

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ**— ACTA MEDICA ROMANA —****COMITET DE PATRONAJ:**

PROF. C. ANGELESCU — PROF. C. DANIEL
PROF. D. DANIELOPOLU — PROF. C. LEVADIȚI

DIRECTOR:

DOCENT D-R M. CÂNCULESCU.
MEMBRU AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ

COMITET DE REDACȚIE:

Anat. patologică: PROF. E. CRĂCIUN,
PROF. T. VASILIU.
Cancer: AGR. A. BABEȘ.
Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.
Chimie biologică: PROF. V. CIOCÂLTEU.
Chirurgie: PROF. IACOBOVICI — PROF.
T. NASTA — AGR. I. JIANU.
Clinică med.: PROF. C. BACALOGLU,
PROF. I. HAȚEGANU, PROF. N. LUPU.
Clinica terapeutică: PROF. I. ENESCU,
PROF. DUMITRESCU-MANTE.
Dermato-Sifiligrafi: PROF. S. NICOLAU,
V. DRĂGOESCU.
Digestive: CONF. I. PAVEL, AGR. D. SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farmacologie: PROF. S. LALU, PROF.
GH. NICULESCU.
Genito-Urinare: PROF. N. HORTOLOMEI.
Ginec-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Histologie: PROF. I. NICULESCU.
Infecțioase: PROF. M. CIUCA.
Laborator: DOC. D. IONESCU, R. HIRSCH.

Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA,
V. GOMOIU.
Med. exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂ-
EȘTI, PROF. S. NICOLAU-IAȘI.
Med. legală: PROF. M. KERNBACH.
Med. socială: DOC. G. BANU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU,
AGR. D. PAULIAN.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAÏL, PROF.
D. MANOLESCU.
Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEM-
PEA, CONF. I. ȚEȚU, DOC. D. VASILIU.
Patologie g-rală: PROF. D. COMBIESCU.
Pat. internă: PROF. A. DOBROVICI.
Parazitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE, PROF.
S. GRAȚOSKI, PROF. GH. POPOVICIU.
Fizioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Psihiatrie: PROF. C. URECHIA, PROF.
P. TOMESCU, DOC. A. DIMOLESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU, DOC. A.
GEORGESCU, DOC. E. LAZEANU.
Tbc.: DOC. L. DANIELLO, DOC. M. NASTA.

COLABORATORI:

GH. ALEXIU; M. BACULESCU; V. BISTRICEANU; N. BLAT; V. CERCHEZ;
AL. CRĂINICEANU; I. DANIEL; AL. DANIEL; V. DIMITRIU; I. GAVRILĂ; I. GLĂ-
VAN; PROF. I. GOIA; M. GOLDSTEIN; E. HES. LEONEANU; S. IAGNOV; PROF. N. IO-
NESCU-SISEȘTI; A. IANCU; TRIFON-LICHTER; PROF. I. MINEA; H. MAKELARIE;
L. MAYERSOHN; I. MARCU; G. MARINESCU; PROF. MRACZEK; PROF. C. MIHAI-
LESCU; PROF. I. NICOLAU; MEDEA NICULESCU; G-RAL I. PĂRVULESCU; I. PLĂ-
CULEANU; M. POPPER; POPESCU-BUZĂU; A. RADOVICI; I. ROSENSTEIN; A.
RUSCUCU; M. SĂCEANU; COL. SĂRDĂRESCU; T. SARAGEA; H. SLOBOZIANU; C.
STANCA; L.-COL. STROIAN; PROF. M. STURZA; DAN THEODORESCU; PROF. I.
TUDORANU; PROF. ȚEPOȘU; P. VANCEA; I. VASILESCU; G-L A. VASILESCU.

C. STRAT și C. SIMIONOV: Modificările secreției gastrice prin administrarea acidului nicotinic.

I. VAINA: Considerațiuni asupra prognosticului pleureziilor exudative. Raportul dintre acestea și tuberculoza pulmonară postpleuretică.

V. PLĂTĂREANU: Medicii Șerban și Ilie Eminovici, frații poetului Mihail Eminescu.

V. PLĂTĂREANU: Considerațiuni istorice asupra tratamentului cu petrol.

GH. VAJA: Tuberculoza la școlari.

MAREȘ GH. CAHANE: Considerațiuni asupra unui caz cu dublă cataractă, sclerodermie frustă, căderea părului și hipercalcemie.

I. STANCIU și N. STANCIU: Istoricul suturei intestinale.

I. MACAVEI: La réaction de Mester dans les affections rhumatismales.

E. BANU: Caracterul epidemiilor de scarlatină în perioadele pre și post-vaccinale în orașul și județul Buzău.

V. PEDA: Raportul dintre bolile și semnele ereditare cu tipul constituțional.

G. CARTUȚĂ: Despre gruparea boalelor infecțioase.

MARCEL IONESCU: Considerațiuni asupra 2 cazuri de poliradiculo-nevrită (Boala lui Guillain-Barré).

Z. IAGNOV și S. ROCSIN: Tumorile tecilor tendinoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Astm bronșic

și alte maladii alergice (urticarie, exantem seric etc.)

Bronșită. Hipotensiune

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentanța generală: „CHIMIROMAN”
Farmacist Liviu Bancu
București I, str. T. G. Masaryk 32

Ephedrin

Merck

Tablete, Perle, Fiole, Substanță

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITAȚII CASELOR FARMACEUTICE

	<u>Pagina</u>
ASEPTICA: Hypercalium, Hepatonal	326
— — : Antireumal, Gonoflavin, Hemato-Serum, Vin Cola, Sirop pectoral, Gudron ephedrinat, Liniment antireumatic.	325
CHIMIROMAN: Ephetonin, Eukodal „Merk”	274, 276
CODEX: Desitin, Intestinol	282
FARMAOLT: Memento-endocrinoterapic	340
FARMAKO: Biocolloidal, Farmacalcin, Magnoid.	339
R. FOREK: Artose, Iminol „Boehringer & Soehne”	281
— — : Rectidon comp., Decholin „Riedel”	305
GEDEON RICHTER: Vasoioid, Bellafit	310
GHEORGHIU ȘT.: Sirop neuro-tonic	324
P. ILUTZA: Cardialgine, Collo-Iod „Dubois”	354
KNOLL: Oktyron liquid	293
R. LECLERC: Entero-Vioforme „Ciba”	350
LUTEȚIA: Lisarthrol	288
— — : Hemostyl „Roussel”	344
— — : Carditone, Lactobyl, Serenol, Taxol, Uralysol, Veinotrope, „Lobița-Paris”	318
— — : Codoforme, Nealyyl, Neol, Neolides, Ovuneol, „Bottu”	317
— — : Angioxil, Disonyl, Insulanol „Proxityases-Paris”	Cop. III
— — : Calcigenol, Phospharsyl, Phosphate de Chaux Pinard, „Pinard-Paris”	Cop. IV
D-r AL. RADU: Pervitin	300
S. I. F.: Gynofolin	292
— — : Calcifix, Silental „Gamma”	299
SANACHIMICA: Akrofolin, Akrolutin „Chinojn”	350
SANDOZ: Calcibronat	276
SPECIA: Septazine, Soluseptazine	Cop. II
STANDARD: Seruri, Vaccinuri, Anafoxine, Filtrate microbiene, Principiu litic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene Medii de cultură. Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate „Inst. de Seruri și Vaccinuri D-r I. Cantacuzino”	287
— — : Cyto-serum, Calcium, Hemocyto-serum „Corbière”	294
— — : Opocalcium „Ranson”, Agocholine „Zizne”	333
D-r WANDER: Vestin, Neo-Luverin „Wander”	311
— — : Herbachol, Tonikum „Sapic”	312
G. VERGLAS: Cloro-Calcion	334
— — : Electrargol „Clin”	354
VIA: Viasept, Kerosal	349



Dureri

La dureri mari

(Nevralgii, colici, cancer, dureri postoperatorii)

Pentru pregătirea narcozei

Pentru calmarea iritațiilor tuse

EUKODAL Merck

Fiole de 0,01 și 0,02 g. Tablete de 0,005 g.

Supozitoare de 0,02 g.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanța generală:

„CHIMIROMAN” Farmacist Liviu Bancu,

București I, Str. T. G. Masaryk 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)



Ambalaje aluminate cu 10 tablete

1—3 tablete pe zi

Cuții cu 100 gr. granulat

1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 și 10 ccm

București: Drogueria D. NESTOR

Str. Lipscani 102

Cluj: Drogueria „ROYAL”

Piața Unirii 26

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

CRONICA MEDICALĂ

Solidaritatea profesională

Împrejurările comune, interesele comune, drepturile și datoriile comune, cari decurg din îmbrățișarea unei profesii, avem în vedere aici profesiunea medicală, silesc pe cei cari o exercită, să fie solidari între ei.

Această solidaritate trebuie organizată și supravegheată când spiritul care trebuie să o anime nu este înțeles de toți, sau nu este practicat de toți în egală măsură. O bună parte dintre medici se lasă mijii mai ușor de avantagiile de ordin particular momentane, decât de perspectivele de ordin general îndepărtate.

Colegiul medicilor este Ordinul instituit prin lege ca să vegheze asupra exercitării profesiei medicale și ipso facto asupra comportării în exercițiu a medicilor.

Până acum Colegiul medical, care a luat ființă în 1930, îndeplinea mai mult un rol de constrângere platonice față de călcările de cod — de codul deontologic, nu de codul penal în ghiarele căruia cad numai infractorii proști, și nici de codul etic medical care stă deasupra tuturor codurilor și care este călcat cu atât mai ușor, cu cât nu se vede.

Dacă în trecut Colegiul cu secțiile lui județene se ocupa exclusiv de perceperea taxelor și de măsurătoarea firmelor medicale — în noul text al legii legiuitorul se preocupă de drepturile medicilor, alături de datoriile lor.

Între drepturi se menționează cu precădere acela al practicii medicale, care constituie nu numai un privilegiu exclusiv al medicilor, dar o datorie. Dar o scandalosă practică ilicită a medicinei, — pe care o practică fățiș unii farmaciști și droguști, agenți sanitari și moașele, iar clandestin toate babele și vracii — prejudiciiază grav interesele materiale și morale ale corpului medical, al căror șomaj l-a accentuat o asistență socială nereglementată și un cumul de slujbe insuficient retribuite. Ceea ce agravează situația este faptul că însuși medicii favorizează această încălcare a drepturilor lor prin simbioze nepermise (mamoși și avortori de meserie — moașe), prin împerecheri nefirești (dentiști — tehnicieni), prin condamnabile procenturi servite de farmaciile recomandate, prin imorale dicotomii cu anumite institute (de frumusețe, de fizioterapie, de diagnostic) conduse nici măcar întotdeauna de medici.

Cât timp va dăinui această situație, vor fi periclitare alături de

drepturile tuturilor, mai cu seamă drepturile medicilor cari nu înțeleg să recurgă la practice nepermise pentru a-și asigura un câștig de o zi. Și pentru ca redresarea materială să aibă loc, este nevoie ca Colegiul medical să acționeze paralel pe planul etice profesionale, amintind medicilor și la nevoie sancționând pe cei cari se abat dela îndeplinirea datoriilor lor.

Deci, cu respectarea drepturilor îndeplinirea datoriilor, formulă care ca să reușească mai sigur, trebuie să fie inversată.

Comitetele județene ale Colegiului, chemate să activeze pe acest dublu plan, vor trebui să facă dovadă de perfectă dezinteresare și de un mare sacrificiu. Mai întâi ar trebui să nu pătrundă în aceste Comitete cei cari nu sunt preocupați de asemenea nobile sentimente față de semenii lor, și acei cari au tot interesul să le saboteze în această acțiune de redresare morală a corpului medical, spațiului vital al unei specialități rentabile sau al unei instituțiuni de stat luată în antrepriză, nepăsându-i de redresarea materială a celorlalți. Astfel constituite, adică din elemente de perfectă bună credință, animate de un dinamism creator, cu prestigiu și cu autoritate și încă Comitetele vor avea de luptat cu inerția unui corp nesolidar, compus din elemente eterogene acționate de forțe centrifuge. Vor avea de bravat în primul rând opiniunea publică, care nu va pricepe ușor că este interesată în primul rând sănătatea publică la stăvilirea practicii ilicite a medicinei.

D-l Profesor N. Hortolomei, Ministerul Sănătății publice, în cele 2 discursuri din Senat și Cameră, a dat exemple eloquente decât de prejudiciabile sănătății pot fi un sirop de tuse sau o specialitate oarecare neprescrise de medic.

Socotim totuși, cu toate aceste inconveniente, că este o datorie de conștiință profesională ca să contribuim cu toții la redresarea profesiei noastre, atât de desconsiderată de unii, atât de înjosită de alții, din fericire mai puțin dintre noi. Și incumbă în primul rând celor cari activează pe plan ideologic, să contribuie în limita posibilităților lor la redresarea corpului medical românesc.

De aceea am socotit de datoria noastră a nu ne desinteresa de constituirea actualelor Comitete județene, și cu toată absorbirea aproape totală de activitatea ce desfășurăm pe atâtea alte terenuri medicale, să luăm parte la nelipsita campanie care se cere pentru solicitarea voturilor. Cum am înțeles a face această campanie, pe care am ridicat-o la înălțimea unui program ideologic. Cum a fost primită. Ce rezultate a avut. Și mai cu seamă, ce concluziuni am putut trage din această încercare care constituie o adevărată experiență și pe care o numim „Experiența dela Dolj”, vom scrie cu altă ocazie.

Solidaritatea națională

Imprejurările politice ne silesc să luăm în considerare solidaritatea care depășește cadrul organizațiilor profesionale și se situează la înălțimea unui categoric comandament de ordin general. Este vorba de Solidaritatea națională spre care converg interesele tuturor și în care se topește aspirațiile unui neam întreg.

„Știința medicală n'are patrie, dar medicii au o patrie” a spus-o Pasteur. Această patrie trebuie apărată prin toate mijloacele în putința

tutului, mijloace de ordin material, intelectual și moral. Rolul medicilor nu este de mică importanță, cât timp lor li incumbă paza sănătății publice. Pentru ca această misiune să fie adusă la îndeplinire în condițiuni maxime, este nevoie ca corpul medical să fie la înălțimea misiunii lui. Datorită Colegiului medical este deci să favorizeze această misiune: în primul rând punând ordine în casa medicilor, pentru binele lor; în rândul al doilea armonizând interesele corpului medical cu acelea ale statului și neamului românesc.

Pentru ca să reușească, Colegiul medical prin secțiile lui județene va trebui să procedeze cu cea mai mare energie în sancționarea abaterilor dela etica profesională, precum și dela imperatișele naționale. Luând în acelaș timp cu aceeași energie apărarea Corpului medical lezată în drepturile lui.

Alegerea în fruntea Colegiului medical românesc a D-lui Doctor V. Gomoiu, dă cele mai bune speranțe de realizarea ambelor acestor postulate.

La science de la médecine sociale

Problemele sanitare ale

Populației rurale din România

Acestea sunt ultimele lucrări științifice ale D-lui Doctor N. Banu, apărute dela începutul anului 1940.

În „La science de la médecine sociale”, 1 vol. de 129 pagini, apărut la Tipografia „Göbl”, București, 1940, autorul definește cuprinsul acestei științe, care este „Medicina socială”, prezentând:

Sfera de acțiune — Istoricul — Relațiile între medicina socială și sănătatea publică — Invățământul medicinei sociale — Un examen critic al noi discipline — Starea medicinei sociale în România.

În concluziuni afirmă că

Medicina socială câștigă teren în toate domeniile activității, în toate țările și că este nevoie ca în România să se orienteze politica socială și să se dirijeze biologia națională după normele medicinei sociale.

În **Problemele sanitare ale populației rurale din România**, 1 vol. de 1825 pagini, apărut la aceeași tipografie din București, volum care constituie Numărul festiv cu ocazia împlinirii a 10 ani de apariție a **Revistei de Igienă Socială**, autorul spune, între altele, în „Prefață”:

„Lucrarea de față, expresiune a imperativului vremii apare datorită colaboratorilor români și celor din țările învecinate. Domniilor-lor au apreciat inițiativa noastră și încadrați în disciplina organică a lucrării ne-au dat, cu competență, contribuții de reală valoare.

Colaborarea obținută, binevoitor din partea colegilor din țările învecinate, o considerăm numai un început, cu mari perspective de viitor, înfățișarea, comparabilă, a țărilor noastre și identitatea problemelor cred că va impune o tot mai strânsă colaborare.

Numărul colaboratorilor la această operă se ridică aproape la o sută. Nu mândria mea de a fi putut armoniza munca alător cercetători trebuie considerată, ci faptul că apelul meu către muncitorii savanți sau tineri în curs de inițiere a găsit înțelegere și o înaltă cunoștința de răspunderea pentru cuvântul dat.

Prieteni și colegi, devoiați și competenți, lucrează alături de mine de acum 10 ani, când revista și-a început apariția.

Serii după serii, au venit lângă noi și am muncit cot la cot. Cu ocazia acestui scurt papos, îi rog să creadă în prețuirea mea.

Participarea la realizarea acestui număr festiv, care încoronează zece ani de muncă neîntrerupută, a a.ă.ilor personalități de e.i.ă, este pentru noi o recunoaștere și cea mai înaltă răsplătă”.

și expune materia în următoarele capitole:

Introducere și considerațiuni retrospective — Biologia generală a populației rurale — Condițiile de viață ale ruralului — Patologia populației rurale — Organizarea sanitară rurală — Igienea rurală în câteva țări învecinate — Examen critic și sintetic.

Se prezintă traduse în limbile engleză, franceză și germană, rezumatele articolelor cari constituiesc aceste capitole, precum și „in extenso” cuprinsul articolului de critică și sinteză ce face autorul asupra întregii materii, proclamând la sfârșit:

Inițiativele viitoare trebuie să conducă la individualizarea problemelor și la clasificarea lor pentru o aplicare programatică, în ordinea importanței sociale și biologice pe care o prezintă.

Viitorul trebuie să ne conducă de asemenea la întocmirea hărților sanitare, cari să cuprindă deopotrivă factorii biologici, sociali, patologici și de organizare; țara trebuie împărțită după criteriile indicțiilor sintetice, pe unități regionale, cu caracterele lor specifice, pentru ca, apoi, studii speciale, personal corespunzător și materialul necesar să poată satisface programul reclamat de aceste componente.

Materia acestei vaste opere a fost frământată timp de 10 ani în coloanele Revistei de Igienă Socială, ce D-l D-r Banu a fondat în 1930, și conduce de atunci cu neobosită energie. Articolele ce se publică aci, umplu anumite goluri, stabilesc punți sau prezintă faptele în lumina ultimelor noțiuni în continuă prefacere.

Stăpânind materia cu autoritatea unei neasemănate competențe, care dela detaliul înregistrat cu minuțiozitate se ridică la concepțiuni de sinteză, pentru-ca să facă deducții logice și să tragă concluziuni valabile — autorul care este cel mai profund cunoscător al problemelor sanitare la noi, studiază problemele și le seriază după metoda experimentală introdusă în științele biologice de Claude Bernard.

De aceea după ce prezintă Problemele studiate în adâncime ani de zile, nu înregistrează ca valabile Realizările efectuate la suprafață în câteva săptămâni.

Opera aceasta într'un volum este tot atât de monumentală cași aceea în 4 volume „Probleme și Realizări” apărută sub Ministeriatul D-lui Medic General D-r Nicolae Marinescu. Dar nu prin proporțiile ei, ci prin erudiția profundă, prin competența desăvârșită, prin autoritatea în materie, ale autorului.

Dacă, după cum am scris mai de mult, materia Medicinii sociale trebuie introdusă ca învățământ oficial de stat, lucrările în serie ale aceluiași autor fecund, care este D-l D-r Banu, îl recomandă dela sine pentru predarea ei.

Nu acelaș lucru, am socotit că se va întâmpla cu înființarea unei catedre de Medicină militară, a cărei inutilitate am demonstrat pe larg, și pe care n-o putea înălța personalitatea, chiar dacă strălucită, a fericitului titular pe care „curcubeul peste veac” l-ar fi jenat, legându-l de marele nostru Carol Davilla.

M. CÂNCIULESCU.



Flacon cu 100 g

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu
FER și CUPRU
 al ANEMIILOR

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
 Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

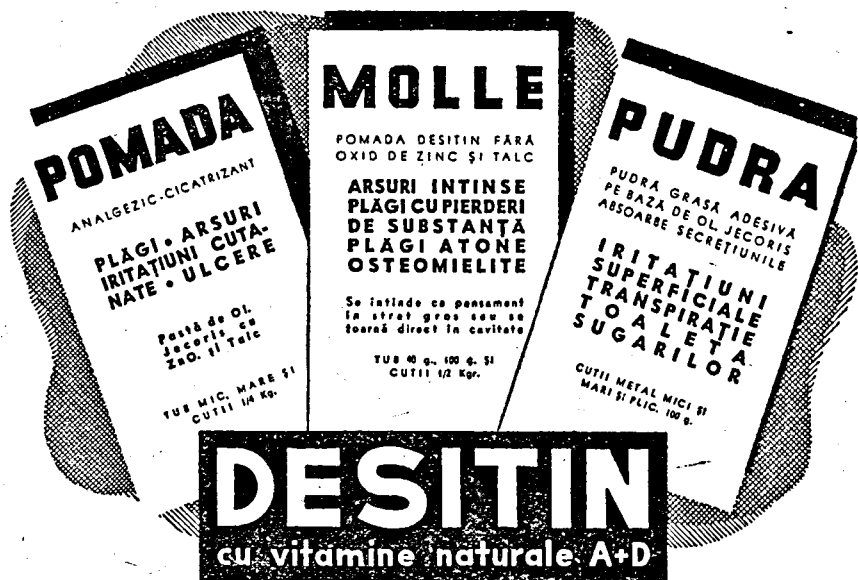


10 comprimate
 20 comprimate

IMINOL

luat la timp PREVINE accesul iminent de ASTHM
 Nu produce obișnuință!

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
 Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6



Codex S. A. R., Cal Șerban-Vodă 41 București

Intestinale

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Cărbune. anlm.

Turburări digestive. Balonare.
Flatulență. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld)
Catarr putrid.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte
sau în timpul mesei.

Codex S. A. R. Calea Șerban Vodă 41, București.

Casa Asigurărilor Sociale-Cluj
Medic șef: D-r Pavel Galan

**CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI
GASTRO-ENTEROPTOZELOR
IN LEGATURA CU 30 DE CAZURI**

de

D-r ANTONESCU V. CAIUS

Asistent universitar
Medic radiolog C. A. S. — Cluj

Autorul folosindu-se de observațiunile asupra 30 cazuri de femei (muncitoare) cari prezentau gastro-enteroptoză în grade diferite, dă o descripțiune a centurei abdominale și a perinei de presiune confecționate după indicațiunile și măsurătorile proprii, precum și o descripțiune a tratamentului dietetic și roborant adjuvant. Diagnosticul și controlul evoluției rezultatelor terapeutice, a fost făcut prin examen radioscopic. Rezultatele obținute au fost dintre cele mai satisfăcătoare, atât pentru bolnave cât și pentru autor, deoarece la cazurile de ploze mijlocii a putut obține o reducere a pozițiunii ptotice până la nivelul normal, după un tratament de 4—6 săptămâni.

Un bun și îngrijit tratament al gastro-enteroptozelor este solicitat mai ales în mediul muncitoresc, unde împrejurările de subnutriție, nașteri multiple și munca grea, sunt tot atâtea condițiuni favorizante al gastro-enteroptozelor.

Deși această problemă, la prima vedere, pare o chestiune de banalitate, totuși din cele ce vor urma în expunerea mea, se va constata că o atențiune mai mare dată acestor stări patologice și mai ales aplicarea, unei bune *centuri abdominale*, intervine salutar în lupta contra manifestățiunilor subiective (durerea și neurastenien) cari sunt atât de neplăcute, astfel redând o vieță liniștită suferinșilor.

