — de l'histamine.

Roussy et Mosinger ont énoncé une théorie d'après laquelle doit exister à part des systèmes sympathique et parasympathique, un troisième système histaminergique, qui peut expliquer l'action désensibilisante et curatrice de l'histamine, dans les états hyperèrgique (urticaire, asthme, migraine).

Gajdos et N. Fiessinger après de rechèrches minutieuses sur la *pathogènie réelle de l'urticaire, et après avoir éliminé* l'explication anaphylactique de celle-ci, ont arrivè à la conclusion que l'histamine serait un trasmetteur chimique d'un systeme spécial hystaminergique, à l'instar de l'adrénaline pour le système sympathique et de la choline pour le parasympathique.

J. Le Calvé, partant de la constatation que le sang extravasé se transforme en histamine et l'autohémothérapie a une action désensibilisante et renforce l'immunité naturelle, a appliqué l'autohémothérapie intradermique dans le *traitement des algies rhumatismales et autres algies.*

La technique est simple: Une seringue de 20 cc., 2 aiguilles, une pour l'injection profonde et l'autre pour celles intradermiques et une solution de Citrate de Soude 10%.

L'auteur en appliquant cette méthode, montre les résultats qu'il a obtenu dans les 44 cas de rhumatismes aigus et chroniques, névralgies sciatiques, lumbagos et autres douleurs névralgiques.

Il n'a eu que 3 insuccès concernant des *malades auquels manquait un diagnostic* précis et par conséquence, un traitement approprie.

En conclusion, l'auteur montre que les résultats sont comparables avec celles de J. Le Calvé et le pourcentage de guérison est le même, au moins 85%.

Cette méthode étant pratique et à la disposition de chacun, peut être appliquée partoût ou elle est indiquée.

D-r AUREL STOIANOVICI: **Die intradermo-Injectionen mit Amino-bazen und die intradermo-Autohämotherapie in der Behandlung rheumatismaler und anderer Schmerzen.**

Der Autor wirft einen geschichtlichen Uberblick über die Behandlung des Schmerzes.

Kurz zusammengefasst beschreibt er die Versuche, die mit Histidin gemacht worden sind, besonders mit Histamin, und zeigt wie Histamin sich bildet, ihre physiologischen Eigenschaften und ihre pharmakodynamische und therapeutische-antalgische-Action, welche unbestreitbar ist.

Er beschreibt den Entstehungsmechanismus der lindernden Action, die aus einer Reaction „Lewis Triade"-an der Einstichstelle entsteht.

Sie äussert sich in einem roten Punkt an der Einstichstelle, einer Oedem-Blase und einer umgebenden eritematösen Zone.

Jede beliebige Injection erzeugt dieselbe Reaction und alle intradermischer Injectionen haben antalgischen Efekt, durch Erzeugung von Histamin — *in situ.*

Roussy und Mosinger glauben, dass die Kutis neben dem sympatischen und parasympatischen System, ein drittes histaminergisches — System enthält, welches die desensibilierenden und heilenden Eigenschaften des Histamin in den hyperergischen Zuständen (Urticaria, Astma und Migrene) erklärt.

Gajdos und N. Fiessinger gelangen zur Uberzeugung, nach einer gründlicheren Unterschung der realen Urticaria pathogenie und nach Beseitigund der anaphylaktischen Theorie, die sie für nicht genügend zu ihrer Erklärung halten, dass die Urticaria durch einen Defekt der Nicht-neutralisation der Histamine ensteht.

Diese Substanzen würde die Rolle des chemischen Uberträgers eines spezifischen histaminergischen Systemes spielen, wie Adrenalin in der Reizung des Sympaticus und Cholin in der des Parasympaaticus.

Le Calvé gebraucht Blut in der intradermo-Behandlung der rheumatischen und anderen Schmerzen. Das Blut ausserhalb der Gefässe, würde sich — in situ — in Histamin verwandeln und die Kutihämotherapie hat sich als ein Desensibilisator und ein Verstärker der natürlichen Immunität bewiesen.

Die Technik ist einfach. Eine 20 cmc. Spritze; 2 Nadeln, eine für die intrakutis und die andere für die intramuskuläre Injection, eine 10%-ige Lösung von Natrium citricum.

Der Verfasser zeigt die Erfolge, die er bei 44 Fällen von chronischem und akutem Rheumatismus, bei Sciaticus, Nevralgien, Lumbago und anderen Schmerzen gehabt hat.

Nur in 3 Fällen hatte er keinen Erfolg (bei Kranken wo man keine sichere Diagnose sfeäen und folglich die entsprechende Behandlung nicht erklärt werden konnte).

Zusammenfasend zeigt er, dass die erzielten Rezultate mit denem von Le Calvé übereinstimmen und der Prozentsatz der geheilten wenigstens 85% sei. Da die Behandlung praktisch und für jeden zugänglich sei, ist sie dort wo sie angezeigt ist — anzuraten.

DARE DE SEAMA ASUPRA ACTIVITĂTII LABORATORULUI DE IGIENA DIN TULCEA PE ANII 1932-1939

Intocmită de
D-r S. SURUGIU
Medic Şef al Laboratorului

ISTORIC

Infiinţarea. Laboratorul din Tulcea a fost înfiinţat de Primăria Oraşului Tulcea în anul 1932, ca Laborator Comunal de Bacteriologie, pentru a-i deservi interesele. Inzestrarea s'a făcut din Depozitele Ministerului Sănătăţii şi s'a complectat de Primărie.

Personal. Din anul 1932, când am fost numit medic al acestui laborator şi anume la 15 August, până în Iunie 1938, laboratorul a funcţionat cu un medic, un laborant şi un om de serviciu. In luna Iunie 1938 prin înfiinţarea secţiei de chimie, s'a mai numit un chimist, un al 2-lea laborant şi încă un om de serviciu.

Salarizare. Dela 15 August 1932 până la 1 Aprilie 1933, personalul a fost plătit cu diurnă de Primărie. Dela 1 Aprilie 1938 până la 1 Aprilie 1935 s'au prevăzut în bugetul Primăriei salariile, iar de la această dată, laboratorul a trecut în bugetul Ministerului Sănătăţii.

ORGANIZAREA

Local. Prima grijă la numirea noastră în acest post, a fost aceia să găsim un local, pentru a porni la organizarea unui laborator ce nu există încă. Pentru un început a trebuit să ne mulţumim cu ceia ce ni-s'a oferit de Primărie şi anume: un imobil situat în centrul oraşului şi cuprins între două prăvălii, primind lumină numai dintr'o singură direcţie, având la etaj trei cămăruţe utilizabile şi alte două la parter, *umede şi mucegăite*. *In privinţa localului*, iată cari au fost constatările D-lui Profesor Zotta de la Universitatea din Bucureşti cu ocazia unei vizite făcute la laborator în 5.V.1935: „...Reactivii şi substanţele chimice sufăr: din cauza localului impropriu, D-l Doctor este obligat a păstra aceste substanţe în atmosferă umedă....", iar D-l Medic Primar al Judeţului, la 19.6.1935 scrie: „...Pereţii şi duşameua dela cele 3 camere de la etaj, sunt foarte slăbiţi, încât ameninţă să se dărâme. La trecerea ori cărui vehicul, trepidaţiile sunt aşa de mari, încât

aparatele nu mai au stabilitate pe mese... etc.". In urma repetatelor intervenţii, Ministerul ne-a aprobat suma de 24.000 lei, cu care am închiriat un local, unde laboratorul se află astăzi. In dorinţa de a ne construi un local propriu şi pierzând orice nădejde că cineva ne-ar da vr'un ajutor, am interprins o acţiune pentru adunare de fonduri prin lista de subscripţie. Am constituit în 1935 un comitet de iniţiativă prezidat de către D-l Prefect al Judeţului şi am izbutit să adunăm suma de 131.000 lei, din care cu 25.000 lei am cumpărat un teren în suprafaţă de 5.000 m. p. unde s'a instalat crescătoria de animale şi unde se cultivă zarzavat şi plante furajere pentru animale. Pentru concursul ce ne-au dat la adnaruea acestor fonduri, Ministerul Sănătăţii, a binevoit să decoreze cu „Meritul Sanitar" persoanele arătate şi propuse de noi şi anume: D-l C. Tigău, Avocat, fost Prefect, D-l Colonel V. Rată Prefectul actual de Tulcea, D-nii V. Timofte, C. Tase şi I. Tiron.

Mobilier. La început ne-am folosit de nişte mese de lemn luate de Primărie de la cârciumarii cari nu au achitat dările către comună. Treptat, s'a complectat mobilierul din încasări. Incă în 1935, D-l Profesor Zotta scria: „...Se simte nevoia de mobilier: mese de lucru, dulapuri, etajere, lămpi de masă, lampă p. ultra-...".

Inzestrarea cu aparate, sticlărie şi chimicale. Primul lucru care l-am făcut a fost procurarea unei firme arătoase, pe care am prins-o de faţadă, cu inscripţia vizibilă „Laboratorul de Bacteriologie Tulcea", în scopul de a semnala intenţia înfiinţării acestui laborator. Din eroare sosind la serviciul Sanitar al Oraşului Tulcea, vr'o două lăzi cu sticlărie pentru laboratorul din Sulina, noi le-am ridicat ca fiind pentru noi. Cu acestea am format începutul. Mai adusesem personal din Iaşi, câteva borcane cu coloranţi, am mai împrumutat de pe la farmacii, de la laboratoriile liceielor din oraş, de pe la medicii practicieni, de la laboratorul din Sulina, unele aparate, sticlărie şi chimicale, etc., pe de altă parte Comuna a prevăzut vr'o câteva zeci de mii lei pentru aparate şi cărţi, din care numai parte au mers la destinaţie, restul în scopuri politice. Numai după câteva luni laboratorul a fost pus pe picior de a putea începe o activtiate de laborator propriu zisă.

Răposatul Inspector Sanitar Dr. V. Apostolescu cu ocazia unei inspecţii făcute la 13.III.1934, deci după 18 luni de la înfiinţare, scrie: „Inspectat Laboratorul Comunal Tulcea, care este bine aprovizionat cu toate cele trebuincioase. Este condus de D-l Doctor Surugiu Simion, care este un tânăr muncitor, priceput desvoltând o mare activitate". Fostul Subsecretar de Stat la Ministerul de Interne D-l D. Iuca, scrie: „Vizitat Laboratorul Comunal Tulcea şi felicit pe conducător pentru activitatea sa". Aceasta la 30.VI.1934, deci după aproape 2 ani.

Greutăţi întâmpinate. Din cele de mai sus se poate deduce lesne că punerea la punct pentru o bună funcţionare a unei instituţii care necesită atât de multe lucruri, a fost cât se poate de anevoiasă.

Se poate vedea şi mai clar, dacă se ţine seamă de poziţia geografică a oraşului, de distanţele de alte centre civilizate, de ura cu care ne-au primit farmaciştii cari şi ei făceau analize şi vedeau un concurent, de agitaţiile politice, când toată lumea era preocupată de treburile partidului şi de chestiuni personale, de nepăsarea medicilor, obişnuiţi să se

lipsească de laborator, de faptul că personalul auxiliar se numea din oameni fără şcoală, fără avizul medicului, oameni nedisciplinaţi, doar buni agenţi electorali, cari aveau misiunea să spioneze sentimentele politice ale medicului etc., câte alte greutăţi, se va înţelege care a fost începutul acestei instituţii, azi „Laboratorul Regional de Igienă Tulcea".

Cu toate cele arătate, aprecierile oamenilor de specialitate, cari ne-au vizitat sunt bune. D-l Profesor Zotta scrie în 1935: „Vizitat laboratorul. Foarte bine întreţinut şi foarte ordonat...".

D-l Inspector General Smadu de la Ţinutul Dunărea de Jos, la 10 Martie 1939, inspectând laboratorul constată: „In laborator domneşte ordine şi curăţenie. In prezent vedem laboratorul aprovizionat cu tot felul de substanţe chimice şi reactivi, care impresionează şi prin cantitatea lor. Din studiul graficelor pe anii 1932—1938, se vede o continuă dezvoltare, care şi în viitor credem că va merge pe aceiaşi scară....".

ACTIVITATE

Activitatea de laborator.

In anul	1932	(4½ luni)	s'au executat	62	analize,	încasând	2.222	lei
„ „	1933	s'au executat un număr de		889	analize,	încasând	19.865	lei
„ „	1934	„	„	997	„	„	22.250	lei
„ „	1935	„	„	1068	„	„	32.901	lei
„ „	1936	„	„	1160	„	„	32.892	lei
„ „	1937	„	„	1353	„	„	47.626	lei
„ „	1928	„	„	1677	„	„	38.124	lei
„ „	1939	(6 luni „	„	800	„	„	22.300	lei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numărul de lucrări de specialitate şi analize executate, nu este de loc impunător, dar Laboratorul s'a dovedit, totuşi, a fi de un real folos pentru medicina judeţului şi oraşului Tulcea. Numai în anul curent s'a pus diagnosticul la 22 de bolnavi de tifos exantematic. O sumedenie de cazuri de malarie, tuberculoză, sifilis, difterie, dysenterie, etc., au putut fi tratate la timp numai prin laborator. S'a stâns epidemia de dysenterie din câteva localităţi, s'a pus în evidenţă pericolul apei potabile din Tulcea şi alte localităţi şi în ultimul timp în laborator se face controlul alimentelor. Existenţa acestei instituţii în Tulcea, până în prezent este justificată şi necesitatea ei se va evidenţia şi mai mult în viitor.

Spitalul de femei Cluj. — Director: D-r D. Stanca
Secția Ginecologică-Obstetr. — Medic-primar: Conf. D-r C. Stanca

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ALOR 348 LAPARATOMII EXECUTATE LA SPITALUL DE FEMEI DIN CLUJ IN ANUL 1938

de

D-r IOACHIM STUPARIU

Medic secundar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Redarea activității operatorii la sfârșitul fiecărui an credem că este interesantă și utilă pentrucă din aceasta se degajează concluziuni de ordin științific și învățăminte practice. Comentând expunerea cu datele statistice, vom da principiile generale urmate în alegerea tratamentului operator, conduita pre și postoperatorie cu rezultatele apropiate, unele metode proprii ale serviciului și vom înșira câteva intervențiuni excepționale ce s'au executat și cari încă n'au intrat în practica curentă.

In tratamentul operator al afecțiunilor ginecologice, principiul călăuzitor a fost acela al **intervențiunilor conservative**, având ca ideal pe lângă vindecarea bolnavei de suferință și obținerea de rezultate funcționale bune, **asigurarea echilibrului endocrin.** Aceasta cu atât mai mult cu cât femeia este mai tânără. O preocupare specială și pentru care fapt s'au executat multe intervențiuni, a fost aceea a **combaterii** sterilității, pentru cari s'au făcut cele mai variate operațiuni plastice.

In anul 1938 în **Secția de chirurgie** de sub conducerea D-lui Conf. D-r C. Stanca, s'au executat un număr de 348 laparotomii, urmând cele mai expeditive procedee, încercând de a reduce la minimum mortalitatea, deci să scădem cât mai mult posibil gravitatea operațiunii.

Redăm mai jos tabloul sumar al intervențiunilor executate, urmând să facem apoi câteva considerațiuni asupra acestora.

TABLOUL INTERVENȚIUNILOR EXECUTATE:

NUMĂRUL OPERAȚIUNILOR		Variet	Total
Histerectomii totale lărgite, după *Wertheim* *)		8	8
Histerectomii totale		3	3
Operația cezariană transperitoneală cerv-pariet		8	8
Histerectomie subtot. cu păstrarea anexelor		7	7
„ „ „ „ unei anexe		9	9
„ „ „ „ unui ovar		3	3
„ „ „ extiparea anexelor		24	24
Operațiuni pe anexe cu păstrarea uterului	Anexotomii unilaterale	39	116
	Anexotomii bilaterale cu păstrarea unui ovar	37	
	Anexotomii cu păstrare de rest de ovar	1	
	Salpingectomie bilaterală	9	
	Salpingectomie (resecție) bilat. cu implantare	4	
	Salpingectomie unilaterală	10	
	Ovariectomie unilaterală	3	
	Anexotomie bilaterală cu implantarea de ovar în colțul uterin	1	
	Anexotomie bilaterală	2	
	Resecția părți distale a trompei	1	
Histeropexii	H. Grigoriu	3	99
	H. Doleris	15	
	H. Dudley	81	
Apendicectomii		42	42
Cură rad. pt. hernii și eventrații postop		9	9
Laparotomii explorative (pentru peritonită bacilară și aderențe postop)		13	13
Enucleare de fibron		2	2
Implantare de ureter proc. Coffey		5	5
	Total	348	348

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pregătirea bolnavei pentru operație. In serviciul nostru înainte de a propune intervențiunea, — afară de cazurile urgente, cum ar fi o sarcină extrauterină, un pyosalpinx perforat, apendicită acută, etc. — bolnava va sta mai multe zile în observațiune, în care interval se face examenul general, local și examenele de laborator necesare. (Examenul urinei, azotul, ex. secrețiunilor, Wassermann, să determină tensiunea arterială; se face radioscopia organelor toracale și a tubului digestiv, dacă aceste din urmă par a fi necesare).

*) In serviciul nostru s'au operat numai cazuri de cc. al colului cu forme *incipiente*, toate celelalte au fost trimise Institutului pentru studiul și profilaxia cancerului pentru tratament cu Roentgen și Radium.

Se face cu mare atenţiune selecţionarea afecţiunilor anexiale, propunând intervenţiunea numai în cazurile vechi, trecute de un an, deci când procesul e „răcit" şi după ce încercările de diferite tratamente conservative au eşuat. Se face laparotomie însă, în cazurile cu acuze hypogastrice mari şi de lungă durată chiar dacă la examenul obiectiv nu se găsesc leziuni palpabile. Multe anexite cronice, având modificări anatomice neînsemnate, dau acuze grave. In aceste cazuri la operaţie nu rareori găsim leziuni organice ca: perianexite, perimetrite, hidrosalpinx, apendicite cronice. Chiar dacă a fost numai o deviaţie simplă şi facem o histeropexie simplă, bolnavele se fac bine.

In materie de cancer al uterului, în cele a corpului uterin aproape în toate cazurile suntem pentru intervenţie, în ce priveşte însă cancerele colului uterin se selecţionează pentru operaţie numai cele incipiente, rămânând ca cele la limită să se trimită la Institutul pentru Studiul şi Profilaxia Cancerului de sub conducerea D-lui conf. D-r C. Stanca, pentru tratament cu Roentgen şi Radium. Din această cauză intervenţiunile de histerectomie totală lărgită după Wertheim sunt mai puţine. In cazuri de tumori inflamatorii vechi, în cari la examenul obiectiv nu ne putem pronunţa asupra operabilităţii, deasemenea facem laparotomie şi dacă vedem că ansele intestinale sunt prinse în tumoră foarte intim şi decolarea lor nu s'ar putea face decât cu riscul de leziuni grave ale intestinelor, ne mulţumim să închidem cavitatea abdominală şi abordăm, în cazuri când avem de-aface cu absces tuboovarian, pe cale vaginală procedând la colpotomie cu evacuare. In cazuri de ascită pentru precizarea diagnosticului deasemeni facem laparotomie explorativă. Deci în toate cazurile avem ca principiu să facem o indicaţiune foarte severă. In cazurile când starea generală este alterară, deci în cazurile de debilitate, anemie, femeile sunt supuse unui tratament preoperativ, roborant timp de 8—15 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pregătirea preoperatoare. In preziua operaţiei, bolnavei îi dăm un purgativ (Oleu de ricină 30 gr. sau sare de Karlsbad 25—30 gr.), spre seară o clismă care se va repeta şi în dimineaţa zilei operaţiunii. In ce priveşte alimentaţia aceasta este complectă chiar şi în ziua care premerge operaţia cu deosebirea că seara va lua numai un ceai, cafea cu lapte sau supă fără pâine.

Inainte de operaţie vom pregăti vaginul cu apă oxigenată, badijonare cu alcool şi tinctură de iod. După aceasta tamponăm vaginul cu o meşă. Facem acest lucru pe deoparte ca să fim întotdeauna pregătiţi pentru o eventuală hysterectomie totală şi pentru faptul, că în rachianestezie se întâmplă ca femeia să aibă scaun pe masă şi materiile fecale să ajungă în vagin. In cazul când ar trebui apoi să facem o hysterectomie totală sau subtotală fără această precauţiune, am putea fi surprinşi de prezenţa fecalelor în fundul de sac vaginal.

Prepararea terenului operator. Peretele abdominal îl preparăm înaintea începerei operaţiei prin spălarea pielii abdomenului cu benzină iodată, după care se badijonează de două ori cu tinctură de iod 8—10%.

Incizia întrebuinţată de predilecţie este cea mediană de obiceiu subombilicală şi în cazuri când este insuficientă se prelungeşte şi supraombilical. Incizia mediană a fost întrebuinţată în 326 cazuri, deci în

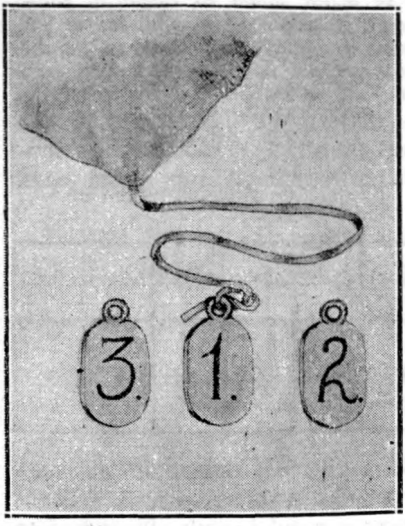
94,76%, **incizia transversă Phannenstiel** în 2 cazuri, paramediană în 20 cazuri.

Anestezia întrebuinţată de predilecţie în serviciul nostru este cea **rachidiană.** In laparotomiile din anul acesta am întrebuinţat rachianestezia în 344 cazuri şi anestezia generală cu eter în 4 cazuri, la cererea bolnavelor. Anestezia rachidiană s'a făcut în 105 cazuri cu **Novocoff** 8%, în 15 cazuri cu **Rachicaină** 8% şi în 224 cazuri cu **Tropococaină** 10%. Rachianesteziile au fost în general bune, afară de 5 cazuri, unde au fost insuficiente şi au trebuit complectate cu eter.

Pentru a evita accidentele, în Serviciul Spitalului de Femei se ţine cont de următoarele: 1. Se întrebuinţează numai preparate originale; 2. Nu se trece peste doza de 0,16 ctgr. pentru novocaină (Novocoff şi Rachicaină) şi peste 0.10 la Tropococaină. La dozajul novocainei din soluţia 8% luăm 0,04—0,05 centigrame pe 20 kgr.; amestecăm novocaina cu cofeină Proc. Gheorghiu; 5. Punctia se face între 2—4 vertebră lombară; 6. Aplicăm în toate cazurile procedeul Prof. Daniel prin reinjectarea intramusculară, subcutanată sau intravenoasă a lichidului cerebrospinal; 7. Concomitent cu injecţia rachidiană administrăm şi 5 cc. oleu camforat, intramuscular; 8. Facem barbotaj moderat.

Poziţia bolnavei în cursul operaţiei. Bolnava în toate cazurile o aşezăm pe masa de operaţie în poziţia Trendelenburg, căci aceasta ne dă cel mai bun acces de a explora cavitatea pelviană. In ce priveşte planul înclinat, aceasta rareori se trece de 40%. Poziţia Trendelenburg ajută ca intestinele să se retragă spontan spre regiunea epigastrică şi astfel cavitatea pelviană să rămână bine expusă.

Izolarea intestinelor: o facem prin 3—5 comprese mari. Aceste comprese sunt prelungite cu o panglică de cari se înoadă nişte table metalice grele cari sunt numerotate dela numărul 1 până la 7. Aceste table se sterilizează odată cu instrumentele. (Vezi Fig.). Acestea serveso a evita de a rămânea vre-o compresă în cavitatea abdominală. Acest dispozitiv a fost imaginat de D-l Conferenţiar D-r Constantin Stanca şi se vede că este un detaliu de o utilitate mare. Prin ajutorul acestor plăci de metal e imposibil ca să rămână compresa în cavitate. De altfel toate instrumentele noastre pentru laparotomii sunt lungi (18—22 cm), încât e cu neputinţă ca să rămână vreunul neobservat, la închiderea cavităţii abdominale. Comprese mici nu utilizăm, decât tampoane prinse în port-tampon.



In ce priveşte **drenajul,** l-am aplicat din cele 348 operaţii în 33

cazuri, deci într'un procent de 9,48% şi anume în 16 cazuri **drenaj Mikulicz**, în 15 cazuri cu o meşă şi în 2 cazuri cu **tub de cauciuc**. Drenajul Mikulicz s'a aplicat în cazuri de piosalpinx cari s'au perforat în timpul decolării, în cazuri de hemoragie parenchimatoasă abundentă şi *s'a mai aplicat în câteva cazuri în operaţia Wertheim ca drenaj* de siguranţă, chiar dacă am făcut peritonizare. Meşa simplă am aplicat-o în cazurile de mici hemoragii parenchimatoase, în unele cazuri de piosalpinx cari s'au extirpat fără ruptura peretelui, dar exista mic exudat, deci în cazurile în cari suspectam că ar putea fi un focar infecţios. In aplicarea sacului Mikulicz, D-l Conferenţiar D-r Constantin Stanca, a preconizat un procedeu pentru a împiedeca aderenţele sacului cu baza pe care stă, şi anume, înainte de a aşeza sacul pe terenul care dorim să-l izolăm de restul cavităţii abdominale, se aplică o meşă mai lată, care se duce apoi la marginea inferioară a inciziei laparotomice unde se scoate; peste această meşă se aplică sacul. Această metodă s'a preconizat şi aplicat, de când am avut în Serviciul nostru două cazuri în cari sacul nu s'a putut extrage decât cu foarte mare dificultate, sub narcoză cu ajutorul decolării digitale, din cauza aderenţelor sale fibroase ce erau pe cale de organizare. De când aplicăm această „talpă" sau „meşă de subminare" sacul nu mai face la extragere nici o dificultate. **Nu ne atingem de drenaj, respectiv de pansament până după stabilirea pasagiului intestinal, deci până după primul scaun abundent.** După ce am scos zilnic câte o meşă liberă şi a rămas sacul gol cu meşa liberă sub el, vom extrage meşa liberă şi abia în ziua următoare sacul. După scoaterea sacului nu introducem nimic în orificiul larg al drenajului, ci se aplcă un pansament de protecţie deasupra lui. Nu aplicăm în primele 4—5 zile clisme cu apă, decât în ziua a 3-a 50 gr. glycerină intrarectal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot la acest loc vom aminti că colpoperineoplastia se execută după o tehnică mai expeditivă, ce permite să se facă rapid, să se vindece plaga per primam şi cu rezultate îndepărtate bune. Decolarea mucoasei se face dela perineu spre vagin, se excizează în triunghiu apoi se aplică sutura cu catgut în partea superioară deodată prinzând mucoasa şi muşchii ridicători ai anusului, iar în partea inferioară separat muşchii. Apoi se sutureză deodată tegumentele şi muşchii, nodul acestor fire pe tegumente se face pe un mosor de tifon îmbibat în parafină, ce protejează plaga de secreţiunile din vagin şi de urină. Bolnavei nu i-se aplică sondă şi se lasă să urineze spontan.

Vârsta bolnavelor operate a fost între 15 şi 65 ani, cu majoritatea absolută în perioada genitală activă, după cum arată acest tablou:

Vârsta	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	60-65
No. cazurilor	32	57	96	53	44	33	19	8	4	2

Mortalitatea. Din totalul de 348 laparotomii executate au subcombat 7 bolnavi. Redăm aceste cazuri:

I-iul caz. Este operată pentru cancer al colului uterin, făcându-i-se operaţia Wertheim cu drenaj Mikulicz. Subcombă în azotemie.

II-lea caz. Este operată pentru fibromatosă uterină, făcându-i-se histerectomie subtotală cu anexotomie stângă. Subcombă în miocardită.

III-lea caz. Operată pentru gravitate luna IX, bazin strâmtat, primipară bătrână, naştere prelungită, i-se face cezariană clasică cervico-cervico-corporeală. Subcombă în parotidită infecţioasă, tromoflebită septică, miocardită.

IV-lea caz. Operată pentru abces tuboovarian perforat cu peritonită generalizată după avort criminal. Se face laparotomie explorativă cu drenaj Mikulicz. Subcombă în peritonită generalizată.

V-lea caz. Este operată pentru apendicită perforată cu peritonită. Se face laparotomie explorativă şi drenaj larg. Subcombă în peritonită generalizată.

VI-lea caz. Operată pentru pelviperitonită acută reactivată după raclaj. Se face laparotomie explorativă cu drenaj Mikulicz. Subcombă în peritonită generalizată.

VII-lea caz. Operată pentru peritonită generalizată după piosalpinx perforat. Se execută laparotomie explorativă cu drenaj Mikulicz. Subcombă în peritonită generalizată.

Deci, raportând aceste cazuri la numărul global al intervenţiunilor **avem un procent de 2,01% mortalitate.** Analiza mai detailată a acestora ne arată că numai 3 cazuri se pot pune în legătură directă cu actul operator, celelalte fiind numai laparotomii explorative şi în acest fel am avea un procent de **0,86% mortalitate.**

Bolile pentru cari s'au făcut operaţiile noastre se văd din tabloul de mai jos:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tabloul maladiilor pentru cari s'au făcut operaţiunile:

	Total	Variet
Fibromatoză uterină	34	34
Cancer uterin — colului	7	—
Cancer uterin — cervico-corporal	1	—
Cancer uterin — corpului	1	9
Carcionom al ovarului	—	2
Tumori anexiale — unilaterale	18	—
Tumori anexiale — bilaterale	27	45
Hematosalpinx	—	2
Piosalpinx	—	9
Hidrosalpinx	—	11
Salpingite nodoase	—	8
Tbc genitală	—	4
Sarcini extrauterine tubare	—	19
Apendicite (acute, subacute, cronice)	—	36
Retroversie uterină	—	95
Prolaps uterin perţial	—	11
Metropatie climacterică	—	1

	Total	Variet
Tuberculoză peritoneală	—	2
Chiste ovariene simple	29	—
Chiste ovariene dermoide	2	31
Eventrație cronică postoperatorie	—	4
Hernii	—	4
Fistulă vezico-vaginală	—	5
Eclampsie, Distocii, Plac. previae, etc.	—	8
Perforații uterine	—	1
Diverse alte cauze	—	1
Peritonită	—	4

Durata intervențiunilor a variat între 15 până la 60 minute. In Serviciul Spitalului de Femei, D-l Conferențiar D-r C. Stanca pune mare pond ca intervențiunile să se execute într'un timp cât mai scurt, căci astfel se ameliorează mult prognosticul. D-sa are o tehnică rapidă încât la noi bolnavele niciodată nu prezintă acel tablou de „șoc operator" pe care îl vedem când bolnavul este ținut mult pe masa de operație.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt principiu călăuzitor important în operațiunile executate în Spitalul de Femei este acela de a soluționa prin operațiuni secundare tot ceeace ni se pare modificat anatomicește. La fiecare laparotomie se controlează apendicele, care dacă macroscopicește pare modificat, se extirpă. Examenele hysto-patologice făcute sistematic apendicelor extirpate ne arată în foarte multe cazuri alterațiuni patologice; în cazuri de elongație a colului sau erozii vechi s'a procedat la amputația colului după Schröder și în rupturi perineale învederate la colpoperineoplastie. Rezolvarea acestor stări patologice prelungește durata intervențiunii, dar aduce mult folos bolnavei.

Din totalul de 348 intervențiuni s'a făcut o singură operație în 140 cazuri d. ex. histerectomie subtotală, etc.; două intervențiuni diferite într'o singură ședință în 140 cazuri ex.: histerectomie subtotală și apendicectomie sau histeropexie și apendicectomie) trei intervențiuni în 56 cazuri (ex.: apendicectomie, anexotomie și cură radicală pentru hernie după Bassini) și 4 intervențiuni diferite în 11 cazuri (ex.: apendicectomie, anexotomie stângă și salpingectomie dreaptă, cură radicală pentru hernie inghinală și colponerineoplastie). Dăm mai jos tabloul operațiunilor complimentare.

Tabloul operaţiunilor complimentare:

Apendicectomii	în cursul histeropexiilor	86	173
	în cursul operaţiunilor de anexe	74	
	în cursul histerectom, subtotale	12	
	în cursul operaţiei Coffey	1	
Ligatura trompelor după Madlener		—	11
Cură radicală pentru hernie (inghinală, ombilicală enervaţie)		—	9
Histeropexie Grigoroiu		—	1
Enucleare de fibron		—	8
Resecţii largi de epiplon		—	2
Amputaţia colului Schröder			2
Incizia longitudinală a colului după Dührsen		—	2
Evidare comisurală după Pozzi		—	6
Colpoperineoplastie		—	61
Extirparea hemoroizei		—	3
Raclaj uterin		—	3
Colpotomie		—	1
	Total	—	282

Analizând tabloul general al operaţiunilor atât a celor principale cât şi al celor complimentare, observăm că s'au făcut intervenţiuni radicale numai în 1/5 din cazuri (op. op. Wertheim, histerectomii totale şi subtotale) şi că şi la acestea la aproape jumătate a cazurilor s'a lăsat pe loc o anexă sau un ovar. Deci în toate cazurile principiul călăuzitor a fost de a conserva cât mai mult posibil. La operaţiunile pe anexe unde au fost tumori bilaterale şi au fost compromise şi o parte din ovare s'a păstrat un rest de ovar. S'au făcut în mai multe cazuri operaţiuni plastice ca şi **resecţii parţiale de trompă cu implantare** sau **de sutură a ovarului pe colţul tubar.** Se urmează cu sfinţenie această conduită conservatoare, căci bolnavele operate în majoritatea lor sunt femei tinere şi este de preferit chiar să avem după 5—10 ani 2—4% ovare chistic degenerate decât un climacteriu post-operator la o femeie tânără ce se prezintă de obiceiu cu un tablou foarte alarmant.

Mobilizare postoperatorie. In serviciul nostru operatele cu ziua a doua sunt culcate în lateropoziţie, iar în ziua a patra li-se permite să şeadă, în ziua a 6-a sau a 7-a li-se scot firele şi se dau jos din pat în ziua 7-a sau a 8-a, uneori şi mai curând.

Principiul mişcărilor active şi a sculatului de timpuriu după operaţiuni îl aplicăm dela începutul activităţii chirurgicale în Spital (1924) cu cele mai bune rezultate. De altfel la secţia obstetricală a Spitalului lăuzele cari au avut naşteri normale se dau jos din pat cu ziua a 3-a.

Redăm mai jos şi câteva intervenţiuni mai interesante executate în anul acesta.

In 4 cazuri de fistulă vezico-vaginală inoperabilă, s'a făcut implân-

tarea ureterului în rect după procedeul Coffey III. Intr'un caz unde pe lângă fistula vezico-vaginală era şi fistulă recto-vaginală, s'a făcut implântare bilaterală la interval de o săptămână. După ultima intervenţie prezentând anurie se face nefro şi pielotomie şi pe urmă se închide şi fistula recto-vaginală. Bolnava părăseşte serviciul vindecată. In trei cazuri se face Coffey III unilateral urmând a se face încă şi timpul al II-lea.

Ţinând seama că în multe cazuri suntem nevoiţi a face histerectomie subtotală la femei tinere spre ex. pentru fibrome mari, conservând ovarele s'a procedat la implântare de mucoasă uterină în canalul cervical. Technica urmată a fost aceea de a exciza o fâşie de mucoasă pediculată — deci bine vascularizată, care o fixăm în canalul cervical prin fire de catgut. Revăzând două din aceste bolnave ne-au spus că au avut menstruaţie normală, de scurtă durată şi că s'au simţit bine fără a avea vreun fenomen de climacteriu.

Intr'un caz s'a făcut injecţie intra-ovariană (procedeul D-r C. Stanca) de hormon masculin (Sterandryl). Este vorba de o femeie cu psihoză sexuală, nimphomanie, tendinţă iresistibilă la contact sexual. Bolnava prezentând apendicită cronică şi retroversie uterină cu ruptură perineală se face laparotomie cu care ocazie se procedează la injecţie intraovariană de sterandryl Roussel 10 mlg, histeropexie după Dudley, apendicectomie şi colpoperineoplastie. După intervenţie mai primeşte încă 2 injecţii sterandryl. Rezultatul apropiat a fost foarte bun, bolnava revăzută după ½ an este mulţumită, afirmă că se simte „echilibrată" în viaţa sexuală.

CONCLUZIUNI:

Ideile generale ce au călăuzit aceste intervenţiuni sunt: **conservatismul**, de a menţine maximum posibil, **naturalismul** — de a imita cât mai fidel anatomia şi fiziologia organelor genitale în vivo şi **rapiditate** în execuţie.

Rezultatele postoperatorii bune, se obţin prin **selecţionarea severă** a cazurilor pentru intervenţie, precauţiune mare la anestezie şi întrebuinţarea drenajului.

Intervenţiunile excepţionale făcute au fost diferite plastii pentru combaterea sterilităţii, operaţia Coffey, implântarea de mucoasă uterină în canalul cervical după histerectomie subtotală şi injecţia intraovariană de hormon masculin.

LITERATURA:

D-r **Constantin Stanca**: 1). Conduita în tratamentul operator. „Rev. de obstetrică, Ginecologie şi Puericultură" Nr. 3, Mai 1928. — 2). Consideraţiuni asupra procedeelor anestezice în laparotomiile ginecologice. „Clujul Medical" Nr. 5, 1928. — 3). Consideraţiuni statistice asupra operaţiunilor pe anexele uterine executate între anii 193—12, .6. „Clujul Medical" Nr. 10, Octomvrie 1937. — 4). Asupra histerectomiilor subtotale de pe anii 1932—36. „Clujul Medical" Nr. 4—1938. — D-r **Ioachim Stupariu**: Consideraţiuni asupra altor 283 laparotomii executate la Spitalul de Femei din Cluj în anul 1937. „Clujul Medical" Nr. 10—1938.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din „Lecţiunea Inaugurală"

a D-lui Prof. D-r GH. NICULESCU
Titularul catedrei de Farmacognozie şi Farmacodinamie
a Fac de Farmacie din Bucureşti.

In ziua de 12 Noembrie 1938, în prezenţa D-lui Prof. C. Stoicescu rectorul Universităţii din Bucureşti, a D-lui decan Prof. Dr. T. Solacolu, a D-lor Profesori ai Facultăţii de Farmacie, numeroşi D-ni Profesori ai Facultăţii de Medicină, medici, farmacişti şi numeroşi studenţi, D-l Prof. Dr. Gh. Niculescu a făcut lecţiunea inaugurală.

D-l Prof. Dr. T. Solacolu, decanul Facultăţii de Farmacie şi D-l Prof. S. Lalu, profesor de farmacologie la Fac. de Medicină din Bucureşti, au ţinut cuvântări de prezentare. *)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

. . . . . .

. . . . . .

„Catedra pe care o urc astăzi, a fost condusă până în toamna trecută de regretatul Prof. D-r G. Martinescu.

Doctor în medicină, specializat prin numeroase lucrări de valoare în Farmacologie, făcute în ţară şi străinătate.

A fost numit docent de Farmacologie la Bucureşti în 1914, prezintând ca lucrare de docenţă: „Acţiunea Malubrinei în ipertermia centrală provocată prin leziuni mecanice ale creerului".

In 1921, ocupă catedra de Farmacologie dela Facultatea de Medicină din Cluj. Acolo desvoltă o importantă activitate didactică şi ştiinţifică, publică lucrări, creiază elevi şi inspiră numeroase teze cu subiecte importante.

Prin meritele sale, capteză stima colegilor săi, cari îl aleg decan.

Elevii săi îl iubeau şi îl admirau. Astfel Profesorul Popoviciu devotat elev al său, într'o scrisoare adresată D-lui Decan Solacolu, spune despre maestrul său Martinescu următoarele: „Graţie personalităţii sale, calităţilor lui intelectuale, dublate de un suflet şi o inimă cum rar se întâlnesc, opera creiată de Marinescu a fost mare.

A venit în Ardeal pe timpul unor grele frământări. Dacă acestea au ajuns

---

*) Lipsa de spaţiu ne împedecă a reproduce aceste frumoase cuvântări, cari mai au avantagiul de a pune în relief calităţile noului profesor.

Caşi începutul lecţiei inaugurale însă-şi, ele se găsesc redate integral în „Buletinul Soc. de Ştiinţe Farmaceutice din România", Anul IV, No. 1, Ianuarie 1939.

Salutăm cu entuziasm înălţarea la catedră universitară a distinsului nostru colaborator; — pentru reliefarea deplină a personalităţii sale ştiinţifice şi a întregei sale individualităţi, reproducem cuvintele scrise pe marginea acestei lecţii inaugurale de către D-l Profesor Ionescu-Siseşti în România Medicală No. 11/1939.

să fie bine soluționate, incontestabil i se datorește în primul rând faptul că Martinescu ne-a captivat și fermecat prin bunătatea și jovialitatea sa, cât și prin discernământul său clar".

La această catedră din Cluj a funcționat până în 1935, când făcându-se unificarea învățământului farmaceutic, este invitat la catedra de Farmacognozie și Farmacodinamie de aci.

Ca medic, profesorul Martinescu a trecut prin toate erarhiile. Extern și intern al spitalelor prin concurs, medic secundar, medic primar de județ, de oraș, de spital.

După război în urma recomandării Profesorului Sion, care-l cunoștea ca om întreg și de nădejde, ocupă posturi însemnate în serviciul sanitar.

A fost subdirector, director general, inspector general al Basarabiei și apoi al Ardealului, unde rămâne până în 1935, când iese la pensie.

In toate posturile ce i-au fost încredințate Martinescu și-a făcut datoria până la uzura sănătății.

Inteligent, energic și cu mult suflet, a cinstit și catedra pe care a ocupat-o și posturile importante din serviciul sanitar.

Deși a funcționat numai 2 ani la Facultatea noastră, totuși în acest timp a reușit să se facă iubit de colegi, de colaboratori și de studenți și a lăsat prin moartea sa prematură, numai regrete.

* * *

Privesc acum în trecut dela începutul studiilor medicale, început plin de greutăți materiale, dar mai plin de entusiasm și dor de luptă.

Tot acest trecut este luminat de covârșitoarea și strălucitoarea personalitate a marelui și regretatului meu maestru Prof. D-r Theohari.

Din primii ani de Facultate am început să frecventez Clinica Terapeutică condusă de el.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru că am avut cinstea și fericirea să lucrez de atunci și până în groaznica zi a morții sale lângă acest mare maestru, pentrucă dela el am învățat obiectul catedrei pe care o urc, pentrucă tot ce sunt astăzi îi datoresc lui, vă vă rog să-mi îngăduiți să vorbesc despre el, ca o reamintire pioasă pentru Dv. cei care l-ați cunoscut și ca să-l cunoașteți cei care n'ați avut acest fericit prilej.

Theohari a fost o rară, o excepțională îmbinare a tuturor celor mai frumoase calități.

Descendent dintr'o familie de boieri și cu o frumoasă stare materială, pleacă la vârsta numai de $16\frac{1}{2}$ ani la Paris și se înscrie la medicină.

Era așa de cuminte, așa de înțelept acest copil, încât fiind prea des vizitat de colegi în apartamentul central pe care-l locuia, se mută departe pentru a putea citi și lucra în liniște.

„Lecția inaugurală este sinteza sufletească a celui ce o face. Fără voia lui, profesorul se găsește întreg în ea. Unul cu nota lui de recunoștință față de cei ce l'au format; altul cu un program mai potrivit de învățământ; un al treilea cu o concepție nouă despre datoriile față de studenți și de societate. Aci vibrează în expunere nota înflorită și sentimentală; aci nivelul se menține familiar și voios; aci tonul se ridică grav, încărcat de critică și de proiecte constructive.

„Toate aceste se găsesc reunite în anume suflete armonioase. Ele sânt toate în lecția de o așa de eleganță ținută a profesorului Gh. Niculescu, *pe care o publică Buletinul Societății de Științe Farmaceutice.*

„Mai întâi un omagiu predecesorului său, profesorul Martinescu, *care și el era un medic și un clinician.*

„Apoi un portret al profesorului Teohari *fidel și cald, portretul unui fiu spiritual făcut maestrului său. Nicăieri* Teohari *n'a fost mai autentic descris în marea lui bunătate împletită cu o nobilă concepție despre demnitatea umană, pentrucă nimeni poate dintre elevii lui n'a trăit mai strâns lipit de sufletul său.*

Inzestrat cu o inteligență excepțională și cu o memorie minunată se remarcă repede.

Trece în 1892 concursul de externat și după 3 ani internatul, clasificându-se printre primii.

D-l D-r Gh. Petrescu, agregat la Facultatea de Medicină, contemporan la Paris și intim prieten cu Theohari, ne povestește că era vestit prin felul metodic și fără vre-o abatere dela program, cum își întrebuința timpul.

Pătimaș cercetător, face studii paralele de clinică, histologie normală și patologică. El a fost primul care după cercetări îndelungate și minuțioase a arătat că secreția gastrică nu este un act pur chimic ci și patologic. A căutat să stabilească acest adevăr, *atât în stare de repaos cât și în timpul digestiei pe stomac normal și patologic.*

Aceste cercetări, precum și numeroase altele fie asupra tubului digestiv, fie asupra rinichiului, figurează la loc de cinste în tratatele clasice.

Se făcuse așa de cunoscut la Paris, încât marele maestru Déjerine, pentru a-l avea mai curând intern pe Theohari pe care-l cunoscuse în serviciul lui Peter, stărui să i se creieze un nou post de intern titular.

Iată *cum cinstea la Paris*, acest românaș de 23 de ani, țara lui îndepărtată.

După sfârșitul strălucitelor sale studii și a internatului, vine în țară și e numit imediat profesor de Patologie internă la Iași, fiind în vârstă numai de 28 de ani.

După câțiva ani este trecut titular al catedrei de Terapeutică experimentală transformată după puțin timp în Clinica Terapeutică în București.

Aici *grație* desăvârșitei lui culturi clinice și de laborator, înțelege că toate cercetările clinice sunt subordonate și trebuesc bazate pe cercetări experimentale.

El înțelege că o bună terapeutică nu poate fi decât rezultatul studiilor de Farmacodinamie, aprofundată și bazată *numai pe experimentație.*

Deaceia, atașează clinicei sale un laborator de Farmacodinamie unde cu pricepere desăvârșită și multă răbdare face minunate cercetări asupra Farmacodinamiei diferitelor medicamente și ape minerale.

Creiază apoi Institutul de Balneologie, în care introduce sistemul său de cercetări. Până la lucrările lui, acțiunea apelor minerale era socotită numai după rezultatele clinice, rezultate destul de vagi și bazate mai mult pe impresia diferiților medici practicieni.

Theohari este creatorul balneologiei științifice românești.

El își dă perfect seama de cercetările clinice relative la acțiunea apelor minerale și medicamentelor sunt valabile numai dacă sunt precedate de cercetări experimentale.

In acest Institut de Balneologie, s'a studiat sub îndemnul lui, acțiunea Farmacodinamică aproape a tuturor apelor minerale românești.

„Pe urmă un capitol larg desvoltat despre valoarea farmacognoziei și farmacodinamiei, pe care orice intelectual de orice specialitate îl va citi cu interes. Aceste discipline se razimă pe cea mai fundamentală dintre necesitățile ființei vii: necesitatea de conservare. Din ea s'a născut instinctul terapeutic al animalelor, care-ar putea și azi da omului inspirații noui de cercetare. Din ea pătrunderea noțiunilor de vindecare în practica sacerdotală. Din ea încorporarea medicinei în filozofie mai întâi și, în epoca modernă, în știința pozitivă.

„Noul profesor termină lecția sa printr'un apel către studenți O chemare la muncă cu voe bună, care-i datoria noastră de toate zilele, care-i sensul însuș al vieții. Iar el, profesorul, se oferă să le fie tuturor, și fiecăruia în parte, îndrumător cu o părintească solicitudine și cu o înțelegere pe care i-o dă propria lui iubire pentru studenți.

„In acest sentiment stă granița influenți lui viitoare. Căci în mare sau în mic, grupările omenești nu s'au putut strânge solidare decat în jurul oamenilor care le-au iubit dezinteresat și onest. Și suflul acesta de curată afecțiune străbate dela un capăt la altul lecția profesorului Gh. Niculescu.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

Era fericit când vedea în fiecare an plecând la congresul de balneologie zeci de lucrări din Institutul său.

D-l Prof. D-r Petre Niculescu ne povesteşte, că înapoindu-se dela congresul dela Vichy din 1932, i-a adus raportul Prof. Piery relativ la tratamentul hidromineral în litiaza biliară.

Când a văzut că mai mult de jumătate din lucrările pe care se bazează raportul lui Piery, sunt din Institutul nostru de Balneologie, lucrări româneşti, îi străluciau ochii de mulţumire.

In ultimii ani a creiat societatea de terapeutică, pe care o iubia mult şi venea cu mult drag. Cei cari frecventam regulat această societate, nu vom uita niciodată rezumatele şi critica savantă pe care o făcea maestrul după fiecare comunicare.

Ca profesor, era didact neîntrecut. Avea atât de desvoltat respectul catedrei, încât prepara cu sfinţenie fiecare lecţie.

Era clar, cu un spirit critic neegalat şi întotdeauna cu literatura la punct până în ultimele zile.

In ultimii ani era preocupat de publicarea unui tratat de terapeutică

A muncit mult, şi-a sacrificat toate orele de odihnă şi toate vacanţele atât de meritate, dar l-a înfăptuit.

A rămas la moartea lui în manuscris şi a fost publicat după aceia în ediţie franceză sub îngrijirea D-lui D-r I. Gheorghian-Popescu.

Nu ezit să afirm, că este cel mai bun tratat de terapeutică din literatura universală. Este cel mai bun, pentrucă este o carte trăită. La fiecare pagină întâlnim observaţii făcute cu cel mai fin spirit critic şi de adânc cunoscător.

Este o moştenire sfântă, care a rămas dela el corpului medical.

Ca medic, Theohari a fost desăvârşit.

Observator fin, cu o răbdare de înger. Vizita amănunţită pe care o făcea zilnic în spital era o înaltă şcoală. Felul cum examina bolnavul, terapeutica instituită era o artă.

Acest savant şi clinician totuşi nu era un unilateral.

Cu o admirabilă cultură generală, fie cunoscător în artă, mare amator şi cunoscător în muzică.

In sufletul lui vibra intens şi dragostea de ţară.

In campania din 1913, a plecat entusiast pentru îngrijirea holericilor. Părăsit de ajutoarele lui, a fost văzut cum căra bolnavii în spinare şi tot timpul până noaptea târziu stătea la căpătâiul lor îngrijindu-i. Bătrânul Rege Carol I auzind de acest devotament, i-a prins singur pe piept Virtutea Militară de Aur.

In 1915—1916, Theohari, acest liniştit şi retras cercetător, iese din rezerva sa obişnuită şi alături de marii patrioţi Tache Ionescu, Nicu Filipescu, Delavrancea şi alţii, ia parte la manifestaţiile pentru intrarea în marele războiu de întregire al neamului.

In campania 1916—1918, îşi face cu prisosinţă datoria, cerând însărcinări grele şi conducând un mare spital de exantematici.

Dar Theohari în afară de toate aceste mari calităţi a fost şi un mare suflet.

De o bunătate şi sensibilitate extraordinară. Avea aşa de mult respectul omului şi mila de suferind şi de nevoiaşi încât făcuse din profesiunea de medic un apostolat.

Bun şi delicat cu toată lumea. Bun şi milos cu bolnavii şi săracii.

Discret în felul de a ajuta pe cei săraci. Puţini suntem aceia cari ştim câte pensii lunare da Theohari, câte ajutoare da bolnavilor săraci când ieşeau din spital.

Imprejurări nenorocite au luat pe acest savant, pe acest om, pe acest sfânt pământean dintre noi mult prea devreme.

In dimineaţa tragică de 4 Februarie 1933, mi-a telefonat la spital, eram secundarul lui, să nu-l aşteptăm, să fac vizita la bolnavi, pentrucă fiind gripat nu poate veni la spital.

Delicat până în ultimul moment, aşa cum a fost toată viaţa.

In sfârşietor de tristele rânduri pe care le-a lăsat nu ne-a uitat pe elevii lui, acest scump părinte.

El scrie: „Cer iertare familiei mele ştiinţifice, prietenilor de tot momentul pentru laşitatea de astăzi".

Noi *copii lui sufleteşti, şi câţiva care l-am cunoscut bine nu l-am socotit laş.*

Ne-am dat perfect seama că Theohari, cu cinstea lui care nu admitea nici un compromis, cu sensibilitatea lui, cu sufletul lui în care orice manifestare din afară bună sau rea avea o rezonanţă specială, nu putea să reacţioneze, decât aşa cum a reacţionat.

Nu l-am socotit laş şi ne-a rămas ca o icoană de cinste, muncă şi bunătate.

Pentru mine, care am fost de mic lipsit de părinţi, a fost mai mult decât un adevărat părinte.

Să-mi fie îngăduit, ca toată emoţia primilor paşi pe această catedră, toată bucuria, toată mulţumirea sufletească pe care-mi este dat s'o simt astăzi şi această modestă lecţiune inaugurală, să le închin scumpei memorii a marelui şi iubitului meu maestru Prof. D-r Anibal Theohari.

Catedra pe care am cinstea să o conduc, are ca obiecte de studii două ramuri importante din terapeutică: farmacognozia şi farmacodinamia.

Sub acest nume şi ca ştiinţe bine definite, sunt amândouă de dată relativ recentă, adică din secolul trecut.

Cum însă amândouă se ocupă de substanţele întrebuinţate în scop de a vindeca, deci de medicamente, voi căuta să fac o scurtă incursiune dealungul timpurilor, pentru a urmări cum a evoluat medicamentul şi studiul lui.

Când viaţa triumfătoare mişeşte, suferinţa stă şi ea la pândă. De aceia un imperativ categoric al vieţii, cere putinţa de a înlătura durerea atunci când ea s'a produs.

Medicina începe deci odată cu viaţa, iar medicamentul se îngemănează cu arta de a vindeca, cu medicina.

In cavernele omului primitiv, cercetătorii au găsit urmele instrumentelor şi a vaselor în care strămoşul nostru preistoric îşi fabrica leacurile contra suferinţei.

Dar mai mult, împingând observaţiile noastre în lumea animalelor vom vedea aceiaşi năzuinţă de a înlătura durerea prin medicamente.

Elefantul constipat de pildă, se duce în anumite părţi ale pădurei virgine şi ingerează substanţe, bogate în săruri de magneziu.

Câinii şi pisicile mănâncă iarbă, pentru a găsi vitamine şi pentru a-şi debarasa stomacul de mucusul în exces.

Eşit din cavernă, omul nu s'a mulţumit numai să opună râului medicamentul; *dar curiozitatea, acest specific al omului,* l-a făcut să caute şi explicaţia boalei şi a acţiunei medicamentului.

Dar, cum cauza boalei rămâne de cele mai multe ori ascunsă, misterioasă, medicina ca şi leacul au luat forma magică şi demoniacă.

Avem astăzi un mijloc admirabil, un adevărat laborator de experienţe retrospective, care ne iniţiază în taina medicaţiunei vechi, magice.

Medicina şi farmacia practicată astăzi de sălbaticii antropofagi, este aceiaşi cu farmacia şi medicina omului primitiv de acum 10.000 de ani.

Sălbaticii din Oubangui (Africa), au o adevărată farmacopee culeasă cu minuţiozitate de savantul Vergiat.

De pildă, decocţia foilor unor Ampelidacee, se dă ca băutură anestezică, în momentul circumciziei.

Foile altor plante, sunt aplicate pe răni, alte decocţiuni recomandate în dizenterie.

Cu timpul, arta de a vindeca a devenit apanajul unei categorii sociale a preoţilor.

Medicina şi farmacia devin astfel sacerdotale.

Până târziu de tot, *timp de milienii* oficina medicului şi a farmacistului o găsim în temple, iar apoi în mânăstiri

Vechea şi strălucita civilizaţie egipteană a cunoscut o glorioasă epocă medico-farmaceutică.

In temple, mai ales la Memphis şi Alexandria existau adevărate laboratoare pentru prepararea medicamentelor.

Grupul de medicamente cu bază fenolică era întrebuinţat la îngrijirea plăgilor şi la mumificarea cadavrelor.

Şi antisepticii (fără a şti de existenţa microbilor) utilizaţi la pregătirea

mumiilor, s'au păstrat atât de bine, încât câteva mii de ani mai în urmă, pe la începutul Evului Mediu, un medic din Alexandria studiind compoziția mumiilor egiptene, a ajuns la convingerea că extractul de mumie, are proprietăți vindecătoare pentru plăgile de război.

Descoperirea a avut un mare răsunet; se preparau pulveri, balsamuri și tincturi.

Chiar în 1737, în Farmacopee lui Palacios numită: „Palaestra Pharmaceutica", găsim următoarea descriere: Mumia este o substanță neagră, rășinoasă, extrasă din cadavrele conservate cu balsamuri și aromate.

Papirusul medical Ebers, conține aproape 1000 de rețele farmaceutice cu mirt, aloe, crocus, opium, etc.

Medicamentele erau administrate sub formă de infuzii, pilule ba chiar supozitare.

Babilonienii și Asirienii sunt și ei preocupați de vindecarea boalelor și de remedii.

Fenicienii, Caratoginezii și Ebreii, transmit doctrinele medicale din orient în civilizația mediteraniană.

Mai târziu torța științei este luată de civilizația greacă.

Omul devine din ce în ce mai iscoditor, caută mereu să învingă secretele naturii.

Filosofia fiind în floare, leacurile trec dela preoți în patrimoniul filosofilor.

Medicina și farmacia Hipocratică atinge culmi ce nu au mai putut fi întrecute. Aceste doctrine Hipocratice au trecut mai târziu în luptă cu empirismul rațional din Alexandria, care era în parte bazat pe experimentare. Școala Alexandrină păcătuia însă prin abuz de medicamente.

La romani încep tendințele de a baza medicina și arta de a vindeca pe principii de filosofie. Toată această epocă este înfloritoare pentru științele naturale și medicină.

Galenus, medic fiind este creatorul formelor farmaceutice, ajungând să facă chiar extragere de principii activi din droguri.

Opera lui se impune într'atât încât și astăzi arta de a prepara medicamentele se numește farmacie Galenică.

Urmărind evoluția leacurilor în civilizația arabă, întâlnim o desvoltare destul de mare a farmacologiei și a botanicei.

In această epocă se descoperă purgativele vegetale, multe aromate și preparatele zaharate.

In urmă farmacia, ca și toate celelalte științe pătrund într'o lungă perioadă de întuneric, Evul Mediu.

In afară de păstrarea câtorva principii Galenice, această epocă este stăpânită de empirism, șarlatanism, farmece și descântece.

Zorile se vor ivi odată cu Renașterea.

In Europa primele farmacii apar cam prin sec. XIII-lea.

Farmacistul practică pe lângă arta medicamentelor și științele oculte. El este astrolog și alchimist.

Deaceia oficina lui este învăluită într'o atmosferă de mister și de teamă.

Farmacia (obicei rămas și astăzi în unele orașe mai ales de provincie) este locul de întâlnire al notabililor și fatal medicul va veni în farmacie pentru a discuta cu farmacistul.

Ba mai mult, medicul examinează bolnavii și prescrie tratamente tot în oficina farmacistului. El nu va părăsi farmacia decât atunci când pătrunde în spital.

Din această epocă până în pragul epocei pur științifice, numai sunt decât dibuiri, eforturi continue făcute spre lumina ce fatal se apropie.

In sec. XVI și al XVII-lea nu se fac pași prea mari în știința medicamentelor.

Geniul lui Lavoisier în a doua jumătate al sec. XVIII-lea aduce lumini cari contribuesc mult la propășirea fisiologiei și studiului acțiunei medicamentelor.

Cu începutul sec. XIX-lea medicamentul intră pe adevăratul făgaș științific.

Materia farmacognostică, care după cum am văzut a preocupat tot timpul spiritul omenesc din cele mai îndepărtate vremuri începe să se înfiripeze ca știință.

Numele de farmacognozie, a fost introdus de Seydler în 1825, care l-a întrebuințat în publicația sa „Analecta Pharmacognostica".

La început farmacognozia se ocupa cu studiul materiilor prime ce proveneau din rangul vegetal, animal și mineral.

Odată cu progresele mari ale chimiei, s'au înmulțit medicamentele de natură chimică și mai ales cele sintetice. Atunci farmacognozia s'a limitat la studiul produselor de origină vegetală și animală.

Farmacognozia a devenit știință de sine stătătoare, având însă legături cu științele naturale, biologice și fizico-chimice.

Ajungând în acest stadiu, farmacognozia poate fi definită; studiul care se ocupă cu cunoașterea și recunoașterea materiilor prime de origină vegetală și animală, care au întrebuințare în terapeutică, studiindu-le din toate punctele de vedere afară de acela al acțiunei lor asupra organismului sănătos și bolnav.

Studiul acțiunei medicamentelor asupra organismului sănătos și bolnav, devine știință tot la începutul sec. XIX-lea.