Mediul muncitoresc, unde am avut ocaziunea să urmăresc mai deaproape un număr mare de astfel de suferinde (câci în marea majoritate sunt femei), m'a făcut să constat că aproape 80% din femeile muncitoare care se prezintă la consultațiunile noastre, prezintă gastroptoză de diferite grade.

În general aceste bolnave sunt clientele tuturor secțiilor de specialitate de la oto-rino-laringolog până la neurolog, unde își caută cauzele cefaleelor intense sau durerilor lombare, apoi trec la secția medicală pentru fenomene de gastrite, inapetență, dureri epigastrice, etc. Am văzut multe cazuri trimise de secția oto-rino-laringologică pentru radiografia sinusurilor feței, sau de secția neurologică pentru radiografia regiunii sacro-lombare, și numai după ce aceste examinări au fost negative, bolnavele treceau la secția medicală de unde erau din nou trimise la noi, pentru examen radioscopic a tubului digestiv. Diagnosticul clinic dat de secția medicală totdeauna era: gastrită, ipersecreție, sindrom ulceros, dar niciodată *gastroptoza*.

Simptomele fundamentale mai sus amintite erau apoi completate la secția medicală cu următoarele: fenomene dispeptice, constipațiune (uneori rebelă), inapetență cu senzațiune de plentitudine sau balonare post-prandială. Acest fapt se explică datorită importanței pe cari o acordă muncitorul simptomelor celor mai neplăcute. Inapetența, constipația și celelalte fenomene nu-l preocupă atât de mult, deoarece sunt fenomene cari nu-l împiedecă în munca lui zilnică, deaici derivă importanța mai mare ce o acordă cefaleei și durerilor lombare.

Examineate radiologic prezentau:

Stomac alungit cu 2—3 degete sub nivelul crestei iliace, ptozat în fosa iliacă stângă sau până la nivelul simfizei pubiene; *hipotonic* sau *atonic*, uneori dilatat la polul său inferior; mucoasa gastrică în unele cazuri se prezenta regulată, altădată îngroșată cu desemn accentuat de gastrită; formele atonice erau totdeauna însoțite de abolirea peristaltismului gastric, formele ipotonice uneori prezentau un peristaltism accentuat; aproape în toate cazurile lipsea incontinența pilorică incipientă (fenomen normal), în alte cazuri, și totdeauna însoțind peristaltismul accentuat, se observa spasm la pilor, uneori chiar în platou, susținut, care nu ceda decât după 5—10 minute de decubit lateral drept.

Bulbul duodenal în toate cazurile era regulat în formă de flacăra, bine conturat, mare și mult alungit la formele de ptoză totală. Staza bulbară masivă era prezentă în majoritatea cazurilor și mai ales la ptozele totale. Pasajul prin potcoava duodenală încetinit, uneori cu mișcări de brasaj cu recurgitări înspre bulb; uneori stază destul de accentuată la genunchele inferior al duodenului.

Din partea *colonului* am găsit următoarele forme:

a) Ptoza cecului, uneori până sub linia nenumită, însoțit de ptoza ascendentului și a unghiului hepatic până la nivelul sau sub nivelul crestei iliace drepte;

b) Transversul în cele mai multe cazuri ptozat în formă de V sau U, atingând nivelul simfizei pubiene sau chiar sub nivelul ei, alteori se prezenta numai cu o oblicitate mai accentuată, datorită ptozei unghiului hepatic;

c) Unghiul splenic nu l-am găsit ptozat decât în două cazuri;

d) Din punct de vedere dinamic, în cele mai dese cazuri, găsesc transversul și descendentul spastic, totdeauna spastic acolo unde era prezent pilorospasmat și peristaltismul gastric accentuat;

e) În unele cazuri descendentul și sigma sau numai sigma erau vidate după 24 ore (dela ingerarea pastei de bariu), în schimb ampula rectală plină, mai mult sau mai puțin dilatăată.

Sensibilitatea abdominală la presiune, în toate cazurile a fost epigastrică (înafară de stomac) substernal pe punctul plexului solar; în câteva cazuri remarc o sensibilitate dealungul mari curburi a stomacului (datorită tracțiunei) și sensibilitate periombilicală (datorită tracțiunei pe mezouri).

Subiectiv bolnavele precizau:

a) Dureri la nivelul coloanei lombare: „pare că mă trage ceva de spinare”;

b) Senzația de plentitudine sau balonare postprandială;

c) Senzația unui sac plin și greu în abdomen;

d) Dureri epigastrice („capul pieptul” sau „gura stomacului”).

Desigur că stând în fața unei simptomatologii atât de abundente, variate și supărătoare pentru bolnav, pe de altă parte față de solicitările insistente a bolnavelor, cari în majoritatea cazurilor se cred ulceroase (mai ales după ce examinările oto-rinolaringologice și neurologice rămân negative), medicul este obligat a îndepărta cu orice mijloace suferințele și de a spulbera fobia, redându-le posibilitatea reluării muncii zilnice.

Din cercetările întreprinse de noi pe cele 30 cazuri, cari au acceptat să se supună indicațiunilor terapeutice prescrise, am constatat că cea mai mare importanță trebuie dată *centurei abdominale și clinoterapiei prin clinodigestie*, numai în mod secundar, adjuvant, medicațiunei tonice generale.

CONFEȚIONAREA CENTUREI

În ceea ce privește centura abdominală, țiiu să accentuez delat început, că nu numai aceea confecționată pentru C. A. S. ci și cele prescrise de diferiți colegi (majoritatea lor medici practicieni) sunt complet greșite și dăunătoare, mai ales în ceea ce privește *perina de presiune*.

Unii medici prescriu o perină de formă patrată, alții de formă renală (fig. 1, a și b), ambele prea scurte și cu totul insuficiente, prin faptul că nici una dintre acestea nu urmărește imitarea curburii abdominale și a celei gastrice. De câteori am avut ocaziunea să examinez radiologic bolnave cari purtau o centură prevăzută cu astfel de perini, am constatat:

a) În formele de ptoză mijlocie, stomacul era la acelaș nivel — fosa iliacă stângă;

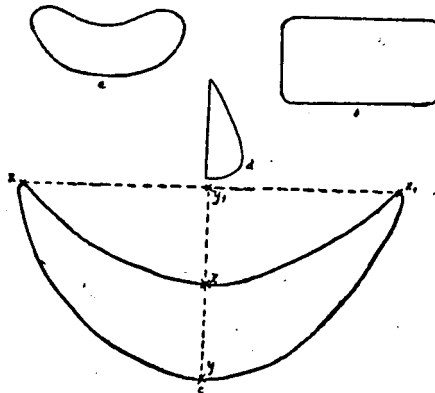
b) În formele de ptoză totală cu stomac atonic și mai ales dilatat, care fără centură ar ocupa în general linia mediană abdominală, cu astfel de perini era deplasat și ghemuit în fosa iliacă stângă, dar tot ptozat.

Cu alte cuvinte din punct de vedere curativ, valoarea acestor perini este nulă.

Noi indicăm drept centură, o burtieră obișnuită, nu prea lungă, la nici un caz să nu depășească marginea inferioară a simfizei pubiene; confecționată din pânză, cu interpunerea a două benzi de elastic pe partea laterală, cari să dea elasticitatea corsetului; să se închidă la spate cu șiret. Cele cari se închid lateral și cu nasturi, nu sunt corespunzătoare.

Perina de presiune (cea mai importantă), are forma semi-lunară, mărimea ei fiind stabilită după cum urmează:

a) Se măsoară în centimetri cu ajutorul unui pelvimetru, distanța bi-ilică (dintre cele două unghiuri iliace superioare), această distanță corespunzând lungimei perinei (fig. 1c, $x-x_1$);



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1.

- a și b: forme de perini de presiune neutilizabile;
 c: perina de presiune după indicațiunile și măsurătorile autorului;
 d: perina de presiune a autorului văzută pe secțiune transversală (profil).

b) Se măsoară pe linia mediană, distanța dintre marginea superioară a simfizei pubiene și punctul de întâlnire dintre linia bi-ilică și verticala mediană, aceasta corespunzând profunzimei perinei (fig. 1c, $y-y_1$);

c) Se va nota pe o hârtie cele trei puncte (x , x_1 și y), unirea lor semnând curbura mare a perinei;

d) Distanța dintre curbura mare și cea mică se stabilește raportat la profunzimea perinei; în general această distanță este de 5 cm. (măsurat pe linia mediană) corespunzând înălțimei perinei (fig. 1c, $y-z$), unirea celor trei puncte (x , x_1 și z) va desemna mica curbură a perinei;

e) Înălțimea mai sus indicată corespunde unei perini cu o profunzime de aproximativ 10 cm.; când ea depășește 10 cm., înălțimea perinei poate varia până la 7 cm.; când profunzimea perinei este sub 10 cm., înălțimea ei poate varia până la 4 cm.

Perina va avea o bază plată, care se va confecționa dintr'un carton potrivit de gros (2 mm.), apoi îmbrăcat cu pânză care a fost utilizată pentru confecționarea corsetului, sau mai bine din piele de căprioară (măcar fața abdominală), în fine se va umplea cu lână, dându-i o consistență destul de tare, astfel încât să nu se turtească sub presiunea dintre corset și peretele abdominal. Fața abdominală va fi convexă, ușor înclinată pentru a se putea aplica perfect pe curbura abdominală (fig. 1d).

Această perină prin rezistența ei și sub presiunea corsetului va provoca o înfundare a peretelui abdominal. Presiunea se va transmite prin peretele abdominal la organele intra-abdominale

Institutul de Seruri și Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenței 103 — București VI

Seruri

- Ser antidiferic (250—500—1000 și 2000 unități pe cm.³)
- › antisenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
 - › antistreptococic
 - › antigangrenos › și monovalent (V. septis, B. perfringens, oedematiens, B. hystolitice, B. sporogenes).
 - › antimeningococic polyvalent și monovalent (tip. A tip. B. tip C și tip. D.)
 - › antitetanic (200—400—600—800 unități pe cmc.)
 - › anticărbunos
 - › antipneumococic polyvalent și monovalent (tip. I, tip. II și tip III).
 - › antipoliomyelitic
 - › anticoli polyvalent
 - › antistafilococic
 - › antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic)
 - › antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
 - › normal de cal
 - › normal de bou

Vaccinuri

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Vaccin antistreptococic | Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou) |
| › antistafilococic | › anticoli |
| › antigenococic | › antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis) |
| › antipneumococic | Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic) |
| › antitifo-paratific | Antioxine: difterică, tetanică, stafilococică și scarlatinoasă (streptococ hemolytic) |
| › antiholeric | |

Filtrat de stafilococ

Filtrat de streptococ

Principiu lytic (bacteriofag) anticoli, antitific, antistafilococic, antisenteric.

Tuberculină brută

Antigen metilic (Boquet și Nègre) pur și diluat

Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene

› precipitante pentru identificarea albuminelor

Ser hemolytic anti-oaie

Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)

Toxină pentru reacția Dick

Toxină pentru reacția Schick

Antigene: Bordet-Ruelens, Citochol și Kohn

Antigen pentru reacția Freii

Medii de cultură solide și lichide

Secțiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate

analizele medicale, bacteriologice, parazitologice și chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)

Examene de materii fecale.

Analize de urină, suc gastric etc.

Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

* * *

O broșură conținând instrucțiuni pentru întrebuințarea serurilor și vaccinurilor, precum și toate informațiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile și vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacității.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. București I. Str. Sf. Ionă No. 8.

LYSARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT
CHIMIO-OPOTERAPIC

COMPOZIȚIA SA :

1. UN ELEMENT OPOTERAPIC:

Diastazele *tesurilor renale* obținute pentru întâia oară de către M. MAIGNON, experimentate în serviciul profesorului TEISSIER și cari, în doze infinitesimale, au ca efect de a readuce la normal volumul urinelor fără a primejdui hiperfuncționarea rinichiului.

2. ELEMENTE CHIMIOTERAPICE:

a) *Uroformina* (hexameten tetramina pură) care acționează în două moduri diferite: fie prin propria sa activitate anti-septică, când mediul este alcalin, fie prin degajarea de formol, când mediul este acid.

b) *Benzoatul de litină* care are aci un rol ajutător prin propria sa acțiune asupra acidului uric.

INDICAȚIUNILE SALE :

LYSARTHROL-ul este indicat în toate afecțiunile cari denotă o micșorare a nutriției și o diminuare a activității sfincterilor. **Guta**, **dela migrenă** și **turburări hepatice până la accesul tipic**. **Gravela**, **dela colica nefretică** până la calculul vezical, cu sau fără infecțiune urinară.

Reumatismele cronice până la reumatismul de formant. Și, în general, toată patologia sedentariilor.

POSOLOGIA:

Conținutul capsulei-dop (sau una linguriță de cafea) luat dimineața, seara și înaintea fiecărei mese principale, adică de 4 ori pe zi, constituie doza normală pentru adult. Granulele vor fi diluate într-o cantitate suficientă de apă, un sfert sau o jumătate de pahar, de fiecare dată.

Eșantioane și literatură :

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA”, S. A. R.

Str. Toamnei 103, București III — Tel. 2.21.38

Reprezentanțe regionale :

Cernăuți — Str. Iancu Flondor, 17. Tel. 3116.
Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/II. Tel. 1200.
Iași — „ Săulescu, 2. Tel. 2259.

și grație liniilor de forță radiare născute din această presiune și datorită formei perinei, organele vor fi ridicate dinspre periferie și în sus. În acest fel este evitată complet alunecarea organelor și ghemuirea lor pe părțile laterale ale perinei de presiune.

Perina se va fixa pe corsetul îmbrăcat astfel, încât curbura inferioară a perinei să fie la o înălțime de 1 deget deasupra marginii inferioare a corsetului și să alunece ușor deasupra marginii superioare a simfizei pubiene.

Dar pentru a împiedeca răsfrângerea în afară a corsetului la nivelul perinei, se va confecționa din pânză o bandă de 5—7 cm. lungime, lată cât este pe-

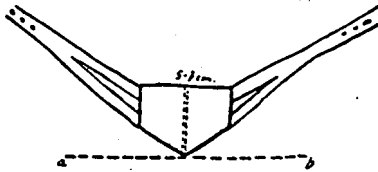


Fig. 2.
Banda de fixare (aplicată pe fața externă a corsetului)
la nivelul perinei de presiune.
a b: marginea inferioară a corsetului.

rina de înaltă, care va fi fixată pe fața exterioară a corsetului, la înălțimea perinei, cu o cusătură unică mediană; dela părțile laterale ale acestei benzi, vor pleca două prelungiri confecționate din elastic, cu direcțiune oblică înafară și în sus, prevăzute cu butoniere prin care se vor fixa de copci cusute pe corset, pe părțile laterale, imediat deasupra creștelor ilfice (fig. 2).

IMBRACAREA CORSETULUI

Corsetul se va îmbrăca dimineața la sculare, bolnava luând în pat poziția Trendelenburg. Odată potrivit la locul lui, se va strânge cu șiretele și numai după aceea bolnava va părăsi patul, apoi va fixa benzile de elastic. Poziția Trendelenburg favorizează lunecarea organelor spre diafragm, iar după îmbrăcarea corsetului în acest fel, în poziția ortostatică organele nu vor mai cădea decât până la înălțimea perinei de presiune. În acest fel se evită imobilizarea organelor ptozate în poziția lor vicioasă anterioară.

Seara la culcare, corsetul se va desbrăca obligatoriu.

TRATAMENT ADJUVANNT, TONIC GENERAL

1) Dietetica.

În mediul muncitoresc, unde nu se poate prescrie mese mici și numeroase, am păstrat 3 mese (obișnuite) cu indicațiunile precise: *de a nu consuma multe lichide (supe, etc.); supele să fie îngroșate cu piureuri de zarzavaturi sau cartofi; apa să nu fie băută în timpul meselor, ci câte 1 pahar la sfârșitul fiecărei mese.*

Bolnavelor cari sufereau de constipațiune spastică le-am recomandat evitarea consumării alimentelor cu conținut abundent de celuloză; consumarea acestor alimente la cele care prezentau constipațiune atonă.

După masa dela dejun și cea de seară, am indicat *clinodigestie*, cel puțin $\frac{1}{4}$ oră în decubit abdominal și $\frac{1}{4}$ oră în decubit

lateral drept, prin aceasta favorizând o evacuare mai bună a stomacului și combătând în parte staza duodenală, totodată se evită greutatea incipientă creată în stomac prin abundența alimentelor consumate.

2) *Tratament medicamentos.*

a) *Antispasmodic:* indicat la bolnavii cu hiperperistaltism și constipațiune spastică, la pilorospasmuri, prescriind *Eupaverin-Merck* în tablete, *Perparină-Chinoin* și *Troparină-Chinoin* în tablete, de 2—3 ori pe zi 1 tabletă; sau formula utilizată de C. A. S.: Rp. *Papaverină 0,40 gr., Novatropină 0,02 gr., Apă distilată 40 gr.*, din care se dă de 2 ori 10—15 picături înaintea meselor principale.

b) *Laxativ*, indicat atât la constipațiunile atone cât și la cele spastice, prescriind *Ceadon-ul*, un preparat *Riedel*, care este un laxativ fiziologic, fiind o asociațiune între acidul dehidrocolalic și alloină. La persoanele cu constipațiune spastică, acest preparat nu producea crampe, deoarece acțiunea sa excitantă a peristaltismului intestinal era contrabalansată de antispasmodice. În general efectul laxativ se observa cu o doză de 1—2 dragele, luate seara la culcare.

c) *Calmane* a durerilor epigastrice, la persoanele cu o sensibilitate solară accentuată sau exagerată, utilizam *Geneserina* în granule, în doze de 1—2 granule pe doză și maximul de 4 granule pe zi, obținând rezultate foarte mulțumitoare. Dar în general, această ipersensibilitate solară se ameliorează considerabil după aplicarea corsetului, lipsind tracțiunea care tetermina o permanentă stare de excitațiune și ipersensibiliza plexul solar.

d) *Tonice generale cu scop de îngrășare:* au fost indicate la persoanele debile, astenice, anemice, cu stomac atonic, la persoanele neurastenizate, utilizând preparate de extract total de ficat, uneori asociat cu ser neurotonic.

Cu preparatele *Hepracton-forte Merck* și *Hepacit-forte Egger* asociat cu *Percodil-Egger* sau ser neurotonic (C. A. S.) injectat intramuscular tot la 2 zile, în total 10—15 injecțiuni, am obținut o îngrășare de aproximativ 500—700 gr. săptămânal la început (2—3 săptămâni).

La anemici am utilizat *Inhepton-Merck*, în injecțiuni intramusculare în primele 7 zile zilnic, apoi încă 8 injecțiuni tot la 2 zile.

Cu preparatul *Pernaemon-forte Organon*, injectat intramuscular, tot la 5 zile, în total 4—5 injecțiuni, am obținut în 3 cazuri o îngrășare de 1500 gr. săptămânal în primele 2 săptămâni.

REZULTATE TERAPEUTICE

După 4—6 săptămâni de la aplicarea corsetului și cu tratamentul adjuvant indicat, am observat o ameliorare considerabilă în situațiunea stomacului: la formele cu ptoze mijlocii și cu stomacuri ipotoneice, reducerea până la poziția normală a stomacului; la ptozele mari (totale), o reducere de 1½ lat de palmă. Controlul a fost făcut totdeauna radiologic, fără corset.

Am indicat în continuare, purtarea corsetului fără perină pe un timp de încă 3—4 luni la persoanele la cari reducerea s'a făcut până la poziția normală; continuarea aplicării corsetului cu perină, la persoanele la cari am obținut numai o ameliorare în situația stomacului (în general acestea erau tipuri astenice).

Din partea colonului, rezultatele sunt ceva mai reduse, mai ales la purtătoarele vechi de ptoze, unde alungirea colonului din cursul timpului, îi determina încă forma de ghirlandă.

Toate bolnavele mi-au precizat că după primele 3—5 zile de jenă la purtarea corsetului, se obișnuia într'atât, încât nu mai puteau lucra fără de el; totuși se declarau plăcut eliberate de sub presiunea corsetului și a perinei, după ce controlul radiologic permitea depunerea perinei de presiune.

CONCLUZIUNI:

1) Gastro-enteroptozele se pot vindeca sau ameliora în scurt timp, dacă se aplică un bun corset abdominal și se indică clindigestia.

2) Prin dietetică nu trebuie să înfometăm bolnavul, cece duce la slăbire și deci va favoriza și mai mult ptozarea organelor.

3) Corsetul și perina de presiune trebuiesc confecționate, apoi îmbrăcat strict după indicațiunile date.

4) Tratamentul medicamentos adjuvant, tonic general și anti-anemic, cu scop de îngreșare, favorizează obținerea rezultatelor în timp mai scurt, combate simptomele neplăcute, redă elasticitatea și tonusul tubului digestiv, mărește pofta de mâncare și favorizează asimilația.

5) Antispasmodicele și calmantele, combat stările spastice și calmează durerile, împreună cu laxativele favorizează eliminarea conținutului intestinal, îndepărtând astfel stările de intoxicațiune prin staza intestinală.

D-r C. V. ANTONESCU: *Considérations sur le traitement des gastro-enteroptoses.*

L'auteur en utilisant les observations faites sur 30 cas de femmes (ouvrières) qui présentent gastro-enteroptoses de différents degrés, pour donner une description de *ceinture abdominale* et de *l'oreille de pression* confectionnée d'après les indications et les mesures propres, fait en même temps une description du traitement diététique et roborant adjuvant. Le diagnostic et le contrôle de l'évolution des résultats thérapeutiques, ont été faits par l'examen radioscopique. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants, aussi pour les malades que pour l'auteur, parceque l'on a pu obtenir la réduction de aposition ptotique jusqu'au niveau normal après 4—6 semaines de traitement, en cas des ptoses moyennes.

D-r C. V. ANTONESCU: *Beiträge zur Behandlung des Magens und Darmes-Tiefstande.*

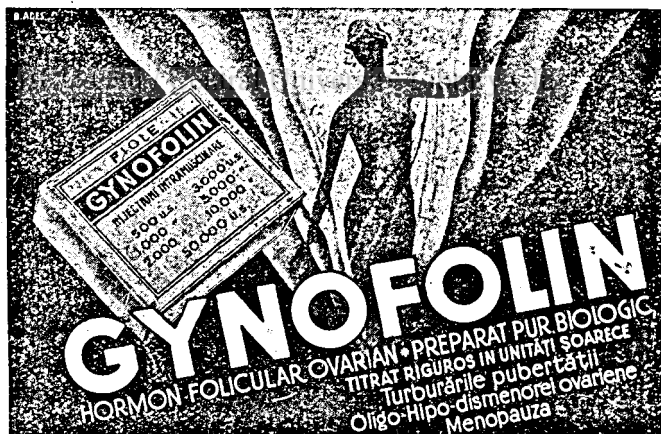
Der Verfasser benutzend die in über 30 Weibern (Arbeiterinnen) Fälle ein Tiefstand des Magens und Darmes in verschiedenen Graden vorstellten, Beobachtungen gibt eine Beschreibung der *Leibfinde* und des *Pressspolsters*, nach eigene Indikationen und Messungen hergestellt; sowie eine Beschreibung des Diätetischen

und Stärkender Mittel. Das Diagnostik und die Kontrolle der therapeutischen Ergebnisse Entwicklung wurde durch Radioskopische Probe geprüft.

Man erlangt damit die besten Ergebnisse sowohl für die Kranken so wie für den Arzt weil bei mittleren Ptozen, eine Reduktion des Tiefstandes bei normaler Höhe, nach einer 4—6 Wochen Behandlung, erzielt wurde.