Pași mari sunt făcuți în fisiologie de Magendie. Torța aprinsă de acesta este dusă mai departe de strălucitul său elev Claude Bernard, care în tinerețe fusese mic slujbaș într'o farmacie din Lyon.

El este captivat de dorința de a lămuri acțiunea medicamentelor, așa că el este creatorul farmacodinamiei ca știință.

Claude Bernard lămurește acțiunea stricninei, atropinei, nicotinei, acidului cianhidric, alcool, eter, oxid de carbon și altele.

După el, cercetările devin numeroase și rezultatele măresc patrimoniul farmacodinamiei.

Din cele expuse vedem că farmacognozia este bazată pe științele naturale și fizico-chimice, iar farmacodinamia pe fiziologie.

Bazându-se pe fiziologie farmacodinamia este o știință pur experimentală. Prin cercetările de farmacodinamie se caută să se vadă ce acțiune are un medicament, asupra cărei părți din organism și care este mecanismul acestei acțiuni.

Aducând lămuriri asupra acțiunei medicamentelor, farmacodinamia este baza terapeuticei.

Pentru a fi complete și în adevăr utile cercetările făcute pe animale, nu trebuie să se limiteze numai la animalul sănătos ci și în stări patologice provocate experimental.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Farmacodinamia în afară de acest rol de lămurire a acțiunei medicamentelor are de multe ori și un rol în explicarea unor fenomene fiziologice.

Pentru evidențierea acestui rol Launoy ne dă un admirabil exemplu, Curara. Studiind acțiunea acestei substanțe, Claude Bernard a făcut proba pe de o parte că excitabilitatea nervilor motori și contractilitatea musculară sunt două proprietăți distincte; pe de altă parte sistemul nervos motor se separă de sistemul nervos sensitiv. Această substanță produce izolarea fiziologică a nervilor de mușchi, a mișcărilor de simțire, deci este un agent fiziologic de disociare sau cum o numea Claude Bernard „un scalpel chimic".

În afară de Curara mai sunt și alte numeroase exemple.

Farmacodinamia, această știință biologică este în plină desvoltare. S'au făcut numeroase achiziții, totuși mai sunt multe chestiuni de lămurit, mult teren de explorat.

Iubiți studenți,

Vin la această catedră cu mult avânt tineresc și cu mult entusiasm de lucru.

Studiul de care ne vom ocupa este după cum vedeți un studiu interesant, un studiu de sinteză a tuturor cunoștințelor pe care le-ați căpătat până acum.

Este un studiu bazat pe experimentații și de unde veți căpăta noțiuni de care aveți absolută nevoe în practică farmaceutică.

Nu este permis unui om de știință care manipulează medicamentul, nu este permis celui mai prețios și mai apropiat colaborator al medicului să nu știe cum se prezintă medicamentul ce conține și ce acțiune are.

Pentru aceia din Dv. care ar dori să se specializeze și să aprofundeze anumite chestiuni legate de această disciplină, ușile laboratorului meu sunt larg deschise, iar noi colaboratorii mei și cu mine le stăm cu drag la dispoziție să-i îndrumăm și să-i conducem în lucrări.

Pentru ceilalți, care veți face altă specialitate sau care urmăriți să deveniți

buni practicieni, voi căuta să vă dau noţiuni clare, noţiuni de care aveţi absolută nevoie.

Voiu evita să vă încarc memoria cu amănunte; vă voi face un curs schematic, ilustrat cu grafice, cu planşe, cu experimentaţii, pentru a vă putea fixa cât mai bine cunoştinţele necesare.

Ne vom face datoria cu sfinţenie. Acest singur lucru îl cer şi dela D-voastră. Fiţi atenţi, urmăriţi pas cu pas lucrările practice şi cursurile şi veţi folosi.

In afară de grija pe care o voi pune pentru învăţământ, vă asigur că sunt un adânc cunoscător al nevoilor şi greutăţilor studenţeşti, prin care şi eu am trecut şi nu prea de mult.

Vă ofer din toată inima sprijinul meu în greutăţi fizice şi sufleteşti prin care aţi trece.

Ca medic vă stau la dispoziţie pentru asistenţă medicală ori de câte ori aţi avea nevoie.

In ce privesc impasurile morale, vă asigur că întotdeauna veţi găsi în mine un frate mai mare, căruia vă rog să vă adresaţi cu toată încrederea.

Veţi găsi întotdeauna un sfat bun, adâncă înţelegere şi multă, multă căldură sufletească".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEUROSEDATIVUL
CU
ACŢIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ŞI
RECONSTITUANT
ENERGIC

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

ZILELE MEDICALE din BRAŞOV

22 şi 23 Ianuarie 1939

Zilele medicale din Braşov au fost aranjate de Societatea ştiinţelor medicale Braşov.

Inaugurarea s'a făcut printr'o conferinţă publică a D-lui Prof. D-r C. Parhon care a tratat despre: ROLUL ENDOCRINOLOGIEI IN TERAPEUTICA NEOPLAZIILOR.

Conferenţiarul după ce mulţumeşte Comitetului societăţii pentru invitaţia de a conferenţia în cadrul Zilelor Medicale, arată importanţa acestor zile din 3 puncte de vedere: strâng relaţiunile dintre medici, agită probleme ştiinţifice interesante, şi strâng relaţiunile între medici şi marele public.

In tratarea subiectului începe prin o definiţiune a endocrinologiei şi a tumorilor. Endocrinologia este ştiinţa care se ocupă cu studiul glandelor cu secreţie internă — glande ce au caracteristică comună — lipsa unui canal excretor. Tumorile sunt creşteri de celule anormale cu caracter anarhic.

Până în prezent tumorilor li s'a aplicat tratament chirurgical sau radioterapic. Sunt însă şi cauze cari împiedecă ca aceste tratamente să fie aplicate întotdeauna ca de ex.: tumori cari nu pot fi extirpate nici pe cale chirurgicală şi nu sunt accesibile nici tratamentului radium sau radioterapic, — tumori ce invadează întreg organismul, — orce terapeutică trebuie să fie cauzală încercând să îndepărtăm cauza producătoare. Nici tratamentul chirurgical nici radioterapic nu pot îndeplini această ultimă condiţiune. Tratamentul endocrinian al tumorilor a rezultat din acest efort al oamenilor de ştiinţă de a institui o terapeutică patogenică cât şi din imposibilitatea de a aplica în unele cazuri nici un alt tratament genică cât şi din imposibilitatea de a aplica în unele cazuri nici un alt tratament amintit.

Tumorile fac excepţie dela normele naturale a creşterii. Desvoltarea anormală anarhică a celulelor tumorale este influenţată de glandele cu secreţie internă.

Hipofiza care este un organ situat la baza creerului având o greutate de 30.70 ctgr., activează creşterea, fie normală fie patologică, fie în organism fie în afară de organism. Chiar creşterea plantelor este influenţată de secreţiunea hipofizară.

Sunt glande cari influenţează — cum este hipofiza — creşterea în genere şi glande cari influenţează creşterea numai anumitor organe. Dă ca exemplu pentru ultima categorie: glanda mamară, care creşte în funcţie de secreţia foliculară. Secreţia corpului galben din contră, opreşte desvoltarea glandei mamare. Acelaş fenomen se întâmplă la uter şi trompe: foliculina provoacă desvoltarea şi hipertrofierea lor, — pe când Luteina opreşte această creştere şi hipertrofie. Dacă este un echilibru între secreţia foliculară şi cea a corpului galben desvoltarea organelor subordonate se face normal.

Mecanismul tumorilor nu se cunoaşte cu precisiune până în prezent. Sunt mai multe teorii:

1. teoria parazitară 2. teoria microbiană. Din unele tumori a fost izolat un bacil (b. tumefaciens), cari injectaţi la animale au produs tumori. 3. teoria iritativă. S'au obţinut cancere experimentale prin frecarea cu gudron a urechilor la epuri. Ceia ce este de remarcat e faptul că tumorile nu apar în mod obligator la locul de iritaţie ci pot apărea în altă parte a organismului, ceia ce dovedeşte o modificare în întreg organismul.

Prin studii minuţioase s'a ajuns la 2 constatări interesante în ceia ce priveşte substanţele cancerigene:

a) fac parte din grupul sterolilor — substanţe ce se găsesc normal în organism şi a căror producţiune este guvernată de glandele cu secreţie internă. Tiroida diminuă cantitatea steroli din organism — ovarul o măreşte.

b) foliculina şi progestina fac parte din grupul sterolilor — deci ar putea da naştere tumorilor. Injecţiuni repetate de foliculină pot da naştere la tumori a glandelor mamare, Fibromul uterin este consecutiv unei hiperfoliculinemii.

Prin tratamentul chirurgical putem extirpa tumora — nu suprimăm însă condiţiunile biologice cari au dictat desvoltarea acelei tumori şi ea se poate reproduce, sau poate da metastaze.

Un tratament patogenic bine instituit are drept scop să îndepărteze aceste condiţiuni biologice favorizante desvoltării tumorilor.

Pentru tumori ale uterinului vom administra:

extracte mamare, preparate tiroidiene, preparate de lob posterior hipofizar, castrare (sau iradierea ovarelor). In felul acesta vom fi siguri că am îndepărtat condiţiunile prielnice desvoltării tumorilor.

Zahărul în organism este consumat prin 2 mecanisme: oxidativ şi fermentativ. Insulina reduce fermentativ la tipul oxidativ şi în felul acesta se modifică viaţa organismului şi creşterea tumorilor. Badijonîndu-se tumorile canceroase cu insulină sau vindecat.

Conferenţiarul termină arătând abuzul nejustificat ce se face azi cu injecţiunile de foliculină fără indicaţii precise în toate cazurile şi consecinţa lor nefastă (formarea de fibrome uterine) atunci când a fost administrată intempestiv şi prelungit.

22—I. orele 12.

Conferinţa D-lui Docent D-r A. Voina: SEBOREEA ŞI ACNEEA IN PRACTICA MEDICALĂ.

Termenul de seboree se aplică la secreţiunea excesivă a pelei şi constitue o manifestare patologică. In grupul acestor manifestări intră: pitiriasis simplex, seboreea, acneea. eczema seboreică şi alopecia seboreică.

Darrier le consideră ca o manifestare a kerozei. Seboreea începe să se manifeste dela vârsta de 10 ani şi apare pe nas, şanţurile nasogeniene, urechi, ceafă, regiunea presternală. S'a descris ca agent patogen al acestei afecţiuni microbacilul lui Sabouraud. Pelea are aspectul de coaje de mandarină la cei cu seboree.

Pitiriazisul este considerat ca o stare de uscăciune a pielei, deşi în fond este consecinţa unei secreţiuni grăsoase excesive. Primele peliculé apar la 9—10 ani şi cuprinde încet, încet toată pelea capului. Evoluiază ca o boală cronică cu perioade de exacerbare şi acalmie. Cu timpul crustele devin mai groase şi se detaşază mai greu. Pelea devine umedă, se roşeşte uşor şi este dureroasă la pieptănat. In acest stadiu avem varietatea „steatoidă". Aceste leziuni pitiriazise se pot impetiginiza mai ales în regiunea retroauriculară la cei cercetaţi cu regulele higienice.

T r a t a m e n t u l. Pentru pitiriazis simplex tratamentul trebuie condus cu pricepere şi răbdare. Cu toate acestea recidivează. Se va aplica de 3 ori săptămânal din pomada: vaselină, lanolină şi ol. cadini părţi egale. Pomada trebuie masată 20—25 minute, apoi se va spăla cu apă caldă şi săpun cu buretele, nu cu săpunul aplicat direct pe pele. Se mai pot aplica pomezi cu precipitat galben de Hg 2% sau sulf precipitat 3%. Gudronul mineral se întrebuinţează cu rezultate bune în formele eczematoase.

La 17—18 ani pitiriazisul devine steatoid şi se caracterizează printr'o exudaţie uleioasă continuă şi căderea părului. Alopecia progresează cu atât mai

mult cu cât începe mai de vreme. Ea este o afecțiune ereditară și este de 5 ori mai frecventă la orășeni decât la oamenii dela țară.

Tratamentul nu se bucură de mare încredere deoarece părul continuă să cadă încă 2—3 luni dela instituirea lui. Bolnavul neobservând rezultat imediat nu are răbdarea necesară să continue tratamentul. Părul cade, în mod normal, 40—50 fire zilnic. La cei cu afecțiuni seboreice căderea poate atinge și cifra de 500 fire zilnic. Căderea părului este în funcție și de evoluția sexualității. Apogeul sexualității coincide cu căderea mai accentuată a părului. Femeile, copiii și bătrânii nu perd părul. Chelia este o boală eminamente masculină, iar chelia bătrânilor este o moștenire din tinerețe. Eunucii nu au chelie.

In ceeace privește tratamentul s'au preconizat mai multe metode. Cautillo tratează chelia cu prolan 1200 U. S. pe lună (două injecții pe săptămână de 150 U. S.). Se întrebuințează substanțe regresante; sulfură de carbon etc. Apele de păr alcoolizate nu sunt bune.

Acneea este o erupție datorită infecțiunii glandelor sebacee. Sunt cunoscute mai multe viații de acnee: vulgară, juvenilă, etc. Acneea juvenilă debutează prin comedonă, care este o masă cornoasă înfiptă în orificiul pilo-sebaceeu. Cauza acneei sunt: turburări genitale, turburări digestive sau turburări endocrieniene. Unii autori consideră comedonul ca o gomă bacilară. Din punct de vedere clinic acneea are 2 forme: 1. forma pustuloasă superficială și 2. forma nodulară profundă.

Tratamentul pentru forma pustulară superficială se rezumă la degresare cu liquore Hoffman și apoi pudrate cu sulf precipitat. Orice pomadă cu sulf se poate întrebuința cu rezultate bune.

Forma noduloasă profundă este justițiabilă de tratament chirurgical, care lasă cicatrici și de tratamentul cu raze X.

Nici o afecțiune de piele nu are atâtea tratamente ca acnee. Pentru obținerea unui bun rezultat terapeutic, se impune ținerea unui regim alimentar din care să lipsească acizii, alcoolurile concentrate și grăsimile.

După terminarea conferinței D-lui Doc. D-r Voina, participanții s'au transportat cu autobuze și mașinile medicilor, ce au avut amabilitatea de a le pune la dispoziție — la Sanatoriul Bucegi din Predeal, proprietatea D-lor D-r Câmpeanu, Popper și Teodoreanu. S'a procedat apoi la vizitarea Sanatoriului. Cu această ocazie s'a făcut posibilă cunoașterea cu amănunțime a acestui Sanatoriu, unul dintre primele din țară, prin modul științific cu care sunt tratați bolnavii și prin confortul pe care-l oferă.

La Sanatoriul Bucegi au conferențiat D-nii Prof. D-r Parhon și Prof. D-r Bălteanu.

Primul conferențiar D-l Prof. D-r **Parhon** despre: ROLUL HORMONILOR IN FIZIOLOGIA ȘI PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS.

Raporturile între sistemul nervos și glandele cu secrețiune internă sunt destul de strânse, fără să tragem de aci concluzia că ele se pot contopi sau că endocrinologia să poată fi considerată ca o ramură a neurologiei.

Aceste raporturi pot fi considerate din mai multe puncte de vedere: morfologic, biochimic, fiziologic și patologic.

Chiar în ceeace privește desvoltarea endocrinologică, există legătură între sistemul nervos și glandele cu secrețiune internă. Astfel suprarenalele sunt foarte reduse la anencefali, fără ca să deducem că anencefalia este secundară lipsei desvoltare a suprarenalelor. Un alt exemplu al corelațiunii embriologice dintre sistemul nervos și glandele cu secrețiune internă este origina comună a substanței cromatine cu lanțul simpatic.

Din punct de vedere morfologic, glandele cu secrețiune internă au legătură foarte strânsă cu sistemul nervos. De exemplu hipofiză trimite secrețiuni din lobul anterior direct în sânge, dar acelaș secrețiune ajunge în celula nervoasă străbătând lobul posterior — deci face simplă contiguitate. Collin pretinde chiar posibilitatea pătrunderii coloidului hypofiza direct în lichidul cefalo-ra-

chidian. Un alt exemplu de corelaţiunile morfologic dintre sistemul nervos şi glandele endocrine, îl oferă epifiza, acel organ rudimentar care era considerat de Descartes drept sediul sufletului.

Tot în grupul glandelor neurocrine, conferenţiarul citează corpusculul carotidian şi glanda lui **Luschka** care sunt glande cu afinitate para-simpatică, după cum substanţa medulară din suprarenală are afinitate simpatică.

Din punct de vedere biochimic putem spune că glandele cu secreţiune internă, regulează compoziţia biochimică a centrilor nervoşi caşi a tuturor ţesăturilor din organism în genere.

Din punct de vedere fiziologic raporturile dintre sistemul nervos indocrenian sunt dintre cele mai evidente. Excitarea simpaticului are aceleaş efecte ca injectare de Adrenalină, deci Adrenalina este o substanţă simpatico, chinetică. Levi a descris o substanţă cu acţiune asemănătoare asupra parasimpaticului şi a denumit-o substanţa vagală. Această substanţă este aproape indentică cu acetyl colină. Fenomenele vazomotori periferice cari sunt datorită unui reflex acsonic (căi directe ce nu ajung până în ganglioni spinali) se crede că ar avea legătură cu producerea de histamină. Deci influxul nervos se transmite pe cale nervoasă, există însă hormoni speciali pentru simpatic, parasimpatic şi reflexe la azonici.

Raporturile neuro-patologice dintre sistemul nervos şi endocrinean sunt nenumerate. Nevralgii, nevrite recunosc drept cauza un factor endocrinian unic sau acest Delirium tremens este un sidrom datorit alcoolismului şi hiperthiroidismului. Paralizia facială se însoţeşte de multe ori cu insuficienţă tiroidiană.

Administrarea de preparate tiroidiene duce uneori la atenuarea simtomelor. Neurofilaromatoza — maladie asupra căreia autorii s'au întrebat dacă este o *maladie infecţioasă sau trofică — se caracterizează din punct de vedere mor*fologic printr'o proliferare a celulelor tecei lui Schwann.

Migrena, cefalea, greaţă, heminopsia cari au un caracter ereditar, familiară *sunt datorite unor turburări endocriniene.*

Majoritatea migrenoşilor au insuficienţă tiroidiană şi admjnistrarea de preparate tiroidiene duce la dispariţia simptomelor. Sau mai descris mjgrene o*variene şi în aceste cazuri administrarea de preparate tiroidiene este salutară.* Insfârşit o migrenă datorită insuficienţei paratiroidiene. Remediul acestor mjgrene le constitue preparatele paratiroidiene. În concluzie tratamentul tiroidian, *paratiroidian a migrenei nu trebue neglijat.*

Astmul, o afecţiune caracteristică prin multiplicitatea tratamentelor aplicate — recunoaşte de multe ori drept cauză — în afară de spina iritativă locală, — *ori turburări endocriniene* în special insuficienţă tiroidiană (cazul lui Vidal şi Abrami. Alteori poate fi produs prin hipertiriodism prin insuficienţă ovariană sau prin insuficienţă cortico-suprarenală.

Epilepsia, atât cea genuină cât şi cea simtomatică, au de multe ori legătură cu alteraţiuni ale glandelor cu secreţia internă.

Astfel s'au descris epilepsia: cretinilor, guşaţilor, bazedovienilor, etc. **Claude** *spune foarte frumos,* dealtfel, că epilepsia este un tip de reacţiune specială la indivizi cu chimismul centrilor nervoşi alteraţi. descris la aceşti bolnavi, persistenţă timusului. **Marburg** pretinde că în miastenie există o creştere a magneziului sanguin şi timusul ar mai provoca această creştere — Neurastenia — un diagnostic de care s'a abuzat mult în sec. XIX şi se mai abuzează şi azi este un sindrom variat, care poate recunoaşte drept cauză o insuficienţă ovariană, tiroidiană etc. În genere însă în cazurile etichetate drept neurastenie este vorba de melancolie. Baza indocriană se poate găsi la psihastenici, schizofreniei, idioţie mongoliană.

Conferenţiarul încheie rolul glandelor endocriniene arătând influenţa pe care o pot avea în producerea tabesului şi a paraliziei generale. În genere cei ce fac paralizie generală aparţin tipului pichnic pe când cei ce fac tabes aparţin tipului longrilim.

Prof. D-r Bălteanu: NOI CONTRIBUŢIUNI LA UREMIILE POST SCARLATINOASE ŞI TRATAMENTUL LOR PRIN RECLORURARE.

Conferenţiarul arată importanţa deosebită pe care o are clorul în organism şi acest lucru îl dovedeşte cu prisosinţă faptul că se găseşte într'o proporţie anumită în globule şi plasmă şi că organismul face eforturi ca să menţină aceste cifre în limite normale.

Stările de cloropenie nu sunt singulare şi unul din sindromele ce se asociază de cloropenie este azotemia. Există între aceste 2 sindrome fenomene de interdependenţă — fapt pus în evidenţă de Blum.

Cercetările D-lui Prof. D-r Bălteanu au fost făcute pe 180 cazuri la Spitalul Izolarea din Iaşi. La aceşti bolnavi s'a făcut: raportul între clorul globular şi plasmatic, ureea în sânge şi rezerva alcalină. Clorul intervine — după cercetările D-lui Prof. Bălteanu — în majoritatea azotemiilor. Turburările produse se împart în 2 categorii:

1. cazuri unde există o deplasare anormală a clorului.
2. cazuri unde există o deperdiţie de clor din organism.

Achard le-a dat o denumire plastică. Prima grupă o denumeşte: deplasare nereuşită a capitalului iar a doua grupă: perderea capitalului.

In prima grupă (deplasare anormală a clorului) se deosebesc 2 forme. Prima formă se caracterizează printr'o uşoară acidoză, clorul gl. şi pl. variază puţin, rezerva alcalină aproape normală (normal la copil 45—55%) (normal la adult 35—65%), variază între minimum 42 şi maximum 54%. Acestea evoluiază benign, sau au complicaţii renale, (6%).

A doua formă se caracterizează printr'o stare de acidoză, clorul pl. scăzut, clorul gl. crescut, sodiul rămâne pentru neutralizarea tisulară, clorul fuge în globule şi ţesuturi (cloropexie). Organismul caută să lupte contra acidozei. Rezerva alcalină este foarte scăzută maximum 44.4% şi minimum 27.1%. Aceste cazuri sunt justiţiabile de tratament neutralizant prin bicarbonat de sodiu (20—30 gr. pe zi) pentru a stabili echilibrul humoral al elecroliţilor. Toxinele se fixează pe celulele nobile, când mediul este acid şi acest lucru este împiedicat când mediul este alcalin. In scarlatină şi difterie, când intervenin asemenea cazuri trebue să administrăm bicarbonat de sodiu 20—30 gr. pe zi.

A doua categorie — deperdiţia clorului din organism. In aceste cazuri ionii de Clor — în loc să se fixeze, se elimină şi avem cloropenie. Când avem numai o scădere a Clorului din plasmă, avem ceia ce se chiamă hipocloremie, iar când această scădere se produce şi în globule şi ţesuturi, avem cloropenie totală. In aceste cazuri rezerva alcalină variază fie spre acidoză, fie spre alcaloză. In cazuri când cloropenia se asociază cu rezerva alcalină scăzută, deci cu acidoză, se administra tot biocarbonar de Na., căci administrarea de Na Cl. măreşte acidoza.

Sunt şi bolnavi cu azotemii — prin perderea clorului — la cari însă rezallină este crescută (alcaloză). Acestea sunt justiţiabile de tratament cu Na Cl. Deci cu azotemiile post scarlatinoase când rez. alc. este normală sau crescută, tratamentul prin Na Cl. este salutar.

Conferenţiarul prezintă serii întregi de cazuri de azotemii post scarlatinoase, îngrijite în Clinica D-niei sale, pentru fiecare din categoriile amintite mai sus. Se demonstrează cu cifre eficacitatea tratamentului judicios instituit.

Mecanismul azotemiilor post scarlat. nu este complet elucidat. Sunt mai multe ipoteze pentru explicarea acestor azotemii:

1. Ipoteza acidozei (Ambard) — toxinele răspândite în plasmă produc acidoză şi Na Cl. se descompune în sodiu care rămâne pentru neutralizare şi Clor care se fixează sau se perde (cloropexie sau cloropenie). Această teorie explică aproape toate cazurile afară de acele de cloropenii cu alcaloză.

2. A doua concepţie a lui Ambard este că organismul poate elimina separat Cl. şi Na şi este în raport cu sarcina electrică a proteinelor. Unii elimină mai mult Cl. alţii mai mult Na.

3. Rathery şi Rudolf (cloropenie cu acidoză). Azotemia poate influenţa rezerva alc. prin ionii de Cl. cari lipsesc. Rathery şi Rudolf au arătat că Cl. poate fi înlocuit prin alte substanţe cum este glucoza. Atât timp cât ficatul este bun, rar se produc fenomene de intoxicaţie, deoarece glucoza înlocueşte clorul, absent sau deplasat. Hipoteza este bună, terapeutica o confirmă, însă nu explică toate cazurile. Administrarea de glucoză nu este eficace în toate azotemiile în cari există cloropenie.

4. Loisleux, a făcut experienţe cu 2 pahare în cari a pus sânge, iar deasupra vaselină. La unul din pahare a adăogat polipeptină, iar în celălalt uree. In paharul în care a adăogat uree Cl. scade din globule. In al doilea pahar Cl. creşte în globule.

Explicaţiunea este că ureea fiind difuzabilă nu rămâne în plasmă ci

trece în globule, iar Cl. trece în plasmă. Deaceea Cl. este scăzut în globule. Substanţele proteice introduse în al doilea pahar nu sunt difuzibile, plasma se concentrează, şi se face ploropexie din cauza concentraţiei plasmei.

5. Hipoteza endocriniană. Corticala suprarenală fabrică încontinuu cortina care ţine sub guvernarea sa metabolismul Cl. în organism. Lipsa acestei substanţe duce la cloropenie.

Multiplicitatea ipotezelor arată că nu suntem edificaţi asupra mecanismului azotemiilor. Nici una din ipoteze nu axplică toate cazurile, totuş precum am văzut mai sus, fiecare are o bază de adevăr.

ZIUA II-a.

Prof. D-r Ţeposu: CONCEPŢIUNI NOI IN LITIAZA URINARĂ ŞI TRATAMENTUL EI.

Autorul, care a făcut un studiu amănunţit asupra calculozei urinare în ţară la noi, arată că există regiuni unde această afecţiune este endemică. Citează regiunea Munţilor apuseni şi Hargita. Mai pot fi incriminate drept cauze ale calculozei renale, alimentaţia şi apele alcaline din regiuni. Calculi urinari s-au întâlnit în toate timpurile — chiar în antichitate s'au găsit asemenea calculi.

Mecanismul de producere a calculilor.

1. Hipocrate credea că sunt datoraţi unei evaporări rapide şi concentraţie a humorilor.

2. Merkler la 1764 publică la Berlin un studiu asupra „Catorului urinar şi dă drept cauză a formării calculilor, infecţia.

3. Epstein şi Nicolrer la 1884 au reprodus calculi la şoareci prin administrarea unui derivat al acidului oxalic. Ei sunt susţinătorii teoriei histonecrotice.

4. Albarran susţine că baza formării calculilor ar fi o nefrită diatezică.

Calculoza renală este o maladie de organism nu de organ, este o turburare funcţională generală a organismului. Formarea calculilor depinde de calitatea şi cantitatea materiilor ce le primeşte organismul, de solubilitatea lor şi de prezenţa în urină a anumitor substanţe hidrotrope.

Snapper a arătat că în urină există o substanţă hidrotropă — ureea — şi că diminuarea ei duce la scăderea solubilităţii acidului uric. In adevăr calculii nu pot fi dizolvaţi — cei pe cale de formaţie — graţie acestei substanţe hidrotrope. In grupul acestor substanţe intră hipuratul şi ricinoleatul de Na.

Vitaminele deasemenea joacă un rol însemnat în producerea calculilor. **Osborne** şi **Mendel** au arătat în mod experimental producerea de calculi renali şi vezicali prin administrare de alimente lipsite de vitamina A şi C. In 60% din cazuri s'au produs calculi renali şi în 30% calculi vezicali.

Vitamina A este protectoarea epiteliilor şi lipsa ei duce la o fragilitate a lor şi posibilitate de formare a calculilor. Această carenţă a vit. A ar fi la baza formării calculilor la populaţia din Munţii apuseni.

Barnley a arătat că o hiperfuncţiune a paratiroidei dă o eliminare în exces a Calciului şi probabilitate a formărei calculilor.

După compoziţia lor chimică, calculii se împart în:

a) uratici b) oxalici c) fosfatici.

Cei uratici sunt consecinţa unei alimentaţii excesive cu proteine.

Calculii oxalici — după Löpper — ar fi datoriţi unui desechilibru în metabolismul hidrocarbonatelor.

Calculii fosfatici — primitivi — sunt consecutivi unei avitaminoze sau unei hipocalcemii, iar cei secundari unei infecţii.

Tratamentul calculozei renale îl putem împărţi în:

medicamentos, hidromineral şi chirurgical.

Cei hidromineral cu ape aligominerale (Olăneşti) cu concentraţia maximă de 4 gr. la litru, ape sulfatate, calcice (Căciulata), alcaline slabe (Covasna). Orce calcul care este vizibil radiologic şi diametrul este de 1 cm. este justiţiabil numai de tratament chirurgical, cel medicamentos sau hidromineral neputând fi — în acest caz — de nici un folos.

Prof. D-r Iacobovici: SERUL ANTIPERITONITIC.

Intrebuinţarea serului antiperitonitic în terapeutica peritonitelor nu este o chestiune nouă. Autorul citează o serie de statistici ale diferiţilor autori din cari reese că *peritonitele generalizate post apendiculare* se întâlnesc în proporţii variind între 10—20%. In Teza D-rului Condeescu 1937 mortalitatea prin peritonite este — la toate spitalele din Bucureşti — între cifre variind dela 45—70%. In toate ţările mortalitatea prin peritonită merge până la 50%.

Este drept că operaţia de apendicită în primele 24 ore evită peritonitele generalizate, dar este greu de precizat diagnosticul la timp în nenumărate cazuri. Incă din 1915 a fost recomandat tratamentul biologic al acestor peritonite, Katzenstein în 1927 a întrebuinţat un ser anticolibacilor şi utilizarea lui a fost difuzată în toate ţările.

La noi în ţară a fost preparat un ser antimicrobian şi antitoxic la Institu D-r Cantacuzino care are *următoarea compoziţie*:

ser anticolibacilar, antigangrenos şi antistreptococic.

Actualmente se studiază posibilitatea introducerei unui ser antienterococic în serul antiperitonitic.

Rezultatele obţinute cu serul Cantacuzino sunt cu mult mai bune decât cele obţinute cu serul importat din Germania. Explicaţiunea este de căutat în faptul că la prepararea serului Cantacuzino se întrebuinţează surse de microbi indigeni *adaptaţi terenului*.

Technica injecţiunilor cu ser antiperit. preconizată de soţii D-r Mogheru este următoarea:

1. desenzibilizare cu 1 cmc. ser diluat în 10 cmc. *apă fiz., administrat intramuscular.*
2. după 2 ore 1 cmc. ser pur.
3. după alte 2 ore 2 cmc. ser pur.
4. după alte 4 ore 50 cmc. ser.

Metoda este bună când se aplică în scop profilactic. La bolnavii operaţi nu mai este nevoie de desenbilizare — întrucât fiind anesteziat nu face şoc.

Rezultatele obţinute sunt din cele mai bune.

Mortalitatea la copii înainte de administrarea serului e 69%.

Mortalitatea la copii după administrarea serului e 48%.

Conferenţiarul citează statisticile Spitalului Militar Buc. întocmite de D-r V. Teodorescu şi a Spitalului de urgenţă, *din care se vede clar că cifra mortalităţi* prin peritonită a scăzut simţitor, după întrebuinţarea serului. In ceia ce priveşte evoluţia post operatorie la bolnavii cărora s'a administrat ser antiperit, este de remarcat faptul că dispar fenomenele toxice şi fenomenele *digestive*. In peritonitele localizate serul diminuă fenomenele toxice, pulsul şi temperatura, starea generală.

Serul antiperit. a fost întrebuinţat profilactic şi în Clinica Mayo în colectomii, făcând să scadă mortalitatea. Intrebuinţarea serului recunoaşte drept contraindicaţii: nefritele şi starea generală rea din cauza unei azotemii.

Concluzii: serul antiperitonic este un factor de prim ordin pentru tratamentul peritonitelor acute şi pentru tratamentul peritonitelor apendiculare ni special — aplicarea lui *intraperitoneală* fiind cea mai bună.

Serul antiperit. întrebuinţat în scop profilactic, previne infecţiunea, asigură evoluţia post operatorie în condiţiunile cele mai bune. Şi în scop profilactic aplicarea lui intra-eritoneală este cea mai bună din *toate* punctele de vedere.

Prof. D-r Băltăceanu: PERIVISCERITELE.

Acest capitol de patologie, recunoscut de şcoala franceză şi numai de o parte din şc. germană, este de o mare *importanţă pentru* clinician. Periviscerita este o *inflamaţie* a peritoneului care prinde şi epiloonul. Are un debut uneori acut, mersul devine cronic şi are caractere diferite după regiunea pe care se fixează. Rareori are o evoluţie bine definitivă. Colitele drepte, ulcerele gastrice şi duodenale, anexitele drepte gonococice pot cauza periviscerite. Evoluţia lor este totdeauna cronică. Simptomele sunt în funcţiune de localizarea inflamatorie. Distingem forme localizate şi generalizate.

In cele generalizate întâlnim 2 simptome însemnate: durerea ce se exa-

Babeş-Bolyai University Library Cluj

cerbează în poziția ortostatică și după mese și o stare subfebrilă prelungită. Aceștid bolnavi au faceis palid, colemici, abdomen deprimat, toracă alungit, stomac cu clapotaj. Durerea la presiune are un caracter difuz.

In formele localizate avem siptome în regiunea: hepatocisto-gastrică. Aceste periviscerite localizate pot fi consecutive unei turburări în funcțiunea unui organ care a prins și peritoneul.

Etiologia perivisceritelor uneori este evidentă. In 50% din cazuri recunosc drept cauză infecțiunea bacilară.

Tratamentul: Când s'au format aderențe tratamentul este numai cel chirurgical.

Tratamentul medical este unul de răbdare atât pentru pacient cât și pentru medic. El se rezumă la: agenți fizici, alimentație și medicamente.

Dintre agenții fizici vor recurge la: căldură sub formă de comprese umede pe abdomen, sunt foarte bine suportate. In formele cronice diatermie cu rezultate f. bune.

In alimentație vom ține seama de starea digestivă a bolnavului. Se va da: supe, pureuri fine, fructe sau compoturi. Carne numai la masa de prânz.

Prin medicamente urmărim: tratarea elementului inflamator, și calmarea durerilor.

Pentru elem. inflamator vom da: Clorur de Ca. când bolnavul are și colită dreaptă. Pentru fixarea Ca. se pot da preparate de paratiroidă. Inj. cu mezo-thorium au dat rezultate bune, la bolnavii cu febră și dureri. Pentru calmarea durerii fie localizate fie difuze nu avem procedee precise. Putem administra numai codeină și apaverină pe cale bucală sau anală. Pentru modificarea spasmelor vom recurge la jusquiama și belladonă.

Președinte D-r O. SONEA

Secretar general D-r D. Popescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

drageuri picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERRERIE PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături fiole

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ

Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 25, BUCUREȘTI IV

Pelagră.

TERAPEUTICA ŞI PROFILAXIA PELAGREI.

Atât de mult cercetata problemă a pelagrei, în care se părea la un moment dat că admiterea existenţei unei avitaminoze specifice aduce o rezolvare definitivă, continuă totuşi să rămână obiect de preocupare — dată fiind marea ei importanţă pentru unele ţări, printre cari şi a noastră.

Astfel sub titlul de mai sus, D-l Docent D-r Iuliu Niţulescu — în No. 4/1939 din România Medicală — reia în desbatere diversele aspecte ale acestei probleme, în care neîndoelnică rămâne doar o afirmaţie veche de 200 ani — aceia că boala e datorită unei alimentaţii greşite, în rest fiind încă multe puncte obscure — printre cari şi acela al unui tratament specific, care n'a putut fi încă instituit, cauza şi procesele morbide cari produc boala nefiind încă cunoscute.

In ceeace priveşte etiologia şi patogenia pelagrei, se poate spune în rezumat că, s'a invocat un element toxic; apoi o carenţă; sau o asociere a acestor două cauze; un dezechilibru alimentar complex; — un fapt însă este sigur, acela că pelagra endemică în majoritatea covârşitoare a cazurilor rămâne totdeauna legată de păpuşoiu, deşi nu se poate încă preciza cu toate variatele şi foarte multiplele teorii emise, cum este legat acesta de pelagră.

Despre turburările certe digestive existente în pelagră, se poate spune că ele joacă un rol important în patogenia sindromului pelagros, totuşi deşi s'a susţinut prin existenţa acestor turburări o origină digestivă a pelagrei, se poate spune că pelagra nu poate fi considerată în nici un caz ca o simplă dispepsie cronică.

In ceeace priveşte **tratamentul** şi **profilaxia pelagrei** — fiecare teorie etiologică şi-a avut consecinţa profilactică — fiind recomandate pe rând păpuşoiul nemucegăit, proteine, potasiu, fier, arsenic, vitamina P-P sau alimente care conţin această vitamină, acidul nicotinic şi însfârşit drojdia de bere. (Goldberger). In acest ultim tratament în deosebi se puseseră multe speranţe — pe cari însă observaţii amănunţite le-au arătat neîmplinite, lucru observat şi de autor în cercetările sale, astfel încât se poate spune că în momentul de faţă niciuna din substanţele propuse — cu toată varietatea lor — nu a rezolvat în chip definitiv problema tratamen-

tului specific al pelagrei. Pelagra rămâne totuşi o boală, ce se poate vindeca dacă n'a ajuns la faza distrofică a leziunilor nereversibile.

Deasemenea se poate afirma că, în stadiul în care ne aflăm azi, ar fi mai uşor să prevenim pelagra, problemă dietetică, dar în acelaş timp şi economică şi de educaţie.

Ameliorarea regimului alimentar poate singură duce la aceasta, ţinându-se seama de 2 elemente:

— să se suprime, sau cel puţin să se micşoreze consumarea păpuşoiului, a mămăligei; —

— să se lupte împotriva monotoniei regimului şi pentru o mai raţională consumare de alimente protectoare: lapte, carne, legume, susceptibile de-a corecta carenţele alimentare ale păpuşoiului — şi chiar ale pâinei — şi de a furniza mineralele, acizii aminaţi, vitaminele indispensabile unei bune nutriţii şi poate chiar ipotetica vitamină antipelagroasă.

In acelaş timp un astfel de regim suprimă şi abuzul de glucide precum şi fermentaţiile şi putrefacţiile cari caracterizează evoluţia clinică a pelagrei.

Profilaxia pelagrei trebuie deci să fie sprijinită de o propagandă sistematică, de o educaţie menageră (prepararea alimentelor), de cultura raţională a legumelor, de sporirea producţii şi consumului laptelui şi derivatelor sale, şi mai ales de micşorarea consumului porumbului, înlocuit prin pâine, totul reprezentând deci o mare sforţare de politică socială.

D-r Marius Paraschivescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Migrenă.

TRATAMENTUL MIGRENEI PRIN TARTRATUL DE ERGOTAMINĂ.

Tratamentul acesta relativ nou al migrenei, introdus de Tzanck, este pe larg studiat în ceeace priveşte rezultatele şi modul său de acţiune, în Presse médicale, No. 4/1939.

Utilizat de Tzanck în tratamentul migrenei în urma unei concepţii patogenice, după care cefaleia migrenoasă ar ţine de un spasm vascular în teritoriul ramurilor carotidei externe, legat de o excitaţie a simpaticului, tartratul de ergotamină este socotit în prezent totuşi numai ca o medicaţie pur simpomatică, a crizei migrenoase, noţiune foarte importantă pentrucă implică şi pe aceia ca întrebuinţărei ergotaminei trebuiesc să se asocieze şi tratamentele etiologice ale migrenei.

Rezultate. Tzanck pe 101 cazuri — în cari medicamentul a fost administrat pe cale bucală până la doza de 4—5 mgr. pe zi, Lénnox şi von Storch pe 120 cazuri, care nu fuseseră uşurate prin nici o altă terapeutică, şi la cari ergotamina a fost administrată în deosebi prin injecţii — au obţinut foarte rapide şi complecte vindecări ale crizei, în crizele ulterioare rezultatele obţinute au fost sensibil comparabile, ceeace arată că nu pare a exista o obişnuinţă pentru medicament. In schimb însă, se poate spune de asemenea că ergotamina nu pare a avea o acţiune apreciabilă asupra frecvenţei crizelor.

O'Sullivan pe 1132 crize migrenoase are aceleaşi concluzii concordante, că dintre toate medicamentele, ergotamina e singurul care dă rezultate constante, fără acţiunea apreciabilă asupra frecvenţei crizelor şi fără obişnuinţă, astfel încât se poate spune că tartratul de ergotamină pare cu adevărat medicamentul eroic al cefaleii migrenoase.

Doze şi mod de introducere. In general calea parenterală este calea de introducere preferată, intravenos sau subcutanat; ergotamina poate fi administrată însă şi pe cale bucală, rectală (supozitorii) şi nasală.

Calea intravenoasă întrebuinţată în deosebi de Lennox, nedureroasă, aduce un efect mai rapid al medicamentului, criza încetând la 15'—30' după injecţie, pe când pe cale subcutanată (O'Sullivan) încetarea crizei vine la 45'—90'. In schimb însă calea intravenoasă pare a avea inconvenientul de-a provoca mai frecvent diverse râuri legate de tratamentul ergotaminic.

Stabilirea dozei minime necesare fiecărui bolnav pentru a ajunge la avortarea crizei, care are mare importanţă — dozele insuficiente fiind fără acţiune — este foarte importantă şi uneori greu de făcut, dat fiind că ea depinde chiar la un acelaş bolnav de intensitatea crizei şi chiar de momentul crizei în care se face administrarea medicaţii.

Practic se începe prin 1/4 mgr., doză care e socotită suficientă şi care e repetată şi la noui crize ulterioare, dacă este bine tolerată şi cefaleea se vindecă în 2 ore. Dacă dimpotrivă aceasta nu se întâmplă, sau cefaleea reapare la 2—12 ore dela injecţie, se face o doză mai forte, $1/2$—$1/3$ mgr. In regulă generală O'Sullivan socoteşte că o doză mai mare de 0,5 mgr. nu este utilă.

Pe cale bucală pentru a fi activ medicamentul trebuie dat dela început în doză mai ridicată, 5 mgr. odată după O'Sullivan, iar după Lennox chiar 9—10 mgr.

Pe această cale medicamentul trebuie dat cât mai aproape de începutul crizei înaintea apariţiei vărsăturilor, căci dacă acestea se produc, trebuie să se recurgă numai la calea parenterală. Luată pe gură ergotomina acţionează mai lent, (1—8 ore) şi dă rezultate mai inconstante.

Biblioteca Centrală / Central University Library Cluj

Intrebuinţarea ergotaminei ca medicaţie preventivă recomandată de unii (Podalsky) nu este socotită, în regulă generală, recomandabilă.

Contraindicaţiile tratamentului sunt destul de limitate, legate de acţiunea hypertensivă a ergotaminei, care nu va fi întrebuinţată decât foarte prudent la bolnavi cu leziuni arteriale şi la gravide — deşi s'a stabilit (Berger) că sarcina măreşte mult toleranţa organismului pentru ergotamină. In cefaleile nemigrenoase acţiunea ergotaminei a fost găsită foarte inconstantă, astfel încât se poate spune că acţiunea tartratului de ergotamină este aproape specifică în migrenă, şi că efectul său asupra cefaleelor banale este foarte inconstant, îndoelnic chiar.

Modul de acţiune al tartratului de ergotamină a dat naştere la multiple lucrări — el fiind încă divers interpretat. Astfel — după o teorie — ergotamina lucrează direct asupra terminaţiilor sensitive (acţiune analgetică), acţiune îndoelnică însă din mai multe puncte de vedere — ca şi o a II-a teorie — că ergotamina lucrează ca vaso-dilatator, invocată deasemenea pentru a explica modul ei de acţiune, socotindu-se că ergotamina vindecă cefaleia migrenoasă făcând să înceteze spasmul vascular. După o a treia interpretare — tartratul de argotamină lucrează dimpotrivă ca vaso-constrictor. Cefaleia la migrenă ar avea ca sediu de origină vasele durei-mater şi vasele craniene fiind datorită nu unei vaso-constricţii — ci unei vaso-dilataţii a acestor vase. Acest ultim fel de a vedea este sprijinit pe numeroase cercetări experimentale şi clinice, astfel încât se poate spune că e logic a gândi că cefaleia datorită distensiunei

dureroase a arterelor craniene e uşurată prin acţiunea vaso-constrictivă a *tartratului de ergotamină*.

Concluziile acestui interesant studiu de ansamblu sunt:

1. Tartratul de ergotamină în injecţie este o remarcabilă medicaţie curativă a cefaleii migrenoase — pe care-o face să dispară în 90% din cazuri — doza minimă necesară fiind $1/4$—$1/2$ mgr.

2. Asupra altor cefalei, ergotamina nu are acţiune apreciabilă.

3. Modul de acţiune al ergotaminei asupra cefaleii migrenoase este încă nesigur — fără îndoială însă foarte complex ca şi însăşi mecanismul crizei migrenoase. Acţiunea analgezică a ergotaminei are probabil rol accesoriu. Cefaleia în criza migrenoasă este foarte probabil datorită iritaţii tecilor simpatice ale ramurilor terminale ale carotidei externe durale şi craniene — prin turburări vaso-motorii, şi ergotamina lucrează modificând aceste turburări — foarte probabil prin acţiune vaso-constrictivă.

D-r Marius Paraschivescu.

* * *

Cancer.

STREPTOTERAPIA CANCERULUI.

In Revue médicale de Nancy No. 10/1939, André Blum expune principiul acestei metode noi de tratament al cancerului, bazată pe constatările de fapt a remisiunei de durată variabilă a cancerului în urma unui erisipel, şi a experienţelor recente ale lui Besredka, care inoculând sub pielea unui iepure o emulsie de epiteliomă şi streptococi vii a provocat o colecţie purulentă care vindecându-se face animalul imun la o injecţie ulterioară de virus epiteliomatos în testicule.

Erisipelul la un canceros mai cu seamă în stare cachectică constitue desigur o agravare considerabilă a stării pacientului, dar graţie preparatelor sulfamidice cari pot jugula boala la comandă, astfel precum chinina în malarioterapia paraliziei generale, la rândul lui poate fi provocat, oprit după 2—3 zile, reluat după 10—12 zile, la nevoe de mai multe ori, pentru a folosi în mod repetat şi prelungit acţiunea sa anticanceroasă.

Cu această **erisipeloterapie a cancerului** autorul, care o practică de un an cu tulpine bacteriene atenuate de virulenţă progresivă, a obţinut resultate încurajătoare.

M. C.

* * *

Erisipel.

TRATAMENTUL SIMPLU AL ERIZIPELULUI.

Faptul de a fi aplicat de mai multă vreme la erizipel tratamentul mai jos notat şi cu succes autorizează pe autor, D-l D-r Dufraing, de a comunica acest tratament simplu, uşor, rapid şi sigur. Iată technica, expusă în „Le Scalpel" No. 20/1939:

Ichtyol 1 gr., colodiu 10 gr. şi o pensulă. — N. B. Se va agita bine flaconul dacă a stat în repaus.

1 zi: Se va întinde un strat din acest amestec pe marginea erisipelului urmărind tot conturul; pelicula va avea 2—2½ cm. de lărgime, ca astfel să acopere 1 cm. din partea bolnavă şi 1 cm. din pielea sănătoasă. — (Dacă e vorba de un erysipel al feţei vom pune în jurul ochilor un strat protector ca ochelarii de celuloid). In restul suprafeţei bolnave nimic. Din încercările ce s'au făcut anterior reese că orice aplicare pe suprafaţa bolnavă e mai mult dăunătoare.

A 2 zi: Suntem surprinşi că vedem că toate simptomele sunt amendate: oprire netă a extensiunei suprafeţei bolnave, micşorarea roşeţei vii şi a inflamaţiei pielei, aceasta se usucă ca şi flictenele dacă există, febra cade. Dacă în unele regiuni inflamaţia a întrecut marginea peliculei, vom mai unge această margine.

A 3 zi: Foarte rar trebue să intervenim cu o nouă aplicare a medicamentului, de oarece a 3 zi sau mai sigur a 4, vindecarea este completă.

Explică acest rezultat printr'o acţiune mecanică a colodiului care, sbârcind şi comprimând pielea pe marginea inflamaţiei, opreşte înaintarea eryzipelului. S'ar putea controla această ipoteză întrebuinţând numai colodiu. Poate şi faptul că lăsarea părţii centrale în aer liber contribue la succesul acestei metode.

R. Hirsch.

* * *

Constipaţia.

CONSTIPAŢIA PRIN DEFICIT.

Intr'o lucrare publicată în Presse Médicale No. 32 din Aprilie 1939, Noël Fiessinger şi Georges Hutet reiau studiul unui tip de constipaţie cunoscut, căruia nu i s'a acordat însă importanţa cuvenită. Este vorba de constipaţii cu **colonul gol sau aproape gol**, provocată fie printr'un regim lipsit de celuloză şi carenţial atât din punct de vedere calitativ cât şi cantitativ, sau creiată printr'o medicaţie laxativă zilnică la care se adaugă spasmul inevitabil al colonului.

Autorii studiază radiologic colonul la normali şi la constipaţi şi confirmă rezultatele publicate anterior, că **intestinul este în mod normal plin în toată întinderea sa dela coecum până la anus.**

La normali colonul este constant plin, dimineaţa după scaun şi după amiază, având un calibru destul de larg şi o segmentare australă variabilă.

La cei **uşor constipaţi**, având scaun spontan sau cu ajutorul mijloacelor uşoare (oleu de parafină, cholagoge) intestinul este în general plin, dar se poate vedea colonul stâng gol tocmai în zilele când nu au avut scaun.

La **constipaţi**, cari mănâncă insuficient fie cantitativ fie calitativ, urmând un regim lipsit de celuloză sau mai ales la cei cari iau zilnic laxative drastice, se constată un colon gol însoţit de un spasm care-i reduce foarte mult calibrul.

Din aceste constatări, autorii trag următoarele conclusiuni:

In stare normală toate segmentele colonului sunt pline; această stare de umplere a colonului este unul din factorii cei mai importanţi ai defecaţiei regulate şi normale. Umplerea este excitantul tuturor muşchilor. Segmentul reflexogen este colonul stâng.

Din această constatare decurge noţiunea constipaţiei prin deficit.

Aceasta însemnează că pentru a trata anumite constipaţii **nu trebue să golim**, ci din potrivă să umplem cât mai bine colonul cu un regim apropiat bogat în celuloză, abundent şi variat.

I. Rosenstein.

* * *

Febra menstruală.

TRATAMENTUL PUSEELOR MENSTRUALE LA FEMEILE CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ PRIN SĂRURI DE TESTOSTORONE.

M. Chiray şi H. Mollard studiază de mulţi ani rolul fenomenelor inflamatorii perilesionale în desfăşurarea prin puseuri a tuberculozei pulmonare. Exemplu tipic îl oferă menstrele la tuberculoase: ridicarea temperaturei în timpul menstruelor sau premenstruală, hemoptisii şi puseuri evolutive cari pot lua uneori forme de o intensitate specială cari au dus la individualizarea de către vechii clinicieni a unei forme de „tuberculoză pulmonară congestivă" a tinerelor femei sau fete.

Atât timp cât semnificaţia hormonală a acestor fenomene congestive au fost neprecise, s'a încercat tratarea lor cu extrase ovariene sau cu foliculină.

Eşecurile sunt explicabile de când a fost cunoscută noţiunea de hiperfoliculinemie transitorie, dovedită prin dosarea în sânge a foliculinei. Aceste congestiuni perilesionale la femeile tuberculoase, sunt datorite hiperfoliculinemiei, ca şi congestia mamară sau uterină.

Pentru tratarea acestor stări, se pare că cel mai indicat ar fi hormonul masculin care ar avea o acţiune de neutralizare a foliculinei, deci **decongestionantă.**

Chiray şi Mollard publică în La Presse Médicale" No. 36 din din Mai 1939 rezultatele obţinute prin injecţiuni de testosteron la femeile cu tuberculoză pulmonară cu puseuri congestive menstruale.

Technica injecţiilor: A fost utilizat propionatul sau acetatul de testosterone în doze de 5—10 miligrame; 3 injecţiuni pe săptămână dela a 12-a zi care urmează unei perioade menstruale, până în preziua menstrelor următoare.

Rezultate. Incercările au fost făcute pe 10 cazuri, din cari 6 au fost urmărite destul timp pentru a fi considerate demonstrative.

Femei cari prezentau tuberculoze închise clinicește şi cari în ajunul sau în timpul menstrelor prezentau puseuri congestive perilesionale cu temperatură, cari persistau chiar după încetarea menstrelor, s'au vindecat.

Injecţiunile cu testosterone au dus la suprimarea accidentelor congestive.

Autorii au întrebuinţat aceste injecţiuni, cu rezultate mulţumitoare într'un caz de astm survenind şi încetând odată cu menstrele.

* * *

Asupra întrebuinţării hormonului masculin (testosterom) la femeile tuberculoase, **Pierre Bourgeois** şi **M-me M. Boquet-Jesensky,** au publicat o serie de lucrări din cari ultima în Bul. Soc. Med. a Spitalelor din Paris (31 Martie 1939) însoţită de bibliografia chestiunei.

Din cele peste 30 de cazuri studiate au fost evidenţiate 3 ordine de fapte cconstatate în urma injecţiunilor cu hormon masculin la femeile

tuberculoase şi anume: 1. Intr'un număr limitat de cazuri a fost obţinută o adevărată amenoree pasivă; au fost întrebuinţate în acest scop cantităţi însemnate de testosterone, cel puţin 100 miligrame în timpul fiecărei perioade intermenstruale. Injecţiile trebuesc făcute în timpul perioadei care precede imediat ovulaţia.

Incetarea injecţiilor a dus la reluarea cursului normal, ca ritm şi aspect, al menstrelor.

2. O acţiune asupra centrilor termici, prin dispariţia febrei pre sau intermenstruale.

3. Constatarea cea mai evidentă şi mai remarcabilă a fost ameliorarea stării generale a bolnavelor în cursul tratamentului, precum şi o creştere rapidă şi importantă în greutate.

Aceste constatări fac pe autori să conchidă că, alături de acţiunea strict sexuală a testosteronului, există şi o „acţiune metabolică" a acestui hormon, care provoacă o stare de euforie şi o revenire a apetitului.

I. Rosenstein.

* * *

Nefrite acute.

REGIMUL SEC IN NEFRITELE ACUTE LA COPII.

Un vechi principiu de terapeutică stabileşte că un organ bolnav trebue pus în stare de repaus cât mai complect.

Restrângerea lichidelor în bolile acute ale rinichilor — permiţând totuşi o raţie între 800—1000 cmc. a fost preconizată încă din 1853 de Serres, apoi de Karel (1865), Huchard, Fiessinger, Achard şi Vidal.

Regimul sec, imaginat de von Norden şi studiat de Volhard, comportă o alimentaţie lipsită complect de lichide, de protide şi săruri; este a dietă aproape exclusiv hidrocarbonată.

Regimul sec a fost apoi studiat în Franţa de către Debré şi colaboratorii săi.

Intr'un număr recent al publicaţiei „Revue Médicale de Nancy" No. 8/1939), Caussade, Neimann şi M-me Karlin reiau studiul acestui regim, pe şapte cazuri.

Technică: Regimul începe, după gravitatea cazului, (convulsiuni, oedeme, vărsături, hipertensiune) printr'o cură de post absolut de 24—48 ore. Dacă totuşi copiii se plâng de foame sau sete se poate da un fruct, un compot sau 1—2 ceşti de infusie în 24 ore. In acelaş timp se administrează o clismă purgativă.

După aceasta începe regimul sec propriu zis. Se administrează copilului un regim fără lichide, compus din hidrocarbonate nesărate.

Sunt recomandate trei alimente: orezul fiert în foarte puţină apă, compotul de mere şi banane. Copiilor, cărora nu le place orezul se poate da cartofi, tapioca carote îndulcite, pere, prune, piersice,, caise, struguri, gelé-uri de fructe, miere, bomboane de zahăr.

Cantitatea totală a fiecăruia din cele 3 alimente recomandate trebue să varieze între 100—150 gr. la copiii dela 3—5 ani şi între 175—200 gr. la copiii dela 6—12 ani.

Durata regimului este de 10—15 zile; experienţa a dovedit că acest regim nu trebue prelungit.

Revenirea se face progresiv începând cu lichide şi continuând cu alimente solide.

Se dă întâiu 150—200 lichide, se măreşte apoi cantitatea feculentelor

şi fructelor, se introduc apoi grăsimile (30—50 gr. pe zi) şi apoi se autorizează protidele începând cu legume, pâine nesărată şi se termină prin a se adăuga carnea şi apoi sarea (aceasta după ce s'a verificat permeabilitatea renală la clorur de sodiu).

Trecerea dela regimul sec la regimul aproape curent durează 5—6 săptămâni. Regimul sec nu exclude tratamentul prin alte mijloace.

Din examenul cazurilor publicate se poate constata: Regimul sec este uşor suportat şi îşi are o justificare fisiopatologică.

Diureza este influenţată repede, oedemele scad şi dispar, albuminuria asemenea, hipertensiunea când există revine la normal la a 8-a zi, asemenea şi azotemia. Singurul simptom mai puţin influenţat a fost hematuria, care a persistat până la a XV-a zi de boală.

Rapiditatea acţiunei favorabile a regimului sec în special în nefritele oedematoase şi hipertensive cu sau fără azotemie fac ca acest tratament să poată fi socotit la o terapie de urgenţă.

Desigur că regimul sec nu poate da rezultate în nefritele prelungite sau în cele trecute la cronicitate.

I. Rosenstein.

* * *

Plăgi.

METODA LÖHR IN TRATAMENTUL PLĂGILOR.

In anul 1930 Löhr a început să întrebuinţeze în tratamentul plăgilor şi al osteo-mielitelor untura de peşte, tratament care dealtfel nu era nou, el fiind întrebuinţat în mod empiric din vechime de popoarele nordice.

Löhr împreună cu Treusch, cercetează însă bacteriologic untura de peşte, pe care-o găsesc sterilă, şi'n care foarte diverşi microbi însămânţaţi dispar foarte repede, şi ajunge astfel la metoda sa de tratament, pe care D-l D-r Mircea Constantinescu o expune pe larg — sub titlul de mai sus — într'un număr recent din România Medicală, No. 3/939.

Vindecarea rapidă a plăgilor, cu recăpătarea integrală a funcţii membrului bolnav — cu toată evoluţia diferită bine cunoscută a plăgilor, ce ţine de natura infecţii şi de rezstienţa organismului, este mult favorizată prin această metodă, care aduce prin untura de peşte elemente de mare preţ pentru vindecare, şi anume pe lângă acizii graşi şi vitamina A, considerată ca vitamină anti-infecţioasă şi cu rol de proteguire şi de refacere al epitelului, şi vitamina D, deasemenea de mare importanţă în creşterea epiteliului (Kemler).

Drenajul este întrebuinţat de autor în plăgile profunde, neregulate, cu decolări întinse şi în plăgile cu suprafaţă mare (tub de cauciuc sau sticlă, dren-ţigaretă de cauciuc) până ce se linişteşte sângerarea.

Dintre mijloacele chimice de dezinfecţie, dată fiind rapida pătrundere a microbilor în ţesuturi, autorul preferă soluţiile de Rivanol, iar când aplică tratamentul cu untură de peşte nu întrebuinţează iodul, care slăbeşte acţiunea acestei substanţe.

Excizarea ţesuturilor zdrobite şi necrotice (Bergman) este foarte importantă, cu sutura imediată a plăgii când bolnavul se prezintă în primele 6 ore.

Löhr a început aplicarea tratamentului său în 1930, în osteomielită, turnând după sequestrotomie în cavităţile supurate creiate untură de peşte, apoi aplică comprese şi face imobilizarea extremităţii prin aparat gipsat, fără fereastră. In tratamentul plăgilor — în care se deosebesc după Saegesser 3 stadii şi anume: a) al plăgilor proaspete, în primele 6 ore, b) stadiu intermediar sau stadiu de infecţie şi reacţie al plăgii şi c) stadiul de granulaţie şi de epidermizare — autorul întrebuinţează metoda sa, în al 3 stadiu, pe când în stadiul al II imobilizează totdeauna în gutiere până ce infecţia se stinge, apoi aplică tratamentul cu gips fără fereastră şi vitamine.

In plăgile proaspete — în primele 6 ore — excizie, sutura plăgii şi imobilizare.