Dott. C. V. ANTONESCA: *Considerazioni sul trattamento delle gastroenteroptosi.*

L'autore usando delle osservazioni fatte sui 30 casi di donne (operaie) quali presentavano la gastro-enteroptosi di gradi diversi, fa la descrizione della *centura addominale e del cuscino di pressione* confezionate dopo l'indicazioni e le misure proprie, come pure anche la descrizione del trattamento dietetico e roborante aiutante. La diagnosi ed il controllo dell'evoluzione dei risultati terapeutici e stato fatto coll'esame radioscopico. I risultati ottenuti sono stati tra i piu soddisfacenti, tanto per le malatte quanto anche per l'autore, perche nei casi di ptosi medie ha potuto ottenere la riduzione della posizione ptotica fino al livello normale, dopo un trattamento di 4—6 settimane.



COMPRIMATE: un tub = 15/1000 U. S.

GYNOFOLIN intern: pentru copiii debili născuți înainte de termen.

GYNOFOLIN extern: pentru aplicațiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

Reprezentant științific p. România: „S. I. F.” s. a. r.
București IV, Str. Avram Iancu 32, Tel : 5 51 51

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.



Combinație chimică moleculară de Octinum
cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.
10-20 picături, la nevoie până la 4 ori pe zi, cu multă apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice,
Str. Atena 29, București 3.

CYTO-SERUM CORBIÈRE
 MEDICATIE CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

INDICAȚIUNI

Limfatism - Leucemii
 Astenie postgripală - Neurastenie
 Bronchite cronice
 Emfizem - Tuberculoză
 Convalescențe

CALCIUM CORBIÈRE
 SOLUTIE DE GLUCONAT DE CALCIUM DE 10%
 IN FIOLE DE 5 cc. PENTRU INJECTIUNI

INDICAȚIUNI

Tuberculoză, Rachitism, Reumatisme
 Fracturi, Pleurezie, Empotizii, Emoragii

HEMO CYTO-SERUM
 MEDICATIE FERRO-CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

INDICAȚII

Anemii de orice origină - Clorosă - Denuțrie
 Convalescențe postoperatorii - Hemoragii

CYTO-SERUM - CALCIUM - CORBIÈRE - HEMO - CYTO - SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Eșantioane și literatură la cerere

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R. București I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Clinica Balneologică — Cluj
Director: Prof. D-r Marius Sturza

CONCEPȚIA DE ASTAZI ASUPRA ETIOLOGIEI REUMATISMULUI PRIMAR, ACUT ȘI CRONIC

de

D-r EUGEN MORARIU

În etiologia reumatismului poliarticular acut intervin doi factori, unul endogen, fiind de constituția organismului și altul exogen, care cuprinde ambianța mediului extern și componenta infecțioasă. Asupra rolului ultimei, autorii nu sunt de acord, unii susținând ca agent cauzator microbi banali, alții că ar fi vorba de un agent figurat încă neidentificat, iar un alt grup de autori consideră reumatismul acut ca o reacțiune alergică față de un antigen oarecare.

În ce privește reumatismul cronic primar, Slauck scoate în evidență rolul ce pot să-l joace focarele infecțioase care stau sub o anumită tensiune și localizate în amigdale, dinți, sinusuri și urechea mijlocie. Calea pe care ar acționa toxina plecată din aceste focare, este cea a sistemului nervos, și prezența focarului se manifestă prin mică fibrilațiune musculară. Noi credem, că pe lângă prezența focarului dela nivelul extremității cefalice, mai e nevoie de o constituție specială, ca de altfel în toate reumatismele. Un rol foarte important în îmbolnăvire îi revine cu siguranță sistemului vegetativ, atât prin turburările de circulațiune, cât și prin fenomenele de atrofii musculare accentuate în jurul articulațiilor îmbolnăvite.

Importanța focarelor reiese atât din ameliorarea sau vindecarea reumatismului cronic primar prin extirparea focarului, cât și din rezultatele terapeutice bune ce se obțin în aceasă îmbolnăvire prin fizioterapie și balneoterapie, mijloace care acționează asupra întregului organism, ameliorându-i toate funcțiunile.

Îmbolnăvirile aparatului locomotor, grupate sub numele de reumatisme, deși cunoscute din timpuri care nu se pot defini, se pare că au fost descrise ca atare, pentru prima dată, de către Baillou prin sec. XVI-lea. Ceva mai târziu vine Sydenham să facă o distincție, în grupul reumatismelor, între artritismul uric (guta) și reumatismul propriu zis, iar spre finele sec. XVIII, deosebește Cullen

reumatismul acut de cel cronic. Cu câteva decenii mai târziu, Bouillaud face studiul amănunțit al reumatismului poliarticular acut, demonstrând totodată legătura strânsă ce există între această îmbolnăvire și frecvența afecțiunilor cardiace.

Astăzi înțelegem sub reumatism îmbolnăviri ale sistemelor de țesuturi și organe derivând mai ales din mezenchim ca aparat locomotor, aparat cardio-vascular, seroase, etc., la care se mai adaugă sistemul nervos.

Imbolnăvirile reumatice ale aparatului locomotor se prezintă sub o mulțime de aspecte atât ca etiologie, cât și ca manifestări clinice și evoluție. Pe noi ne va preocupa numai poliartrita sau reumatismul articular acut și cronic, ambele primare, deci fără să fie vorba de reumatoide, nici de apariții patologice articulare sau manifestări de altă natură, localizate asupra aparatului locomotor. Aceste două forme de îmbolnăvire fiind cele mai frecvente și având până astăzi etiologia prea puțin clarificată, ne vor interesa diferitele ipoteze care caută sau au căutat să aducă problemei acesteia o elucidare, fără să fie reușit, până în prezent, decât într-o măsură relativă.

Nu știm precis nici astăzi dacă reumatismul poliarticular acut specific este cauzat de un agent figurat vizibil sau invizibil, sau dacă este mai mult o reacțiune a organismului față de un agent nefigurat de natură proteinică, eventual toxină microbiană. Ceeace trebuie să intervină însă întotdeauna este *componenta individuală, constituția adecuată* pentru îmbolnăvire, un factor căruia se pare i s'a atribuit în diferitele perioade de evoluție ale medicinei o importanță variabilă și care joacă un rol mult mai important decât i se atribuie în general. Trebuie să admitem, că în îmbolnăvirile reumatice conlucrează întotdeauna *doi factori*: unul *endogen*, ținând de constituția organismului și altul *exogen*, care cuprinde componenta infecțioasă și ambianța mediului înconjurător. Ca factori endogeni trebuie să avem în vedere o turburare de metabolism, o disfuncțiune sau dezechilibru endocrin sau o toxicemie oarecare. Componenta individuală este aceea care ocazională îmbolnăvirea știut fiind, că pentru aceeași cauză, manifestări sub care se prezintă tabloul morbid depinde de felul de reacțiune a organismului interesat. În legătură cu factorul constituțional s'a pus întrebară dacă reumatismul ar putea să fie moștenit. Nu avem dovezi în acest sens, dar ceea ce este sigur, se moștenește o *anumită predispoziție* pentru îmbolnăvirea articulațiilor. Se pare, atât după Bezançon și Weil, cât și după autorii englezi, că este vorba de transmișiunea unui teren, a unei *constituții diatezice speciale*, susceptibile de a face îmbolnăvirea articulațiilor. Este o anumită conformație a articulațiilor, cu o rezistență mai mică și cu o susceptibilitate particulară de a localiza o îmbolnăvire cu caracter general, la nivelul lor. Componenta constituțională ar îngloba în sine o eventuală deficiență a țesuturilor mezenchimotoase, care este hotărâtoare pentru îmbolnăvirea articulațiilor, deși nu posedăm nici un alt indiciu al acestei deficiențe decât tendința la îmbolnăvire. Dacă

am admite ca singură valabilă ipoteza unei infecțiuni transmi-sibile, în etiologia reumatismului acut, ar urma ca un grup de persoane trăind în aceleași condițiuni de viață și de anturaj, să facă manifestațiuni articulare la fel. Or, tocmai aici este o contradicere, întrucât cazurile de îmbolnăvire apar sporadic, fiind foarte rar semnalate îmbolnăviri sub forma de epidemie. Un factor important, care pledează oarecum în sprijinul rolului jucat de factorul constituțional, este apariția reumatismului acut la persoane tinere, la o etate care rareori trece de 35 ani. Acest fapt ne face să presupunem, că îmbolnăvirea caută un anumit teren, un anumit mediu, la care rezervele de rezistență pot ușor să fie mobilizate pentru localizarea îmbolnăvirii asupra articulațiilor. Dar mobilizarea rezervelor de apărare și localizarea îmbolnăvirii pe un anumit sistem de organe, ar pleda într-o bună măsură în sprijinul ipotezei alergice a reumatismului acut.

Pe lângă factorul individual, constituțional, un rol important și din timpuri vechi recunoscut se atribuie, în apariția reumatismelor, mediului înconjurător, componentei climatice. Intre factorii din mediul înconjurător, *Edlefszen* face o legătură între cantitatea precipitațiunilor dintr'un anumit loc și frecvența reumatismelor, căutând să arate că este o mai mare dependență între îmbolnăvire și precipitațiuni decât față de frig. Imbolnăvirile reumatice au caracterul de a se menține între anumite latitudini geografice și se găsesc mai frecvent împrejurul coastelor marine și a lacurilor, unde climatul este caracterizat prin umezeală mare și frig. Că este nevoie de amândouă aceste componente, umezeală și frig, ne-o dovedește frecvența îmbolnăvirilor făcute de englezi, atunci când trăiesc în climatul umed și rece al metropolei și raritatea reumatismelor la englezii din colonii, unde lipsind frigul, singură umezeala nu poate să favorizeze îmbolnăvirile reumatice. Condițiunile meteorologice au un rol determinant atât în frecvența îmbolnăvirilor, cât și în exacerbarea durerilor reumatismale în diversele organe. Care anume dintre componentele atmosferei influențează îmbolnăvirea și cauzează apariția durerilor nu știm cu siguranță. Se pare, că ceea ce interesează în primul loc nu este numai valoarea cantitativă a umidității ci, pe lângă frig și presiune barometrică, ar avea un rol determinant și natura ionizării aerului. Unele lucrări caută să facă o legătură între apariția durerilor reumatice și diminuarea, sub anumite limite, a ionilor negativi din atmosferă. De altfel studiile făcute de *Dessauer* și *Strassburger* arată efectul calmant ce-l are asupra unor afecțiuni cardiace sau pulmonare inhalarea unui aer încărcat în mod artificial, cu o mare cantitate de ioni negativi. Nu este lipsită deci de interes legătura ce se face între apariția durerilor reumatice și diminuarea ionilor negativi atmosferici.

Medicii greci, fără să facă o deosebire între cele două categorii de îmbolnăvire cauzată de frig — cathar și rheuma — le considerau ca datorite unui lichid nociv sau toxină acumulat în extremitatea cefalică și cari prin scurgerea în organism ar putea să dea îmbolnăvirile respective prin fixarea pe articulații sau pe

aparatur respirator. Abia *Ballonius* consideră reumatismul ca produsul îmbolnăvirii generale a organismului prin alterarea sucurilor sale și localizarea îmbolnăvirii pe articulații. Către sfârșitul secolului trecut încep o serie de cercetări de laborator pentru elucidarea etiologiei reumatismului acut, unii dintre autori susținând ipoteza unei infecțiuni cu un agent figurat, alții fiind de părere să atribuie totul alergiei. *Sahli* în 1892, susține că reumatismul acut este o formă atenuată a unei septicemii cu stafilococi; în acelaș fel îl consideră *Fr. v. Müller și Singer* susținând însă, că ar putea să fie datorit unei septicemii strepto sau stafilococice, iar *Chvestek* atribuie un rol *nu microbilor ci toxinelor microbiene* care ar cauza apariția manifestărilor articulare. *Salisbury* consideră de agent patogen al reumatismului acut niște ciuperci izolate din sângele celor bolnavi și pe care el le numește *Zimototis translucens*, iar *Gultmann*, izolând din lichidul articular, din pericardul celor sucombați în reumatism și din rinichi un stafilococ piogen aureu, îl consideră pe acesta de agent patogen al reumatismului acut, fără să țină însă seama, că în timpul agoniei au putut să ia naștere invaziuni microbiene și infecțiuni secundare. *Achalme și Thiroloix* izolează un microb anaerob din grupul edemului gazos, pe care îl consideră de agent specific al reumatismului acut. Cam în acelaș sens sunt și lucrările de control făcute în ultimul timp de *L. Bertrand (Antwerpen)*, care deasemeni izolează un anaerob din hemoculturile re coltate dela reumaticii acuți. Cercetări de control făcute cu sursele izolate de către *Bertrand* n'au dat nici un rezultat, așa încât nu se poate susține, că acești microbi ar fi agentul patogen al reumatismului acut. Cam aceeași valoare i se poate atribui și celui „*Coccobacillus diphteroides*” izolat de către *Collis* prin hemocultură. O valoare relativă se atribuie și microbului izolat de *Levaditi, Nicolau, Poincloux* de o parte și de *Parker și Hudson* în America de altă parte și cunoscut sub numele de *Streptobacillus moniliformis*.

Cu începutul secolului prezent, mai ales școala americană începe să atribuie *streptococilor* un rol important în etiologia reumatismului, fie ca o invaziune a acestor microbi în întreg organismul, ca o îmbolnăvire generalizată, sau ca o localizare în diferite focare, de unde ar fi capabili să producă îmbolnăvirea articulațiilor prin *diseminare* sau prin *toxina elaborată la acest nivel*. Ipoteza unei etiologii streptococice a reumatismului acut a făcut obiectul de studiu a școlii americane cu *Rosenov, Coburn*, iar mai recent *Grumbach și v. Albertini* se ocupă de acelaș agent patogen, primul fiind ceva mai conciliant și considerând ca manifestățiunile ale reumatismului acut numai leziunile anatomo-patologice, care însă nu e strict necesar să fie produse întotdeauna de acelaș agent patogen, streptococul, ci trebuind să existe felul special de reacțiune a organismului. Alți autori americani ca *Russel Cécil, Edith Nicholls, Wensell, Stainby* consideră streptococul *viridans tip α (alfa)* ca agent patogen al reumatismului acut. Alți autori, între care *Coburn*, consideră streptococul hemolitic de agent cauzator, mai ales în urma

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



NEUROSEDATIVUL
CU
ACȚIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ȘI
RECONSTITUANT
ENERGIC



Repr. p. România: S. I. F. s. a. r. București, Avram Iancu 32

PERVITIN UN NOU ANALEPTIC

DR. HERMANN MULLER-BONN

Lucrare făcută în secția chirurgicală a Spitalului Sf. Iosif din Köln-Kalk.
Die Medizinische Welt 1939 Nr. 39. Pg. 1315.

PERVITIN, 1 phenyl — 2 methylaminopropan, întocmai ca adrenalina, ephedrina, thyamina, în al căror grup se încadrează — are o acțiune tipică asupra circulației periferice.

Ceiace îi dă Pervitinei un loc special între substanțele susmenționate este acțiunea ei centrală, fapt nou și foarte instructiv.

În doze mari Pervitin este un analeptic cu acțiune stimulentă centrală și periferică.

Experiențele autorului se împart în două capitole:

1) Pervitin în colaps și slăbirea circulației post operatorii.

Autorul a întrebuințat soluția de Pervitin, injectând-o intramuscular în cazuri de hypotonie și colaps. Injecțiile au fost bine suportate.

Întâi s'a observat efectul asupra presiunii arteriale, apoi s'a produs ridicarea pulsului și a respirației.

În numeroase cazuri pacienții au declarat în mod spontan că simt o ameliorare sau că „simt că le bate mai tare inima”.

Această ameliorare se produce cam după 45 minute și este mult superioară ca persistență celorlalte analeptice.

Remarcabil este că pacienții care se scoală din somnul anestezic sub acțiunea Pervitinei, nu vomitează și au dispoziție excelentă.

Deosebit de important este faptul că după administrarea Pervitinei și mai ales postoperator, pacienții respiră mai adânc decât de obicei. Deasemeni ascultă mai bucurăși prescripțiile medicale, putând fi convinși să tușească, pentru a expectora toate mucozitățile. Astfel pot fi evitate dacă nu broncho-pneumoniile, cel puțin întârzierile periculoase în vindecarea bronhițelor.

2) Al doilea capitol de experiență se ocupă de acțiunea psihică a Pervitinei.

Aplicarea Pervitinei în cazuri hipotoxice, mai ales la pacienții a căror stare generală și voință de vindecare este rău influențată de starea de depresiune, a dat rezultate foarte favorabile.

Administrarea acestui preparat este considerată de autor ca aptă de a învinge orice aversiune a pacienților, față de măsurile luate de medic. Desigur că echilibrul și animația aduse de Pervitin în starea de spirit a pacientului sunt factori extrem de favorabili pentru vindecare.

S'a observat chiar o mai bună rezistență la durere la pacienții cărora li s'a administrat doze mici de analgetice. Astfel durerile abdominale, după laparotomie au fost suportate remarcabil de bine, de pacienții tratați cu Pervitin.

Deasemeni acțiunea antihipnotică și stimulentă a Pervitinei asupra persoanelor sănătoase a fost constatată de autor asupra medicilor și surorilor cu serviciul de noapte. Două comprimate luate seara, împiedică somnul, procurând o bună stare generală, mărin și capacitatea de lucru. Numeroase mărturii date de avocați, medici și unii mecanici de locomotive, întăresc observațiile de mai sus.

Dozarea Pervitinei se regulează după efectul dozit.

În concluzie autorul consideră acest remediu ca o îmbogățire în domeniul tratamentului circulației.

Asupra stărei psihice depresiunea convalescenței, rezistența la prescripțiile medicale, acțiunea Pervitinei este de asemeni remarcabilă; faptul însă complet nou este acțiunea Pervitinei asupra oboselii și stării generale proaste, postnarcotice.

demonstrărilor de interes practic făcute de acest autor. *Coburn*, susținând etiologia streptococică a reumatismului acut, caută să facă legătura între prezența acestui microb, componenta climatică și apariția îmbolnăvirii articulare. Având în tratament zece reumatici cu manifestațiuni articulare acute, renitente la tratament și prezentând în același timp streptococi hemolitici în cavitatea faringeană, îi trimite dela New-York la Porto-Rico. În scurt timp după instalarea în acest climat favorabil dispar paralel atât fenomenele articulare cât și streptococii din gât. Cu revenirea la New-York, la o parte dintre bolnavi, reapar durerile articulare și în același timp pot să fie evidențiați dni nou streptococi hemolitici în faringe. *Warren Crowe* ca și *Grumbach* izolând, printr'o tehnică specială, dela reumatici un *gen special de streptococi*, îi consideră pe aceștia de agenți patogeni ai îmbolnăvirii; ultimul dintre autori pretinde însă, pentru ca îmbolnăvirea să aibă loc, pe lângă componenta infecțioasă și un tel anumit de a reacționa a organismului, numai în acest caz putând să se producă leziunile anatomopatologice, caracteristice. Dar hemoculturile executate pe un număr foarte mare de reumatici acuși n'au putut să aducă dovada indiscutabilă asupra rolului ce revine streptococului hemolitic în etiologia reumatismului acut. Tot așa de puțin verosimilă este etiologia tuberculoasă a reumatismului acut, după cum caută s'o susțină *Reitter* și *Löwenstein* dela Viena. Bazați pe o serie de hemoculturi pozitive din care izolează bacilul Koch, acești autori vin să afirme că acest bacil este agentul patogen al reumatismului poliarticular acut. Ipoteza, că reumatismul acut ar putea fi cauzat de un *virus filtrant*, este puțin verosimilă din motivul, că îmbolnăvirile cauzate de virusuri prezintă în general o mare contagiozitate și lasă — în afară de febra Dengue — după trecerea îmbolnăvirii o imunitate definitivă sau de lungă durată, ceace nu este cazul să se întâlnească la reumatismul acut, care tocmai are tendință mare de a recidiva.

O serie de autori, printre care *Pribram*, *Aschoff*, *Schottmüller*, *Swift*, *Fahr*, *Graeff*, etc., consideră reumatismul acut ca o entitate morbidă bine definită — deosebit de tabloul asemănător al reumatoidelor, cauzat de un *agent patogen figurat*, a cărui izolare n'a reușit până în prezent. Specificitatea îmbolnăvirii o arată prezența *nodurilor lui Aschoff*, apariții anatomicopatologice pe care nu le întâlnim în vreo altă îmbolnăvire. *Naegeli* caută să releve în explicarea etiologiei reumatismului acut două ipoteze: el susține, că această îmbolnăvire ar putea să fie datorită unui agent patogen necunoscut până acum, sau că ar fi cauzată de o *specie aparte de streptococi*, foarte puțin viabili capabili să provoace fenomene iperergice la nivelul articulațiilor. *Naegeli* înclină mai mult să se alătore primei ipoteze, căutând să considere reumatismul acut ca fiind cauzat de un agent patogen figurat, până în prezent neidentificat.

In opoziție cu ipoteza unei etiologii infecțioase a reumatismului acut stau părerile lui *Weintraud*, *Rössle*, *Klinge*, *Gudzent*,



care consideră reumatismul acut ca o *manifestare alergică*, asemănătoare cu apariția îmbolnăvirilor articulare observate în *boala serului*. Deși această interpretare are o parte de adevăr, ea nu poate să explice în totul etiologia unei maladii independente, care se prezintă cu o astfel de specificitate atât în ce privește aspectul său clinic, cât și alterațiunile anatomo-ptologice. Alergia, după *Gudzent*, ar fi nu numai față de substanța proteică a toxinei microbiene, ci și față de unele proteine alimentare, ceea ce caută el să demonstreze prin provocare de fenomene locale la administrarea intracutană de țesuturi preparate din diverse produse alimentare sau filtrate microbiene. Cercetări de control făcute în ultimul timp de către *Kirchhof*, cu aceleași testuri, la reumatici și la persoane care n'au avut niciodată manifestațiuni articulare, au arătat o egală iipersensibilitate; deci ambele grupuri de persoane s'au comportat la fel, ceea ce nu ne îndreptățește să atribuim alergiei importanța absolută în reumatismul poliarticular acut. *Kontschalowski* și *Cuatrecasas* susțin, că pe lângă agentul figurat îi revin, în apariția reumatismului acut, un rol foarte important reacțiunii alergice a organismului, iar patologia istologică înclină astăzi să atribuie componentei alergice și constituționale a organismului un rol mai mare în provocarea reumatismului acut decât agenților figuranți bacterieni.

Autorii francezi începând cu *Trousseau* și recent *Sédillot* consideră reumatismul ca o manifestațiune diatezică, gutoasă. Pentru ei constituția transmisibilă ereditar are un rol important, iar celelalte componente n'au decât un rol cu totul secundar.