Metoda Löhr dă membrului bolnav:

— o imobilizare absolută, foarte importantă în tratamentul infecţiilor;

— o apărare a membrului de orice atingere sau lovitură dela exterior — prin gipsul închis;

— După aplicarea acestui tratament nu se produc infecţii secundare, nici supuraţii osoase;

— Se creiază o cameră caldă, umedă, prin care se poate face ventilarea cu uşurinţă.

La acestea se adaugă acţiunea unturei de peşte.

Se aplică tratamentul când infecţia unei plăgi s'a localizat. Tratamentul cu gips şi vitamine este întrebuinţat şi'n supuraţiile osoase, după sequestrotomie, când infecţia acută a început să se stingă, în osteomelite ca şi în ulcere cronice ale gambei.

Iată pe scurt cum procedează autorul metodei:

Curăţire mecanică a plăgii-dezinfectări prin Rivanol 1/4000, sau trăjod (numai când nu sunt în plagă ţesuturi sensibile la iod ca os, cartilagin, tendoane);

plăgile de câmp sau stradă sunt excizate fără sutură, şi acoperite cu Rivanol, imobilizare în gutieră, ser antitetanic şi antigangrenos la nevoie;

după câteva zile, când plaga începe să granuleze, aplicarea metodei Löhr (*unturâ de peşte şi imobilizare în gips*); în plăgile infectate cu agenţi virulenţi, când se formează abces, flegmoane — se intervine chirurgical.

Löhr a întrebuinţat acest tratament în deosebi la plăgi ale degetelor şi mâinelor. Gipsul aplicat se lasă 8—14 zile indicaţiuni pentru ridicarea lui fiind date de semnele unui proces infecţios (durere, febră) *sau mirosul gipsului*, greu de *suportat*. La *scoaterea gipsului* plaga în plină granulaţie se spală numai cu ser fiziologic.

In timp de război — prin condiţiile de tratament — metoda nu este aplicabilă:

D-l Doctor Mircea Constantinescu a aplicat metoda Löhr în 3 cazuri — cu foarte bune rezultate — găsindu-i însă ca defecte:

mirosul greu de suportat al unturei de peşte — care dispare însă prin întrebuinţarea unor preparate ca Unguentolan, Desitin şi mirosul uneori foarte neplăcut al gipsului lăsat 8—14 zile.

Concluzia la care ajunge este că: Metoda Löhr este aplicabilă şi economicoasă. Ea nu dă niciodată infecţii secundare, iar vindecarea se face destul de repede dacă este aplicată acolo unde sunt indicate cele două principii ale metodei: imobilizare şi vitamine.

D-r Marius Paraschivescu.

Tifoidă.

SERUL ANTIGANGRENOS IN TRATAMENTUL FEBREI TIFOIDE DE FORMĂ GRAVĂ.

D-nii Prof. I. BĂLTEANU şi D-r I. ALEXA: arată în Rev. med. chirurgicală de la Iaşi, No. 1—2/1938, că după cercetările din ultimii ani microbii anaerobii mai ales şi ceilalţi germeni patogeni ies din intestin în cursul boalelor infecţioase şi provoacă fie bacteriemii trecătoare, fie leziuni locale sau intoxicaţii generale grave.

Weinberg, Françon, Thibault, Alexa şi Davesne au comunicat cazuri de gangrenă gazoasă la tifici şi au arătat că există o sinergie de toxine secretate de bacilul tiphic şi bacilul perfringens. Sabrazès a găsit în plăcile lui Peyer ulcerate b. perfringens şi b. tiphic.

Weinberg şi Thibault tratează cu rezultate satisfăcătoare câteva cazuri de febră tiphoidă gravă cu serul antigangrenos.

Bălteanu şi Alexa aplică această metodă terapeutică în 6 cazuri de febră tifoidă gravă la Spitalul Izolarea din Iaşi fără să excludă tratamentul dietetic şi specific (auto-vaccin sensibilizat după metoda lui Besredka). Bolnavii prezentau şi simptome locale (meteorism accentuat, diaree incoercibilă şi fetidă, gaze fetide etc.) şi fenomene de intoxicaţie generală profundă. La examenul bacteriologic al scaunelor şi a sângelui au găsit b. perfringens şi b. tiphici.

Autorii întrebuinţează serul antigangrenos polivalent al Institutului de seruri şi vaccinuri Dr. Cantacuzino-Bucureşti.

Injectează pe cale sub-cutanată 3—5 zile consecutiv 160—400 c. c.^{3}.

In cazurile ce comunică în afară de hemo-cultura în bulion-bilă şi care a fost pozitivă pentru bacilul tiphic, autorii practică hemocultură pentru anaerobii după technica lui Boez şi după 30 ore la etuvă găsesc în unele din cazurile ce comunică b. perfringens, — în alte cazuri găsesc b. perfringens în scaune. Injectează în aceste cazuri ser antigangrenos (100—200 c. c. p. zi) sub cutanat şi obţin rezultate satisfăcătoare.

In concluzie, în complicaţiile febrei tifoide datorite anaerobiilor fie că sunt bacteriemii sau intoxicaţii generale grave, sau fenomene locale cu meteorism abdominal, diaree fetidă, peritonite, gangrene, etc., serul antigangrenos asociat la tratamentul specific şi simptomatic al febrei tifoide dă rezultate satisfăcătoare.

Cu cât tratamentul va fi mai precoce, în febra tiphoidă gravă cu atât va fi mai eficace, deci nu se va mai aştepta confirmarea rezultatului bacteriologic şi se va institui tratamentul cu ser antigangrenos.

R. Hirsch.

* * *

Ulcerul g.-duodenal.

HISTAMINOTERAPIA ULCERELOR GASTRO-DUODENALE.

Iacob din Strasburg constatând, împreună cu *Schwartz* şi *Israël*, în ampulele cu histidină din comerţ cari serveau la tratamentul ulcerelor g. duodenale, doze minimale de $^1/_{10}$ — $^1/_{15}$ de mgr. de histamină, s'a întrebat dacă efectele favorabile ale tratamentului cu histidină nu sunt datorate histaminei.

Cercetările de control pe câini, cărora le putea evita producerea ulcerului peptic exprimental dacă le injecta histamina în sus zisele doze, şi nu li-l putea evita dacă le injecta histidină pură; precum şi încercările la om, la care ulcerul era favorabil influenţat de histamină în doze mici (cercetări consemnate în teza sa din 1936 şi în Presse Médicale din 9 Febr. 1938) — au confirmat aceste bănueli, conducând la stabilirea tratamentului cu histamină în ulcerele gastro-duodenale.

La rândul lor *I. Dubarry* şi *G. Frapin* într'o comunicare făcută la Soc. de Med. şi Chir. din Bordeaux, în şedinţa din 17 Iunie 1938, confirmă cercetările autorilor din Strasburg.

Tecnica tratamentului: se practică serii de 10 injecţii subcutanate zilnice de 1/10 mgr. histamină în 1—2 ctmc. serum fiziologic, (autorii au întrebuinţat produsele Imido al Lab. Hoffmann Laroche şi Hista-Dimili al Lab. Beytout); se lasă 10—20 zile între seriile următoare, care de obiceiu se reiau primăvara şi toamna în epocile de reveniri obişnuite ale recidivelor ulceroase; la unii bolnavi se asociază bismutul şi beladona; regimul alimentar rămâne larg; bolnavii îşi văd de ocupaţii.

Procedând astfel, autorii au constatat la bolnavii lor în număr de 42, că accesul se decapitează, adică să scurtează şi că intervalele între accese se lungesc, dar mai ales au oprit în 3 zile evoluţia acceselor dureroase.

Incidente: apariţia posibilă a unui placard roşiu pe locul injecţiei; — posibilitatea provocării unei hematemeze în ulcerele caloase fiind dată acţiunea congestionantă a histaminei, ceeace indică precauţiunea unor doze mai mici la începutul tratamentului; modificări tensionale, de hypertensiune sau hipotensiune.

Histamina a mai influenţat în mod favorabil spasmul supraadăogat stenozei pilorice, precum şi alte afecţiuni spasmodice concomitente, precum rinita spasmodică, migrene şi alte turburări digestive.

Histamina mai poate servi ca „tratament de probă" în cazurile dubioase, precum apendicite, colecistite, cancer stomacal, în cari nu provoacă niciun efect.

M. C.

CONGRESE

Adunarea generală a Asociaţiei generale a medicilor.

La sediul din Bul. Brătianu s'a ţinut Sâmbătă 10 Iunie 1939, Adunarea generală a Asociaţiei generale a medicilor din România.

Şedinţa a fost prezidată de d. prof. d-r Coriolan Tătaru, preşedintele asociaţiei, asistat de d-nii d-r Petre Topa, vice-preşedinte, d-r S. Tovaru, secretar general şi d-r I. Constantinescu, casierul Asociaţiei.

D-l prof. D-r Coriolan Tătaru, preşedintele Asociaţiei, deschizând şedinţa, omagiază memoria reginei Maria, pentru care se păstrează un minut de tăcere.

In ce priveşte activitatea pe anul expirat, d-sa arată că a fost desemnat ca preşedinte în unele împrejurări destul de neprielnice pentru asociaţie, împrejurări cari sunt astăzi cu totul înlăturate.

Din anumite motive s'a petrecut însă un lucru dureros pentru asociaţie, în urma căruia reprezentanţii ce trebuia să-i trimitem în Parlament au fost desemnaţi de colegiul medicilor în locul asociaţiei. Când am aflat era prea târziu. Iar protestul nostru nu a fost suficient de energic, pentru a nu da celor de din afară impresia că la noi nu e înţelegere.

D-l prof. Tătaru arată apoi că timpul de când este preşedinte a fost prea scurt pentru a-i fi dat posibilitatea să abordeze toate problemele profesiunii ce se cer soluţionate. Rămâne ca, de acum înainte, noua conducere ce se va da asociaţiei să le examineze.

D-l Docent d-r S. Tovaru, secretarul general al asociaţiei, a făcut apoi raportul anual.

Anul care s'a scurs — începe d-sa — este cel mai rodnic pentru ideologia ce a însufleţit conducătorii de totdeauna ai asociaţiei noastre.

In adevăr, Asociaţia generală a medicilor îşi revendică cu mândrie dreptul de a fi fost printre primele organizaţii profesionale de la noi, care au luptat neîncetat pentru legiferarea a trei mari deziderate: sustragerea medicilor şi a medicinei de sub influenţa nefastă a vechilor partide politice; organizarea politică a cetăţenilor muncitori pe bază de fesiuni, şi reprezentanta corporativă în adunările legiuitoare. Toate aceste

vechi deziderate ideologice ale Asociației le vedem azi înfăptuite prin noua organizare a statului.

Profesiunea noastră a fost cea mai pregătită dintre toate breslele pentru noul regim politic.

Meritele Asociației noastre în soluționarea, după criterii științifice, a problemelor de sănătate publică, precum și în ameliorarea continuă a situației morale și materiale a medicilor din toată țara, sunt indiscutabile.

In noul stat corporativ, reprezentanții direcți ai medicilor în corpurile legiuitoare, vor avea misiunea lor mult ușurată, deoarece orice acțiune a lor se va sprijini, pe viitor, pe două puternice piedestale: Asociația generală și colegiul medicilor.

D-l d-r **Procopiu-Giurgiu** își exprimă părerea de a se contopi Asociația cu colegiul, dând astfel un organism curat. Intre altele, acesta ar avea să se ocupe de asigurarea pensiilor pentru medici.

D-l prof. **C. Tătaru**, președintele Asociației, răspunzând d-lui d-r Procopiu, arată că, în ce privește reprezentarea corpului medical, s'a dus o luptă între colegiu și Asociație. Și în urma discuțiilor noastre, am ajuns la concluzia că astăzi, colegiul nu poate fi decât un organ de disciplină și supravegherea exercițiului profesiunii. După principiile fixate în noua Constituție, nu poate revendica drepturi de exponent. De aceea este chemată Asociația noastră să întocmească statutul noului colegiu, în care actualul colegiu să intre și el ca simplă secție de disciplină.

D-l d-r **I. Constantinescu**, casierul Asociației, a citit apoi raportul asupra situației financiare, iar d-l d-r **Buia** raportul comisiei de cenzori.

După care adunarea a dat descărcarea comitetului de gestiunea sa, a aprobat bilanțul și contul de profit și pierdere — și, în fine, bugetul de venituri și cheltueli pe 1939.

Alegerea noului Comitet.

S'a procedat apoi la alegerea noului comitet. Aici au luat cuvântul d-nii: prof. Predescu-Rion, Alexandrescu-Dersca, dr. V. Moisescu și dr. Petre Topa.

In urma votului, au fost aleși în comitet, d-nii: d-r I. Iacobovici, prof. d-r Gh. Banu, prof. d-r Tătaru Coriolan, prof. d-r P. Tomescu, d-rP. Tomescu, d-r Petre Topa, d-r Gh. Marinescu, d-r Popp Leonida, d-r Marius Georgescu, d-r I. Simionescu, d-r S. Țovaru, d-r I. Jovin, d-r I. Țețu, d-r N. Romanescu, d-r. I. Buia, d-r C. Dănulescu, d-r Eug. Andronescu, d-r Th. Firică, d-r Dimolescu Alfred, d-r Gh. Vîntilă, d-r I. Stoichiță, d-r Gh. Lascu, d-r V. Trifu, d-r I. Constantinescu, d-r Vlad Hațieganu, d-r Aurel Dumitraș, d-r N. Dutescu, d-r D. Poenaru, d-r Petre Stroescu, d-r D. Poenaru, d-r Petre Stroescu, d-r Victor Suhățeanu, d-r C. Stâncă (Cluj), d-r I. Gancevici, d-r Sergiu Băcescu (Craiova), d-r Suciu (Timiș), d-r Șt. Balcu, d-r C. Danița, d-r Titu Cureleanu, d-r Constantinescu Corneliu, d-r I. Gilorteanu, d-r M. Brancovici.

Comitetul întrunindu-se după adunare, biroul central a fost constituit astfel:

Președinte, prof. d-r C. Tătaru: vice-președinți: d-r Petre Topa, d-r A. Dumitraș, d-r C. Stanca-Cluj, maior d-r Gilorteanu și d-r I. Romanescu: secretari generali: d-r S. Țovaru și d-r C. Dănulescu: casier, d-r C. Vintilă; subcasier, d-r St. Bâlcu; secretari de ședință: d-r Alfred Dimolescu, d-r I. Buia-Cluj, d-r M. Brancovici, d-r Titu Cureleanu, d-r I. Constantinescu; bibliotecar, d-r I. Simionescu.

M. M. R.

Al III-lea Congres național de Radiologie și Electrologie.

In ziua de 28 Mai 1939, s'a deschis la Iași ce de-al treilea congres național de radiologie și electrologie, pus sub patronajul Majestății Sale Regelui.

D-l prof. Emil Radu, președintele congresului, aduce mai întâi omagii M. S. Regelui Carol al II-lea, sprijinitorul culturii românești, pe care îl asigură, în numele congresiștilor, de tot devotamentul și munca lor. Aduce apoi mulțumiri d-lor prof. Petre Andrei, ministrul educației naționale, general d-r N. Marinescu, ministrul sănătății, prof. Ionașcu, general Ștefan Ionescu, comandantul corpului IV armată, etc.

După ce face un istoric al radiologiei în țara noastră și o dare de seamă asupra precedentelor două congrese naționale de radiologie, d-l profesor Radu spune că azi avem un corp de medici radiologi, produsul celor trei facultăți din țară și cari, prin munca lor fără preget, au arătat și arată în fiecare zi, importanța radiologiei. Prin lucrările lor fac cunoscută desvoltarea acestei științe și peste hotare. Astfel, în prezent avem în țară peste două mii de specialiști radiologi. Congresul acesta constitue un stimulent, evidențiat prin numărul mare de rapoarte și comunicări.

Ministerul sănătății, animat de atâtea intenții bune, desigur că se va asocia legiferării practicei radiologiei și va da atenția cuvenită acestei științe și slujitorilor ei.

D-l general C. Ionescu, primarul municipiului, în numele tuturor cetățenilor Iașilor salută pe membrii congresului și exprimă omagiul de recunoștință pentru cinstirea ce se face acestui oraș, prin alegerea ca loc de ținere a congresului.

Iașii, — spune d-sa — e fericit să vă aibă în mijlocul său, pentrucă atmosfera creiată de congresiști este o posibilitate de a regăsi menirea sa de centru de cultură românească. Pentru această cinste, eu vă exprim recunoștința și salut în Dvs. pe apostolii radiologiei românești, cercetătorii perseverenți și colaboratorii cei mai de seamă ai medicinei.

D-l prof. Gr. T. Popa, decanul Facultății de medicină, în numele universității mihăilene, salută pe congresiști, urându-le spor la muncă și succes în toate cercetările.

D-sa face un scurt istoric al radiologiei arătând colaborarea dintre medicină și radiologie și, în concluzie, demonstrează că radiologia este esența însăși a artei medicale în care radiologul este dirijat de spirit de jertfă. Să nu uităm că marii radiologi au plătit cu viața lor îndelungile cercetări în această nouă știință.

D-l prof. d-r I. Negru, decanul Facultății de medicină din Cluj, aduce odată cu salutul facultății respective, calde urări pentru izbânda desăvârșită a acestui congres, menit să afirme că medicina română a progresat și în această ramură tot atât de mult ca și în celelalte. Astăzi, radiologia se împletește cu toate ramurile medicinei, în ce privește studierea boalei. La desvoltarea radiologiei, partea de contribuție a țării noastre stă la loc de cinste.

D-l d-r Sfințescu, președintele societății de radiologie din București, aduce salutul societății de radiologie, și urează congresiștilor succes pentru desăvârșirea lucrărilor.

In numele ministerului sănătății a luat cuvântul d-l inspector general d-r **Teodor Bulău.** D-sa a spus următoarele:

Din programul congresului se văd importantele rapoarte și comunicări prin cari atâția specialiști, întruniți azi aci, au dorit să le aducă ca o contribuție pentru congres la tânăra știință a radiologiei și electrologiei.

Nu uitați însă, că pe lângă chestiunile de știință pură, aș dori să *atrag făgașul discuțiilor* Dvs. și pe altă parte, aceea a posibilităților efectuării radioscopiei la sate; practicarea radiologiei și radioscopiei de elemente incompetente; controlul oficial al aparatelor întrebuințate în acest scop de către medicii intitulați radiologi și reclama profesională în această direcție. Aceste patru probleme ce am ales din experiența de toate zilele, cer și ele o urgentă soluționaré.

D-l profesor **Traian Ionașcu,** rezident regal al ținutului Prut, luând cuvântul, a spus următoarele:

Găsindu-mă azi în mijlocul Dvs., întruniți în acest congres al radiologiei și electrologiei, mă gândesc cu emoție la sforțările pe cari corpul medical le-a făcut și le face pentru alinarea suferințelor. Înțelegem dar bine, cu toții, că idealul medicinei ar fi înlocuirea chirurgiei printr'un tratament medicamentos, sau prin aplicarea agenților fizici pe cari natura ni-i pune din belșug la îndemână. Astfel, am putea înlocui, într'o mare măsură, intervenția chirurgiei. Din cei sacrificați pe altarul științei, sunt mulți radiologi, ceeace înseamnă că omul, pentru a învinge în lupta cu maladiile, trebue să facă *sacrificii mari, de multe ori* dureroase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Declarând deschis congresul Dvs., se cuvine ca primul gând să-l îndreptați către ilustrul nostru Suveran, primul susținător al științei românești, întotdeauna preocupat de problema sănătății.

Întregul congres a făcut o caldă și entuziastă manifestație pentru Suveran.

D-l general d-r **Giurea** a spus: în numele congresiștilor, exprim sentimentele cari îi animă și remarc că dela precedentul congres al radiologiei și până acum sau produs două fapte de o maximă importanță anume: dispariția Reginei Maria, nobila protectoare a răniților, iar radiologia a primit o cruntă lovitură prin moartea ilustrului savant, d-r Gerotă.

Asistența a păstrat un moment de reculegere, în amintirea iluștrilor dispăruți.

Au urmat Ședințele de **Comunicări științifice,** asupra cărora vom reveni.

M. M. R.

* * *

Al XVIII-lea Congres de Hidrologie și Climatologie medicală

In amfiteatrul Așezămintelor Brâncovenești, a avut loc în cursul lunei Mai a. c. al XVIII-lea congres al Societății de hidrologie și climatologie medicală.

D-l prof. d-r **Petruș Niculescu,** președintele congresului, deschizând ședința, arată că acest congres, pentru prima dată se ține în

Amfiteatrul Spitalului Brâncovenesc, ca un omagiu pentru profesorul Teohari, întemeetorul balneologiei româneşti. Aici, în acest spital se află institutul de balneologie fondat de el. Şi aducând un omagiu târziu amintirii lui Teohari, poate ca aici şi la această manifestare este locul cel mai potrivit. Este ştiut, de altfel, că cea mai mare parte dintre cei cari se află azi, în această sală ca medici balneologi, au fost elevii regretatului nostru maestru Anibal Teohari.

D-l prof. Niculescu aduce apoi un omagiu Reginei Maria, sub patronajul căreia s'a născut societatea.

Vorbind despre desvoltarea balneologiei în ţara noastră, cu posibilităţile ei în viitor, d-sa arată că medicii balneologi trebue să lucreze împreună cu toţi ceilalţi factori din stat, pentru ca staţiunile noastre să progreseze. Situaţia actuală a făcut ca foarte mulţi dintre cei ce frecventau staţiunile din străinătate să urmeze cura la ale noastre. Se impune de aceea un concurs din partea tuturor pentru ridicarea lor: proprietarii să caute a da cel mai bun confort, medicii să pună toată pusiunea profesiunii lor, iar pacienţii să caute a fi şi ei mai puţin exigenţi atunci când merg în staţiunile noastre, cari sunt din punct de vedere terapeutic deloc mai prejos ca cele din alte ţări.

S'ar aduce, prin conlucrarea tuturor, un important aport economiei naţionale, care în alte state consitue de mult un venit foarte mare.

Marele păcat al stagnării balneologiei, şi al staţiunilor la noi, îl constitue lipsa de continuitate, continuitate care — în atle ţări — a dus la înflorire.

D-l general d-r V. Panaitescu, secretarul general al ministerului sănătăţii, vorbeşte atât în numele acestui departament, cât şi ca vechi medic balneolog.

Vorbind despre importanţa societăţii de balneologie, d-l g-ral d-r Panaitescu, arată că graţie congreselor acestea s'a putut realiza prima organizare legală a staţiunilor noastre balneo-climatice, în 1926. Oficiul şi legea O.N.T. au găsit nucleul organizării turistice în societatea de hidrologie. Influenţa turismului în staţiunile balneare se evidenţiază tot mai mult dela 1936 încoace, însă în dauna elementului medical şi tehnic balnear.

D-sa este de părere a se realiza:

1. O regrupare a forţelor în jurul societăţii de hidrologie şi al ministerului:

2. O colaborare mai strânsă cu O. N. T., prin revizuirea anumitor atribuţii în staţiile balneare şi impunerea unei conduceri tehnice medicale în staţiuni;

D-l g-ral prof. d-r C. Mihailescu, rectorul Academiei de educaţie fizică şi vice-preşedin at societăţii, arată că marile noastre bogăţii balneo-climatice se pot folosi în scop: curativ, preventib, turistic şi economic. Dacă ele ar fi bine organizate şi valorificate, pe lângă marele folos adus sănătăţii publice, ar aduce statului venituri de miliarde, cum aduc şi altor ţări, ca: Franţa, Italia, etc.

Sforţările făcute până acum la noi, în această direcţie, au fost izolate şi slabe, de aceea n'au putut da rezultate însemnate.

Se impune ca guvernul să ia în studiu şi această importantă chestiune, pentru a-i da o îndrumare temeinică şi decisivă.

D-l prof. d-r **Petruş Niculescu** citeşte raportul d-lui docent d-r I. Daniel, asupra progreselor ştiinţifice în domeniul balneologiei, făcute în acest an în toate ţările.

D-l prof. d-r **Marius Sturza** a făcut apoi o conferinţă, despre: Boli meteorotrope şi boli sezoniere.

Comunicări ştiinţifice.

La ora 3 d. a., s'a ţinut şedinţa de comunicări ştiinţifice, care a durat până seara.

A prezidat d-l prof. d-r Petruş Niculescu.

Comunicările Institutului de Balneologie „Prof. D-r Teohari".

Primele comunicări făcute şi cele mai numeroase au fost cele prezentate de institutul de balneologie „Prof. dr. A. Teohari", institut condus de cel mai apropiat elev al maestrului balneologiei româneşti, de d. dr. prof. dr. George Băltăceanu, Institutul este instalat, de altfel chiar în Aşezămintele Brâncoveneşti, unde s'a ţinut congresul.

D. prof. dr. **G. Băltăceanu**, în colaborare cu dr. **C. Vasiliu**, a prezentat următoarele lucrări:

Studiu comparativ între P. H.-ul apelor minerale la isvor şi apele minerale conservate;

Capacitatea aparentă şi reală a apelor minerale în sistemul de echilibru acid-bază;

Relaţiuni relativ la acţiunea diastazică a lipezei şi raportul acestei activităţi cu P.H.-ul mediului; aplicaţiune la apele minerale;

Noţiuni relative la chimia pielei: P. H.-ul pielei şi modificarea echilibrului acid-bază la acest nivel, prin apele minerale;

Modificările produse în echilibrul acid-bază al bilei, sub influenţa unor ape minerale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concepţiuni relative la aplicaţiunea clinică a apelor minerale bicarbonate în nefritele acute;

Modificările în echilibrul acid-bază biliar într'un regim carnat şi cu o apă minerală diferită;

Regimul lactat şi modificările de P. H. biliar sub influenţa unor ape minerale;

Prof. dr. **G. Băltăceanu**, în colaborare cu d-nii **C. Vasiliu** şi **L. Fotescu**: Modificările produse în sistemul acid-bază şi apele minerale din Repot;

Modificările sistemului acid-bază prin apele minerale din Sân-George, isvorul Hebe;

Modificările în echilibrul acid-bază prin apele minerale din Covasna;

Relativ la aplicaţiunea apelor minerale bicarbonate în diferite stări de acidoză.

Prof. dr. **G. Băltăceanu**, în colaborare cu dr. **C. Vasiliu** şi dr. **A. Prislopeanu**:

Modificările produse în P. H.-ul sanguin în diferite acţiuni prin apele minerale din Pucioasa.

Prof. dr. **G. Băltăceanu**, în colaborare cu dr. C. Vasiliu şi d-ra **Stela Constantinescu**: Modificări în echilibrul mineral prin apele minerale; calciul organic.

D. **E. Cociaşu** face 4 comunicări cu privire la acţiunea unor ape asupra secreţiei gastrice toate patru studii clinice.

O a 5-a comunicare priveşte: Acţiunea apei de şarul Dornei asupra metabolismului bazal.

Alte 3 comunicări le face d. dr. **Cociaşu** în colaborare cu d-ra **S. Vasilescu**, cu privire la acţiunea unor ape asupra secreţiei biliare, studii experimentale.

D-r **Th. Saragea** şi dr. **E. Cociaşu**: Modificările sanguine sub influenţa apei arsenicale de Şarul Dornei.

Alte comunicări fac: dr. **G. Eustaţiu** şi d-ra **S. Vasilescu**, dr. **M. Stănescu** şi dr. **M. Pârvulescu**.

Comunicările laboratorului clinicei medicale Iaşi.

Prof. **P. Niculescu, Herescu şi C. Strat:** Şocul colloidoclaric cu apele minerale oligometalice româneşti (Olăneşti nr. 10); Proba diurezei M-da Rechberg (proba cu creatină) în cura hidrominerală cu ape oligometalice româneşti (apa Olăneşti nr. 10).

Prof. **P. Niculescu, Herescu şi Barbilian:** Metabolismul esterilor cholesterinei în cura carbogazoase româneşti (Borsec şi Bodoc).

Prof. **P. Niculescu, Dimitriu şi d-ra chimistă Rota:** Metabolismul fibrinogenului şi calciului în cura hidrominerală cu ape calcice sulfatate mûriatice româneşti (apa Olăneşti nr. 5).

Prof. **P. Niculescu, Laşcu şi d-ra chimistă Beuca:** Restabilirea echilibrului acido-bazic în cura hidrominerală cu ape bicarbonate româneşti slabe (apa Olăneşti nr. 5).

Comunicările Institutului de Balneologie Iaşi.

Prof. dr. **Gh. Tudoranu şi dr. M. Vasiliu:** Influenţa absorbţiei rectale a isvorului nr. 3 Slănic-Moldova asupra motricităţii stomacale prin metoda viscerografiei.

Prof. dr. **Gh. Tudoranu şi dr. Herescu:** Acţiunea isvorului dela 300 scări Slănic, asupra diurezii şi eliminărilor renale la om; Acţiunea isvorului dela 300 scări Slănic-Moldova, asupra vâscozităţii şi refractometriei la om.

Alte comunicări.

Pr. dr. **P. Niculescu şi C. Barbilian:** Tratamentul cu nămol al reacţiilor termale.

Dr. **I. Tătăranu şi dr. Zenobie Opreanu:** Comentări asupra acţiunii băilor reci de nămol; concluzii ce se pot trage din metabolismul sulfului urinar la animalele supuse tratamentului cu ungeri de nămol de Tekirghiol.

Dr. **Borgovan:** Acţiunea utilă a apelor de Borsec în enteritele prin putrefacţie; Acţiunea apelor de Borsec în afecţiunile aparatului genito-urinar.

Docent dr. **Horia Slobozianu:** Indicaţiile terapeutice în paralizia infantilă în staţiunea Carmen-Sylva.

Docent dr. **I. Bistriceanu şi dr. Gorcea Lazăr:** Noui contribuţiuni la studiul carboterapiei gazoase de Vatra Dornei în tratamentul hipertensiunii arteriale.

Dr. **Sglimbea:** Nevrozele gastrice şi cura de Malnaş.

Dr. **Gh. I. Mareş şi dr. I. Ivan:** Noui contribuţiuni la studiul modificărilor sanguine după injecţia cu apă sulfuroasă (isvorul Ovesa-Vulcana).

Dr. **Gh. I. Mareş şi dr. C. Ciobanu:** Acţiunea apei sulfuroase (isvorul Ovesa-Vulcana) asupra motilităţii evacuării gastrice; Studiul transitului intestinal sub influenţa apei sulfuroase (isvorul Ovesa-Vulcana).

Dr. **Gh. I. Mareş şi farm. Ionescu Stoian:** Acţiunea apei sulfuroase Ovesa-Vulcana, asupra glicemiei la om.

Dr. **Gh. I. Mareş şi farm. R. Iunghans:** Acţiunea apei sulfuroase Ovesa-Vulcana asupra colesterolului sanguin.

Prof. dr. **P. Niculescu şi dr. Mircea Vasilescu:** Modificările histaminemiei produse prin hidro-balneo-therapie.

Incheindu-se şedinţa, d-l g-ral prof. d-r **C. Mihailescu** a propus şi congresul a admis, a se trimite d-lui preşedinte al Consiliului de miniştri următoarea:

Moţiunea

Congresul al 18-lea naţional de balneologie şi climatologie medicală, în şedinţa sa de deschidere în 28 Mai c., luând în discuţie chestiunea importantă a organizării staţiunilor noastre balneo-climatico-turistice şi a valorificării lor, are onoarea a înainta onoratului guvern prezidat de dv., moţiunea de mai jos, rugându-vă a o lua în considerare şi a o aduce la înfăptuire, obiectul ei fiind de un mare interes social şi economic pentru ţară.

Bogăţiile hidro-minerale şi climatice româneşti pot fi valorificate şi folosite în mai multe direcţiuni:

1. În scop **curativ** sau terapeutic propriu zis, pentru tratarea unui număr foarte mare de boale individuale sau sociale;

2. In scop preventiv, pentru preîntâmpinarea bolelor şi întărirea sănătăţii în tabere, preventorii, colonii de vară, etc. la munte şi la mare;

3. In scop turistic pentru români şi pentru străini;

4. In scop economic, prin exploatarea apelor minerale de băut şi prin desvoltarea tuturor factorilor care profită de pe urma afluenţii vizitatorilor în localităţi balneo-climatice şi turistice;

Pe lângă profitul medical al bolnavilor şi regenerarea fizică a celor debili din toate clasele sociale dela tineri până la bătrâni, o bună îndrumare şi valorificare a acestor daruri naturale, aduce ţării care le exploateâză venituri însemnâte (miliarde de franci în Franţa, Italia, etc.).

In vremurile de faţă, când a început să domnească şi să activeze spiritul de regenerare şi de nouă îndrumare a instituţiilor de temelie ale ţării, este nevoe a se lua în considerare în aceste bogăţii hidro-minerale şi climaterice ale ţării noastre, unanim recunoscute ca fiind superioare celor din multe alte ţări străine — spre a le da organizarea necesară, capabilă să aducă cele mai mari foloase populaţiei şi statului.

Pentru realizarea acestui imperativ social şi naţional, este nevoe ca să se reunească şi să se canalizeze în sensul cel mai util toate eforturile disperate dar slabe şi de multe ori contrarii interesului general balneo-climatic.

Se impune, în primul rând ca guvernul să creieze un organism de coordonare şi de îndrumare a tuturor intereselor specificate mai sus, care să lucreze efectiv şi continuu, dând directivele necesare şi luând măsurile generale care să asigure desvoltarea rapidă, în cele mai bune condiţiuni şi sub toate aspectele sale, balneo-climatismul şi turismul românesc.

In acest organism ar fi indicaţi să activeze reprezentanţi calificaţi din: ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, al educaţiei naţionale, apărării naţionale, muncii şi asigurărilor sociale, industriei şi comerţului, căilor de comunicaţie, finanţelor, facultăţile de medicină şi institutele de balneologii, societatea de hidrologie şi balneologie medicale, oficiul naţional de turism, Straja Ţării, academia naţională de educaţie fizică, etc.

M. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Al IV-lea Congres naţional de Tuberculoză

In ziua de 27 Mai 1939, s'a deschis la Cernăuţi, al IV-lea congres naţional de tuberculoză din România.

Şedinţa festivă s'a ţinut în sala Teatrului Naţional.

Primul a luat cuvântul d-l Gh. Flondor, rezidentul regal al ţinutului Suceava. După ce urează oaspeţilor bun venit, d-sa a spus: Numărul cel mare cu care d-v. aţi răspuns la chemare, este o dovadă pentru noi toţi, că medicii români au înţeles să aşeze ţara între primele rânduri ale ţărilor, care se străduesc în neobosita lor activitate să asigure propăşirea neamului lor. Noi înţelegem că nu se poate ajunge la un progres real, la o viaţă mai bună a poporului nostru, înainte de a fi luat toate măsurile pentru asigurarea sănătăţii sale. De-aceea, nu putem nega că, a combate una din cele mai dezastroase boli care cauzează poporului nostru pagube deosebit de mari, având consecinţe defavorabile asupra desvoltării sale fizice, cât şi asupra puterii lui de muncă şi realizare.

In congresul dela Cernăuţi, distinşii reprezentanţi ai medicinei româneşti vor avea ocaziunea să constate, cu prilejul discuţiilor, ce rezultate s'au obţinut până în prezent, pentru combaterea tuberculozei, să concretizeze experienţele făcute în cursul anilor, şi să găsească ce e nou pentru atingerea înaltului scop la care râvnim cu toţii: sănătatea poporului. Dacă la sforţarea medicilor, în ce priveşte sănătatea po-

pulației, vom alătura sprijinului energic al autorităților și concursul societăților de binefacere, avem toată nădejdea că scopul voit va fi atins și că străduințele noastre, ale tuturor, vor fi încoronate de succes, pentru binele și prosperarea neamului.

D-l rezident regal închee, cu omagii pentru M. S. Regele.

I. P. S. mitropolit **Visarion** își exprimă bucuria de a putea saluta acest congres al corpului medical din țară. După ce arată străduințele ce s'au făcut până acum în toată omenirea și de medicii din țara noastră, pentru combaterea tuberculozei, spune că clerul ia parte cu toată dragostea la combaterea acestei boli și în acest scop comunică Congresului, că mitropolia Bucovinei dăruește ministerului sănătății un edificiu în Vatra Dornei, fost liceu, iar astăzi hotel cu 40 de camere, spre a fi transformat în spital, dând totodată gratuit lumină, apă și lemne, pe timp de zece ani.

Mitropolia Bucovinei mai donează 100.000 lei pentru sprijinirea spitalului de orbi și va face un preventoriu pentru tuberculoși, în localitate.

Incheind, I. P. S. mitropolit Visarion aduce binecuvântarea bisericii.

D-l **N. Flondor**, primarul municipiului, aduce salutul orașului Cernăuți.

Importanța acestui congres — a spus d-sa — se oglindește, înainte de toate, în faptul că M. S. Regele a binevoit a-l onora cu Inaltul Său patronaj, dovedind prin aceasta grija Sa părintească și nețărmurită pentru binele și sănătatea poporului român, ale cărui destine le conduce într'un mod atât de fericit.

Sunt convins, a spus d-sa, că acest congres, prin lucrările sale, va face un pas înainte întru combaterea tuberculozei și vă asigurăm că vă vom sta în ajutor, fiecare din noi în cercul său de activitate, cu sprijinul pe care îl putem da și că sforțările dvs. vor fi încununate de succesul deplin și dorit de noi toți.

A vorbit apoi d-l d-r **S.** Irimescu, după care a luat cuvântul d-l ministru general d-r **Marinescu.**

D-l General D-r N. Marinescu, Ministrul Sănătății spune: Intre multele și gravele probleme ce apasă cu greu asupra sănătății publice la noi în țară, — a spus d-sa, — problema tuberculozii interesează în mod deosebit. Ea a depășit cadrul interesului științific, deșteptând o îngrijorare care să se resfrângă asupra vitalității poporului nostru și mai ales asupra viitorului lui.

Problema tuberculozei în țara noastră îmbrățișează, prin excelență, cadrul unei probleme sociale și este firesc ca, alături de întregul corp medical, reprezentanții cei mai calificați ai tuturor ramurilor de activitate în stat, să se strângă, animați de aceleași sentimente profunde, ale micșorării suferințelor omenești și, în cazul de față, al luptei contra tuberculozei.

Inaltul patronaj al M. S. Regelui arată interesul și grija pe care Suveranul o poartă poporului Său; iar reuniunea dv., astăzi, într'un congres, este manifestația înaltei înțelegeri a dorinței regale, cât și exteriorizarea celui mai înalt sentiment omenesc: caritatea. Este nevoe ca în fiecare an, problema combaterii tuberculozei la noi în țară să fie exa-

minată, făcându-se un bilanț cât mai real al trecutului, însemnându-se realitățile prezentului și întocmindu-se un program cât mai aproape de realizare, pentru viitor.

Cu sprijinul d-lui d-r Costinescu și cu concursul dv., al tuturor, suntem îndreptățiți să credem că problema tuberculozei va păși la soluții cât mai eficace.

Biserica noastră creștină ortodoxă, prin cuvântul atât de autorizat al I. P. S. mitropolit al Bucovinei, ne aduce cuvinte de îmbărbătare pentru cei cari s'au încadrat în marea luptă împotriva tuberculozei.

Daniile făcute sănătății publice umplu sufletele noastre de o profundă recunoștință și-i aducem cele mai calde mulțumiri. Mulțumesc d-lui rezident regal pentru binevoitoarea primire ce a făcut congresiștilor și pentru cuvintele de bun sosit ce mi le-a adresat, deasemenea mulțumesc și d-lui primar.

Aducând salutul meu corpului medical care e totdeauna la datorie, țin să mulțumesc persoanelor cari s'au asociat tuturor operelor de sănătate publică și urez lucrărilor acestui congres cel mai desăvârșit succes.

Rostul acestui congres, — a spus d-l d-r Costinescu, vice-președinte al Ligii contra tuberculozei — nu este plăcerea de a ne vedea numai, ci ca prin munca noastră, să aducem lumini noui, să ne lămurim și să facem ca această chestiune a luptei contra tuberculozei să realizeze progrese, ca să putem merge mai departe spre mai bine. Avem datoria să înfățișăm opiniei publice dela noi din țară, care cunoaște doar din auzite starea tuberculozei și împreună cu noi să ne dea ajutorul său. Acest sprijin îl cerem tuturor.

Digitized by Central University Library Cluj

Am auzit cuvântul sfintei Biserici și cu toții știm că la sate școala și biserica sunt luminătorii neamului. Învățătorul din sat, preotul, jandarmul și toate autoritățile trebue să ne dea sprijinul lor, căci acolo unde este suferință multă, este tuberculoză multă. Deaceea, atenția tuturor trebuie să fie îndreptată spre sat.

Pentru mine, două sunt mediile unde trebuie să depunem toate sforțările: la sate și în armată. Se știe că oștirea noastră este formată în majoritate, din săteni, aproape 80 la sută. Acolo este deci locul unde se poate descoperi tuberculoza. Medicul militar, alături de ceilalți medici, depunând muncă și sacrificiu, vor reuși să împuțineze numărul tuberculoșilor. Este știut că există o singură medicină și nu există o medicină militară sau altfel, așa că, oriunde s'ar ivi suferința, medicul trebue să intervină. Acum 40—50 de ani nu se vorbea de tuberculoză la sate, astăzi, din nenorocire, boala și-a înfipt ghiarele în satele noastre.

Vorbitorul arată apoi rolul medicilor la țară.

In continuare, d-l d-r Costinescu scoate în evidență rolul echipelor mobile de depistare a tuberculozii. Și încheie cu propunerea, ca în fiecare județ să ia ființă un spital mare de tuberculoși, iar până atunci un pavilion de contagioși.

Face apel la sprijinul tuturor, pentru înfăptuirea marei opere de însănătoșire a neamului.

D-l d-r G. Banu, fost ministru, își exprimă recunoștința pentru truda pe care o depun medicii. Serviciul Social, spune d-sa, sub imboldul

și supravegherea M. S. Regelui, a început opera de luminarea satelor. S'a semnalat că tuberculoza se duce și în mediul rural. Legea Serviciului Social vine în ajutorul combaterii tuberculozei. Căminul cultural al satului, focar de lumină și îndrumare pentru săteni, îi învață pe aceștia cum să se alimenteze, și higiena pe care trebuie să o aibe și care sunt factorii cari stau la baza combaterii tuberculozei. D-sa spune că se vor organiza și în alte plăși — ca în Gura-Humorului — plăși-model pentru experiență, spre a studia evoluția tuberculozei.

Alte cuvântări.

A vorbit apoi d-l general **Haralamb Dumitrescu**, comandantul diviziei, care a salutat congresul în numele corpului IV de armată.

Au mai vorbit d-nii **Max Hackman**, pro-rectorul universității din Cernăuți; d-r **I. Bălteanu**, epitrop al Spiridoniei Iași; d-r **C. Petrescu**, inspector sanitar al ținutului Suceava; d-r **Daniil**, președintele colegiului medicilor din Cernăuți; d-na **R. Zaharia**, din partea societății pentru profilaxia tuberculozii Cernăuți; d-l d-r **Modest Grigorovici**, din partea medicilor veterinari din România, după care s'a încheiat ședința festivă.

Prima ședință de lucru a congresului.

La ora 3 jum. d. a., a început prima ședință de lucru a congresului național de tuberculoză.

Ca primă chestiune la ordinea zilei este tuberculoza în mediul rural, chestiune tratată de d-nii d-r **M. Ciucă** și **M. Nasta** cari prezintă un judicios și documentat raport. Autorii ajung la concluzia că țările agricole a căror agricultură nu e industrializată, au indicele de mortalitate cel mai ridicat; mortalitatea tuberculoasă la țară are tendința de a deveni mai ridicată decât la orașe; mortalitatea tuberculoasă e în general mai mare la femeile tinere din regiunile rurale decât la femeile tinere dela oraș; mortalitatea tuberculoasă a femeilor, la țară, este mai mare decât acea a bărbaților.

România, cu o populație de aproape 20 milioane locuitori, din care aproape 17 milioane țărani, se încadrează împreună cu celelalte țări agricole, în grupul acelora cu cea mai mare mortalitate tuberculoasă, aproptindu-se, ca mortalitate totală, de 200 la 100.000.

Remedierea acestei grave situațiuni, conchid autorii rapartului, stă în ridicarea nivelului economic, social și cultural al poporului, aducând după sine o ameliorare a standardului de viață, și în izolarea celor contagioși, augmentarea rezistenței celor expuși, prin vaccinare, depistarea precoce a cazurilor noi, în vederea tratamentului celor curabili.

D. d-r **M. Blechman** a vorbit apoi despre: **O nouă orientare în profilaxia tuberculozei masselor mediului rural.**

D-nii doctori **I. Stoichiță** (Sibiu) și **Ștefan Popescu** au vorbit despre: „Ancheta asupra tuberculozei în 74 comune din Inspectoratul sanitar Sibiu".

D-nii doctori **Th. Veber** și **M. Blechman** din Institutul D-r I. Cantacuzino, vorbind despre „Necesitatea extensiunii vaccinațiunii antiturculoase prin B. C. G. în mediul rural", arată binefacerile vaccinațiunii prin B. C. G. aplicată la noii născuți în România, care are astăzi peste 600.000 vaccinați în toată țara.

Reducerea însemnată a mortalității prin tuberculoză la copiii vaccinați, reducerea morbidității, lipsa completă de nocivitate a vaccinului, constatată la noi prin studiile statistice făcute la Institutul „D-r I. Cantacuzino" concordă perfect cu observațiunile din țările străine ca: Franța, Olanda, America, Polonia, Jugoslavia.

Aplicarea ușoară a vaccinațiunii pe cale bucală și eficacitatea se pun la îndemâna operii de combatere a tuberculozei o armă nouă, alături de izolarea în spitale și sanatorii, metodă foarte lesne de aplicat și infinit mai puțin costisitoare.

Autorii propun generalizarea metodei de vaccinare prin B. C. G. în me-

diul rural unde se poate aplica uşor pe o scară mult întinsă. Azi se vaccinează în mediul rural peste 70.000 copii, nou născuţi, anual.

Extensiunea este de dorit, a se face şi asupra copiilor mai în vârstă şi adulţi; şcoli, internate, cămine de ucenicie, studenţi, infirmiere, militari, atât pe cale bucală cât şi pe cale subcutanată, care o poate înlocui cu superioritate în unele condiţiuni în special la adolescenţi şi adulţi anergici.

D. prof. d-r **I. Bălteanu**, în colaborare cu d-nii d-ri: **Gh. Costin, Alexa. I, Rugină, B. Bălteanu şi V. Dangeanu**, tratând despre „Tuberculoza în centrul de demonstraţie Tomeşti", expun rezultatul unui studiu extensiv asupra tuberculozei în această plasă, în ultimii 8 ani, utilizând pe lângă examenul clinic şi bacteriologic, toate metodele ştiinţifice de investigaţiune privitoare la infecţiunea şi incidenţa boalei: examen radiologic, reacţia la tuberculină, şi ajung la următoarele concluziuni:

Incidenţa tuberculozei variază dela sat la sat şi e în strânsă legătură cu starea socială, economică şi culturală a satelor, cu raporturile pe care satele le au cu centrele urbane.

Contactul cu o sursă de infecţie joacă un rol precumpănitor în răspândirea boalei. În familie, mama bolnavă răspândeşte mai mult boala printre ceilalţi membri ai familiei decât tatăl sau alt membru al familiei.

D-nii medic general d-r **I. Bălănescu** şi căpitan **I. Gaşpar**, ocupându-se despre: **„Tuberculoza în armată"**, au arătat nevoia stabilirii unei unităţi de vedere în combaterea bolii, indiferent de locul, instituţia, regiunea, în care bântuie. O campanie antituberculoasă nu se face decât cu metode unitare şi cu aceleaşi concepţiuni. Deaceea s'a înfiinţat Liga naţională contra tuberculozei, organul de coordonarea şi standardizarea mijloacelor de combatere.

Autorul vede în unele operaţii medico-militare ocaziuni de depistarea tuberculozei în massele populaţiei. Astfel, cu ocaziunea recrutărilor, încorporărilor şi concentrărilor, s'ar putea examina sistematic un număr impresionant de mare de oameni. Acei găsiţi bolnavi de afecţiuni pulmonare molipsitoare să fie internaţi în sanatorii, în special în sanatorii militare, cari ar trebui înmulţite. În aceste sanatorii s'ar putea interna câte 1500—2000 de oameni contagioşi, stârpindu-se astfel un izvor de contagiune în sânul populaţiei civile.

D. d-r **Costache Dănilă**, ocupându-se de „Lupta contra tuberculozei în Teleormanul de Sud-Vest", arată că deşi regiunea are sate mari şi frumoase, tuberculoza prosperă. Au fost epuizate toate mijloacele de combatere recomandate până în prezent, fără rezultate îmbucurătoare, ceeace înseamnă că aceste mijloace nu pot fi eficace în mediul nostru rural, aşa cum sunt practicate astăzi.

Idealul ar fi să formăm corpuri rezistente, cari să se apere singure, prin mijloace naturale. Sanatoriul Cervonia este situat pe linia acestui punct de vedere şi ţine seama în primul rând de: terenul-omul şi nu microbul-bolnavul.

D. d-r **Arsenie Dumitru** a vorbit despre combaterea tuberculozei în mediul rural, în legătură cu activitatea sanatoriului „Regele Carol II" din Săvădisla (Cluj).

D-sa ajunge la concluzia că deşi sanatoriul este situat la poalele munţilor Apuseni şi utilat cu tot armamentul anti-tuberculos, din cauza condiţiunilor social-economice, cari sunt foarte rele, activitatea acestui sanatoriu rămâne în mare parte ineficace.

D-nii d-r **Constantin Grigoriu, A. Negreanu** şi **H. Roiu**, vorbind despre tuberculoza în comuna Ruginoasa (Baia) ajung la concluzia că răspândirea tuberculozei în mediul rural recunoaşte ca factor: surmenajul copiilor la munca câmpului şi în ale gospodăriei, alimentaţia insuficientă şi proastă, ignorarea regulelor de igienă, neîngrijirea sugacilor, alcoolismul şi malaria, cari debilitează organismul.

D-nii d-ri **N. Daniil** şi **M. Pasternac** au vorbit despre cavernele tuberculoase, cu date culese dela dispensariile asigurărilor sociale din Cernăuţi.

Autorii produc diferite date asupra mortalităţii în tuberculoza pulmonară şi ajung la concluziuni interesante.

D. d-r **I. Gologan** a vorbit despre tuberculoza în mediul şcolar şi insistă asupra importanţei examenelor radiologice, făcute sistematic, însoţit de reacţiuni la tuberculină, cu toate consecinţele, cari sunt de o mare valoare practică.

În raportul privitor la turburările de metabolism ale tuberculoşilor, d. prof. d-r **Popoviciu** a arătat că deşi numeroase cercetări au căutat să elucideze problema nutriţiei tuberculoşilor, totuşi chestiunea a rămas până azi obscură.

Tuberculoza se prezintă azi mai mult ca o boală a nutriției, trebuind tratată în primul rând ca atare. Influența toxică a bacilului Koch se manifestă prin turburări de nutriție. Fără a nega rolul microbului, d-sa atrage atențiunea asupra terenului pe care se grefează infecția tuberculoasă. Ori terenul, puterea de apărare și rezistența sunt în funcție de factorii nutriției.

Numai acționând asupra nutriției desechilibrată la tuberculos, se dă organismului, posibilitatea de a utiliza mineralele.

D-nii doctori **Gh. Andronovici**, medicul șef al municipiului Iași și d-r **C. Mudreac**, au prezentat anchete asupra tuberculozei printre învățătorii din județul Neamț. D-lor au constatat că tuberculoza este foarte răspândită printre învățători și, ceeace este mai îngrijorător, ei trăind în mediul rural, posibilitățile de depistare și tratare sunt mai reduse.

D-nii doctori **Gh. Vaja** și **Gh. Petrescu** au vorbit despre tuberculoza în liceele militare, prezentând rezultate și concluziuni în urma examenelor sistematice practicate doi ani consecutivi.

D. d-r **Felix Nădejde**, medicul primar al jud. Dorohoi, a făcut o comunicare despre cuti-reacția cu tuberculină în mediul școlar din județul Dorohoi.

D. d-r **Victor Climescu**, directorul sanatoriului C. T. C., a conferențiat „Considerațiuni asupra erorilor în diagnosticul morbului Pott, lombo-sacrat.

D. d-r **Ghizdăvescu** și **Glorie Ionescu** au vorbit despre frecvența infecției tuberculoase la copii și adolescenți, în județul Ilfov.

*

In ziua II, au continuat desbaterile celui de al IV-lea congres național de tuberculoză. Pentru a facilita desbaterile, congresul s'a împărțit în trei secții.

La ordinea de zi au fost raportate și comunicări restante din prima zi, când s'a discutat: tuberculoza în mediul rural.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii agregat d-r **M. Zolog** și d-r **I. Prodan**, dela institutul de igienă și sănătate publică din Cluj (director prof. d-r I. Moldovanu), au prezentat un interesant raport despre: tuberculoza în plasa sanitară model Gilău.

Raportorii arată, între altele, că trebuie neapărat ca diagnosticul să se facă de un medic specialist în tuberculoză, cu ajutorul aparatului Roentgen, după norme bine stabilite și unitare, întocmind fișe individuale și familiale pentru fiecare bolnav ținut în evidență. Urmărirea bolnavului prin dispensar și verificarea boalei prin examinări repetate trebue făcută pentru a fi totdeauna asupra evoluției boalei.

In lupta antituberculoasă un rol important îi revine surorii de ocrotire, organ principal al funcțiunii externe a dispensarului antituberculos.

D-nii Prof. I. Bălteanu, I. Alexa și Eusebiu Pop, au prezentat o comunicare asupra importanței profilactice a diagnosticului precoce în Tuberculoză.

Autorii evidențiază în baza unui studiu clinic, radiologic, bacciloscopic, făcut în 4 din cele mai principale fabrici din Iași, cu un total de 2408 lucrători, necesitatea examinării la intervale fixe a colectivităților. Experiența celor mai bune dispensarii fixe de tuberculoză — având și o rețea de infirmiere vizitatoare externe — atât în străinătate cât și în România, a arătat că bolnavii în general se diagnostichează foarte târziu, atunci când deja infectaseră mediul înconjurător.

Turburările metabolismului în Tuberculoza și metodele terapeutice.

A doua chestiune, care s'a discutat pe larg în congres, a fost aceea din raportul d-lui prof. d-r **Gh. Popoviciu**, care a vorbit despre: turburările metabolismului în tuberculoză și metodele terapeutice menite să le influențeze.

D-sa arată că tuberculoza se prezintă azi mai mult ca o boală a nutriției, trebuind tratată în primul rând ca atare. Influența toxică a bacilului Koch se manifestă prin turburări de nutriție, cari au ca rezultat scăderea greutății, pierderea poftei de mâncare și desechilibrul schimburilor nutritive. Fără a nega rolul microbului, d-sa atrage atențiunea asupra terenului, pe care se grefează infecția tuberculoasă. Terenul, puterea de apărare în lipsa rezistenței, sunt în funcție de factorii nutriției.

Serviciul de Tuberculoză din sectorul IV Verde, Bucureşti.

D-nii prof. D. Mezincescu şi d-r I. Tătăranu, au făcut o expunere, în care a arătat că din activitatea de trei ani a centrului de sănătate din sect. 4 Verde, Bucureşti, s'a dovedit că, dându-se importanţă mai mare medicinei preventive, putem avea rezultate bune şi în scurt timp. Sistemul centrelor de sănătate este nevoie să fie adoptat la situaţia noastră. Intr'un centru, care cuprinde 70.000 locuitori (un oraş mare dela noi), vom avea încă dela început un surplus de bolnavi şi pentru aceasta este nevoie de construcţia unui local şi de personal medical şi surori suficiente.

In ceea ce priveşte tuberculoza ca profilaxie, s'a făcut mult, dar insuficient cu ceeace ar fi trebuit făcut. Tuberculosul locuieşte tot în aceeaşi cameră şi unii chiar în acelaşi pat cu copiii. Majoritatea tuberculoşilor cu familii nu au decât o singură cameră şi aceea insalubră.

Tuberculoza la personalul P. T. T.

D. d-r I. C. Ivănescu face o amplă expunere asupra tuberculozei la P. T. T., care a fost îndelung studiată.

După ce dă o seamă de cifre de documentare, face o incursiune în formele clinice ale bolii prezente la P. T. T.-işti. Observând mediul de proveniență a elementului uman între îmbolnăviţi, constată că 90% vin din mediul rural, la care se observă o slabă rezistenţă la tuberculoză, probabil din cauza lipsei unei imunizări.

D-nii d-ri Blechman şi I. Cologan, în comunicarea despre criza în autoterapia tuberculozei pulmonare, arată evoluţia utilizării terapeutice a săruri'or de aur în tuberculoza pulmonară, căutând să analizeze faptele care pledează pro şi contra delăsării actuale a acestui procedeu. Şi ajung la concluzia că această metodă cu aur trebue să rămână în arsenalul terapeuticei generale a tuberculozei, mai ales că posibilităţile de tratament activ în tuberculoză pulmonare rămân încă foarte reduse.

D-nii Ion V. Vănănescu şi Simion Oeriu a făcut apoi următoarele comunicări: noui cercetări în simplificarea metodei galactozuriei; câteva cercetări asupra acţiunii diferitelor vitamine în tuberculoză; reacţia Weltmann în tuberculoză pulmonară; raportul dintre glution şi colesterol în tuberculoza pulmonară.

D-nii d-r Gh. Andronovici, medic şef al municipiului Iaşi şi d-r C. Mudreac, medic primar radiolog, Piatra-Neamţ, au prezentat rezultatele unei anchete, asupra tuberculozei la învăţătorii din jud. Neamţ, indicând o serie de măsuri pentru prevenirea şi combaterea tuberculozei în mediul şcolar.

D. d-r T. Bulău, insp. g-ral sanitar, a prezentat:

„Aspecte din evoluţia tuberculozei la sate în 9 judeţe ale isp. sanitar Iaşi pe anii 1933—1938, arătând că morbiditatea prin tuberculoză continuă să progreseze în mediul rural, în ultimii 6 ani, cu maximum de extensiune în jud. Fălciu şi Tecuci. Mortalitatea anuală prin aceeaş boală se menţine aproape la acelaş procent. Vârstele cele mai atinse sunt între 20—30 ani.

Autorul cere înfiinţarea de instituţii de cură şi profilaxie în fiecare judeţ, precum şi o acţiune energică pentru ameliorarea condiţiunilor economice, igienico-sanitare şi culturale a populaţiei rurale.

D-nii prof. A. Craifăleanu, d-r I. Tătăranu şi d-r Z. Opreanu, vorbind despre modificările biochimice ale sângelui în diferite forme de tuberculoză, arată că acestea prezintă o importanţă deosebită. De multe ori ne dă indicaţii preţioase în cursul unui tratament. Dacă cele două elemente principale, glutationul şi colesterina, scad, înseamnă că trebuie să fim foarte atenţi cu acest fel de tratament şi e mai bine să-l întrerupem.

Tuberculoza în jud. Ilfov.

D-nii d-r C. Ghizdăvescu şi Glorie Ionescu au făcut o comunicare cu subiectul: tuberculoza în jud. Ilfov, prezentând interesante date statistice şi serie de concluzii cari se impun în ce priveşte asistenţa tuberculoşilor în mediul rural.

*

In cea de a treia şi ultima zi a congresului naţional de tuberculoză, s'au citit mai multe comunicări cu privire la Raportul I: Tuberculoza în mediul rural.

Ca rezumat al celor discutate s'a citit şi s'a aprobat următoarea Moţiune a congresului prezentată ministerului sănătăţii:

Tuberculoza la sate prezintă pentru România una dintre cele mai importante probleme medico-sociale.

Rolul de factor determinant pe care îl are contactul frecvent cu izvoarele de infecţiune, al căror număr a crescut înspăimântător după războiu, ca şi rolul de factor favorizat pe care îl joacă în incidenţa tuberculoză relele condiţiuni economice şi sociale ce caracterizează felul de viaţă al satelor noastre, imprimă tuberculozei rurale un aspect tip de boală socială, dar şi de boală acută.

Acest dublu aspect al boalei trebueşte avut în considerare în lupta contra acestui flagel social, care e nevoe să urmărească descoperirea la timp şi triarea cazurilor precum şi izolarea bolnavilor cu forme evolutive: ameliorarea condiţiilor economice-sociale ale satelor.

Pentru aceasta se impune:

Crearea de case de sănătate pentru fiecare clasă rurală cu apărătură şi personal, cu specialistul de tuberculoză. Această casă de sănătate ar grupa şi dirija cu folos activitatea dispensarelor din circumscripţiile sanitare din plasa respectivă.