Din toate ipotezele enumerate reiese lipsa de unitate în păreri asupra etiologiei unei îmbolnăviri care se prezintă cu aspectul său specific și diferit de alte tablouri morbide. Reiese că etiologia reumatismului acut este privită astăzi în trei feluri: unii autori consideră reumatismul acut de origină *microbiană*, cauzat de microbi obișnuiți; o altă serie de autori îl consideră ca datorit unui *microb necunoscut* încă și fac astfel o deosebire între „rheumatismus infectiosus specificus” (*Umber*) și alte manifestațiuni articulare acute analoage ca tablou clinic, dar produse de agenți figurați cunoscuți; și în fine grupul al treilea de autori consideră reumatismul acut ca o *reacțiune alergică* a organismului față de un anumit antigen. *Noi trebuie să considerăm astăzi reumatismul acut ca o maladie independentă, specifică, cauzată de un agent patogen figurat încă neidentificat, având ca poartă de intrare inelul limfatic a lui Waldayer, și care agent figurat are nevoie de un anumit teren pentru a putea producea îmbolnăvirea. Ceea ce pledează în sprijinul ipotezei, că reumatismul acut este o maladie infecțioasă, este nu numai febra înaltă ci mai ales tabloul sanghin, viteza de sedimentare a hematiilor urcată și deosebit de acestea aspectul anatomo-patologic al leziunilor, specifice pentru această îmbolnăvire.*

Dacă în etiologia reumatismului acut nu avem o explicație suficient de acceptabilă, acelaș haos și nesiguranță a persistat până în ultimul timp și în explicarea etiologiei și patogeniei *reumatismului cronic primar*. Reumatismele cronice, — este cunoscută —

au fie o evoluție secundară, consecutivă unei îmbolnăviri acute și constituiesc așa numitul reumatism cronic secundar, sau îmbolnăvirea evoluiază dela început cu caracter cronic, fără ca în antecedentele bolnavului să găsim o manifestățiune articulară acută. Mecanismul de producere a reumatismului cronic primar a format obiectul de studiu a numeroși autori, care s'au ocupat de elucidarea acestei probleme. În etiologia sa s'a dat și se dă, mai ales din partea școlilor germane și americane, o importanță foarte mare *focarelor de infecție din organism*, care din când în când invadează organismul cu produse de infecție. Domeniul localizării focarelor care să explice patogenia reumatismului cronic era considerat mai vast decât cele câteva organe luate până atunci în considerare. Astfel de focare ar putea să-și aibă sediul în amigdale, dinți, cavități anexe foselor nazale, apendice, vezică biliară, prostată și anexe. Dar orice proces supurativ din organism poate să intervină în acest sens în patologie, chiar cicatrice postoperatorii infectate. Toate focarele care prezintă o sensibilitate și resimt jenă la schimbările meteorologice pot să întrețină mai ales manifestățiuni articulare. Nu rareori focarul principal este eliminat pe cale operatorie sau devine inactiv cu timpul, dar manifestățiunile patologice sunt întreținute de focare secundare, de metastază, produse prin diseminare microbiană. Activarea acestor focare, *anacoreza lui Ascoli* este un fapt deseori întâlnit și cu care trebuie să contăm mai ales după eliminarea operativă a focarului principal.

În etiologia unor reumatisme cronice se acordă, pe bună dreptate, o mare importanță *discriminilor ovariene, tiroidiene sau ipofizare*. În ce măsură turburarea funcțională a acestor glande este capabilă să provoace îmbolnăvirea articulațiilor nu o știm cu siguranță, ci presupunem că totul se petrece prin intermediul sistemului nervos vegetativ și prin turburări circulatorii și de nutriție la nivelul aparatului locomotor. Cert este, că odată cu climacteriul, apar la unele femei, fenomene articulare care sunt favorabil influențate prin opoterapia fie ovariană fie pluriglandulară.

Reumatismul cronic secundar fiind consecutiv și evoluând din unul acut are aceeași etiologie. Asupra etiologiei reumatismului cronic primar trebuie să existe alte motive și momente care să determine apariția și evoluția sa caracteristică. Până în ultimul timp nu s'a găsit o explicație acceptabilă pentru ce poliartrita cronică primară evoluiază cu caracterul acesta lent, pentru ce se localizează de preferință asupra articulațiilor mici dela membre, pentru ce apare simetric, pentru ce interesează în primul loc porțiunea distală a membrilor, pentru a se extinde uneori progresiv și la articulațiile mai mari. Și aici s'a luat în considerare pe deoparte componenta individuală, componenta constituțională, căreia i s'a atribuit un mare rol în felul evoluției îmbolnăvirii articulare, iar pe de altă parte rolul ce-l pot avea focarele infecțioase din organism. *O explicație temeinică, și demonstrată experimental* asupra patogeniei reumatismului cronic primar, în legătură cu focarele de infecție, a dat-o în ultimul timp prof. *Slauck* și școala sa din Aachen.

Până când școala americană și cea germană interpretează rolul focarelor în sensul diseminării de agenți patogeni figurați, care luați de curentul sanghin ajung la nivelul articulațiilor unde dau leziuni anatomice sau numai turburări în funcțiunea țesuturilor articulare cu fenomenele subiective și obiective caracteristice, Slauck explică mecanismul îmbolnăvirii printr'o acțiune nocivă a toxinei plecate dela nivelul unui focar din regiunea cefalică. Aceasta, rezorbită pe calea perineurală, ajunge la lichidul cefalo-rachidian și se grefează pe celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei la nivelul cel mai jos al său. Slauck consideră reumatismul cronic primar, denumit de el *Fokaltoxische Polyarthritis*, ca stând în dependență de focare toxi-infecțioase localizate numai în regiunea cefalică ca dinți-granulome sau pioree alveolară-amigdale, cavități anexe ale foselor nazale și în mai rare cazuri afecțiuni supurative ale urechii mijlocii. Aceste focare sunt constituite din mase microbiene, închistate în cele mai multe cazuri, dela nivelul cărora numai rareori diseminează microbi pe calea sanghină. Ceeace diseminează însă în mod aproape constant dela acest nivel este *toxina produsă de microbii închistați* sau rezultată din desagregarea țesuturilor în contact cu agenții patogeni. Această toxină nu vine să influențeze în mod direct articulațiile, ci indirect prin sistemul nervos, prin acțiunea asupra celulelor motorii din măduva spinării.

Din studii de neurologie, Prof. Slauck ajunge la concluzia că poliartrita cronică primară nu e o îmbolnăvire cauzată ca și reumatismul acut sau cronic secundar de un agent patogen figurat, de un microb, ci că această manifestățiune articulară este datorită influenței unor toxine asupra elementelor nervoase din măduva spinării. În concepția școlii din Aachen, la baza poliartritei cronice primare stă un focar toxic, care prin substanțele pe care le trimite la nivelul lichidului cefalo-rachidian pe calea tecei perinervoase a nervilor cranieni, duce cu timpul la apariția modificărilor în micile articulații. Că aceste toxine sunt pur microbiene sau că intervin și toxine rezultatele din destrucțiunile tisulare dela nivelul focarelor este de prea puțină importanță; de reținut fiind doar existența acestor focare în regiunea cefalică. Toxina trece, o parte în sistemul vascular sanghin, altă parte ajunge la sânge prin intermediul căilor limfatice, iar o altă porțiune se rezoarbe pe calea tecei perineurale ale nervilor cranieni și pătrunde, în mod analog cu ceea ce se știe la tetanos, în lichidul cefalo-rachidian. Aici urmează cursul acestui lichid, adică caudal, și stagnează ceva mai mult în regiunea cea mai de jos a canalului rachidian. Or, prin această stagnare se produce o influențare prin contact mai prelungit a celulelor motorii din coarnele anterioare tocmai la acest nivel de jos, în ultimile segmente lombare și sacrale. Influența ce o resimt celulele motorii se exteriorizează prin *contractiuni fine în diferitele fibre musculare* înervate de celulele interesante. Aceste mici contractiuni, denumite *fibrilațiuni musculare*, apar de cele mai multe ori la nivelul mușchilor dela membrele inferioare înervați de a 5-a lombară și primele sacrale. Că fibrilațiunea musculară este un fenomen în legă-



RECTIDON COMP.

Supozitoare

Analgetic
Hipnotic
Antispasmodic

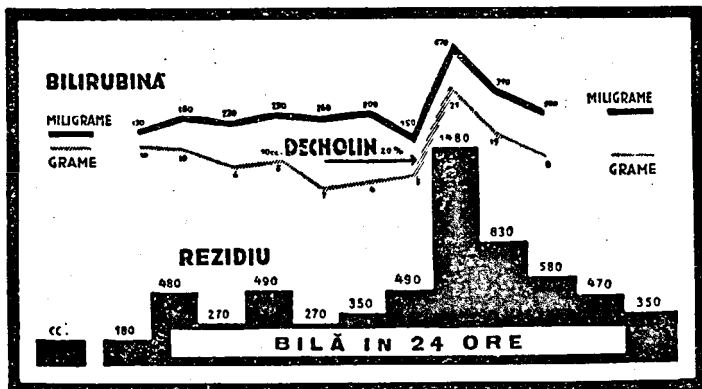
Intrebuijând Rectidon comp. se poate evita în cele mai multe cazuri morfina și derivații ei.

INOFENSIVI

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6-

DECHOLIN CHOLERETIC CHOLAGOG

Recomandat de numeroși specialiști cu reputație mondială



TABLETE

FIOLE

Timp de 15 ani neîntrerupt în uz. Singurul preparat care poate fi injectat și intramuscular.

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.



M. R.

tură cu acțiunea nocivă exercitată de toxină asupra celulelor motorii este un fapt în afară de orice discuție, dovedit în mod experimental de către Slauck. Injectând i. r. la animale de laborator cantități mici de toxină ditirică diluată, după foarte scurt timp apar fibrilațiuni musculare la nivelul membrelor inferioare, dacă ținem animalul în poziție verticală cu capul în sus, analoage celor observate la bolnavii cu poliartrită cronică primară. Deci în concepția și explicarea dată de Saluck, fibrilațiunea musculară este semnul sigur, că există în regiunea cefalică un focar dela nivelul căruia diseminează toxină, care ajunge la lichidul rachidian. Poli-artrita, durerile neuromusculare, turburările cardiace, durerile musculare stau în acest caz în legătură cu toxina plecată dela acest focar. Nu avem o explicare destul de întemeiată pentru ce îmbolnăvirea, în poliartrita focal-toxică, apare în primul loc în micile articulații ale mâinilor și în articulațiile tibio-tarsiene.

S'a susținut, că această localizare a îmbolnăvirii ar putea să fie în legătură cu insultele și greutatea la care este expusă articulația în munca de toate zilele; că la acest nivel rețeaua de capilare este deosebit de sensibilă la acțiunile toxice.

Ce rol mare joacă focarele infecțioase-toxice în etiologia îmbolnăvirilor reumatismale cu evoluție cronică ne-o arată datele statistice prezentate de *Rheumaforschungsinstitut din Aachen*. Pentru anul 1936, din totalitatea reumaticilor internați în această instituție, un procent de 80% au prezentat îmbolnăviri pe bază focal-toxică, fie că ele s'au manifestat la nivelul aparatului locomotor sau că a fost prinsă în cauză și componenta nervoasă regională. Semnul sigur de prezență a focarului este fibrilațiunea musculară, care denotă influența resimțită de celulele motorii din coarnele anterioare medulare prin prezența toxinei în lichidul cefalo-rachidian. Dar dacă fibrilațiunea apare de cele mai deseori la extremitatea distală a membrelor inferioare, apariția manifestărilor articulare nu este obligator să apară la aceleași membre, ci de cele mai multe ori apare la nivelul micilor articulații dela mâini. Aici deasemeni intervine componenta nervoasă, dar într'un sens trofic, de modificare în întreagă nutriția asupra teritoriului inrevat de segmentele medulare pe care le-a interesat mai mult toxina. Fixarea toxinei la un anumit nivel nu se face la întâmplare, ci mai mult, se pare, acolo unde rezistența la insulte este cea mai mică. În afară de acești doi factori, focar și loc de mai puțină rezistență, vine în considerare în mare măsură componenta individuală, factorul constituțional.

În apariția reumatismelor cronice primare și a altor manifestațiuni de natură focal toxică, noi credem că își dau contribuția trei factori, care sunt deopotrivă de importanți și anume: *constituția specială a bolnavului, prezența unui focar în regiunea cefalică dela nivelul căruia diseminează toxină și se rezoarbe pe calea perineurală la lichidul cefalo-rachidian, iar al treilea factor este extern, format din totalitatea condițiunilor mediului ambiant*, cu toate variațiunile sale, care pot să fie luate în considerare în îmbolnăvirile reumatice. Deși Slauck dă prea puțină importanță factorului consti-

tuțional, felului de a reacționa a pacientului față de o cauză nocivă, din observațiunile ce am făcut atât în spital cât și în stațiunea balneară Sovata în care lucrez, cred, că acestei componente individuale trebuie să i se atribuie rolul principal în îmbolnăvire. Această considerație rezultă ca o concluzie logică, dacă avem în vedere, că există un număr destul de mare de persoane care să aibă granulome sau alte focare în regiunea cefalică și cu toate acestea nu fac determinări articulare sau de altă localizare, care să poată fi încadrate între îmbolnăvirile focal-toxice.

Considerând importanța focarelor în sensul lui Slauck, vom interpreta modificările patologice dela nivelul articulațiilor ca produsul de acțiune a toxinei asupra elementelor nervoase din măduva spinării. Până când însă Slauck consideră acțiunea toxinei mai mult asupra celulelor motorii, noi înclinăm să credem că acțiunea acestei toxine este ceva mai complexă și interesează, pe lângă elementele motorii în special pe cele *organovegetative*. În această privință acțiunea toxinei ar merge paralel cu influența factorilor externi, luând ceva mai simplu sub forma de umiditate și frig. În acest fel am putea să considerăm mecanismul patogenetic în felul următor: toxina microbiană sau de altă natură este rezorbită pe cale perineurală, ajunge la lichidul cefalo-rachidian și influențează activitatea celulelor nervoase medulare. Dintre toate elementele celulare credem, că unele dintre cele mai sensibile sunt celulele ganglionare vegetative, acumulate sub forma de centri în regiunea dorsală și sacrală. Mecanismul de funcțiune deranjat al acestor celule vegetative va duce cu timpul la turburări circulatorii și de nutriție, care vor fi resimțite în primul loc la nivelul țesuturilor celor mai puțin irigate cum sunt articulațiile. Turburările de circulație periferice, dela nivelul articulațiilor vor fi favorizate de elementele mediului extern. Conlucrarea acestor doi factori, toxină și mediu extern presupune fără îndoială prezența terenului asupra căruia să acționeze. Interesarea celor doi centri vegetativi din măduvă reiese pe deoparte din apariția simetrică a îmbolnăvirii, care se localizează de predilecție pe micile articulații distale, deci la nivelul unde turburarea circulatorie va fi mai mult resimțită, de altă parte din apariția îmbolnăvirii de obicei în domeniul membrelor inferioare și superioare, deci în domeniul de activitate a acestor centre vegetative.

Importanța componente constituționale de care se leagă mijloacele proprii de apărare ale organismului, rezultă și din tratamentul ce aplicăm acestor bolnavi. Pe lângă eliminarea operativă a focarelor descoperite, cele mai bune rezultate terapeutice se obțin asupra reumatismelor cronice primare prin balneoterapie și fizioterapie, care amândouă ne pun la dispoziție mijloace de tratament general, influențând prin intermediul tegumentului constituția și organismul în întregime și mobilizându-i toate mijloacele proprii de apărare.

Dintre toate posibilitățile de tratament pe care ni le pune la dispoziție stadiul actual al cunoștințelor în domeniul terapiei,

aceste mijloace de fizioterapie, împreună cu hidroterapia, își au calea de acțiune îndreptată asupra tegumentului, iar prin modificările produse în acest înveliș, să determine schimbarea diferitelor funcțiuni organice sau de ansamblu ale organismului. Terapia medicamentoasă dă în aceste forme de reumatisme rezultate prea puțin mulțumitoare din motivul că, această terapie nu poate să influențeze prea mult nici eliminarea, nici neutralizarea toxinelor produse la nivelul focarelor și nici să producă modificări circulatorii mai importante, generale sau locale. În tratamentele noastre fizioterapeutice, mai ales în cele urmate de sudație, contăm pe amândouă aceste componente, anume favorizăm eliminarea toxinei prin sudație și producem modificări circulatorii atât locale cât și generale.

BIBLIOGRAFIE.

- Aschenbach R. Dr.*: Der chronische Gelenksrheumatismus und seine Behandlung. (München 1926). — *Bauer Julius D-r Prof.*: Der sogenannte Rheumatismus. Leipzig 1929. — *Burrow Ray Matthew*: Rheumatic diseases. (London 1927). — *Coates Vincent and Delicati Leo*: Rheumatoid arthritis and its and its treatment. (London 1931). — *Coburn F. Alvin*: The factor of infection in the rheumatic state. (London 1931). — *Cuatrecasas Iuan D-r Prof.*: (Buenos-Aires) Concepto del reumatismo cardio-articular. (Bol. Centro Antireum. Nr. 4 1937). — *Eckstein Albert Prof.*: Zur Differentialdiagnose des Rheumatismus und der mit ihm verwandten Krankheiten im Kindesalter. (Rheumaprobleme Bd. II. Leipzig 1931). — *Edens Ernst Prof.*: Die Bedeutung der Körperperfassung für das Krankheitsbild des Rheumatismus. (Rheumaprobleme Bd. III. Leipzig 1934). — *Edström Gunmar*: Febris Rheumatica. (Lund-Schweden 1935). — *Fahr*: Beitrag zur Frage der rheumatischen Granulomatose (Polyarthritis rheumatica, Rheumatismus infectiosus) Klin. Wschr VIII 1929. — *Flach Emil D-r*: Atmosphärisches Geschehen und witterungsbedingter Rheumatismus. (Dresden-Leipzig 1938). — *Freund Ernst D-r*: Gelenkskrankungen. (Berlin-Wien 1929). — *Gehlen H. D-r*: Neuere Erkenntnisse aus dem Krankheitsgebiet der primär-chronischen Polyarthritis und die Auswertung für die Therapie. (Verh. des 49. Kongresses für innere Medizin 1937). — *Gräff Siegfried Prof.*: Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des Rheumatismus infectiosus. (Dtsch. med. Wschr. Nr. 17 și 18/1927). — *Gräff Siegfried Prof.*: Das Rheumasymptom und der Rheumatismus infectiosus specificus als selbstständige Infektionskrankheit. (Dtsche. med. Wschr. Nr. 31, 1932). — *Gräff Siegfried Prof.*: Rheumatismus und rheumatische Erkrankungen. (Berlin 1936). — *Gudzen*: Gicht und Rheumatismus. (Berlin 1929). — *Gudzen*: Gicht, Rheuma, Aufbrauchskrankheiten. Leipzig, 1935). — *Hafieganu — Goia*: Tratat de medicină internă, Vol. III. Cluj. 1939). — *Helmreich Egon Doz D-r*: Der Rheumatismus im Kindesalter und seine Behandlung. (Stuttgart 1935). — *Kirchhof Hermann D-r*: Ist der Gelenksrheumatismus eine allergische Erkrankung. (Zschr f. Rheumaforschung). (B. I. H. 3. 1938.). — *Köhler P. D-r Geh. San. Rat*: Über den Rheumabegriff. — Ztschr f. Rheuma — forschung. (B. I. H. 3. 1938). — *Köhler P. D-r Geh. San. Rat und Hering Genta D-r*: Beitrag zur Erfolgsstatistik bei Rheumakranken. (Ztschr. f. Rheumaforsch. Nr. 4. 1937). — *Magelssen Anton*: Über die Aetiologie des Rheumatismus. (Acta Rheumatologica Nr. 15, 1932). — *Missenard André*: L'homme et le climat. (Paris 1937). — *Reutter Karl, D-r Prof. und Löwenstein E. D-r Prof.*: Akuter Gelenksrheumatismus und Tuberkelbazillämie. (Münch. med. Wschr. Nr. 36, 1930). — *Slauch A. Prof.*: Klinische Erkenntnisse an Rheumakranken. (Dtsche, med. Wschr. nr. 9 1938). — *Slauch A. Prof.*: Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus. (Leipzig — Dresden). *Sédillot Jaques*: L'artrite, ses dangers, son traitement (Paris 1931). — *Schottmüller prof. D-r Hugo*: Über akute Gelenkentzündungen, ihre Aetiologie und Behandlung. (Rheumaprobleme I Leipzig 1929). *Strauss H. Prof.*: Allergische Phänomene bei rheumatischen Erkrankungen. (Dtsche med. Wschr. Nr 18, 1927). — *Zimmer Arnold*: Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten. (Leipzig 1930). *Veil H Wolfgang D-r*: Der Rheumatismus und die streptomykotische Symbiose. (Stuttgart 1939).

Der heutige Begriff der Etiologie des primären, akuten und chronischen, Rheumatismus.

Die Etiologie des akuten Rheumatismus wird heute aus drei verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet: einige, schreiben den akuten Rheumatismus einem unbekanntem Keim zu, andere den gewöhnlichen Erregern, und die Letzten betrachten ihn als eine allergische Reaktion. Wir müssen den akuten Rheumatismus als eine eigenartige Krankheit betrachten, hervorgerufen durch einen nicht identifizierten Erreger welcher durch den lymphatischen Ring Waldeyers dringt, und ein bestimmtes Gebiet erfordert.

In der Etiologie des primären chronischen Rheumatismus, spielen heut' zu Tage, die Infektionsherde des Organismus, eine grosse Rolle, weniger aber die Sekretionsstörungen der Eierstöcke, Schilddrüsen und Hypophysen. Die Bedeutung der Infektionsherde wurde durch Slauck demonstriert, der den primär chronischen Rheumatismus durch die Ankerung der ausgestreuten Toxine von den Herden auf die Voderhornganglienzellen des Rückenmarkes erklärt. Es kommen aber nur die Fokalerde der Zähne, Mandeln und Nasennebenhöhlen, in Betracht. Die Ankerung der Toxine auf die motorischen Ganglienzellen, äussert sich durch feine Muskelzuckungen. Nebst den motorischen Elementen sind auch die organ-vegetativen mitinteressiert, da Zirkulations = und Ernährungsstörungen entstehen, welche auf die schwach durchbluteten Gewebe rückwirken, wie zum Beispiel auf die Gelenke.

Die Bedeutung der Herde geht, sowohl aus der Besserung nach der Entfernung derselben, als auch durch die durch physiotherapeutische oder balneologische Behandlung erzielten Ergebnisse, hervor. Es ist dies eine Behandlung die, die ganze organische Tätigkeit beeinflusst.

L'attuale concezione sopra l'etiologia del reumatismo primario, acuto e cronico.

Nell'etiologia del reumatismo poliarticolare acuto intervengono due fattori, l'uno endogenetico proprio della costituzione dell'organismo, e l'altro exogenetico, il quale comprende l'ambianza del medio esterno e la componente infezionosa. Sopra il problema di quest'ultimo, gli autori non sono d'accordo; gli uni sostengono come agente cogionatore dei microbi banali, altri proferrebbero un'agente fiugrato non identificato, un terzo gruppo di autori considerano il reumatismo acuto come una reazione allergica contro un antigeno qualsiasi.

In quello che riguarda il reumatismo cronico primario, Slauck mette in rilievo l'importanza che possono presentare i focolari infezionosi che stanno sotto una certa tensione e localizzati nelle mandorle, denti, sinus e l'orecchio medio.

La via per la quale agisce il tossico partito di questi focolari a quello del sistema nervoso, a la presenza del focolare si manifesta per piccole fibrillazioni moscolare. Noi pensiamo che accanto alla presenza del focolare del livello della estremita cefaliche, occorre ancora una costituzione speciale, come in genere in tutte le forme del reumatismo.

Il sistema vegetativo ha certamente una contribuzione molto importante nell'ammalamento, tanto per i disturbi della circolazione, quanto anche per i fenomeni di atrofia muscolare, accentuata intorno all'articolazioni ammalate.

L'importanza dei focolari riesce tanto del ameglioramento o della guarigione del reumatismo cronico primario per l'estirpazione del focolare, quanto per i risultati terapeutici buone quali si attendono in questa malattia per mezzo di fisioterapia e balneoterapia, mezzi azionando sopra l'intero organismo ammeliorando tutte le funzione.

L'état actuel des connaissances sur l'étiologie du rhumatisme primaire, aigu et chronique.