Echipe volante prevăzute cu laboratorul sumar de bacteriologie şi o staţiune mobilă de radiologie — în folosul celor organizate de Liga Naţională pentru combaterea tuberculozei — de preferinţă prevăzute cu aparatul de micro-radiografie superior atât în ce priveşte cuantumul examenelor ce se pot executa precum şi costul redus al clişeelor, la început cel puţin o echipă pentru fiecare judeţ s'ar da astfel posibilitatea unei examinări sistematice de aproape a întregei populaţiuni, a diferitelor colectivităţi şcolare, industriale şi militare. Conducerea acestor echipe volante să fie încredinţate institutului de seruri şi vaccinuri şi instituţii de sănătate publică, regionale cari vor fi obligate să întreprindă studii mai aprofundate în acest domeniu. Rezultatele coordonate ale acestor cercetări ar servi ca bază ministerului sănătăţii publice şi Ligei naţionale pentru combaterea tuberculozei, de aplicare a măsurilor de combatere cât mai adaptate condiţiunilor locale.

Înmulţirea sanatoriilor şi crearea de spitale judeţene de tuberculoză pe lângă fiecare judeţ, având cel puţin un pat pentru fiecare deces de tuberculoză. Odată cazurile descoperite, vor fi triate, izolând pe cei cu forme evolutive şi îndrumând pe cei recuperabili în spitalele judeţene, îndrumând pe cei cu leziuni incipiente către sanatorii, iar cei cu forme latente rămânând în evidenţa caselor de sănătate locale.

Generalizarea vaccinării cu G. C. G. se impune ca una din măsurile de profilaxie specifică şi este de dorit să devie obligatorie prin lege. Centrele pentru studiul tuberculozei organizate pe lângă facultăţile de medicină din Bucureşti, Iaşi şi Cluj precum şi serviciile de tuberculoză ale institutiilor ministerului sănătăţii în conexiune cu centrele universitare să fie prevăzute cu materialul necesar şi cu un personal cât mai numeros, care ar servi nu numai la executarea programului de lucru, dar cu deosebire ar constitui pepiniera de ftiziologi, de care astăzi la noi în ţară se simte aşa de mare nevoe.

Alături de această organizare privitoare la latura pur medicală a problemei tuberculozei se impune ameliorarea condiţiilor economice şi sociale care să tindă la ridicarea standardului de viaţă al populaţiei rurale, la realizarea căruia medicul trebue să-şi asigure colaborarea serviciului social.

Necesitatea organizării de secţiuni permanente de laringologie pe lângă Casele de sănătate se impune astăzi nu numai pentru contribuţia ce pot aduce în studiul şi tratamentul tuberculozei, dar şi al afecţiunilor nazofaringene atât de numeroase şi a căror influenţă asupra desvoltării intelectuale şi fizice a copilului este netăgăduită.

M. M. R.

Cărți — Monografii

Lucrări românești

M. ZAVERGIU-THEODORU: **Considerațiuni asupra hranei și locuinței asiguraților din București.** — *București, Tip. „Astoria"*, 1939.

Autorul, D-l D-r M. Zavergiu-Teodoru, medic în Asigurări și medic primar la Spit. „D-r I. Cantacuzino", se ocupă de mai mult timp de problemele sociale ale asiguraților. Nu e mult de când a tipărit: **Considerațiuni asupra natalității, morbidității și mortalității copiilor asiguraților**, lucrare în care D-sa dădea alarma asupra natalității mici și mortalității mari a copiilor asiguraților. Presa a insistat asupra problemei pe care D-sa o desbătea cu atâta competență.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această nouă monografie de 23 pagini, D-l D-r Zavergiu ne aduce noi contribuții (prin studiul făcut la fața locului) asupra cunoașterii vieții muncitorilor noștri. D-sa sacrifică din timpul prețios pentru strângerea materialului pe care ni-l prezintă în noua sa lucrare. Studiul făcut la 2186 asigurați la locuința lor. Surorile anchetatoare au cules datele, observând și însemnând tot ce vedeau în casele lor.

Problemele pe care autorul și le-a pus în gând să le desvolte sunt:

Hrana și locuința. Un punct important al lucrării D-lui D-r Zavergiu este că D-sa face considerațiuni generale asupra alimentației omului, lucru foarte important pentru oricine citind lucrarea, vede ce și câte alimente îi trebuește unui organism să se desvolte și să se mențină. Variabilitatea alimentației întreține corpul sănătos. Un aliment nu poate fi înlocuit cu altul. Lipsa unei vitamine produce turburări grave. Ceeace e foarte important e că autorul ne dă câteva tablouri în care se vede fiecare aliment câte albumine, câți hidrați de carbon și câtă grăsime conține. Cu alte cuvinte dă un ghid care poate îndruma pe oricine, dorește să cunoască ce trebuie să mănânce ca organismul să nu sufere.

După aceste considerațiuni generale asupra hranei D-l D-r Zavergiu, trece la studiul alimentației asiguraților. Constatările la care ajunge D-sa sunt îngrijitoare. Bazat pe statistica salariilor pe cari le au majoritatea muncitorilor, 1500—3000 lei, D-sa afirmă că aceștia nu se pot hrăni decât cu varză, praz, cu cartofi, terci de mămăligă, mămăligă, rar fasole și din când în când carne. Primăvara mai mănâncă urzică, lobodă și alte zarzavaturi eftine. Cu alte cuvinte această categorie de muncitori nu se alimentează, ci se subalimentează.

Alimentele lor sunt insuficiente cantitativ. Copiii asiguraților din acelaș motiv sunt hrăniți insuficient, din care cauză sunt debili, rahitici, anemici și prezintă turburări ponderale, staturale.

Punctul II, pe care-l descrie D-l D-r Zavergiu, este locuinţa asiguraţilor. Şi aci autorul ajunge la constatări îngrijitoare. Majoritatea locuinţelor sunt făcute din paiantă, fără subsol, cu pereţi îgrasioşi, cu pământ pe jos. În unele locuinţe lumina solară nu pătrunde niciodată. Capacitatea încăperilor este insuficientă pentru numărul de membrii. Autorul dă un tablou în acest sens.

Concluziile la care ajunge D-l D-r Zavergiu sunt următoarele:

I) Hrana asiguraţilor din cauza salariului mic (82%) este compusă din alimente fără valoare calorifică, energetică şi reparatrice. Restul de 18% muncitori se pot hrăni mai substanţial din cauză că fie că au locuinţa lor, fie că stau la părinţi, fie că sunt servitori.

Alimentarea asiguraţilor e cu atât mai proastă cu cât au copii mai mulţi.

Deci, mărirea salariului muncitorilor este o necesitate socială.

II) Locuinţa asiguraţilor: din 2186 numai 504 sunt proprietari (23%) 540 au o cameră; — 965 au o cameră şi un antreu adică 1505, deci un procent de 69 % locuesc în camere absolut insalubre din cauza lipsei de cubaj de aer necesar datorit suprapopulaţiei (după cum reese din tablouri). Restul de 31% chiar dacă încăperile au cubajul de aer necesar sunt insalubre din cauza modului de-fectos de construcţie.

Locuinţele salubre formează un procent neînsemnat.

Este o necesitate socială construcţii igienice pentru muncitori, încheie autorul.

Din lucrarea D-lui D-r Zavergiu bazată pe studii amănunţite se vede clar că organele conducătoare trebuie să ia măsuri de îndreptare.

M. M. R.

D-ri F. GOTTLIEB şi I. FUX: **Sindromul dureros acut în cursul concreţiunilor calcare din regiunea umărului, 1938.** Tip. V. Carageale, Bucureşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezenta lucrare, făcută în serviciul de consultaţii de chirurgie şi ortopedie din Spitalul „Caritas şi Noua maternitate", aduce o însemnată contribuţie în cunoaşterea afecţiunei studiate, entitate morbidă bine individualizată, şi care prin frecvenţa *sa reprezintă* una din primele probleme de *diagnostic diferenţial* al umărului dureros.

După istoricul chestiunei, urmează datele de anatomie şi fiziologie, pe larg expuse, apoi acelea de anatomie patologică, etiologie, patogenie, în care se caută răspuns la numeroase întrebări, şi însfârşit acelea privitoare la descrierea afecţiunei, simptome, evoluţie, diagnostic, tratament şi rezumatul a 8 observaţii clinice, însoţite de radiografiile respective.

Toate aceste capitole sunt rezumate în următoarele concluzii: 1) La nivelul umărului se găseşte, în afară de articulaţia principală scapulo-humerală, o articulaţie secundară subacromială, care leagă tuberozităţile humerusului de faţa inferioară a acromionului (Pfuhl). Această articulaţie prezintă o individualitate morfologică, fiziologică şi patologică.

2) În interiorul cavităţilor articulare, dar mai ales în ligamentele periarticulare, se organizează printr'o turburare distrofică, concreţiuni calcare, care reprezintă o spină iritativă, generatoare de reflexe anormale.

3) *La formarea acestor concreţiuni calcare contribue în egală măsură:* traumatismul, inflamaţia şi turburări în metabolismul local al calciului.

4) Sindromul acut dureros, e prilejuit de modificări locale biochimice. Aceste modificări datorite unei oboseli musculare şi grefate pe un fond de hypersensibilitate locală, deslănţue un desechilibru neuro-vegetativ.

5) Tabloul clinic e reprezentat de un mănunchi de simptome caracteristice: durere, impotenţă funcţională absolută, şi prezenţa unei tumefacţiuni în regiunea subacromială.

6) Impotenţa funcţională e datorită pe deoparte fenomenelor reflexe, pe dealtă parte împiedicării jocului normal al suprafeţelor articulaţiei subacromiale.

7) Semnul de certitudine al afecţiunei e reprezentat de depistarea pe placa radiografică a unei pete de mărime şi formă variabilă, situată între acromion şi capul humeral.

8) Sindromul trebueşte diferenţiat de toate afecţiunile umărului cari dau ceiace s'a numit „umărul dureros".

9) Tratamentul, aproape specific al afecţiunei, constă în infiltraţia regiunei după o anume technică cu o substanţă anesteziantă, la care se poate asocia diatermia şi roentgenterapia.

10) In caz de nereuşită a tratamentului medical se recomandă intervenţia chirurgicală, pentru ablaţiunea concreţiunilor calcare.

M. Paraschivescu.

D-rii FILIP GOTTLIEB şi A. DORTHEIMER: **Tumora benignă solitară osoasă, cu celule gigante.** — Bucureşti, 1938. (Lucrare din Spitalul Caritas şi Noua Maternitate).

Deşi din cele mai frecvente tumori primitive ale oaselor, tumorile benigne osoase cu celule gigante, sunt încă f. variat privite — în deosebi în ceiace priveşte natura şi histogeneza lor, ca şi încadrarea în locul ce li se cuvine.

Interpretarea lor patologică este f. variată, fiind socotite de unii ca tumori adevărate cu caracter benign, iar de alţii ca adevărate ţesături reparatorii cicatriciale, uneori folositoare.

In prezenta lucrare — care începe cu istoricul — pentru a detalia apoi fiecare capitol: etiologic, patogenic, expunându-se pe larg diversele teorii emise: *anatomie patologică, simptomatologie, etc.*, autorii dau şi 6 observaţii proprii şi ajung la următoarele concluziuni:

1) Tumora benignă *solitară osoasă cu celule gigante atinge de preferinţă* indivizii tineri între 15—30 ani. Localizarea ei de predilecţie se face într'una din epifizele oaselor lungi, afectând în ordinea frecvenţei: extremitatea infer. a emurului, cea superioară a tibiei, extremitatea distală a radiului.

2) Din punct de vedere anatomo-patologic şi patogenic putem considera că sub înfăţişarea acestei maladii se înglobează două categorii de cazuri:

a) O primă categorie de origină blastomatoasă datorită proliferării unor muguri mezenchimatoşi şi închişi — fără evoluţie spre malignizare.

b) O a doua categorie de cauză reacţională inflamatorie formată dintr'un *ţesut granulomatos*, ca o *reacţiune a organismului faţă* de resturile revărsărilor de sânge şi de os necrozat. In etiologia acestui din urmă grup, traumatismul joacă rol important.

3) Examenul a. patologic microscopic confirmă acest mod eclectic de a vedea arătând în prima categorie de cazuri un ţesut ale cărui celule sunt într'o vădită unire printr'o reţea citoplasmatică şi a cărui aspect e de mezenchim tânăr. Cealaltă categorie arată celule gigante cu evident rol fagocitar, încărcate cu pigmenţi sanghini şi înconjurând suprafeţe de hemoragie pe care le penetrează pentru a le rezorbi.

4) Simptomatologia pur clinică e săracă şi e dominată de triada: durere, tumoră, fractură spontană. Adevăratul diagnostic e pus de radiografie.

5) Evoluţia *tumorii e benignă.*

6) Biopsia singură nu e concludentă. Ea trebuie să fie coroborată cu date clinice şi radiologice.

7) Tratamentul tumorei benigne solitare osoase cu celule gigante e operatoriu; curetarea urmată de cauterizare e recomandabilă în special pentru partea inferioară a femurului şi cea superioară a tibiei. In cazuri avansate ale peroneului, cubitului sau radiului rezecţia e de preferat.

In cazuri de localizări excepţionale (rachis, craniu) imposibil de abordat operatoriu, roentgenterapia e singura indicată.

8) Tratamentul de elecţie al recidivelor e rezecţia, exceptând oasele a căror rezecţie echivalează cu amputarea membrului. Aci curetări repetate urmate de *cauterizare, umplerea cavităţii cu grefe* de os şi de roentgenterapie trebuesc încercate.

M. P.

Dr. CORNELIU RADU: **Problema denatalităţii, mortinalităţii şi mortalităţii infantile. Cauze şi remedii. Aspecte din judeţul şi municipiul Arad.** — Inst. grafic „Concordia", Arad, 1837.

1) **Natalitatea.** *Examinarea atentă a situaţii demografice se impune în prezent şi la noi, în unele regiuni denatalitatea luând aspecte cu totul alarmante,*

ca'n Banat şi judeţul Arad a cărei situaţie este studiată pe larg în prezenta lucrare. In acest judeţ în mai puţin de 15 ani, natalitatea a înregistrat aproape aceiaşi scădere cât şi'n Franţa într'un interval de 125 ani; în comparaţie cu Banatul perspectivele acestui judeţ sunt şi mai sinistre în Banat, pierderea fiind în ultimii 15 ani 8,7‰, pe când în judeţul Arad, această pierdere a fost de 11,9‰.

Cauzele care influenţează direct sau indirect natalitatea, determinându-i scăderea sunt:

1. Cauze economice: a) lipsa sau insuficienţa mijloacelor de trai; b) Pervertirea instinctului de proprietate, în sensul că proprietatea a devenit un scop, şi nu un simplu mijloc pentru asigurarea unui trai liniştit şi demn; c) Structura actuală a societăţii — cu extensiunea păturii burgheze.

2. Cauze sanitare: deasemenea destul de numeroase cu multiplii factori disgenici de natură ereditară, infecţioasă şi toxică.

3. Cauze psihologice: considerate de autor ca având un rol predominant printre care sunt:

— cultul exagerat al „eului", slăbirea legăturilor de solidaritate şi devotament în cadrul familiei, şi criza moral-religioasă a actualelor vremuri.

Combaterea denatalităţii — cunoscute fiindu-i cauzele — se face prin:

1. Mijloace de remediere cu substrat economic — printre care sunt de remarcat măsurile luate de regimul fascist în Italia — şi acelea din Franţa — ca şi absenţa oricăror măsuri în acest domeniu pentru ţara noastră.

2. Diverse măsuri medico-sociale (consultaţii prenatale, preconcepţionnale gratuite, combatere energică a bolilor sociale disgenice, a căsătoriilor precoce, a divorţului şi concubinajului, apoi prevenirea şi combaterea avorturilor criminale, consolidarea instituţii familiare.

3. Combaterea factorului psichologic; factorul cel mai de seamă, care dirijează atât fecunditatea cât şi fertilitatea, cu rol predominent pentru şcoală şi biserică.

II) **Mortalitatea.** Mortalitatea şi mortinalitatea infantilă au rol de seamă în determinarea mortalităţii generale. In România mortalitatea infantilă sub 1 an este cea mai ridicată din toată Europa şi din nefericire şi cu tendinţă mult mai slabă spre descreştere ca'n orice altă ţară.

După ce trece în revistă cauzele mortalităţii infantile pentru diferite ţări (Franţa, Germania) autorul studiază pe acelea din ţara noastă, ajungând la concluzia că:

Pericolul congenital este mai accentuat în România faţă de Franţa şi Germania — probabil pentru că asistenţa la naştere se face la noi în condiţii mai proaste. Pericolul alimentar (cu 13,5% din morţi sub 1 an) nu inspiră deocamdată nici o îngrijorare. In Ardeal el dă totuşi 20% din morţi, fapt ce pare a-şi avea explicaţia în înţercarea prea de timpuriu a copiilor (în regiunile cu podgorii) ca şi'n reaua preparare a alimentelor la înţercare. Studiul mortalităţii infantile pe grupuri de vârstă în anul 1935 în România şi Arad (judeţ şi municipiu) arată că mortalitatea sub 1 an formează $^2/_3$ din mortalitatea infantilă totală dela 0-14 ani, acela din Arad (judeţ şi municipiu) fiind proporţional mai însemnată ca'n restul ţării, ceia ce arată marea frecvenţă a bolilor sociale disgenice şi reaua asistenţă a naşterii.

III) Mortinalitatea a fost găsită la Arad 5,4% deci foarte ridicată, părând a fi mai mare la copii nelegitimi.

Combaterea mortalităţii şi mortinalităţii infantile se poate realiza prin:

a) Mijloace de ordin economic, aplicate de Stat sau iniţiativa particulară, foarte variate în diferite ţări.

b) Măsuri de ordin sanitar (Maternităţi, consultaţii prenatale, cămine, spitale de copii, Pouponiere, camere de alăptare la fabrici, consultaţii gratuite de puericultură, pediatrie, etc.).

c) Combaterea factorului psichologic.

Autorul îşi termină lucrarea cu capitolul măsurilor de combatere a mortalităţii şi mortinalităţii infantile adaptate situaţii din România, municipiul şi judeţul Arad — cu judicioase propuneri.

M. P.

* * *

TOATE VÂRSTELE
TOATE TEMPERAMENTELE

SUBCUTAN
INTRAMUSCULAR
INTRAVENOS

Calcifix { GRANULE / FIOLE
„GAMMA"
RECALCIFIANT
REMINERALIZANT
RECONSTITUANT

REPR. p. ROMÂNIA: S. I. F. S. A. R. BUCUREȘTI, AVRAM IANCU 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrări străine

LA DERMATOLOGIE

par MM.

R. DEGOS, médecin des hôpitaux de Paris
et E. LORTAT-JACOB, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis

«Les petits précis», Maloine éd. 1939 — 2 volumes; chaque volume: 18 fr. Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI.

Les deux „Petits Précis" „Dermatologie" font heuresement suite suite au précis „Syphilis" de R. Degos, paru en 1937. Ces nouveaux ouvrages ent été conçus dans le même esprit pratique, répondant aux besoins aussi bien de l'étudiant que du médecin praticien.

Les auteurs ont décrit les dermatoses en partant toujours de la lésion élémentaire. „Tout diagnostic dermatologique doit s'appuyer sur la base sûre et inattaquable que constitue la détermination de la lésion élémentaire. Cette discipline dermatologique permettra, même à ceux qui n'auront pas eu l'occasion d'observer telle ou telle dermatose, d'arriver à la classer dans un groupe précis (papule, *tubercule, bulle...*), *et, partant de là, d'en établir souvent le diagnostic*".

Les discussions pathogéniques, les descriptions histologiques, ont été bannies de ces ouvrages. Cependant, les auteurs n'ont jamais perdu de vue qu'une dermatose n'était souvent que l'expression cutanée d'une maladie générale, et ils ont insisté sur l'importance du facteur terrain.

Une très grande place est laissée au traitement. Les formules dermatologiques ont été rédigées, autant que possible, suivant les mêmes schémas, pour permettre au médecin de les retenir sans difficulté, et d'en constituer de semblables avec d'autres corps actifs.

M. M. R.

* * *

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L. BALDENWECK

(3-ème Edition avec 83 figures).— Collection les «Petits Précis» — 18 fr. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine Paris VI-e.

Cette troisième édition de „Oto-Rhino-Laryngologie" comporte, outre la mise à jour, des notions élémentaires de Trachéo-Broncho-Oesophagoscopie. Elles sont aujourd'hui nécessaires à tous, maintenant que la collaboration constante du médecin et du spécialiste s'avère indispensable dans le diagnostic et le traitement des affections pulmonaires et des voies digestives supérieures.

Par ailleurs, l'esprit du „Précis" n'a pas changé qui a fait le succès des deux éditions précédentes. Il est écrit non pas pour qui se destine à la spécialité O. R. L., mais pour l'étudiant et le praticien général. Grâce à lui ils pourront, sans grande teinture spécialistique, tirer, au lit du malade, le maximum de renseignements avec le minimum d'instruments et baser les grandes lignes du diagnostic et du traitement d'affections qui, chez l'enfant et chez l'adulte, seront de celles pour lesquelles ils seront souvent appelés à prendre une décision rapide.

Les symptômes les plus saillants et les plus caractéristiques, la thérapeutique d'urgence, les traitements susceptibles d'être faits par le praticien lui-même, ont été envisagés avant tout et illustrés par des figures simples et claires.

En somme, petit livre essentiellement pratique, facile à consulter, appelé à rendre de nombreux services.

M. M. R

* * *

LE LIVRE DU DIABETIQUE

HYGIÈNE. RÉGIME. TRAITEMENT

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LOUIS CAILLON

Médecin de l'Hôpital Thermal de Vichy

Vient de paraître: 8-ème Edition. — Un volume de 184 pages. Collection «Le Livre du Malade». — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI.

Ce livre qui a ouvert la série des livres de la Collection „Le Livre du Malade" atteint après 4 ans sa 8-ème édition. Cette édition qui a été entièrement revue et complétée, constitue une des meilleures mises au point de la question importante du diabète.

On y retrouve les qualités de clarté et de précision qui ont assuré le succès considérable des ouvrages de cette collection. Il fallait éviter un double écueil: être trop complet et traiter des problèmes difficiles à comprendre par le malade ou risquant de déformer son esprit; ou n'être pas assez complet et laisser le malade dans l'ignorance.

L'auteur a réalisé ce difficile problème; il dit exactement tout ce que le malade doit connaître pour aider l'action médicale, et il écarte de son texte tout ce qui n'est pas pratique, tout ce qui n'est pas dans l'intérêt du malade. Aussi son livre est un guide sûr, méthodique et facile qui assure au diabétique un régime réellement efficace et lui permet d'éviter les dangers constants auxquels il est exposé. Le médecin lui aussi y trouvera son compte, car il verra sa tâche singulièrement facilitée pour les prescriptions de tous les détails minuteux du régime et de la cuisine.

M. M. R.

Teze de Doctorat

No. 1783—1897 | 1938-39

Prezentate şi susţinute la Facultatea de Medicină din Iaşi

LUDATSCHER IOSEF: **Contribuţiuni la studiul Eritrosedimentării în Obstetrică şi Ginecologie, No. 1783/1938.**

DRĂGAN CICHERSCHI CARMEN: **Modificările viscozităţii sanguine la anemici în urma tratamentului cu Vitamina „C", No. 1784/1938.**

LUCREŢIA IONESCU: **Contribuţiuni la studiul Sympathectomiei chimice în Gynecologie, No. 1785/1938.**

ELEOONORA I. POCLITARU: **Date statistice asupra mişcării bolnavilor în Clinica Neuro-Psichiatrică din Iaşi dela 15 Mai 1936—15 Mai 1937, No. 1786/1938.**

LANDA MORDCOO: **Contribuţiuni la studiul psihozelor alcoolice prin testele mintale, No. 1787/1938.**

CASAP IHIL: **Tratamentul Vulvo-Vaginitei Gonococice la sugari cu vaccinul anti-gonococic „Cantacuzino" pe calea intravenoasă, No. 1788/1938.**

ŞLAIHER MENDEL: **Conjunctivita primăvăratecă. Contribuţiuni la studiul tratamentului, No. 1789/1938.**

PATIN DAVID: **Consideraţiuni asupra urmărilor post-operatoare ale Colecystectomiei, No. 1790/1938.**

MOSCOVICI I. MARIETA: **Consideraţiuni asupra Sacro-Coxalgiei, No. 1791/1938.**

A. HABER: **Teste mintale la oligofrenici şi epileptici, No. 1792/1938.**

N. NADLER: **Consideraţiuni asupra statisticei bolnavilor de epilepsie din Spitalul Socola-Iaşi, între anii 1906—1938, No. 1793/1938.**

GHEORGHIU TH. CONSTANTIN: **Adenomul de Prostată, tratamentul său prin Adenomectomie supra-pubiană transvezicală, fără tamponarea Lojei. Contribuţiuni clinice, No. 1794/1938.**

MARIN P. IONESCU: **Dermatozele în legătură cu *afecţiunile* sexuale, No. 1795/1938.**

COSTEA-POPOVICI MARIA GEORGETA: **Contribuţiuni la studiul Inciziilor de Col Uterin în Obstetrică, No. 1769/1938.**

CLEPER M. I. IOSUB: **Dielectroliza cu histamină în afecţiunile reumatismale, No. 1797/1938.**

IOAN V. VATAMANU: **Patogenia Edemului malaric, No. 1798/1938.**

MIRCEA MUNTEANU: **Mecanografia colonului terminal. Acţiunea câtorva medicamente, No. 1799/1938.**

GRUENBERG HEINRICH: **Influenţa prânzului psihic asupra motricităţii stomacale, (metoda viscerografică), No. 1800/1938.**

GORDUCALO LIUDMILA: **Contribuţiuni *la studiul insuficienţei hepatice* în anemia pernicioasă, No. 1801/1938.**

FLORICA I. CANDIANI: **Interpretarea clinică a intra-dermo reacţiei Casoni, No. 1802/1938.**

CLEPER S. UŞER: **Trombo-flebita prin efort, No. 1803/1938.**

EISENHAENDLER I. BENJAMIN: **Ureea clearence ca test al funcţiunei renale, No. 1804/1938.**

HECHT SIGMUND: **Teleröntgen-Therapia în eczeme, No. 1805/1938.**

NATALIA FRASIN: **Contribuţiuni la anatomia şi fiziologia apendicelui cecal cuprinzând şi câteva deducţii practice, No. 1806/1938.**

Babeş-Bolyai / Central University Library Cluj

VASILIU ECATERINA: Cercetări asupra Rachianesteziei cu Percaînă în Travaliu, No. 1807/1938.

TATIANA C. POPOVICI: Interpretarea clinică a reacției Van den Bergh în afecțiunile hepatice, No. 1808/1938.

OCTAVIAN V. DOBRESCU: Contribuțiuni la studiul Flegmonului lemnos al gâtului, No. 1809/1938.

NICOLAE B. LEHNIȚCHI: Valcarea Radiografiei în diagnoza Coxotuberculozei, No. 1810/1938.

ROTARU TH. GHEORGHE: Complicațiunile post-gripale în prima copilărie, No. 1811/1938.

GHERASIM F. NICOLAU: Adenopatiile în cancerul colului uterin, No. 1812/1938.

EBERCHON ESTERA: Contribuțiuni la tratamentul pleureziilor purulente pneumococice la copii cu Prontosil per os, No. 1813/1938.

EUGENIU V. CREANGĂ: Technica Thyroidectomiei subtotale după Kaspar (Viena), No. 1814/1938.

EUGENIA C. BUJOREANU: Contribuțiuni la studiul tratamentului relaxărei abdominale post-partum, No. 1815/1938.

MIRCEA BARBU ROȘCA: Considerațiuni asupra Pustulei Maligne în Spitalul „Izolarea", No. 1816/1938.

EUSEBIU POP: Condensări pulmonare, tuberculoase, curabile, No. 1817/1938.

MIHAI POPOVICI: Acțiunea comparativă a serului de convalescent și a serului antistreptococic heterolog asupra complicațiilor scarlatinoase, No. 1818/1938.

GLINBERG MOISE: Contribuțiuni la studiul Herniilor Diafragmatice, No. 1819/1938.

BORIS I. PLĂMĂDEALA: Contribuțiuni la studiul acțiunii emulsiilor și extractelor de organe asupra Morfologiei Larvelor de Amfibiene Anure, No. 1820/1938.

GARTENBERG MARCEL: Contribuțiuni asupra tratamentului Artritelor gonococice cu undele scurte, No. 1821/1938.

IONOV PARASCHIV GHEORGHIEV: Cercetări asupra distrugerii Spermatoizilor prin gaze, No. 1822/1938.

VASILE DĂLGEANU: Contribuțiuni la studiul Tuberculozei în mediul rural, No. 1823/1938.

DĂLGEANU I. ILIE: Contribuțiuni la studiul rezorbției comparative a câtorva medicamente administrate bucal și rectal, No. 1824/1938.

TEODOR MARDARE: Contribuțiuni la studiul metodelor de laborator în diagnosticul Disenteriei Bacilare. Lucrare făcută în Laboratorul Regional de Bacteriologie din Iași și Spitalul Izolarea, No. 1825/1938.

IOAN SPĂNU: Acțiunea Anemiei prin hemoragie generală asupra activității centrilor motori corticali, No. 1826/1938.

ȚECHINOVCHER ȘULIM: Contribuțiuni la studiul tratamentului Röntgenterapic al Fibromului uterin, No. 1827/1938.

VLADIMIR ALEXENCO: Contribuțiuni la Anatomia Organului Carotidian. Lucrare executată la Institutul de Anatomie, Iași, No. 1828/1938.

SCHARF ILIE: Contribuțiuni la studiul morbidității și mortalității la copiii asiguraților din Iași. (Lucrare făcută în serviciul și sub conducerea D-lui Agregat Dr. A. Trosc), No. 1829/1938.

M. SELEANU: Anestezia peridurală segmentară, No. 1830/1938.

CONSTANTIN V. STĂNESCU: Aspecte radiologice de lichid în peritoneu, No. 1831/1938.

IONEL ZOLLER: Cercetări asupra analgeziei obstetricale cu Evipan sodic, No. 1832/1938.

THEODOR IONESCU: Tratamentul sciaticei prin Fangoterapie (Nămol de sonde), No. 1833/1938.

SIMIONESCU V. NICULAE: Contribuțiuni la studiul encefalitelor acute nesupurate post infecțioase cu manifestațiuni myoclonice la copii, No. 1834/1938.

ZALMAN FRUCHTER: Contribuțiuni la studiul Hepatonefritelor acute, No. 1835/1938.

CON ARON: Considerațiuni asupra avortului tubar, No. 1836/1938.

GHEORGHE GH. CHIȘLEAG: Contribuțiuni la tratamentul sinusitelor cu raze Röntgen, No. 1837/1938.

COJAN P. ALEXANDRU: Tratamentul paraliziilor faciale prin ultradiatermie cu unde scurte, No. 1838/1938.

BURCOVSCHI NICOLAI: Consideraţiuni asupra Guşelor Aberante şi două cazuri ilustrative, No. 1839/1938.

DIMITRIU CONSTANTIN: Encefaliite după turburări gastro-intestinale, No. 1840/1938.

VARSAVSCHI LIUBA: Influenţa absorbţiei gastrice asupra secreţiei pancreatice, No. 1841/1938.

BENIAMINOVICI LIUBA: Influenţa absorbţiei gastrice asupra secreţiunei biliare, No. 1842/1938.

MARIETA SIBERDI: Metabolismul urobilinei în insuficienţa hepatică No. 1843/1938.

VASILE GH. GASNAŞ: Consideraţiuni asupra Apendiculo-Tyffo-Colitelor-Cholecistitelor, No. 1844/1938.

GERTRUD MARIA LANG: Cromocystoscopia în cancerul colului uterin, No. 1845/1938.

SEGAL IACOB: Contribuţiuni la studiul sterilităţii în stenozele Cervico-Uterine, No. 1846/1938.

MARIA GOLĂESCU: Indiciile sanitare în comuna Muncelul de Sus, No. 1847/1938.

ELEONORA CAVALERU: Contribuţiuni la studiul comparativ al secreţiei gastrice prin tubajul fracţionat şi nefracţionat, No. 1848/1938.

ELENA DAMIAN: Contribuţiuni la studiul presiunei venoase periferice în sindromul hipertensiunei portale, No. 1849/1938.

VICTOR DIMITRIU: Colesterolul şi esterii săi în ascite, No. 1850/1938.

LAŞCU P. VLADIMIR: Contribuţii la studiul Histaminei (congenerii imidazoli) din sânge în insuficienţa hepatică, No. 1851/1938.

GAVRILESCU PETRU: Contribuţiuni la studiul Fibrinemiei, Calcemiei şi a Albuminelor totale în plasmă, în insuficienţa hepatică, No. 1852/1938.

CSERGOEFFY TIBERIU: Tratamentul Colibaciluriei cu Acid Mandelic, No. 1853/1938.

KOVACS LADISLAU: Tratamentul hipertensiunii arteriale cu ape minerale carbo-gazoase pe cale bucală, No. 1854/1938.

BALMUŞ PETRU: Contribuţiuni la studiul Metabolismului clorului în insuficienţa hepatică, No. 1855/1938.

ALEXANDRU A. CHIRGAN: Consideraţiuni asupra sindromului dureros în sacralizarea celei de a 5-a vertebre lombare, No. 1856/1938.

IACOBIŞIN STANISLAVA: Glutathionul sangvin la Hiperthiroidieni, No. 1857/1938.

IOSEF E. HOROVITZ: Metabolismul grăsimilor alimentare la normali şi hepatici în alimentaţia cu grăsimea vegetală (Studiu comparativ cu untul animal) şi untdelemnul de măsline), No. 1858/1938.

S. LUPU: Undele scurte şi aplicaţiunea lor terapeutică în anexite, No. 1859/1938.

RODICA-SPERANŢA N. ATANASIU: Analgesia peridurală segmentară cu Percainâ în Travaliu (Procedeul Prof. Aburel), No. 1860/1938.

HAIM GOLDENŞTEIN: Contribuţiuni la studiul tratamentului Malariei cu Adrenalină, No. 1861/1938.

DUBIŢCHI SARA: Hemangioendoteliom Tiroidian, No. 1862/1938.

MARGARETA BOGOS: Metabolismul mineralelor şi ascitele No. 1863/1938.

RUXANDRA NEGRUŢI: Contribuţiuni la studiul absorbţiei rectale asupra chimismului stomacal, No. 1864/1938.

LUCIA GĂLUŞCĂ: Contribuţiuni la studiul Plasmodium-ului ovale, No. 1865/1939.

ELEONORA SCURTULESCU: Contribuţiuni la studiul anemiilor, No. 1866/1939.

VASILE NICULII: Cirozele biliare, No. 1867/1938.

MARIA ANGHELUŢĂ: Indici de sănătate în Plasa sanitară Rurală de demonstraţie Tomeşti, No. 1668/1939.

HERŞCU HAIM: Contribuţiuni la studiul dăiă:orilor de sânge, No. 1869/1939.

GARTENBERG BETTY: Syndromul lui Volkman, No. 1870/1839.

IVAN STRUL: Contribuţiuni la studiul Oftalmiei simpatice, No. 1871/1939.

GOLDENBERG NARDUSIA: Contribuţiuni la studiul echilibrului Acido-Bazic şi tratamentul cu Sulfat de Sodiu, No. 1872/1939.

TIGHELNICHER ICHIL: Consideraţiuni asupra Contagiunei şi Profilaxiei Tracomului, No. 1873/1939.

OCTAVIAN GH. NIŢU: Ortodonţia în cadrul preocupărilor stomatologice actuale, No. 1874.

COJOACĂ I. VASILE: Contribuţiuni la studiul metabolismului clorului în Icterul Catarat şi proba *Balast cu clorura* de sodiu, No. 1875/1939.

IOAN S. HOREANGA: Contribuţiuni la studiul Cancerul experimental la plante în legătură cu Teoria lui Lakhovsky, No. 1876/1939.

IACOB NEDOPACA: Contribuţiuni la studiul Pleureziilor chiliforme la copii, No. 1877/1939.

DANOF P. DIMITĂR: Gazarea ca Antiseptic şi Anticonceptional, No. 1878/1939.

ARON IANCU: Valoarea examenului radiologic în fracturile diafizei femurale, No. 1879/1939.

ALTER ADOLF: Contribuţiuni la la studiul Ocluziilor prin Diverticulul lui Meckel, No. 1880/1939.

EUGENIA H. TEODORIU: Tumorile Irisului, No. 1881/1931.

PETREA GH. GHEORGHE: Influenţa absorbţiei intestinale asupra motilităţii gastrice la om prin metoda viscerografică, No. 1882/1939.

MARIOARA TĂNĂSESCU: Problema Cholestolului seric şi Cholesterinemia în maladia lui Basedow, No. 1883/1939.

MILICEFF N. ANGHEL: Mortalitatea infantilă în satul Corbeni, jud. Argeş, dela 1870 la 1937 şi o privire generală asupra mişcării populaţiei, în acelaşi interval de timp, No. 1884/1939.

DASCĂLU L. IOSIF: Tratamentul hipertrofiei de prostată cu hormoni testiculari, No. 1885/1939.

BADER SALO: Litiaza glandei submaxilare, No. 1886/1939.

IOSIF I. NICULESCU: Eritrosomele şi condiţiile lor de producere, No. 1887/1939.

MAYER C. SIMON: Contribuţii la studiul Fizioterapiei în reumatismele cronice (Dielectroliză cu histamină, venin de albine şi acetylcolină), No. 1888/1939.

MARIA GODEA: Artropatiile hemofilice, No. 1889/193.9.

ROZALIA TRANDAF: Contribuţiuni la studiul valorei radiografiei în diagnoza Morbului lui Pott, No. 1890/1939.

MARIA I. PETRICANU: Tratamentul epilepsiei esenţiale cu razele X (Röntgenterapie), No. 1891/1939.

ALICE VOLANSCHI: Pleuro peritonita frustă la copii, No. 1892/1939.

BARANEŢCHI L. CHIRIL: Tratamentul prin înf.ltraţii locale cu Novocaină a entorselor, fracturilor articulare şi fracturilor de coaste, No. 1893/1939.

ECATERINA LEON: Contribuţiuni la studiul Stărilor de hipovitaminoză C la copii, No. 1894/1939.

CAHAN ARTUR: Studiul radiografiei în luxaţiile congenitale ale şoldului, No. 1895/1935.

NECHITA I. EUGEN: Influenţa absorbţiei gastrice asupra motilităţii gastrice prin metoda viscerografică, la om, No. 1896/1939.

MARIA C. VASILIU: Contribuţiuni la studiul absorbţiei rectale asupra motilităţii gastrice la om (prin *metoda viscerogastrică*), No. 1897/1939).

Central University Library Cluj

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Principiile de bază în organizarea spitalelor

D-l Profesor D-r D. Danielopolu, în cuvântarea rostită cu prilejul Inaugurării spitalului Elias din București, în ziua de 1 Martie a. c., spital clădit din fondurile Fundației Jacques Elias și cu a cărei organizare medicală și conducere a fost însărcinat, expune Principiile de bază a organizării acestui spital, principii cari pot servi de model organizării în viitor a oricărui spital:

Unul din principiile de organizare a Spitalului, este **colaborarea strânsă între serviciul de bolnavi internați și serviciul de consultațiuni.** Un bolnav care vine la consultațiune, sau care intră în spital, nu este pierdut din vedere tot timpul cât el este bolnav; și aceasta chiar în bolile cronice. Dar el nu este păstrat în serviciu, decât atât timp cât boala are nevoe de internare. Deaceea serviciul nostru, destinat bolnavilor internați, va permite ospitalizarea în cursul unui an a unui număr de cel puțin dublu de bolnavi, decât în celelallte spitale în care nu există nici-o colaborare între serviciu și ambulatoriu. **Organizarea consultațiunilor noastre, ce vom întinde încetul cu încetul la cât mai multe specialități,** făcută astfel încât să putem urmări în mod periodic luni și ani, după nevoe, bolnavii noștri și să nu-i internăm decât atunci când este nevoe absolută și numai pentru un timp limitat, — ne va permite să fim utili unui număr mult mai mare de bolnavi decât serviciile neprevăzute de această organizare.

Dacă facem o anchetă în serviciile spitalicești obișnuite, găsim că **trei sferturi din cei ce ocupă paturi ar putea fi îngrijiți la consultații.** De altă parte, odată eșiți din spital, nimeni nu-i mai urmărește, boala se agravează și clientela de spitale crește. Am organizat consultații la diferitele specialități astfel, încât observațiunea medicală să fie ținută la curent cu toate datele obținute la fiecare vizită a bolnavului, și să putem institui un tratament periodic așa de necesar în afecțiunile cronice.

In această concepțiune de organizare, realizată în spitalul nostru, am putea spune că *serviciul de bolnavi internați este o anexă a consultațiilor, iar nu* consultațiunea o anexă a spitalului.

Intrevedem pentru viitor și **crearea unui centru de sănătate.** S'a spus, cu *drept cuvânt, că în organizarea sanitară nu* facem decât să îngrijim boala, dar nu s o prevenim; că noi medicii cultivăm boala, dar nu cultivăm sănătatea. Trebue ca prin toate metodele de care dispunem, să **depistăm primele sémné de boală.** Trebue ca prin examene periodice făcute omului sănătos și prin sfaturi de igienă, să prevenim boala. Fără o astfel de organizare, ce nu poate fi realizată decât într'un ambulatoriu bine desvoltat, bolnavii ne vin prea târziu, într un moment în care nu mai este nimic de făcut.

In momentul de față, funcționează la ambulatoriu nostru consultațiunile de medicină internă, de chirurgie, de boalele aparatului circulator, de reuma-

tisme şi de gastro-enterologie. Vom desvolta rând pe rând şi alte specialităţi: consultaţiuni neurologice, de oftalmologie, oto-rino-laringologie şi stomatologie.

Vreau să insist în câteva cuvinte asupra importanţei luptei ce trebue să desfăşurăm în ţara noastră contra reumatismelor şi bolilor de inimă.

Numărul bolnavilor atinşi de aceste afecţiuni este enorm şi tratamentul lor cu totul rudimentar. Este suficient să spun că în unele ţări străine, unde problema a fost mai bine studiată, fondul Caselor de asigurare pentru invaliditatea datorită reumatismelor este mai mare decât cel ce se cheltueşte pentru invaliditatea provocată de tuberculoză, — pentru a ne putea da socoteala de importanţa acestei probleme medico-sociale. Tratamentul balnear obişnuit de trei săptămâni pe an al reumatismelor, este cu totul insuficient. Reumatismele au nevoe de un tratament periodic de luni şi ani. Rezultatele ce am obţinut până acum la consultaţiunile de cardio-reumatologie din spitalul Filantropia şi în Institutul din staţiunea Eforia Techir-Ghiol, m'au încurajat să propun Fundaţiunei înfiinţarea unui astfel de consultaţiuni şi în Spitalul Elias, care are şi avantaje de a fi cu metodele fizioterapice cele mai moderne pentru tratarea acestor boale.

Organizarea acestui spital prevede o colaborare strânsă între diferitele specialităţi. Progresul uimitor de rapid al ştiinţelor medicale, care ne obligă să ne specializăm din ce în ce mai mult, crează între specialişti bariere artificiale şi împiedică colaborarea între ei. Desvoltarea înăuntrul aceluiaş aşezământ de servicii cu specialităţile cele mai importante, asigură această colaborare care lipseşte aproape în toate spitalele.

Insist în special asupra colaborărei între medicină şi chirurgie. In boalele viscerale şi în boalele nervoase, care necesită la un moment dat o intervenţie chirurgicală, aşa dar în care chirurgia este cea mai dificilă, diagnosticul trebue pus de medic, cu metodele clinice şi de laborator, indicaţiunea operatorie de medic şi chirurg, operaţiunea însăşi poate necesita asistenţa medicului internist, iar tratamentul post-operator trebue făcut prin colaborarea medicului internist cu chirurgul şi cu specialistul în fizio-terapie.

Câte consecinţe grave a unei indicaţiuni operatorii puse numai de medic sau numai de chirurg, câte accidente de anestezie ce puteau fi evitate prin intervenţiunea imediată a medicului internist şi cât de incomplect este tratamentul post-operator, făcut într'un serviciu de chirurgie, fără colaborarea medicului internist şi fără ajutorul metodelor de fizio-terapie.

Inainte de războiu, o clinică de medicină internă din Argentina a creat în serviciul său de boale interne o sală de operaţie. In spitalul Filantropia, am făcut această organizare acum 13 ani. Am găsit-o în urmă în mai multe centre importante din străinătate. Serviciul Prof. Sergent de boale de plămâni, are o secţiune de chirurgie pentru intervenţiunile asupra aparatului respirator.

Această colaborare medico-chirurgicală a fost realizată foarte larg în spitalul Elias, creind o sală de operaţiune pentru intervenţiunile chirurgicale ce pot fi necesare boalelor interne, adică pentru chirurgia viscerală, şi o sală de operaţiune pentru chirurgia nervoasă. Insist foarte mult asupra rezultatelor frumoase ce a dat chirurgia cerebrală, asupra necesităţii de a se desvolta această specialitate la noi.

O desvoltare cât de mare ce sperăm să continuăm, a fost dată laboratoarelor de anatomie patologică, chimie, bacteriologie, serologie şi hematologie. Ele vor servi în acelaş timp analizelor curente şi cercetărilor ştiinţifice în colaborare cu clinica.

Am desvoltat foarte mult laboratoarele de electro-cardiografie şi toate celelalte metode grafice, laboratoarele de radiologie, cronaxie, şi metabolism bazal. Sperăm că pe viitor, în localul ce ne-a rămas liber, să putem desvolta şi mai mult laboratoarele de cercetări ştiinţifice, mai ales în domeniul electro-fiziologiei experimentale, care studiată alături de clinică, este menită să aducă mari progrese în studiul fenomenelor patologice.

Anexăm laboratorului de hematologie un serviciu de transfuziune sanghină. Metodele technice actuale fac din transfuziunile sanghine o operaţiune foarte facilă, ce poate fi executată de orice practician. Pentru aceasta însă trebue să avem un post de transfuziune bine organizat, cu donaturi bine examinaţi şi chiar cu un depozit de sânge conservat, cu posibilitatea de a face un examen rapid al fiecărui caz în parte. In cazurile urgente, o întârziere de câteva mo-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sirop de Ephetonina

Merck

în **tuse, tuse convulsivă, bronşite, gripă**

Flacoane cu aprox. 100 şi 170. gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant:

Dr. I. Binder, Bucureşti

Str. Th. Masaryk, 32.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mente poate fi fatală bolnavului care are nevoe de sânge, după cum şi o transfuziune fără un examen prealabil al sângelui doneurul şi receptorul, poate da accidente mortale. Un astfel de serviciu nu există în ţara noastră. El va fi organizat şi desvoltat din ce în ce mai mult în spitalul nostru, atât pentru cei din oraş, pe baza unui regulament bine stabilit.

Unul din principiile importante ce stau la baza organizării acestui spital a fost adoptat încă de mult în ţara noastră din centrele unde s'a înţeles mai bine organizarea medicinei colective. S'a adus anume, principiul de asigurare a medicinei colective în acelaşi Instituţie pentru bolnavii de toate categoriile sociale.

D-l Grigore Antipa a arătat raţiunile de ordin financiar cari au condus Fundaţiunea de a crea **paturi cu plată alături de paturi gratuite**, veniturile obţinute acoperind în parte cheltuelile necesitate de asistenţa gratuită.

Volu adăoga eu raţiunile technice pentru care o astfel de organizare nu poate da decât bune rezultate.

Orice spital modern trebue să fie la curent cu toate metodele de diagnostic şi tratament. Medicul nu poate dispune de aceste metode, nici la locuinţa bolnavului, nici în sanatoriile de tip comercial. Dacă am rezerva spitalul numai asistenţei gratuite, am priva oamenii cu stare de un bun tratament, sau mai sigur decât aceasta, am avea la fiecare moment în serviciul nostru oameni cari ar abuza de spital, cari pot să se îngrijească cu plată şi cari iau locul bolnavilor săraci. Este mult mai logic să imităm exemplele din ţările mai bine organizate, să întindem medicina colectivă la toate clasele, veniturile de la bolnavii cu plată permiţându-ne să desvoltăm din ce în ce mai mult serviciile noastre şi să ne ţinem în curent în anii ce urmează cu toate progresele technicei medicale.

Vom ţine spitalul şi ambulatoriul nostru cu toate anexele lor şi la dispoziţiunea bolnavilor de care se ocupă importantele Instituţiuni sociale, Asigurările sau Casa Muncii, încercând prin convenţiuni speciale să stabilim o colaborare între aceste Instituţiuni şi spitalul nostru.

* * *

TUBERCULOZA IN ROMÂNIA. TUBERCULOZA IN MEDIUL RURAL.

O complectă, bine documentată expunere a problemei tuberculozei în mediul rural într'o țară eminamente agricolă, unde acest flagel este în creștere la țară, unde trebue să fie îndreptate privirile tuturor care dorim o rădicare a satelor și o ameliorare a stărei economico-sociale a țăranului, expunere făcută în „Revista Științelor Medicale" No. 5/1939 și prezentată ca raport în cadrul Congresului Național de Tuberculoză, ținut la Cernăuți în Mai 1939, de către D-nii Prof M. Ciucă și M. Nasta.

După o privire generală a tuberculozei în mediul rural făcând istoricul acestei chestiuni arată că țările agricole cu agricultura neindustrializată au indicele de mortalitate cel mai ridicat; mortalitatea tuberculoasă la țară are tendința de a deveni mai ridicată, iar a femeilor e mai ridicată ca a copiilor. Din cercetările epidemiologice și statistice făcute în Statele Unite și Europene reese o creștere a tuberculozei în mediul rural. Arată părerile specialiștilor ce au studiat cauzele care agravează infecția tuberculoasă în mediul rural: greaua muncă fizică la soare, utilizarea prea puțină a mașinelor și uneltelor agricole moderne ce economisesc energie, frequența emfizemului pulmonar la țară, frecvența traumatizmelor respiratorii, acțiunea razelor solare și carența de apă, acestea toate fac ca tuberculoza în mediu rural să ia un aspect mai grav, Prof. Nerlitschv susține să se amelioreze condițiunile muncei agricole, să se ușureze munca aceasta făcând-o mai productivă.

In Franța D-rul Poncef medic inspector școlar constată că în afară de lipsa de somn și a excesului de oboseală, pentru unii se poate incrimina reaua alimentație în desvoltarea copiilor, — la care se adaugă insuficiența locuinței, deci factorul social agravează endemia tuberculoasă în mediul rural. Apoi lipsa asistenței medicale curative și preventive fac ca endemia tuberculoasă rurală să stea pe loc. La noi în țară suntem izbiți de o mare mortalitate generală 18,7‰, o mare mortalitate infantilă 18,5% de noi născuți. Starea sanitară generală este condiționată de factori sociali și economici ce au repercusiune asupra fenomenelor biologice. Profesorul Slatineanu arată reaua stare a țăranului nostru, — fapte ce le confirmă D-rul Banu, — acesta insistă asupra stărei grave de deficiență sanitară a populației rurale. Studii făcute de D-rii Moise Enescu și A. Badenschi asupra alimentației familiilor de la țară ajung la concluzia că lipsesc albuminoidele, grăsimile și vitaminele în hrana țăranului, — fapte analoage găsește Benetato în Ardeal. In ceia ce privește caracteristicele endemiei tuberculoase la noi, singurul criteriu pentru a ne da seama de ea este mortalitatea. Din cercetările statistice ce le face Prof. Proca reese că tuberculoza este mai frecventă în orașe și în linii generale este în creștere la cele mai multe orașe, staționar în unele și în descreștere în foarte puține.

In ceia ce privește tuberculoza rurală avem o diseminare mai marcată a tuberculozei la țară.

Asupra frecvenței diferitelor forme de tuberculoză atât în mediul rural cât și în cel urban majoritatea morților se datoresc tuberculozei pulmonare, apoi tuberculozei meningelor, sistemului nervos, apoi intestinală, și peritoneală, osteo-articulară a coloanei vertebrale, a sistemului limfatic, apoi tuberculoza diseminată a pielei și a aparatului genito-urinar.

Un criteriu mai sigur pentru a aprecia răspândirea infecției tuberculoase o avem cu reacția la tuberculină, D-rul Banu, Prof. Slătineanu, Alexa și R. Bălteanu ne dau rezultate asupra intra-dermo-reacției la tuberculină.

Autorii insistă asupra frecvenței reacțiilor intense în primii ani ai vieței sunt 5,26% apoi de la 1—14 ani 11.45% pentru a crește din nou de la 15—25 ani.

Un element prețios de informație îl reprezintă anchetele ce s'au făcut la noi în mediul rural spre a stabili cauzele de moarte; pare că mortalitatea prin tuberculoză în mediu rural este mai mare. Anchetele făcute după un plan unitar cuprind date de morbiditate, mortalitate pe ultimii 10 ani, stabilirea gradului de răspândire a infecției prin reacția la tuberculină și examenul sistematic

al întregei populaţii într'un număr de comune, examenul clinic fiind completat de cel radioscopic şi uneori radiografic, anchete s'au făcut în Muntenia, Moldova şi Ardeal.

Examenele radiologice graţie echipelor radiologice puse la dispoziţie de Liga Naţională contra tuberculozei s'a putut face pe o scară întinsă. Aceste anchete asociate la datele de până acuma reprezintă situaţia tuberculozei în mediu rural. Rezumă datele obţinute în plasa Tomeşti şi circumscripţia Brăneşti din care reese caracterul familial al endemiei tuberculoase. Azi graţie Ligei Naţionale contra Naţionale contra Tuberculozei de sub preşedinţia M. S. Regelui, o vie activitate are loc cu realizări concrete în lupta contra tuberculozei. Sanatorii noi construite de la Moroeni, Bugaz, Dobriţa, Marila, Câmpeni, Vorniceni, mărirea sanatoriilor de la Toria, Bârnova, Bisericani, Geaogiu, Aiud, Mangalia, subvenţiile acordate pentru complectarea secţiilor de tuberculoşi de la diferite spitale din provincie au sporit mult numărul de paturi pentru internarea bolnavilor. Dispensariile şi echipele radiologice depistează cazurile, la acestea adăogăm prevenirea şi lupta contra tuberculozei la asiguraţi graţie legei de prevedere socială introduse de D-l D-r Costinescu. Mai recent şi care ameliorează situaţia sanitară la sate este ofensiva sanitară începută de D-l Ministru al Sănătăţei G-ral D-r N. Marinescu în al cărui cadru profilaxia tuberculozei are un rol important. Din cele comunicate reese că în România ca şi toate ţările agricole tuberculoza este răspândită şi dă o mare mortalitate.

Reaua stare economică, lipsa de educaţie, munca excesivă, alimentaţia insuficientă, locuinţe neigienice, lipsa organizărei medicale fac tuberculoza să crească în mediu rural. Programul de combatere a tuberculozei atât la sate cât şi la oraşe trebue făcută după un plan unitar, principiile generale sunt aceleaşi.

In primul rând o ameliorare a situaţiei economico-sociale a populaţiei aduce o ameliorare a standardului de viaţă şi o mărire a rezistenţei individuale faţă de infecţia tuberculoasă. Tuberculoza nu e numai o boală socială ci e şi o boală contagioasă deci trebue combătută cu mijloacele de profilaxie şi tratament

Izolarea precoce, tratamentul bolnavilor în sanatorii, colapsoterapia sunt arme terapeutice eficace.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Precizia în cunoaşterea începutului tuberculozei n'i-l aduce examenul radiologic şi depistarea cazurilor şi a infecţiei tuberculoase il facem la dispensarii. In mediul rural, izolarea este măsura cea mai urgentă şi cea mai eficace dacă ţinem seama de caracterul familial al infecţiunei.

Prima instituţie, piatra fundamentală a luptei antituberculoase în mediul rural să fie spitalul local de tuberculoşi câte unul de fiecare judeţ, apoi treptat centre spitaliceşti rurale unul sau mai multe după regiuni. Spitalul poate fi ca un pavilion al Spitalului central în capitalele de judeţ, va avea 100 paturi, ele vor fi nu numai centre de izolare ci şi de tratament al bolnavilor curabili care vor ieşi ameliorati şi vindecaţi. In aceste spitale bolnavii găsesc nu numai cura de repaus ci şi tratamentul colapsoterapia ce are o influenţă profilactică mare. Se vor primi bolnavi gravi şi cei curabili. In dispensare se face depistarea bolnavilor şi contacţilor aşa că se va descoperi contaminatorii ignoraţi şi bolnavii cu forme incipiente. Se vor face anchete de depistare familiară, Va ajuta la aceasta şi echipele radiologice transportabile. Ancheta va avea în bază: 1. Cercetarea datelor existente, adică a cazurilor de morţi prin tuberculoză în ultimii zece ani şi a bolnavilor de tuberculoză cunoscuţi. 2. Reacţia la tuberculină la toţi copii de vârsta şcolară şi a acelor mai mici; — la examenul clinic şi radiologic al tuturor membrilor familiilor în care exista vre-un caz de tuberculoză.

Tot în acest cadru intră vaccinarea preventivă antituberculoasă cu vaccinul Calmette care măreşte rezistenţa specifică acelor expuşi infecţiei tuberculoasă. La noi în 1926 Profesorul D-r I. Cantacuzino introduce vaccinarea antituberculoasă cu B. C. G. în România; inocuitatea acestei metode este azi mai presus de orice îndoială. Calculele de mortalitate pentru totalitatea celor vaccinaţi ne arată o descreştere a mortalităţei la cei vaccinaţi într'o populaţie cu endemie tuberculoasă. Azi Institul de Seruri şi Vaccinuri va putea fabrica vaccinul în cantităţi necesare pentru generalizarea metodei în toată ţara şi la toţi noui născuţi. Ca măsuri complimentare de profilaxie alimentarea copiilor prin cantine şcolare şi ameliorarea alimentaţiei a păturei rurale. Se vor selecţiona cei expuşi a se îmbolnăvi. Reacţia la tuberculină sistematic aplicată şi judicios interpretată ne poate da preţioase indicaţii. Aplicată în şcoală, străjerie, la premilitari, la armată, vom putea descoperi pe cei cari nu au fost încă infectaţi şi pe cei la cari infecţia

s'a produs recent. Cei cu reacţia pozitivă vor fi ţinuţi în observaţie medicală, — recent se recomandă a mări organismului rezistenţa prin vaccinarea cu B. C. G. pe cale sub-cutanată. Graţie armamentului antituberculos, echipelor mobile de depistare, formaţiunilor mobile ale Ministerului Sănătăţii se va face o combatare mai eficace a tuberculozei în mediul rural. Din cele expuse de autori reese cât e de important factorul economico-social şi cât este de mare acest răsunet în mediul rural şi ce rol joacă în răspândirea tuberculozei. Profilaxia nu se bizue numai pe factorul medico-social ci şi pe mijloacele de izolare a contagioşilor şi pe vaccinarea preventivă. Suprimând contagiunea vom reduce tuberculoza în mediul rural.

Este cea mai complectă punere la punct a problemei tuberculozei în ţara românească, prezentând starea reală prin cifre controlate şi indicând starea actuală a datelor de depistare şi tratament a bolnavilor.

M. C. şi R. H.

* * *

† Profesorul N. Zaharescu-Karaman.

S'a stins din viaţă în plină activitate, profesorul d-r N. Zaharescu-Karaman.

Pornit la luptă, prin concursuri, pentru a dobândi locurile pe cari le-a ocupat, s'a bucurat de o prejuire în totul meritată.

Incepând din anul 1902, cu concursul de extern, a fost clasificat întâiul la examenele de intern, chirurg secundar şi apoi chirurg primar al spitalelor Eforiei din Bucureşti.

Intrând în anul 1910 ca asistent la facultatea de medicină, trece pe rând prin gradele ierarhiei universitare, ca docent-şef de lucrări, conferenţiar de teorie obstetricală.

In anul 1924 e numit profesor agregat prin concurs, la Facultatea de medicină din Iaşi, în 1927, profesor titular la aceiaşi Facultate şi director al Institutului clinic obstetrical „Grigore Ghica Vodă", al Spiridoniei din Iaşi.

Aci, a înzestrat clinica cu matedial didactic, o bogată bibliotecă, laboratorii şi personal clinic numeros; aci, a executat şi a îndrumat lucrări ştiinţifice de mare valoare. Activitatea sa a culminat prin organizarea Institutului de maternitate „Regina Elisabeta", aparţinând casei muncii c. f. r. şi activând sub Inaltul patronaj şi sprijin al A. S. R. Principesa Elisabeta.

In anul 1936 a fost transferat la catedra de clinică obstericală dela Facultatea din Bucureşti.

Pe tărâmul ştiinţific, în peste 90 publicaţii, a adus o contribuţie însemnată în specialitatea obstetricei. Unele lucrări din specialitatea obstetricală poartă pecetea originalităţii, prin enunţarea de noi ipoteze şi interpretări întemeiate pe cercetări.

A fost membru al mai multor societăţi ştiinţifice, colaborator al tuturor revistelor de specialitate şi raportor al diferitelor congrese.

In domeniul medicinei sociale debutează în 1911, organizând asistenţa materno-infantilă, la un dispensar din Bucureşti, unde inaugurează sistemul fişelor materne şi de prunc, ca material informativ medical, pentru depistarea maladiilor sociale. A înfiinţat în satul său natal din jud. Argeş, un dispensar pentru combaterea maladiilor sociale şi a construit o şcoală care îi poartă numele.

Prof. Karaman moare la vârsta de 57 ani.