Il y a deux facteurs qui intervient dans l'étiologie du rhumatisme poly-articulaire aigu; l'un endogen, en dependance de la constitution de l'organisme, et l'autre exogen, comprenant le milieu environant et l'infection. Quant au rôle de l'infection les auteurs ne sont pas d'accord, les uns attribuant le rhumatisme aigu aux agents microbiens banaux, d'autres à un agent pas encore isolé et un autre groupe d'auteurs ont la tendence de considérer cette maladie comme une réaction allergique de l'organisme envers un antigène quelconque.

Dans l'étiologie du rhumatisme chronique primaire, Slauck insiste sur l'importance des foyers infectieux localisés dans les amigdales, les dents, les sinus annexes des fosses nasales et l'oreille moyenne. La toxine disséminée de ces foyers suit la voie péri-neurale des nerfs crâniens pour arriver au liquide céphalo-rachidien, ou, en baignant les cellules motrices des cornes antérieures détermine des altérations qui s'extériorisent par des fibrillations musculaires aux plantes. Pour que la maladie en apparait, nous le croyons, elle nécessite en dehors du foyer infectieux aussi une constitution adéquate. Un très important rôle doit être attribué au système nerveux végétatif qui détermine des troubles circulatoires, nutritifs et des atrophies musculaires autour des jointures malades.

L'importance des foyers infectieux résulte aussi de l'amélioration ou du guérissement qu'obtiennent les patients après l'extirpation du foyer, et des résultats thérapeutiques très marqués qu'on obtient par la physiothérapie et la balnéothérapie, moyens thérapeutiques qui ont une influence sur toutes les fonctions de l'organisme.

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASIOD

subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc conținând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

**fiole injectabile
soluție
tablete
supozitoare**

Antispasmodic energic

conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonna.

**fabrica de produse chimice
gedeon richter
bucuresti**

București, str. Logofătul Tăut, 99

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN

D-r WANDER

Drageuri, Fiole injectabile, Pulbere

**Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină.
Acțiune bactericidă intensă asupra gonococului,
colibacilului etc.**

Uretrite

Cistite

Pielite

Bacteriurie



BCU Cluj / Central University Library Cluj

In spasme

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

D-r WANDER

Tablete

Supozitoare

Acțiune spasmolitică și analgetică sigură

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
București VI, Str. Cazărmei 89.

HERBACHOL „SAPIC“ CEAIU

Asociație de plante medicinale cu acțiune cholerică, cholagogă, antiflogistică și calmantă.

Indicat în

**Cholecistopatii subacute și cronice
Cholelitiază**



Reconstituant energetic în:

Anemii

Debilitate

Convalescență

„Sapic“-TONICUM Sirop

**Arsen
Fier
Mangan**

**Cupru
Strichnină
Clcerofosfați**

Fiind plăcut la gust e luat cu plăcere și de copii

Mostre și literatură trimite la cerere
Departamentul științific „SAPIC”
București VI, Str. Cazărmei 89

SCIȚII ÎN SCRIERILE HIPPOCRATICE 1)

de

D-r. V. M. PLATAREANU

Autorul prezintă o analiză a operelor lui Hippocrate în ceea ce privește pe Sciți și ajunge la concluzia că aceste observațiuni, relative la acest popor, au contribuit la dezvoltarea biologiei moderne.

Desigur, că pentru cei ce nu sunt familiarizați cu scrierile hipocratice, felul în care este anunțat subiectul comunicării noastre de astăzi, surprinde prin aceea că trezește în minte, în primul rând, o chestiune care ar privi mai mult starea generală. Pentru acest motiv, țin să anunț dintru început că felul cum sunt văzuți Sciții în scrierile hipocratice, privesc aproape exclusiv medicina. Revenirea atât de deasă a chestiunii Sciților în opera medicală a nemuritorului Hippocrate, nu slujește însă decât la demonstrarea unor „teme”, pe care cea mai cuprinzătoare minte din câte a ilustrat medicina până astăzi, le-a desprins, prin observație, din marele cosmos și le-a raportat la umila viețuitoare „om”.

Cele ce urmează, privitor la Sciți, sunt studiate din lucrarea lui E. Littré, intitulată „Operele complete ale lui Hippocrate”.

Această traducere, însoțită de comentarii lingvistice și istorice este alcătuită din 10 volume care au apărut între anii 1839—1861, la Paris, în editura Baillière. Am ales această traducere ca fiind printre cele mai desăvârșite din nenumăratele lucrări de acest fel care s'au făcut asupra operei lui Hippocrate. În treacăt voi releva că această lucrare a stat și la baza recentului studiu al D-lui Prof. Anton Dobrovici, intitulat „Origines de la Biologie. Hippocrate”²⁾ despre care pot spune că felul cum este analizat și comentat nemuritorul autor, constituie o podoabă literară și științifică cu care literatura medicală de pretutindeni

1) Comunicare la Societatea Regală Română de Istoria Medicinii 17. I. 1940.

2) Editura „Cartea Românească”, 1939.

și dela noi se poate mândri. Pentru lămurirea chestiunii de care ne ocupăm, am socotit necesar să răspundem la următoarele întrebări:

I. Cum a ajuns poporul scitic să trezească interesul lui Hippocrate?

II. În ce mod a cercetat Hippocrate acest popor?

III. La ce a servit lui Hippocrate faptele observate la poporul scitic?

IV. Care este interesul pentru medicina de astăzi ale acestor fapte ce aparțin unui trecut atât de îndepărtat?

I.

Știm cu toții că Hippocrate s'a născut în insula Cos din Grecia, cam pe la 460 înainte de Cristos și a cules primele cunoștințe medicale, dela ceea ce se știa sau se recunoștea drept medicină în insula sa natală. După terminarea acestor studii locale, spiritul celui ce urma să devină genialul Hippocrate de mai târziu, l-a îndemnat la o viață de lungi călătorii, care nu aveau pentru el decât un scop: „*Lămurirea problemelor privitoare la om și suferințele lui*”, probleme pe care el nu le-a socotit limpezi prin explicațiile și învățămintele primite dela contemporanii săi. Aceștia, după cum se știe, își înecau explicațiile tuturor boalelor, în adâncurile nemărginite ale teosofiei și misticii.

Spre deosebire însă de medicii de pe atunci, — cari de asemenea întreprindeau voiajuri în ținuturi mai mult sau mai puțin îndepărtate de patria lor cu scopul exclusiv de a-și schimba cadrul activității profesionale, fapt pentru care erau și numiți „Periodentes”, — Hippocrate a călătorit numai din dorința de a se instrui, de a cunoaște tot, de a subordona tot ceea ce vedea principiului pe care el încerca să-l pună la temelia cunoștințelor despre om.

În opoziție cu ceea ce se credea până la el, inteligența sa pătrunzătoare a căutat să explice apariția și determinarea boalelor prin cauze cari cădeau sub ascuțișul simțurilor, cauze care nu puteau să aparțină decât lumii exterioare, din care omul nu era decât o infinită și neînsemnată particică, cauze imanente care, în aceleași împrejurări, trebuiau să producă aceleași efecte. Tot neegalatul său simț de analiză și sinteză caută să lege și să reflecteze — așa cum soarele se resfrânge și se regăsește într'o picătură de apă, — influența elementelor cosmice și telurice asupra a tot ceea ce constituia corpul omenesc. Frământat de aceste probleme ale „determinismului” și ale „finalismului”, cum i se spune în termenii filosofici de astăzi, Hippocrate și-a sistematizat și orânduit cu multă chibzuință și dela început, drumurile pe care avea să le străbată.

El a cercetat mai întâi insulele Greciei, apoi Tesalia, Macedonia, Egiptul, Libia, Scitia, Caucazul și însfârșit Asia Mică. Hip-

pocrate și-a consemnat toate observațiile sale, fie personal, fie cu ajutorul elevilor săi³⁾.

Printre șederile sale, cea mai prelungită se pare că a fost în Scizia și Egipt, fiindcă pentru ei Egiptenii și Scii, după cum vom vedea, reprezentau, după cunoștințele din acele vremuri, cele mai mari popoare și cele care aveau caractere diametral opuse. Or, tocmai aceste caracteristice fizice, temperamentale și rasiale ale acestor popoare, prin deosebirea lor contrastă îi dădeau puțință să-și studieze mai bine și fără greș „boalele” și „bolnavii” pe care avea să-i îngrijească și asupra cărora avea să facă nemuritoare sale consemnări.

Un alt fapt care l-a atras mai întâi spre Egipteni, era faptul că aceștia posedau o medicină care ajunsese la o specializare, pe care într'un anumit fel numai timpurile noastre o pot egala. Medicina aceea o constituia în cea mai mare parte „o artă plină de mister” pe care nu o cunoșteau decât preoții egipteni, despre care se știe că la un moment dat erau socotiți în erarhia timpului superiori chiar împărașilor egipteni. Acești preoți păstrau și „păzeau” în temple „Cartea sfântă” în care erau cuprinse toate percepțele medicale ale timpului și pentru aceasta erau denumiți „pastofori”, Hippocrate, cu inteligența sa cuprinzătoare și robit de gândul de-a cunoaște misterele acestora, a făcut tot ce i-a stat în puțință și a ajuns el însuși „pastofor”. Onorificința aceasta și avantajele materiale, care desigur că nu lipseau din apanajele acesteia, nu l-au schimbat întru nimic. Drumul pe care și-l impusese dela început, ceea ce a văzut și a consemnat Hippocrate despre Egipteni, nu se mai păstrează astăzi. Ceea ce însă se știe cu precizie, este faptul că practica medicinei pe organe și specialități a Egiptenilor l-a contrariat și a combătut-o, opunându-i ceea ce a rămas și va rămâne imanent în studiul medicinei, „ideea unității ființei vii” și „neputința de a vindeca o parte fără a vindeca întregul”.

În cărțile sale — care formează ceea ce s'a numit „*Corpus Hippocraticus*”, — există una intitulată „*Despre aere, ape și locuri*”.

În acest opus el integrează elementele naturale în cadrul marilor factori etiologici ai boalelor și ai constituției individuale și colective, punând astfel între altele bazele, dintre care unele de abia acum încep să trezească cercetările contemporanilor.

Spiritului transcendentel și mistic care domină toată practica medicală de până la el și de pretutindeni, Hippocrate îi opunea fapte de observație privitoare la efectele elementelor naturale înconjurătoare asupra fizicului, psihicului și moralului uman. Astfel, el spunea: „În Europa este un popor, Scii care locuiesc în împrejurimile Palus-Meatidel”... Scii sunt construiți după „frig

3) Pe cale de deducție, Prof. Dobrovici (op. cit. pag. 30.) sprijinit pe afirmațiile lui Platon (ale legii IV), crede că și Hippocrate avea cu el elevi sclavi sau liberi, care fie prin instrucțiunile dascălilor și stăpânilor lor, fie prin empirism, puteau ajunge ca să posedă arta medicală. Elevii purtau materialul medical și chirurgical care se numea „iatrium”.

întocmai după cum Egiptenii sunt construiți după căldură⁴⁾. „În Sciția se găsesc foarte mulți munți, câmpii și livezi. Țara este dintre cele mai sălbatice și mai inegale. Anotimpurile trec prin schimbări brusce. Oamenii săi sufăr influența aspră a climatului. Aceste schimbări totale trezesc inteligența omenească și o socot din imobilitate. Impresiile puternice fac caracterul mai sălbatic și amestecă o parte mai mare de indocilitate și impetuositate”.

Stabilind legătura dintre tipurile umane și cele trei latitudini pământeste pe care le-a străbătut și le-a categorisit în: Zonă tropicală, zonă meridională și zonă septentrională, Hippocrate zice⁵⁾:

„În Sud, în Egipt, cu toate că oamenii sunt viguroși, cu greu se poate găsi curajul și deciziunea, din cauză că moleșeala și setea plăcerii îi domină”.

„În Nord, sub un climat aspru, predomină dispoziția sălbatică asprimea și violența”.

Privitor la climatul Greciei, cu care exemplifică zona meridională, el spune că acesta „produce tot ceea ce este mai perfect”... „produsele pământului sunt mai abundente, arborii mai frumoși, aerul mai curat, apele mai bune”... iar „omul” — zice el — „reunește aici echilibrul perfect al calităților extreme ale celorlalte două climate așa de diferite”...

Pe temeiul studiului raportului care există între elementele naturale înconjurătoare și om, Hippocrate a creiat doctrina constituției umane. El spunea referindu-se la popoarele amintite: „Naturii ținutului îi corespunde forma corpului și dispoziția sufletului. Tot ceea ce produce pământul este conform pământului însuși. Iată care sunt constituțiile fizice și morale cele mai opuse. Plecând dela aceste observațiuni, se va putea judeca restul fără de a se înșela”...⁶⁾)

A pleca dela acest gen de observațiuni larg cuprinzătoare, Hippocrate a socotit-o o datorie și dreapta să judecată nu a fost desmăntită. Expediția lui în ținuturile nordice și în jurul Pontului Euxin ca să cunoască mai de aproape atât pe Sciți, așezați ca agricultori, cât și pe cei nomazi, precum și Sarmatii, cei înrudiți cu Sciții, a fost pentru el o datorie științifică și unul dintre temeiurile operei sale de mai târziu.

II.

Desigur că un spirit atât de pătrunzător, de sintetic și de ordonat ca al lui Hippocrate, nu putea să studieze această colectivitate umană, decât privind-o sub aspectul biologic cel mai general, dar în același timp și cel mai subtil.

A studiat mai întâi poziția solului, climatul și anotimpurile Sciției, apoi aspectul general al oamenilor și felul lor de viață.

4) Hipp. Des Airs, Des Eaux, des Lieux. 16—17.

5) Hipp. ibidem, pag. 23.

6) Hippocrate, opt, pag. 24.

Sedativ al tusei rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop : { Copii mici: 2—4 lingurițe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulți: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Dragouri : { Adulți: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

**Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii —
— Migrene — Gripe.**

NEALGYL

Cloropirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină.

Comprimate : 1 — 2 la nevoie.

Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulcerațiuni — Vaginite.

NEOL

Ozon și oxigen în stare născândă

Gargarisme : 1 lingură de supă la un pahar cu apă.

Pansamente : Neol 1 parte, apă 4 părți.

Spălături vaginale : 1—2 linguri la 1 litrator,

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

Comprimate generatoare de oxigen și ozon.

Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1 — 2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

**Metrite — Afecțiuni vaginale — Leucoree —
— Ulcerațiunile colului.**

OVUNEOL

Ovule pe bază de Neol, Acid lactic și Glicerină.
1 ovul seara la culcare. Nu pătează.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eșantioane și Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Str. Toamnei, București III Tel. 2.21.38

Reprezentanțe regionale:

Cernăuți — Str. Iancu Flondor, 17. Tel. 3116.
Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/II. Tel. 1200.
Iași — „ Săulescu, 2. Tel. 2259.

Medicament tonicardiac

CARDITONE-LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus 0,001
Sulfat de Sparteină . . 0,02
Extract de Muguet . . 0,05
Excipient Q. S. p. 1
compr. 0,35

Drageuri: 1—5 pe zi, după caz.

Toate formele de constipație — Regulator al biligeniei — Stimulent al secrețiunii hepatice.

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat — Extract total de glande intestinale — Cărbune poros hiperactiv — Fermenți lactici selecționați — Extract citoplasmic de Laminaria flexicaulis

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — Anxietate — Emoivitate — Palpitații — Anafilaxie.

SERENOL

Peptone lichide polivalente — Fenil-etil-maloniluree — Hexametilentetramină — Passiflora — Anemone-Boldo — Tinctura Crataegus și Beladonna.

1—3 lingurițe de cafea pe zi, luate preferabil cu o infuzie.

Constipațiuni — Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

TAXOL

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenți lactici selecționați.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Terapia bolilor de nutriție.
(Artrism — Gută — Gravelă).

URALYSOL

Hexametilentetramina — Acid Timinic — Dietilen-Diamina — Citrat de Hexametilentetramină — Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu.

Granule: De 2 ori pe zi câte o linguriță într'un pahar plin cu apă.

Măldii venoase — Hemoroizi — Varice Ulcerații.

VEINOTROPE

(Masculin și Femenin)

Paratiroidă — Suprarenală — Hipofiză Pancreas — Glande genitale — Extract de Hammamelis — Nucă vomică — Maron de India.

Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înainte meselor.

La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruației.

Laboratoires LOBICA-PARIS

Eșantioane și Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEJIA“ S. A. R.

103, Str. Toamnei, București III Tel. 221/38

Reprezentanțe regionale:

Cernăuți — Str. Iancu Flondor, 17. Tel. 3116.
Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/11. Tel. 1200.
Iași — „ Săulescu, 2. Tel. 2259.

„Sciția e așezată într-adevăr sub „ursă” însăși și sub munții „Riphe”, de unde suflă vântul de nord. Soarele nu se apropie „decât în solstițiul de vară și atunci nu încălzește decât pentru puțin timp și cu puțină forță. Vânturile care suflă din regiunile calde „nu ajung aci decât rar și sunt slabe. Din contră, aci suflă din „Nord vânturile reci din cauza zăpezei.

„Ghețurile și zăpezile care nu părăsesc niciodată munții „Riph” îi fac nelocuibili.

„O ceață deasă acoperă câmpia Sciției în timpul zilei și în „aceste câmpii rămâne. Iarna domnește aci întotdeauna și vara „nu are decât puține zile care nu sunt calde...

„Anotimpurile nesuferind vicisitudinii mai mari, nici întinse, „se îndepărtează puțin de uniformitate, și din aceasta provine ase- „mănarea între Sciți...”

După ce Hippocrate descrie în linii mari elementele naturii cari formează, solul, climatul și anotimpurile regiunii, caracterizează pe Sciți în felul următor:

„Uniformitatea trăsăturilor la Sciți așa de asemănătoare între ei, diferă la alte popoare și se explică ca și la Egipteni, chiar dacă la unii nu este decât efectul excesului de căldură, iar la ceilalți excesul de frig. Ceea ce se numește deșertul scitic este o câmpie plină de pășuni, ridicată și mediocru umedă, caci este traversată de marile fluvii care aduc apă afară din câmpie. Acolo viețuiesc Sciții numiți nomazi, fiindcă nu au locuințe fixe și locuiesc în căruțe. Cele mai mici din aceste căruțe au 4 roate, altele 6. Ele sunt închise cu fetru și construite ca niște case, unele aveau o cameră, altele 3. Erau impermeabile la ploaie, zăpadă și vânturi. Unele erau trase de două perechi, altele de trei perechi de boi fără coarne.

Tot în ceea ce privește felul de viață, Hippocrate consemnează faptul că femeile stăteau în căruțe, iar bărbații le însoțeau călări. Mâncau carne friptă și beau lapte de vacă, din care ei preparau o brânză numită „hippace”⁷⁾.

Despre fetele mari, el menționează că participau la război până la mărițiș, mergând călări, trăgând cu arcul și mânuind lancea. Ele nu se puteau mărita decât dacă au omorât în război 3 inamici și nu se putea să conviețuiască cu bărbații lor înainte de a se face sacrificiile prescrise de lege.

„Femeile, — spune Hippocrate — nu aveau mamela dreaptă, fiindcă era distrusă de către mame din prima copilărie. Distrugerea se făcea arzând în foc un instrument de aramă, făcut special în acest scop, pe care apoi îl aplica pe sânul drept al fetițelor. În felul acesta, zicea el, mamela nu mai creștea și toată forța și toată nutriția se ducea la umărul și brațul de aceeași parte”.

Cauterizarea țesutului glandei mamare drepte la fetele cu scopul de a le face brațul dreptul mai vânjos, se înrudește de aproape cu o altă practică de acelaș fel care consta în cauterizări

7) op. cit. pag. 18.

la umeri, la brațe, la pumni, la piept, la coapse și la lombe⁸). Singura rațiune, după Hippocrate a acestei practici, era umiditatea și moliciunea constituției lor. Aceste defecte constituționale, Hippocrate le explică prin faptul că schimbările de anotimpuri nu erau prea violente, iar din cauza climatului... „aceștia (Sciții), uzau iarna și vara de aceleași alimente și de aceleași vestimente, respirând acelaș aer umed și dens, bând apă de zăpadă și de gheață și erau puși în afară de o vieață mai laborioasă”.

Amănușind descripția acestor tipuri scitice, Hippocrate spune: „Sciții erau grași, de o grăsimă care ascundea încheeturile, și erau de o constituție umedă și fără putere, cavitățile mai ales a pântecului, erau pline de „humori”, căci nu e posibil ca pântecul să devină uscat într'un ținut cu un astfel de climat... Ingrășarea lor și pielea lor glabră îi făcea să se asemene unii cu alții, bărbații cu bărbații, femeile cu femeile⁹).

În felul acesta se arată că Hippocrate a înțeles, în întregul ei, importanța factorului climatic, asupra dezvoltării și bunei funcționări a corpului omenesc, asupra dezvoltării caracterului și temperamentului.

Ba mai mult, în faptele acestea el mai desprinde și o serie de observațiuni, care priveau degenerescența lentă dar sigură a acestui popor, datorită climatului defavorabil.

Studiind Scitele din punctul de vedere al puterii de procreație, el spune:

„Femeile sunt prodigios de umede și de încete. Rasa scitică are un colorit de un roș brun, care este un efect al frigului; soarele nu activează aici cu intensitate și frigul arde albeața pielii, care devine roșie”.

„Astfel de naturi nu pot fi prea prolifiche. La bărbați, înclinarea către plăcerile dragostei este puțin vie, din cauza umidității, a constituției și din cauza relaxării și a pântecului rece, dispozițiuni care fac, mai ales, pe cineva impropriu puterii de generație”.

Preocupat de explicația frigidității sexuale masculine, observate la Sciți, Hippocrate împinge cercetările sale mai departe și pe baza lor făurește următoarele ipoteze:

„Obosiți la extrem de o călărie perpetuă, ei pierd puterea lor virilă. Acestea sunt pentru oameni — zice el — cauzele infecundității, iar cât despre femei, aceste cauze sunt ingrășarea prea multă, umiditatea corpului, matricea neputând să prindă licoarea seminală, căci scurgerea menstruală, departe de a se face cu regularitatea necesară este puțin abundentă și separată prin lungi intervale, iar orificiul uterului este închis prin grăsimi, și nu primește sămânța. Adăogați acestor femei îndolența, grăsimi, răceala și relaxarea pântecului. Toate aceste cauze reunite făceau Sciții puțin fecunzi”.

8) Op. cit. pag. 17.

9) Hipp. Des Airs, eaux et lieux, pag. 19.

Prin contrast, Hippocrate caută să verifice ipoteza sa, amintind că „sclavele lor, femele (adică ale Sciților) dau o mare probă adevărului acestei explicațiuni, căci ele nu puteau avea legături prea mult cu un bărbat, căci rămân însărcinate și aceasta pentru că ele lucrează și sunt mult mai slabe decât stăpânele lor”.

Stăruind asupra acestei probleme — care se pare că l-a preocupat în deosebi — Hippocrate amintește despre numărul cel mare al impotențelor, pe seama cărora ceilalți istorici ai timpului, printre cari și Herodote (urmând explicația indigenilor) dădeau acestui fapt o explicație de origina mistică¹⁰). Hippocrate spunea: „Trebue să ađaog că se găsesc printre Sciți mulți oameni impotenți care se condamnă la executare de lucruri femești și vorbesc ca și ele. Ei erau numiți „efeminași” și erau venerați, pentru că fiecare se teme să nu fie izbit de această suferință”.

Respingând și în această privință explicația faptului ca fiind lăsat de divinitate, el spunea:

„Pentru mine, eu cred că această boală vine dela divinitate, atăt cât vin și toate celelalte boli, căci nici una nu e mai divină și mai umană decât cealaltă. Fiecare boală are o cauză naturală și fără cauză naturală nimic nu se produce. Iată cum vine după mine această impotență. Ea este efectul călăriei perpetue a Sciților, care le dă îmbăcsirea articulațiilor, înțeles fiind că ei au totdeauna picioarele atârând dealungul calului și acest fapt merge până la producerea schiopătării și desfacerea șoldului la cei cari sunt mai gravi atinși”.

Părăsind explicațiile proprii, el menționează și tratamentul pe care Sciții îl practicau pentru această boală. El zice: „La începutul răului ei deschideau o vână din dosul urechilor. Când sângele curge, slăbiciunea aduce somn și ei adorm, iar când se scoală, unii sunt vindecați, alții nu”.

Criticând acest fel de tratament, care pentru el avea efecte contrarii, spune: „Acest tratament îmi pare că alterează licoarea seminală căci sunt îndărătul urechilor vene, care tăiate privează pe cei care au suferit această operație de facultatea de a procrea”.

După părerea sa, pe care noi nu o vom comenta, această operație făcea pe Sciți să renunțe, după 2—3 tentative de apropiere cu sexul opus, la vieața obișnuită, imaginându-și că au comis o faptă rea cu privire la divinitate și astfel ajungeau să ia obiceiurile femești.

Ridicându-se cu putere din nou asupra acestei prezumții mistice, el spune:

„Această boală afectează pe Sciți, dar nu pe oamenii de rangul ultim, ci pe cei bogați, care sunt cei mai puternici prin noblețe și bogăție. Echitația este cauza, căci cei săraci nu merg călare. Și cu toate acestea dađă această boală este mai divină decât altele, ea ar trebui să nu fie exclusiv a nobililor și a celor bogați

10) Li socoteau veniți din Orient și erau priviți ca pedepsiți de zeități că au profanat un templu din Ascolon. Ei purtau numele de «Enareis».

dintre Sciți, căci ar trebui să atace pe toți deopotrivă, — ba mai mult, de preferință pe cei mai săraci, care nu pot oferi deloc sacrificii, dacă este adevărat că zeilor le plac omagiile oamenilor și le recompensează favorurile, căci cei bogați pot jertfi numeroase victime, pot prezenta ofrande și pot întrebuița averea lor pentru a onora pe zei, pe când cei săraci sunt împiedecați de sărăcie să-i onoreze la fel pe zei. În felul acesta, boala ar trebui să-i lovească pe cei săraci”.

Filtrând faptele de observație printr'o logică foarte sănătoasă, Hippocrate a intuit adevărata cauză a frigidității scitice, adică vieța sedentară și lipsa de mișcare a clasei nobile și bogate, căreia îi mai descopere, pe lângă suferința de care s'a ocupat destul de amănunțit, și alte afecțiuni legate de tulburări de nutriție, printre care amintește: îngreunarea încheeturilor, sciatica și guta.

În afară de problema procreațiunii, Hippocrate a studiat la Sciți și unele chestiuni care priveau hereditatea.

Tot la Sciții nomazi el menționează că a văzut mulți „macrocefali”. Privitor la aceștia, el face unele observațiuni privind mijloacele de a mula craniele noilor născuți, astfel ca să devină dolicocefali și cu creștetul mai tuguat, formă care dădea semnul nobleței familiare.

Aceste mijloace mecanice constau din bandaje și aparate împrejurul craniului. Forțând însă cu sau fără știință legile eredității, Hippocrate adaogă: „La început, uzajul acestor manopere era cauza alungirii capului, dar natura vine astăzi, zice el, să ajute obiceiul”. Adică din generație în generație copiii se nășteau spontan cu capetele alungite.

Observațiile făcute asupra Sciților i-au servit lui Hippocrate nu numai în această formă directă, ci ori de câte ori a avut nevoie să-și exemplifice numeroasele probleme care formează marea sa operă.

III.

Din tot ceea ce a consemnat Hippocrate despre Sciți în opera sa „Despre aer, ape și locuri”, cât și indirect, în lucrările „Despre natura omului”, „Regimul”, „Humorile”; „Despre cărnuri”, etc., nu găsim nimic care să ne arate ceva deosebit în legătură cu medicina scitică. Pe Hippocrate nu l-a interesat, și de aceea nu a consemnat, nimic din tot ceea ce constituia practica medicală de toate zilele ale acestui popor, în care desigur că intra, ca în practicile tuturor popoarelor din acele vremuri, elementul mistic într'o foarte largă măsură.

Prin faptul acesta, că pe el nu-l interesa ceea ce se făcea de către alții pe acea vreme, posteritatea a pierdut multe și importante fapte ce interesează medicina.

Hippocrate și-a urmărit cu fanatism verificarea și concretizarea observațiilor sale, toate legate de marile fenomene ale naturii. El s'a servit de o metodă cu caracter inductiv, și prin aceasta se

arată strălucirea spiritului său științific, care din lipsa cunoștințelor despre fiziologie, chimie, anatomie, etc., a recurs la observația marilor fapte din natură, care-i erau mai cunoscute sau le putea studia cu mai multă ușurință.

„A ajunge la ceea ce este necunoscut prin ceea ce este cunoscut” a fost doctrina sa preferată.

În felul acesta studiul vital al corpului omenesc a fost sprijinit pe cunoașterea naturii în ansamblul ei, și acest fapt el l-a cuprins în ceea ce a scris în cartea intitulată „Despre medicina veche”.

„Omul este compus din humori multiple și din organe, fiecare humoare, fiecare organ are acțiunea sa particulară și este, între altele în legătură cu influența diverselor alimente, băuturi, și tot ceea ce înconjoară omul”. Astfel pentru a cunoaște natura omului, trebuie studiat tot ceea ce are acțiunea asupra lui”.

În felul acesta studiind pe indivizi în parte și în colectivitate prin comparația între ei. Hippocrate a trasat dintru început cadrul multor elemente noi, în studiul de mai târziu al medicinei. A căutat să categorisească bolile după simptomele mari, a studiat cauzele provocatoare ale boalelor, a înțeles turburările de nutriție legate de o viață sedentară, bolile provocate de un climat cald și uscat sau de unul rece sau umed.

A priceput, ca nimeni altul până la dânsul, faptele de care se legau maladiile familiare, procreația normală în hereditatea patologică. A legat constituția fizică și psihică de elementele lumii exterioare și a înțeles efectele beneficătoare asupra suferințelor omenști, a factorilor telurici și cosmici. (Dintre acestea este demn să amintim că a cunoscut și studiat efectul apelor minerale, a apelor termale, precum și calitățile apelor de profunzime și suprafață, ca și a apelor formate din precipitații¹¹).

A insistat asupra efectelor nocive ale apelor stătătoare, cari „sunt proprii să descrească splina” spunea el,¹²) și a observat că „febra quarta” atunci când survine, vindecă pe cei ce ar avea boala cea mare (epilepsia) sau accesele de manii¹³ sau convulsii.

Prin studiul tulburărilor de nutriție, observate îndeosebi la Sciți, a exemplificat „humorile” care rămân marea sa creațiune în patologie.

Iar în ceea ce privea vindecarea, el a spus ca principiu terapeutic imanent că: „Natura este cel mai bun medic și numai sub eforturile acesteia, noi vom obține succese”. „În corp există, spunea el, un agent necunoscut, care lucrează pentru întreg și pentru părți. Nu există decât un scop și un efort. Este o simpatie totală”.

11) Hipp. Des Airs, Des Eaux, Des Lieux, pag. 2. Idem, pag. 7.

12) Hipp. Des Epidémies. Liv. V., sect. VI, 5.

13) Hipp. «Aphorismes», V. 70.

IV.

Ca și în observațiile făcute pe alte colectivități omenești, observațiile făcute pe poporul scitic au servit la cunoașterea și stabilirea tuturor principiilor care formează studiul biologiei moderne.

Profesorul Dobrovici, în studiul său recent, despre care am amintit, arată pas cu pas ce datorește medicina de astăzi opereii hipocratice.

Ca și alți cercetători, de altfel, acesta ajunge la concluzia, pe care noi o adoptăm pe deahtregul, că noile discipline și metode terapeutice cu care medicina actuală se mândrește, adică: climatologia, hidrologia, biotipologia, meteropatologia, cosmobiologia, paleopatologia, patologia humorală (echilibrul acid bază, anafilaxia, crasiile și discrasiile), patologia eredității, epidemiologia eredității, epidemiologia, etc. își găsesc originile și principiile mari bine stabilite, în opera nemuritoare a aceluia care nu numai că a schimbat pentru timpul său felul de a concepe medicina, ci a deschis o cale luminoasă peste milenii, cale care astăzi, mai mult decât oricând, chiamă la sine pe cei care s'au rătăcit în întunericul ereziilor.

L'auteur présente une analyse très poussée des oeuvres d'Hippocrate en ce qui concerne les Scythes et arrive à la conclusion que toutes ces observations en ce qui concerne ce peuple ont contribué au développement de la biologie moderne.

Der Verfasser studiert die Beschreibungen von Hippokrates über den Skythen und zeigt dass alle diese Schilderungen für die Entwicklung der modernen Biologie sehr wichtig sind.

L'autore fa l'analisi delle opere Hippocratiche su le Sciti e arrivo alla conclusione che questi osservazioni rappresente li basi di la biologie moderna.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreat de D-nii Medici Neurologi și Internști

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic și moral.

- Anemie. - Convalescență. - Exte-

nuare. - Melancolie. - Nevrostenie.

- Nervi sensoriali. - Insuficiență

sexuală. - Timiditate. - Tic Nervos,

etc., etc.



Marca preparatului

Reconfortant.

Reconstituant.

Tonic.

Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulți: 2—4 lingurițe zilnic înaintea meselor.

Memento Terapeutic

LABORATORUL OLTENIEI „A S E P T I C A“

Antireumal

Intravenos

Indicațiuni: Reumatism acut și cronic, gută, lumbago, sciatică, nevrite și artrite de orice natură.

Ambalaj original: Cutii de 6 fiole a 10 cc.

Gonoflavin

Intravenos

Derivat de acridină
+ Urotropin

Indicațiuni: In toate maladiile infecțioase, dar mai ales în infecțiile gonococice.

Ambalaj: Cutii originale de 5 fiole a 5 cc.

Hemato-Serum

Intramuscular

Dymetyl arseniat de sodiu +
Cacodilat de Fer +
Stricnină în soluție izotonică

Indicațiuni: Anemie, chloroză, leucemie și neurastenie

Ambalaj: Cutii de 12 fiole a 5 cc.

Vin Cola Vitaminat

Cola + glicerofosfați de
Ca și Mg + ergosterol iradiat

Indicațiuni: Tonic, reconstituant în toate anemiile

Ambalaj: Flacoane originale de 500 gr.

Sirop Pectoral

Bromoform + aconit + Senega +
Kal. sulfo guajacol +
Codeln fosfolactif

Indicațiuni: Bronșite, cataruri, tuberculoze etc.

Ambalaj: Flacoane originale de 200 cc și 100 cc.

Licoare de Gudron ephedrinată

Pix Norvegica + Eucalypt +
Ephedrină

Indicațiuni: Bronșite cronice, astm, cataruri etc.

Ambalaj: Flacoane originale de 300 gr.

Liniment Antireumatic

Cel mai puternic rubefiant

Indicațiuni: Tratamentul extern al reumatismelor, nevritelor, pleuritelor și sciaticelor.

Ambalaj: Flacoane originale de 100 cc.

Depozitul pentru Oltenia :

Farmacia E. DIMITRIU, Bariera Brestel, 19 — CRAIOVA
Telefon 15.78

sau direct la

„LABORATORUL S. TORJESCU, Vânju-Mare (Mehedinți)“

LABORATORUL OLTENIEI

„A S E P T I C A“

CALCITERAPIA

marchează un progres însemnat prin:

HYPERCALCIUM

Intramuscular și Intravenos

Căci este singurul preparat de gluconat de calciu care mărește notabil cantitatea de calciu a organismului (Hypercalcemie), prin **EXTRACTUL DE PARATHIROIDĂ** ce conține și care facilitează fixarea calciului pe celulă.

Indicat cu mult succes în: **Tuberculoza incipientă, Rachitism și Decalificații.**

Ambalaj original { Cufii de 5 fiole a 10 cc și a 5 cc
Cufii de 25 fiole a 10 cc și a 5 cc

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HEPATONAL

Subcutanat și Intramuscular

Extract de ficat injectabil 10%, extrem de activ și perfect tolerat. Conținând în plus și **DIMETYL ARSENIAT DE FER**, ce determină o creștere promptă a numărului globulelor roșii și a indicelui de hemoglobină, hepatonalul devine astfel net superior celorlalte preparate similare.

INDICAȚIUNI: Anemie pernicioasă, Anemie secundară (în special cea datorită paludismului), **Convalescență** și ameliorarea coagulabilității sângelui.

AMBALAJ: Cufii de 12 fiole a 2 cc.

Depozitul pentru Oltenia:

Farmacia E. DIMITRIU, Bariera Brestel, 19 — CRAIOVA

Telefon 15.78

sau direct la

„**LABORATORUL S. TORJESCU, Vânju-Mare (Mehedinți)**“

CALCITERAPIA

Studiu experimental

de

Medic Cpt. D-r POPESCU L., Medic Cpt. D-r PARASCHIV D.

Farm. Cpt D-r TORJESCU

Cu toate că dintre toate elementele echilibrului minero-mineral, calciul a suscitat cele mai multe cercetări, ne aflăm totuși astăzi, în mediul numeroaselor polemici arzătoare în legătură cu decalcifierea și recalifierea.

În ansamblul factorilor care conduc activitatea celulei vii, fiziologia acordă elementelor metalice ale mediilor biologice un rol din ce în ce mai important și cu toate studiile făcute, calciul rămâne totuși un element a cărui acțiune precisă n'a fost încă tradusă.

Lăsând de-o parte vechea și nedemonstrată doctrină a lui Boyer (1869) Ferrier, Robin, Sergent, etc., cari au crezut prea mult în hypocalcemie, ne-am găsit în 1929 în fața unei admirabile sinteze critice de lucrări făcută de R. Monceaux (Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire) care nu numai că nu admite teoria decalcificării și remineralizării, dar precizează chiar că în tuberculoză nu există hypocalcemie, că în sânge calciul normal se găsește la saturație și că administrarea sărurilor de calciu nu mărește concentrația în calcu a sângelui și nici a țesuturilor.

În 1919, Heubner și Rona, injectând clorura de calciu în doze de 0,25 gr./kgr., au determinat o mărime a calcemiei cu 40%, care dispărea cu atât mai repede cu cât dozele injectate erau mai mari.

În 1920, Denis și Minot au administrat timp de mai multe zile, 6 grame lactat de calciu la subiecte normale și n'au găsit nici o mărime a calciului în sânge.

În 1923, Maver și Wells, făcând studii pe cobai tubercuizați, administrându-le un regim bogat în lactat de calciu, au demonstrat că nu poate fi vorba de modificarea compoziției țesuturilor.

Baraz, a arătat că regimul calcic n'are influență asupra dinților pentru că în fine, Manoussakis în 1923 și 1924 să critice enorm teoria recalificării, afirmând prin experiențele sale că omul sănătos este incapabil a echilibra schimburile sale cu calciu medicamentos.

Lăsând deoparte lucrările întreprinse în domeniul tuberculozei, unde întreaga gamă a funcțiilor organice este deranjată, ne-am propus prin studiul de față să vedem până unde se întinde adevărul acestor lucrări anterioare, care just vorbind, au neglijat un bilanț calcic bine determinat, dar mai ales am intenționat să ne convingem dacă tratamentul calcic se traduce prin depunerea ca atare a ionului calcic, precipitabil în sânge, țesuturi și oase, sau dacă acțiunea sa se rezumă numai ca activator și sensibilizant al celulei vii.

Pentru aceasta, am început studiul nostru cu oameni sănătoși, deoarece dacă la un individ cu funcțiunile organice normale, nu se poate vorbi de o depunere în organism a ionului Ca, se deduce dela sine că la un altul cu aceste funcții anormale, deranjate, nu va fi vorba cu atât mai mult de precipitări calcice, în favoarea aducerii unei hipocalcemii la normal sau chiar de ridicarea calcemiei la hipercalcemie, teorii susținute de unii autori ca Sénator, Stokwis, Crafton, Arloing, Dumarest, Maignon, etc.

În rezumat ne-am propus a face bilanțul calcic la indivizi supuși la un regim mixt, cântărit și administrat sub supraveghere, înainte de tratament, după tratament de 12 zile cu injecții intravenoase de 10 cc. (calciu lacto-gluconic fosfatat) zilnic și apoi după o pauză de 8 zile dela administrarea ultimei injecții, când eliminările calciului medicamentos, administrat, le-am socotit efectuate.

Pentru a ne apropia cât mai mult posibil de un calciu mai specific organismului, am folosit un nou preparat din arsenalul calcic therapeutic (lacto gluconat de calciu fosfatat) preconizat de așa manieră, încât să corespundă următoarelor cerințe:

1) Concentrațiunea în ioni de calciu să atingă limita maximă a calcemiei normale și care în cazul nostru a fost de 108 mlgr. la mie, rezultată din combinația lactatului și gluconatului de calciu.

2) Solubilizare în ser fiziologic 9 la mie (+ +) — și menținerea unui P. h. egal cu 7,2 până la 7,5 (ionometru simplex).

3) Să se apropie mai mult de compoziția mediului sanguin uman, în sensul a injecta un produs care pe lângă Ca + + să conțină Mg + +, K + și Na +, de așa manieră ca să respectăm raportul:

$$\frac{\text{Na} + \text{K}}{\text{Mg} + \text{Ca}} = 29,2 - 33,3, \text{ în care cele 4 elemente preponderente}$$

ale plasmii sanguine, pot păstra caracterele fiziologice ale organismului, fără a mai da naștere la antagonismul dintre elementele monovalente și bivalente, de care s'a ocupat în 1924, Bigwood. După unii autori „magneziul favorizează păstrarea calciului, absența sa determinând decalcifierea”.

(+ +) Loeb, socotind că K și Mg sunt în cantități — practic — negliabile — în serul sanguin, afirmă că în majoritatea cazurilor, raportul se simplifică și depinde aproape unic de doi factori, cei mai importanți: sodiu și calciu. Iată deci rațiunea pentru care am efectuat solubilizarea în ser fiziologic, cu nouă grame la mie clorur de sodiu.

4) Să conțină fosfor organic, legat molecular de așa manieră, încât să fie în proporția raportului $\frac{\text{Ca}}{\text{P}}$ sanguin.

Se cunosc de asemenea lucrările cari au demonstrat că — in vitro — administrația de fosfat scade ionizarea calciului prezent și provoacă formarea de fosfați calცი neultrafiltrabili.

Se știe pe de altă parte că fosforul joacă în organism un rol de catalizator general, a cărui acțiune în tranzitul general a fost comparată de Drouet în 1926, cu aceea a acidului clorhidric în tranzitul gastric.

Acțiunea activantă a fosforului a fost pusă în evidență de Harden și Joung, iar Delore în 1926—1927, termină teza sa asupra factorului acido-bazic, recomandând tratamentul cu fosfor în tuberculoză, tratament care dacă nu poate fi considerat ca eroic, constituie totuși un singur și prețios adjuvant, prin proprietatea sa de activator al schimburilor.

Se cunoaște de asemenea că metabolismul fosforului este strâns legat de cel calци.

Intrând în cadrul determinărilor noastre, am spus că pentru a elimina ipoteza că subiectul a mai reținut resturi alimentare de altă natură decât cele administrate de noi, l'am supus 6 zile la regim compus din:

Dimineața: 200 grame pâine, $\frac{1}{2}$ kgr. lapte, 20 gr. unt și 1 ou.

Dejun: 250 gr. pâine, 100 gr. friptură, un ou, 200 gr. cartofi.

Seara: 250 gr. pâine, $\frac{1}{2}$ kgr. lapte, 20 gr. unt, 200 gr. cartofi.

în care se vede că am avut grija a da alimente, a căror compoziție chimică să poată satisface — cu prisosință — rația calциă zilnică ce se evaluează la 1,60—2 gr. CaO.

După aceste 6 zile, interval în care individului nu i s'a administrat calци medicamentos, am făcut dozajul calciului fecal, urinar și seric.

Metodele pentru dozarea calciului, folosite de noi, sunt următoarele:

Urină: metoda Ronchése, prin precipitarea calciului în mediu de clorură de amoniu și amoniac, apoi adăogarea de acid acetic și precipitarea cu oxalat de amoniu. Dizolvarea precipitatului în acid azotic diluat și titrarea acidului oxalic rezultat cu soluție n/10 permanganat de potasiu, în mediu de acid sulfuric 1/5.

Fecale: metoda Guillaumin, prin mineralizare cu amestec nitropercloric, separarea calciului sub forma de oxalat și dozarea manganometrică cu soluție N/100 de permanganat de potasiu, deducându-se apoi calциul.

Ser sanguin: aceeași metodă ca la fecale.

Pentru a evita o eventuală critică, bazată pe faptul că variațiile găsite s'ar fi putut datori și variației concentrației în calци a acelorasi alimente, unul dintre indivizi n'a fost supus la tratament, el servind ca „probă martor” ori de câte ori făceam dozări la ceilalți doi indivizi.

Din tabloul ce dăm mai jos se va vedea foarte bine că variațiunile de asemenea natură (alimentară) sunt neglijabile.

Incepând cu a 7-a zi, celor 2 subiecte li s'a injectat intravenos timp de 12 zile câte 10 cc. calци lactogluconic fosfatat, iar în a 19 zi, li s'a repetat dozarea calciului în fecale, urină și serul sanguin.

După o pauză de 8 zile, când eventualele eliminări de calци medicamentos administrat, le-am socotit efectuate, am repetat dozările din nou.

Pentru că în urma tratamentului am remarcat eliminări de calciu fecal superioare celor dinaintea tratamentului, celui de al 3-lea individ i-am administrat la finele dozărilor noastre 20 c. c. de calciu lactogluconic fosfatat intravenos, în 2 injecțiuni la 6 ore interval una de alta (deci câte 10 cc. odată), în scopul a vedea eliminarea de a doua zi.

În urină, fecalele și sângele, recoltate în 24 ore următoare ultimei injecții, am efectuat din nou dozarea calciului și rezultatul se vede în tabloul de mai jos, ca și în concluziunile ce vom trage:

Numele	Înainte de tratament	După 12 zile tratament	După pauză de 8 zile	În 24 ore de la administr. a 20 cc. calciu injectabil
Kiss	Ser. . . . 0,09	Ser. . . . 0,09	Ser. . . . 0,09	
	Urină . . . 0,182	Ur. . . . 0,174	Ur. . . . 0,174	
	Fec. . . . 9,304	Fec. . . . 0,677	Fec. . . . 0,305	
Telentin	Ser. . . . 0,095	Ser. . . . 0,09	Ser. . . . 0,095	
	Ur. . . . 0,210	Ur. . . . 0,218	Ur. . . . 0,196	
	Fec. . . . 0,350	Fec. . . . 0,574	Fec. . . . 0,354	
Moraru (proba martor)		Fără tratament		
	Ser. . . . 0,085	Ser. . . . 0,085	Ser. . . . 0,085	Ser. . . . 0,09
	Ur. . . . 0,218	Ur. . . . 0,235	Ur. . . . 0,230	Ur. . . . 0,255
	Fec. . . . 0,450	Fec. . . . 0,454	Fec. . . . 0,452	Fec. . . . 0,557

Fecale: După 48 de ore 0,612
 > 72 de > 0,450

Cifrele rezultate se vor interpreta astfel:

Serul sanguin, în grame la litru de calciu element.

Urina, în grame la litru de CaO (oxyd de calciu).

Fecale, în grame la mie de calciu element.

Dat fiind faptul că la proba martor am avut după 24 ore, o eliminare însemnată de calciu injectat, dar mai ales pentru motivul că eliminarea totală a calciului administrat nu s'a produs, am continuat recoltarea urinei, fecalelor și sângelui, procedând la dozarea calciului după 48 și 78 ore, următoare injecțiilor celor 20 cc. de calciu-fosfatat.

La 48 ore, am găsit o eliminare de calciu fecal superioară eliminării după 24 ore, ceiace denotă că individul încă elimina calciul injectat. După 72 ore cifra calciului fecal a atins normala, ceea ce ne-a făcut să credem că nu mai poate fi vorba de o nouă eliminare.

Făcând calculul în calciu al celor 20 cc. injecțiuni, iar pe de altă parte socotind că în total proba martor a eliminat — în cele 72 ore următoare injecțiilor — 84% din calciul administrat, reiese că numai 16% a fost reținut de organism, printr'o înmagazinare ce-o socotim îndreptată către țesuturi și oase, atât timp cât în sânge nu se poate găsi suprasaturat.

CONCLUZIUNI.

Ținând seamă de faptul că în cursul modestului nostru studiu am neglijat a face determinări de calciu pe eliminările zilnice și că interpretările rezultatelor obținute cu ceilalți 2 indivizi au fost făcute în comparație cu proba martor, din cifrele noastre tragem următoarele concluzii:

1) Unui individ, a cărui calcemie este normală, nu i se poate mări concentrația sanguină, în calciu, prin administrarea intravenos a preparatului de calciu — fosfatat, — ea revenind într'un foarte scurt interval de timp la limita normală.

2) Majoritatea calciului medicamentos este eliminată prin fecale, pe cale urinară eliminându-se cantități foarte mici ce le evaluăm la cca. 25%.

3) O slabă cantitate, evaluată cu multe probabilități în minus, de cca. 16% din calciul injectat este dirijată din sânge către oase și țesuturi.

4) Socotim greșite doctrinele cari susțineau că acțiunea calciului medicamentos se traduce prin depozitarea sa ca element și credem cu mai multă convingere că acțiunea ionului calciu este îndreptată mai mult către permeabilitatea celulară și controlul ce exercită acest metal asupra iritabilității celulei, noțiuni cari aparțin fiziologiei experimentale.

CONCLUSIONI.

Tenendo conto del fatto che nel corso del nostro modesto studio, abbiamo negletto di fare delle determinazioni di calcio a mezzo delle eliminazioni giornaliere e che le interpretazioni dei risultati ottenuti con due altri individui sono fatte in comparazione colla prova di testimonio, dalle nostre cifre traiamo le seguenti conclusioni:

1) Per un individuo, di cui calcemia è stata normale, non è possibile aggrandire la concentrazione sanguinea, amministrando intra venoso del preparato di calcio-fosfato — perch'essa riviene fra breve tempo al limite normale.

2) La maggior parte del calcio medicamentoso è eliminata negli escrementi, nell'urina, eliminandosi troppo piccole quantità valutate a cca. 25%.

3) Una debole quantità, valutata con molte probabilità di meno, di cca. 16% del calcio iniettato, è diretta dal sangue nelle ossa e nei tessuti.

4) Crediamo erronee le dottrine che sostenevano che l'azione del calcio medicamentoso si traduce per il suo deposito come elemento e crediamo con maggiore convincimento che l'azione dell'ionio calcio è diretta di più verso la permeabilità cellulare e il controllo che esercita questo metallo sopra l'irritabilità cellulare, nozioni che appartengono alla fisiologia sperimentale.

CONCLUSIONS.

Tenant compte du fait que dans le cours de notre modeste étude nous avons négligé de déterminer les quantités du calcium par éliminations quotidiennes et que les interprétations des résultats obtenus avec les deux autres individus ont été faites par comparaison avec l'épreuve témoin, nous tirons de nos chiffres les conclusions suivantes:

1) Dans le cas d'un individu dont la calcémie est normale, on ne peut augmenter la concentration sanguine en calcium par administration intraveineuse de la préparation du calcium-phosphatée; la concentration revient à la limite de la normale après très peu de temps.

2) La plus grande partie du calcium médicamenteux est éliminée avec les selles; par les voies urinaires ne sont éliminées que des quantités très petites évoluées approximativement à 25%.

3) Une faible quantité, évaluée très probablement en moins, d'environ 16% du calcium injecté est dirigée du sang vers les os et les tissus.

4) Nous estimons erronées les doctrines qui soutenaient que l'action du calcium médicamenteux se traduit par son dépôt comme élément et nous croyons plutôt que l'action de l'ion calcium est dirigée davantage vers la perméabilité cellulaire et le contrôle qu'exerce ce métal sur l'irritabilité de la cellule, notions qui appartiennent à la physiologie expérimentale.

SCHLUSSFOLGERUNGEN.

In Betracht nehmend die Tatsache, dass wir während unseres bescheidenen Studiums die Bestimmung der täglichen Kalkausscheidungen unterliessen, und dass die Erklärung der erhaltenen Erfolge bei den zwei anderen Kranken in Vergleich mit zwei Vergleichspersonen gemacht wurden, ziehen wir aus unseren Zahlen die nachstehenden Schlussfolgerungen:

1) Der normale Kalkblutspiegel einer Person kann durch intravenöse Verabreichung des Calciumphosphatpräparates nicht erhöht werden, in dem der Blutkalkspiegel in kurzer Zeit zum normalen zurückkehrt.

2) Der grösste Teil des medikamentös verabreichten Kalkes wird durch den Darm ausgeschieden; durch den Harn werden nur sehr kleine Mengen ausgeschieden, beiläufig 52%.

3) Eine kleine Menge, schätzungsweise 16% des injizierten Kalkes wird durch das Blut den Knochen und Geweben zugeführt.

4) Wir halten die Auffassungen welche behaupteten, dass die Wirkung des medikamentös verabreichten Kalkes sich als Kalkanlagerung aufzufassen ist als verfehlt und wir sind mehr überzeugt, dass die Wirkung des Kalzium-Ions sich mehr gegen die Zellendurchgängigkeit richtet und dass dieses Metall eine Kontrolle ausübt über die Reizbarkeit der Zellen, Begriffe, welche ins Bereich der experimentellen Physiologie gehören.

REMINEALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

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

Laboratoirele
OPOCALCIUM

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

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

AGOCHOLINE

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

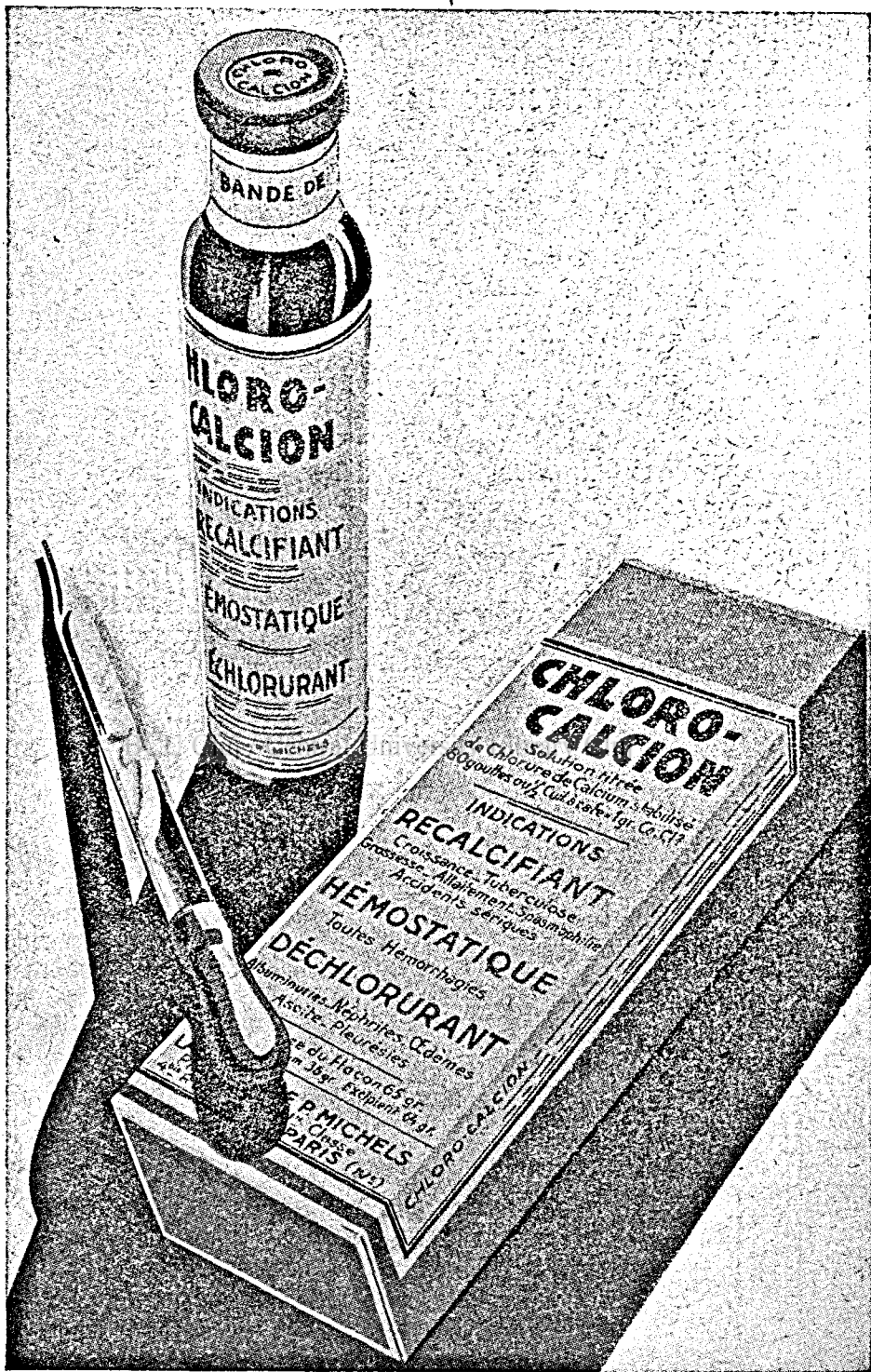
PEPTONE DE CARNE-SULFAT DE MAGNEZIE

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

Posologie: 1-3 lingurițe de cafea dimineața pe nemâncate

REPRESENTANT PENTRU ROMANIA:

DROGUERIA „STANDARD” S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — București



BANDE DE

CHLORO-CALCION

INDICATIONS
RECALCIFIANT

HEMOSTATIQUE

DECHLORURANT

P. MICHEL

CHLORO-CALCION

Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisée
60 gouttes ou 2 Cuil à café - 1gr. CaCl₂

INDICATIONS

RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse - Allaitement - Spasmodique
Accidents sériques

HEMOSTATIQUE
toutes Hémorragies

DECHLORURANT
Œdèmes - Néphrites - Ascite - Pleurésies
Albuminurie

Contenance du Flacon 65 gr.
Netto en 38 gr. Expiant 68 gr.

P. MICHEL
Chimiste
PARIS (16e)

CHLORO-CALCION

VACCINAREA ANTISCARLATINOASĂ IN MEDIUL RURAL

de

D-r ION N. TATOIU

Medicul Circ. I-a Brăilița, Jud. Brăila

Autorul aplică vaccinarea antiscarlatinoasă în două comune rurale din județul Brăila cu toxina Dick locală, preparată la Institutul „D-r I. Cantacuzino” (prin izolarea streptococilor hemolitici din gâtul scarlatinoșilor din regiune), făcând 6 inoculări cu doze crescânde, dela 1000—90.000 S.T.D.

Printr'o organizare judicioasă și tehnică obține bune rezultate pe un număr de 1467 copii, între 2—12 ani, efectuând 7379 inoculări fără accidente (în afară de 8 rash-uri) cu reacții locale sau generale, datorite în majoritate nu toxinei ci proteinelor, mult mai mici (12,77%) decât la oricare alte vaccinări.

Data fiind inocuitatea acestei vaccinări și neconstatând cazuri de scarlatină nici printre cei incompleci vaccinați, încrezător în dobândirea unei imunități active și de lungă durată, autorul o propune spre legiferare.

Data fiind exacerbarea epidemiei de scarlatină din primăvara anului 1939, în județul Brăila, Ministerul Sănătății a dispus imunizarea populației prin toxina Dick.

În prima etapă, au intrat comunele Brăilița și Piscu din circumscripția noastră.

1) ORGANIZAREA.

S'a făcut mai întâi catagrafia pentru aceste comune, ce întruneau o populație de 10.378 suflete, totalizând un număr de 2667 copii între 2—12 ani inclusiv, înscriindu-li-se în fișele colective: numele familiei, tatălui, mamei, copilului, vârsta și adresa.

Pe baza ordonanței Prefecturii de județ No. 4925 din 5 Iunie 1939, în conformitate cu art. 272 și penalitățile respective din Legea sanitară, se anunța populației vaccinarea și obligativitatea părinților de a-și aduce copiii la inoculări, fixându-se ca zi de începere 15 Iunie.

Cum această vaccinare era într'o oarecare măsură pe cale de studiu, s'au hotărât 6 inoculări cu toxina Dick în cantități crescânde, iar obligator a 2-a zi după inoculare să se facă controlul tuturor inoculațiilor, consemnându-le-se reacțiile în rubricile respective ale fișelor.

Am făcut inoculările la 7 zile interval, ca în mintea micului pacient, — care foarte adesea venea singur, — să fie ușor de reținut ziua din cursul săptămânei (ex.: Joia), în care a făcut și urmează să mai vină. Spre a nu se face încurcături, am stabilit dela început pentru toată vaccinarea, într'un tablou-indicator, ac-

tivitatea: pe zile din săptămână, zile din lună, străzi sau sector și chiar ora, la care trebuiau imperios prezentați copiii:

(Model personal)

Data inoculărilor:						Activitatea	Străzile sau sectorul din:				
I	II	III	IV	V	VI		Com. Brăliița	ora	Comuna Piscu	ora	
Joi	15	22	29 VI	6	13	20 VII	Inoculare	Str. Nouă+Inter. • Traian • Carol • Plevna	8 9 10 11	Locuri noi Str. Plevna+Inter.	12 1
Vineri	16	23	30 VI	7	14	21 VII	Control	Idem	.	Idem	.
Sâmbătă	17	24 VI	1	8	15	22 VII	Inoculare	Str. Brânc.+Inter. • Smârdan • Prin. Mar. • Nicopol	8 9 10 11	Str. Ștef. cel M.+n. • Miha. Vitea. • C. Brânco. • Alex. Cuza	12 1
Duminică	18	25 VI	2	9	16	23 VII	Control	Idem	.	Idem	.
Luni	19	26 VI	3	10	17	24 VII	Inoculare	Str. Bălcescu+Int. • Dum. Roș.	8 9	Str. Matei B.+Int. • Vasile L. • Oltuz • Eroilor	12 1
Marți	20	27 VI	4	11	18	25 VII	Control	Idem	.	Idem	.

Acest tablou s'a afișat pe ușa tuturor autorităților publice. Printr'un proces-verbal, la Primăriile respective, dresat în asistența tuturor organelor administrative locale cu răspundere, s'a specificat partea de concurs ce revenea fiecăruia; iar gardienilor publici și jandarmilor le mai revenea sarcina să — în mod mecanic — să vestească și verbal, cu o zi înaintea inoculărilor, străzile sau sectorul respectiv.

Inoculările s'au efectuat la școală; sala de intrare, care avea două ieșiri — îndeplinind esențiala condiție de a fi spațioasă, bine aerisită și bine iluminată, spre a evita și lipotimiile, — a înlesnit mult operațiile; întrucât dispensarul fiind neîncăpător și cu o singură intrare, ar fi putut mări și posibilitatea de contagiune: în comună fiind epidemie de scarlatină și rușeolă.

Prezența numai a doi gardieni publici a fost deajuns: pentru menținerea ordinii, evitarea aglomerației și a eventualelor riposte.

Accesul se făcea pe ușa din dos: pe străzi sau sector, pe numere dela porți și pe familii.

După ce copiii erau notați cu minuțiozitate în fișe — deja pregătite — la intrare, erau apoi supuși inoculărilor, după care erau eliberați pe ușa din față, atrăgându-li-se totodată atenția ca a doua zi să vină la control, iar peste o săptămână la inocularea următoare.

Ca personal ajutător, în tot acest timp, am avut: 2 agenți sanitari și una moașe.

2) TECHNICA.

Spre o imunizare activă a acestor copii în contra scarlatinei, am întrebuințat toxina streptococilor hemolitici, preparată de D-l D-r V. Albescu la Institutul „D-r I. Cantacuzino”, prin izolarea

streptococilor hemolitici din gâtul scarlatinoșilor din regiunile supuse vaccinării (toxina locală), obținându-se toxina prin filtrarea prealabilă a culturilor într'un bulion special și după o ședere de cel puțin 3 zile la 37° C.

Vaccinarea s'a făcut în 6 inoculări succesive la 7 zile interval, în cantitățile următoare, exprimate în doze toxice cutanate (S.T.D.).

I-a inoculare = 1000 S. T. D.;	IV-a inoculare = 30.000 S. T. D.
II-a „ = 5000 S. T. D.;	V-a „ = 60.000 S. T. D.
III-a „ = 15.000 S. T. D.;	VI-a „ = 90.000 S. T. D.

Exprimat în cmc.: la primele 3 inoculări s'au injectat câte 0,50 cmc., iar pentru a 4-a, a 5-a și a 6-a, au variat între 1-2-3 cmc., fiind în funcție de titrul toxinei, menționat totdeauna pe fiolă.

Soluțiile mult concentrate au marele avantaj de manipulare, putând face un cât mai mare număr de inoculări dintr'o singură seringă. Noi am folosit seringă „Reccord” de 10 cmc.

Inoculările au fost făcute subcutanat, la brațe, începând cu dreptul și alternând apoi.

Toxina primelor două inoculări ne-a venit diluată într'o soluție tampon (de 1,50% dintr'un amestec de 57 gr. borax, 84 gr. acid boric și 99 gr. clorură de sodiu), ce-și putea păstra eficacitatea aproximativ 30 zile; celelalte inoculări s'au practicat cu toxină brută, cu eficacitate mai îndelungată, un an.

Fiolele, de capacitate diferită (100, 50, 20 cm.), purtau etichete cu No. inoculării și al unităților toxice pe cmc.

Cât privește culoarea toxinei, aceasta a variat dela limpede-icolor (pentru prima), până la brun (dela a 3-a la a 6-a).

Inoculările s'au practicat dela 1-a la a 6-a inclusiv numai acelorora, ce le-au primit regulat pe cele anterioare; celor lipsă nu li s'au mai putut face, rămânând incomplet vaccinați la numărul inoculărilor făcute. Această măsură de precauție s'a luat date fiind diferențele foarte mari de toxicitate dela o inoculare la alta, măsură ignorată, prejudiciind până la discreditare vaccinarea la începutul ei în unele părți din țară, din cauza accidentelor la care au fost expuși copiii, prin neglijența unor medici-vaccinatori.

Odată cu depunerea situației săptămânale a inoculărilor la Serviciul Sanitar al județului, se depunea și toxina rămasă. Potrivit numărului de inoculați la ultima inoculare, ni se distribuia, toxina pentru cea următoare.

Am contra-îndicat la această vaccinare, ca pentru oricare alta:

- pe foștii scarlatinoși, ca imunizați natural;
- pe febrili și subfebrili (frecvenți malarici în acces în regiunea noastră impaludată).
- pe debili și convalescenții recenți de orice boală.

Matematic, după fiecare inoculare copiii au fost controlați la 24 ore (unii și mai mult) înscriindu-li-se în rubrica corespunzătoare inoculării respective, reacția simplă sau asociată post-vaccinală ce-o prezinta fiecare, prescurtat; astfel:

- înseamnă fără reacții la locul inoculat;
- r „ reacție locală dela 2-5 cm. în diametru;

g înseamnă reacție generală slabă (indispoziție, curbatură, amețeli, cefalee și febră până la 38⁵⁰ C.);
 R „ „ locală mai mare de 5 cm. în diametru;
 G „ „ generală cu febră de la 38⁰⁵ C. în sus.

Aceste reacții au marea importanță de a fixa doza de toxină-vaccin pentru inocularea următoare; încât orientați de un astfel de indicator, a trebuit să reducem la $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ sau chiar să suspendăm complet vaccinarea în unele cazuri cu reacțiuni prea mari.

3) REZULTATE.

După o prealabilă eliminare a celor 286 contra-indicați (107 malarici, 89 debili, 27 rușeolă, 21 scarlatină, 10 enterite, 8 rash-uri, 6 maladii cardiace și 18 diverse) și operarea în fișe a tuturor lipsurilor, am început vaccinarea antiscarlatinoasă pe un număr de 1467 copii, obținând următoarele rezultate:

(Model personal).

Vârsta	Inocularea	No. inscrișilor la inoculări	No. contraindicatilor	No. absenșilor	No. inoculațiilor	No. absenșilor la control	Totalul con-trolațiilor	R E A C Ţ I I							Accidente
								-	r	rg	rG	R	Rg	RG	
I-a copilărie 2-3 ani	I	410	58	185	167	8	159	75	78	-	-	4	1	1	-
	II	167	12	1	154	12	142	45	70	3	-	19	2	3	-
	III	154	11	9	134	30	104	54	36	-	-	11	1	2	2 rash
	IV	134	6	9	119	6	113	56	43	2	-	9	3	-	1
	V	119	2	7	110	5	105	71	27	1	-	4	2	-	-
	VI	110	4	3	103	4	99	44	27	1	-	23	4	-	3 rash
	Total la%	1094	93	214	787	65	722	345	231	7	-	70	13	6	6
	12,19	8,50	19,56	71,94	8,26	91,74	47,78	33,92	0,97	-	9,69	1,80	0,83	0,76	
II-a copilărie (preșco-lară) 4-6 ani	I	793	40	311	442	15	427	241	179	1	-	4	2	-	1 rash
	II	442	15	9	418	19	399	157	191	5	-	39	6	1	-
	III	418	12	22	384	86	298	130	131	3	-	25	9	-	-
	IV	384	4	20	360	26	334	196	88	-	-	48	2	-	-
	V	360	5	12	343	20	323	230	64	2	-	22	5	-	-
	VI	343	2	7	334	9	325	166	69	1	-	75	31	1	-
	Total la%	2740	78	381	2281	175	2106	1120	722	12	-	213	37	2	6
	30,38	2,84	13,93	83,23	7,67	92,32	53,19	34,28	0,56	-	10,11	1,75	0,09	0,04	
III-a copilărie (școlară) 7-12 ani	I	1464	60	546	858	45	813	504	299	1	-	7	1	1	-
	II	858	15	39	804	48	756	432	252	3	-	58	10	1	-
	III	804	18	67	719	133	586	248	257	7	-	69	4	1	-
	IV	719	10	33	676	20	656	352	203	5	-	91	4	1	-
	V	676	8	32	636	16	620	409	153	2	-	47	8	1	1 rash
	VI	636	4	14	618	13	605	294	115	3	-	158	34	1	-
	Total a/o	5157	115	731	4311	275	4036	2239	1279	21	-	439	61	6	1
	57,37	2,22	14,17	83,60	6,37	93,62	55,47	31,44	0,52	-	10,61	1,51	0,14	0,02	

Laborator de produse chimico-farmaceutice

„FARMAKO”

BICOLLOIDAL „FARMAKO”

FIOLE

Bismut metallic coloidal în soluție izotonică de ser fiziologic.
Treponemicid energetic. Perfect suportabil. Rezorbție rapidă și totală.

Toate perioadele de stăvilis.
15-20 Injecțiuni intramusculare sau intravenoase pentru o serie.

Cuții cu 10 fiole a 2 ccm.



FARMACALCIN „FARMAKO”

GRANULE

Compoziție: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan, VITAMINA D

Indicații: demineralizare, pre- și tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescență, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulți 3—4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai
Copii 1—2 „ „ „ 1 „ „ „

Gust plăcut.

Fiaçoane originale.



MAGNOIOD „FARMAKO”

FIOLE

Compoziție: Iodură de sodiu și thiosulfat de magnezie.

Indicații: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite atero-
matoase, bronșite subacute și cronice, emfizem pulmonar,
astmă, nevralgii, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cuții cu 6 fiole de 5 și 10 ccm.

Laborator de produse chimico-farmaceutice

„FARMAKO”

MEMENTO-ENDOCRINOTERAPIC

„FARMAOLT“ S. A.

BUCUREȘTI — Calea Griviței 67. — Tel. 49808.

Formule	Denumiri	Indicațiuni
Extract hidrosolubil al glandei epifize fiole a 1 cc. = 10 ctgr. glandă	„EPIFIZORMON“ Injecțiuni subcutane sau intramusculare 1-4 pe zi.	Meno și metroragii Turburări neuro-psihice prin hiperf. gland. sexuale.
Hormon follicular ovarian (Benz. de foliculină) a 1.000, 5.000, 10.000 și 50.000 U. S. (M. E.)	„GRINOFOLIN“ Injecțiuni intramusculare dragele 3-6 pe zi.	În toate turburările funcționale ale ovarului de natură hipofoliculinică.
Hormon follicular ovarian plus Cluconat de Calciu fiole a 5 cc. (Dragele)	„CALCIFOLIN“ Injecțiuni intramusculare dragele 3-6 pe zi.	Insuficiență ovariană Turburări neuro-vegetative
Extract de lob posterior hipofizar fiole a 10 U. S.	„HYSTEROKIN“ Injecțiuni intramusculare sau intravenoase a $\frac{1}{2}$ —1-2 cc.	Excitant al motilității uterului. Intârzierea involuției uterine
Extract de cortex suprarenal fiole a 50 mgr.	„LIPOCORTEN“ Injecțiuni intramusculare la 1-2 zile.	Insuficiență suprarenală cronică. Boala lui Addison. Adinamie în infecțiuni și convalescență
Extract total de ovar liposolubil fiole a 25 mgr. dragele a 10 mgr.	„LIPOGYN“ Injecțiuni intramusculare la 1, 2, 3 zile. Dragele 2-3 pe zi.	Turburări de menopauză Insuficiență ovariană Turburări psihice și neuro-vegetative
Hormon follicular ovarian Lactat de Calciu Polibromură dragele a 250 U.	„MENOFOLIN“ Dragele 3-5 pe zi.	Turburări psihice și neuro-vegetative accentuate
Hormon gonadotrop pre-hipofizar fiole a 100 U. Ș.	„PREPHYSAN“ Injecțiuni intramusculare zilnic în prima jumătate a ciclului menstrual.	Pubertate întârziată Amenoree funcțională Oligomenoree Frigiditate
Pulbere de lob posterior hipofizar pudră de prizat	„RETROFIZIN“ De prizat în doze repetate a 2-3-4 ctgr. din 4 în 4 ore	Antidiuretic în tratamentul substitutiv al diabetului insipid
Extract total de glandă hipofiza dragele a 5 ctgr.	„STENOPITAN“ 1-3 dragele zilnic timp de 15 zile.	Oboseală cerebrală Deficiență intelectuală infantilă Hipotensiune
Extract total de tiroidă dragele a 5 ctgr.	„THYREOCRIN“ variabil după caz dela $\frac{1}{2}$ —la 10 drag. zilnic	Hipotiroidie. Obezitate Mixodem — Edeme

Am centralizat rezultatele nu pe ani ci pe cele 3 perioade ale copilăriei, pentru ca cetitorul — dintr'o singură privire, — să poată trage singur concluziile. Observăm însă că: cu cât se ridică vârsta inoculatului, cu atât se mărește procentul celor fără de reacții, scade a celorlalte reacții, dar crește puțin a lui R.

Inoculații primei copilării însă, reacționează mai puternic la această vaccinare, întrunind și un procent mai mare rash-uri, decât cei din a 2-a și a 3-a copilărie, cari — mai rezistenți — o suportă ușor; iar dacă procentul reacțiilor locale mai mari de 5 cm. în diametru, mai este încă ridicat, aceasta se datorește nu atât toxinei-vaccin¹⁾, ci după cum se vede, reacției organismului la proteinele vaccinului.

Totalizând acum rezultatele pe cei 11 ani și cele 6 inoculări, avem la o populație de 10.378 suflete:

copii înscrși în catagrafia între 2-12 ani	2667	deci 25,80%
dintre aceștia au absentat complet dela vaccinare	914	„ 34,23%
și în timpul inoculărilor, rămânând incomplet vaccinați	412	„ 15,42%
și au fost contra-indicați	286	„ 10,72%

Deoarece însă reacțiile cari ne fixează asupra nocivității acestei vaccinări, se raportează la numărul inoculărilor, avem:

la totalul celor 8991 al înscrierilor la inoculări:

7379 inoculări operate	deci 81,95%
515 absenți la control	„ 6,97%
6864 controlați	„ 93,01%

prezentând următoarele reacții locale sau generale:

3704 fără reacții	—	deci 53,96%
2282 cu „	r	„ 33,24%
40 „ „	rg	„ 0,58%
0 „ „	rG	„ 0,00%
713 cu reacții	R	deci 10,38%
111 „ „	Rg	„ 1,61%
14 „ „	RG	„ 0,20%
8 „ accidente (rash-uri)	„	„ 0,10%

Durata acestor reacții a fost în majoritate 12—24 ore, excepțional 48 ore. Neprezentății la control pot fi considerați ca fără reacții, aceasta în urma investigațiilor făcute de noi. Am constatat însă foarte slabe reacții la populația lipovenească și lipsind chiar complet la țigani.

Am observat că această vaccinare, trezește însă formele latente de malarie, făcând să reapară accesele. Am evitat inocularea malaricului în timpul accesului; chininizându-l însă îl invitam a doua zi, când — afebril — era supus ca și oricare altul.

Cu titlu de experiență, am inoculat 4 foști scarlatinoși, fără însă a obține vreo reacție, afară de „r” la a 6-a inoculare. So-

1) Acești copii, în mare parte, sunt sensibilizați din cauza infecțiilor streptococice, ce le-au avut anterior.

cotesc însă că această reacție, ca în majoritatea celor locale, nu se datorește toxinei propriu zis, ci proteinelor acesteia.

Din totalul celor 1467 vaccinați:

91 copii au primit numai 1 inoculare =	1.000 S. T. D. fiecare
129 " " " " 2 " =	6.000 " "
82 " " " " 3 " =	21.000 " "
66 " " " " 4 " =	51.000 " "
44 " " " " 5 " =	111.000 " "

1.055 copii au primit complet 6 inoculări = 201.000 S. T. D. fiecare

Cei 412 incomplect vaccinați ne vor servi ca martori într-o eventuală epidemie de scarlatină în aceste comune, prezentând interes pentru: felul cum vor reacționa, forma, intensitatea și complicațiile²⁾.

Accidente fără importanță: una lipotimie la un copil-emoțiv și 8 rash-uri scarlatiniforme urmate de descuamație, la care am sîstat inoculările.

Nici o complicație, nici o mortalitate!

Absența celor 914 dela începutul inoculărilor, precum și cei 412 rămași incomplect vaccinați, se datorește în cea mai mare parte, timpului nepotrivit care s'a ales pentru vaccinare: 15 Iunie—25 Iulie; marea majoritate a copiilor supuși acestor vaccinări — 7 din 11 — fiind printre elevii de școală, care se afla în vacanță, iar elevii plecați: la bostană, la câmp sau în vilegiatură.

Pentru aceste considerente propun ca perioada cea mai potrivită să fie în timpul cursurilor, vaccinarea fixându-se în școli, pe clase, în lunile Aprilie—Maiu, neprejudiciînd cu nimic ritmul cursurilor.

*

Judecată și după reacții, această vaccinare nu comportă nici o nocivitate, întrucât chiar marele număr (33,24%) de „r” (datorit în marea majoritate nu toxinei, ci proteinelor), n'ar fi socotit decât ca o reacțiune normală (cum avem și în alte vaccinări); iar dacă procentul celorlalte reacții mai mari la un loc s'ar menține numai la 12,77%, dar însoțită de dobîndirea sigură a unei imunități active, reale și de lungă durată, — pe care numai viitorul ne-o poate cu certitudine confirma, — ne dă deplina convingere că: pentru cheltuelile de întreținere în spital, măsurile preventive costisitoare, sequelele și mortalitatea, pe care le seamănă o epidemie de scarlatină, vaccinarea antiscarlatinoasă trebuie să fie nu numai încurajată și adoptată parțial, ci încetățenită prin lege, devenind obligatorie ca și cea anti-variolică sau anti-difterică, mai puțin imperioase azi țării noastre.

2) Intre cele 4 cazuri din epidemia de scarlatină din iarna anului 1939-1940 în Com. Brăilița n'a fost atins nici unul dintre cei complect sau incomplect vaccinați, deși școlile au funcționat normal.

I. TATOIU, *La vaccination anti-scarlatineuse au milieu rural.*

L'auteur applique la vaccination anti-scarlatineuse dans deux villages du département de Braila à l'aide de la toxine locale Dick préparée par l'Institut „D-r. I. Cantacuzino“ (en isolant les streptocoques hémolitiques récoltés dans la gorge même des malades de la région) en faisant 6 inoculations aux doses progressivement croissantes de 1000.—90.000 S. T. D.

Par une organisation judicieuse et technique, il a obtenu des résultats satisfaisants sur 1467 enfants âgés de 2—12 ans, en effectuant 7397 inoculations sans accidents (sauf 8 rashes) aux réactions locales ou générales, — la plupart dues aux protéines non pas à la toxine et, — moins élevées 12 77%, que dans les autres vaccinations.

L'inocuité de cette vaccination et le manque de la scarlatine parmi ceux même qui ont été incomplètement vaccinés, fait espérer l'auteur dans la réalisation d'une immunité active et de longue durée, qui le détermine de la proposer à la législation.

I. TATIOU: *Antiscarlatinöse Behandlung auf dem Lande.*

Der Autor verwendet die antiscarlatinöse Vaccinierung in zwei Dörfern des Kreises Braila. Zum Gebrauch kommt Dick-Toxin, Hersteller Institut. D-r I. Cantacuzino“ (durch Isolierung der Haemolit-Streptococken aus dem Halse der Scarlatinösen der Gegend), es werden 6 Impfungen mit steigender Dosis gemacht (1000 90.000 S. T. D.).

Durchgedacht und gut organisiert werden gute Erfolge auf einer Anzahl von 1467 Kinder zwischen 2-12 Jahren erzielt. Es werden 7379 Impfungen ohne störende (nur 8 rash-en) Zwischenfälle gemacht. Lokale oder allgemeine Reactionen welche nicht den Toxinen sondern den Proteinen zuzuschreiben sind, sind bedeutend kleiner (12,77%) als bei jedweder anderen Vaccinierung.

Anbetracht dessen dass auch bei ungenügender Impfung keine Erkrankungen bemerkt wurden, überzeugt dass eine aktive und andauernde Immunität ohne Gefahr erzielt wird, empfiehlt der Autor die Behandlung durch das Gesetz einzuführen.

I. TATIOU: *Vaccinazione anti-scarlattinosa nell'ambiente rurale.*

L'autore applica la vaccinazione anti-scarlattinosa in 2 comuni rurali della provincia di Braila, con la tossina Dick locale, preparata all'Istituto «Dottor I. Cantacuzino» (attraverso l'isolamento degli streptococi hemolitici dalla gola degli scarlattinosi della regione) facendo 6 inoculazioni con dosi crescenti da 1000-90.000 S. T. D.

Attraverso una organizzazione giudiziosa e tecnica ottiene buoni risultati su un numero 1467 di bambini dai 2-12 anni, effettuando 7379 inoculazioni senza incidenti (all'infuori di 8 rash) con reazioni locali o generali,—dovute in maggioranza non alle tossine ma alle proteine—, molto piuppicole (1277%) che in qualsiasi altra vaccinazione.

Datta essendo l'innocuità di queste vaccinazioni e non constatando casi di scarlattino neppure fra quelli incompletamente vaccinati, fiducioso nella vittoria di una immunità attiva e di lunga durata, l'autore la propone per legislazione.

HEMOSTYL

Dr. Roussel

SER HEMOPOIETIC DE CAL, ABSOLUT PUR
2000 de cai sunt utilizați pentru prepararea **HEMOSTYL-ului**.

ACȚIUNE TONICA

Serul „mijloc de legătură” al organismului, conține toate secrețiunile glandelor endocrine. Acțiunea fiziologică, tonică și durabilă a **HEMOSTYL-ului** se datorește bogăției sale în **HORMONI**.

ACȚIUNE HEMOPOIETICĂ

Frecvența anemilor secundare este considerabilă. **HEMOSTYL** aduce elemente pentru reconstituirea globulară și stimulează pentru organele producătoare de elemente figurate **HEMOPOIETINE**.

ACȚIUNE HEMOSTATICA

În pansamente locale și pe cale bucală, **HEMOSTYL** rămâne întotdeauna cel mai activ și cel mai sigur dintre hemostatice, grație **FIBRINFERMENT-ului** pe care îl conține.

PURITATE

BCU Cluj / **CALITATE** Library Cluj

EFICACITATE

PREZENTARE

Fiole de 10 cc. în cutii de 6 fiole
Sirop . . . Flacon cu 300 grame.

POSOLOGIE

Fiole: 1 — 3 pe zi per os.
Sirop: 1 — 3 linguri de supă pe zi.

(De preferință pe nemâncate, sau la începutul meselor.)

Laboratoires DE L'HEMOSTYL — PARIS

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.
103, Str. Toamnei, București III, Tel. 2.21.38

Reprezentanțe regionale:

Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/II. Tel. 1200.
Cernăuți — Str. Iancu Flondor, 17. Tel. 3116.
Iași — „ Săulescu, 2. Tel. 2259.

SCURTE CONSIDERAȚIUNI ASUPRA HYPERTENSIUNEI ARTERIALE ESENȚIALE*)

de
D-r I. ZWILLINGER

La începutul acestui secol, foarte puțin specialiști, își terminau examenul clinic, al bolnavului prin luarea tensiunii arteriale cu micul aparat a lui Potain. Astăzi, cred că nu există practician, care să neglijeze luarea tensiunii arteriale a oricărui pacient, pe care îl are de examinat.

Prima lucrare în țară asupra tensiunii arteriale a fost teza mea din 1904, intitulată „Sfigmomanometria”, sau măsurarea tensiunii arteriale la normal și la bolnav. Nu vreau să vorbesc astăzi seară de hipertensiunile ce se observă în cursul unei maladii cardiace, sau a unei nefrite cronice sau acute, ci scopul meu este de a preciza pe scurt tabloul clinic, ce-l întâlnim atât de des în clinică, și cunoscut sub denumirea de hipertensiune arterială esențială, de autori francezi și genuină de autori germani. Mai înainte de a ataca subiectul meu, câteva mici considerațiuni nosologice, asupra hipertensiunii arteriale în genere. Știm că există o presiune arterială maximă, care corespunde cu momentul sistolei cardiace și care măsurată cu manometrul de mercur, direct în arteră, este de 12 cm., prin metoda palpatorie cu aparatul Riva Roci 13 cm., iar cu aparatele oscilatorii de 15 cm. Iar a doua presiune arterială, adică cea minimă, corespunzând diastolei cardiace, a cărei cifră normală este de jumătatea tensiunii sistolice plus 1, sau în marile hipertensiuni + 2. Cifră, pe care o obținem la măsurarea presiunii arteriale, nu ne spune mare lucru prin ea însăși, ci evoluțiunea ei și modul cum reacționează organismul la ea, va permite singur aprecierea semnificațiunii ei, în ceea ce privește pronosticul pacientului:

Distingem 3 feluri de hipertensiuni: 1) O hipertensiune maximă, când oarecari cauze exagerează presiunea sistolică, fără ca cea diastolică să se ridice și ea proporțional. Tensiunea diferențială este atunci prea urcată. Faptul ce se observă în insuficiențele aortice, la persoane în vârstă cu arterele devenite mai puțin elastice, în cursul bradicardiilor, în maladia lui Basedow și în nevrozele tachicardice.

*) Comunicare făcută la «Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova», 1939.

A II-a hipertensiune, adică cea minimă, aci se produce fenomenul invers, cifra tensiunii minime este mai ridicată, decât cum ar trebui să fie, în raport cu cea maximă, așa zisa hipertensiune decapitată a lui Galavardin, de expl. obținem 16/13 în loc de 22/13. Aci ne aflăm în fața unei insuficiențe cardiace, fie în timpul perioadei terminale a unei hipertensiuni arteriale, sau a unei nefrite supraacute grave.

A III-a sau hipertensiunea medie, presiunea medie, sau aceea a pulsului, a fost studiată de Potain, Marey și Pachon, iar Vaquez îi atribuie o importanță capitală, din punct de vedere clinic. Ea reprezintă forța medie cu care sângele este împins în capilare, și ea este presiunea la care trebuie să fie supus un regim arterial, pentru a asigura în același timp, a aceeași scurgere de sânge. Ea se măsoară cu aparatele oscilometrice speciale ale lui Pachon și corespunde oscilațiunilor maxime, ale indicelui oscilometric. Valoarea ei normală variază între 8 și 10 cm. Ea poate să ajungă în stări patologice la 12—14 și chiar la mai mult. Hipertensiunea medie merge paralel cu cea maximă, dar există și hipertensiuni medii solitare, descrise de Vaquez, și cari pot trece neobservate, tensiunile extreme, maximă și minimă, fiind normale, și numai cea medie fiind ridicată. Astfel se explică oarecari turburări oculare, glaucom, convulsii, hipertrofii cardiace, al căror mecanism scăpa altădată la examinare și cari se explică astăzi prin luarea și celei de a 3-a presiune arteriale, adică a celei medie.

Sindromul clinic cunoscut sub denumirea de hipertensiune esențială, este exclusiv o maladie hereditară și găsim în anamneza bolnavilor cu cea mai mare regularitate, fie în antecedentele lor hereditare sau colaterale, cazuri de apoplexie, angină pectorală, miocardită și hipertensiuni arteriale frecvente.

În urma cercetărilor din ultimii ani, este acuma sigur că hipertensiunea esențială este cauzată de o strâmtorare a lumenului arteriolelor precapilare, în regiuni arteriale întinse. Ea nu este produsul unei schimbări cantitative sau calitative a coloanei sanguine, cum se credea mai înainte, iar acțiunea mai puternică a musculaturei cardiace acompaniază întotdeauna o hipertensiune, fără însă să fie cauza ei. Micșorarea lumenului arteriolelor precapilare poate fi produsă după cercetările din ultimul timp prin 2 factori mecanici.

Primul factor: poate circula la acești bolnavi în sângele lor anumite substanțe, cari nu au putut fi însă izolate și studiate cu certitudine și denumite substanțe presorice și cari prin absorbția lor de către pereții arteriolelor, ar produce un spasm și prin aceasta o strâmtoare a lumenului precapilarelor și că consecința să mărească prin aceasta presiunea sistolică. Substanțe de acest fel au fost găsite în anumite grupe de hipertensiuni și de aci denumirea lor de hipertensiuni toxogene. Ele se caracterizează prin culoarea palidă a tegumentelor, de unde denumirea de hipertensiune albă, care se dă acestei forme. Substanțele acestea toxogene sunt sau diverși hormoni, rezultatul secrețiunii ale glandelor cu secrețiune internă, ca de exemplu în primul rând adrenalina, retro-pituitrină și altele încă necunoscute, sau substanțe chimice introduse din afară, sau cari se formează în corp și cari încă nu sunt bine studiate.

Cauza a celei de a 2-a grupă de hipertensiune esențială, cunoscută sub denumirea de hipertensiune roșie, după culoarea roșie a pielii, pare a fi datorită unor cauze neurogene. Poate fi aci vorba de fenomene anormale, cari se petrec în centrele nervoase centrale, sau în mecanismul vasomotor periferic, sau de o alterare anormală dobândită ulterior a pereților arteriolelor periferice. Părerea că origina ei ar fi o alterare primitivă a rinichilor este negată acuma de mai toți autorii.

Tabloul clinic al hipertensiunii esențiale, se poate din punct de vedere simptomatic, împărți în 2 stadii distincte: I-ului stadiu este acela al variațiilor rezultatelor dobândite la măsurarea tensiunii sistolice. Se găsesc astfel la prima măsurare o presiune de exemplu de 20 cm., după câteva minute luând din nou tensiunea, pacientul fiind culcat și liniștit, găsim o tensiune de 18, după câteva momente de 16 cm., și în fine ea devine normală.

Orice iritațiune psihică sau intelectuală, cași orice oboseală fizică, poate în acest stadiu să împingă presiunea arterială în sus, producând o hipertensiune. Numai în timpul somnului sau după un repaus, mai îndelungat, culcat și liniștit, ea devine normală.

Toate impresiunile vieții din cursul zilei sunt cauze suficiente, cari pot urca tensiunea arterială. Din acest punct de vedere, nu trebuie niciodată diagnosticat o hipertensiune arterială bazată pe o singură măsurătoare, ci ea trebuie repetată de mai multe ori pe bolnav, după ce a stat culcat și liniștit câteva timp, și luat la intervale fiecare de câteva minute și a nu lua în considerare decât valorile cele mai mici obținute. Vom observa la femei în stare de climacteriu, sau la persoane tinere, că tensiuni mari obținute la prima măsurătoare, după câteva minute devin normale. Constatarea acestui stadiu primordial, zis și stadiul silencios, este foarte important din cauză că este singurul stadiu, care este ușor influențabil pe calea terapeutică.

Rezultat ce nu-l vom obține prin nici una din numeroasele produse farmaceutice recomandate în ziarele cotidiene, dar mai ales în revistele medicale, ca medicamente cu putere hipotensivă — o dietă strictă declorurată, fără substanțe albuminoase și iritative, o evitare a oricărui surmenajiu fizic, psihic sau intelectual, puțin brom sau valeriană va fi suficient în acest stadiu de a duce în scurt timp tensiunea la o valoare normală și a o menține astfel mult timp.

Când nu există alte simptome mai serioase, trebuie evident să evităm orice medicațiune mai activă. Chiar puțin alcool sub formă de vin dacă este bine suportat, poate fi tolerat și chiar cele 4—5 țigărele consolatoare zilnice.

Dar este de cea mai mare importanță, de a nu spune nimic bolnavului despre tensiunea sa arterială urcată, căci simptome supărătoare lipsesc, de cele mai multe ori în acest stadiu sau dacă ele există, sunt așa de puțin importante, încât nu îi pot atrage atențiunea sa asupra cordului.

Există câteodată amețeli, o stare de iritabilitate nervoasă mai pronunțată, dureri de cap, epistaxis, tachicardie. Dar din moment ce medicul i-a atras atențiunea bolnavului asupra cordului, sau i-a spus că are o tensiune arterială ridicată, încep supărările subiective ale cor-

dului, produse de frica bolnavului, că este un cardiac și această frică întrefine că o spină iritativă, aceste simptome subiective cari nu pot fi vindecate decât foarte cu greu și numai cu o psihoterapie foarte intensivă.

Din acest prim stadiu al hipertensiunii variabile, se dezvoltă cu timpul uneori mai timpuriu, alteori mai târziu, cel de al doilea stadiu al hipertensiunii arteriale permanente, sau al complicațiunilor cardioarteriale. Dacă hipertensiunea persistă un timp mai îndelungat, atunci se produce alterațiuni organice și anatomice ale arteriolelor precapilare, cari se îngroașe și cari duc la sclerozarea lor.

Cele dintâi transformări se produc în splină, dar scleroza arteriolelor splenice nu joacă vre-un rol în clinică. Apoi începe și o scleroză a arterelor renale, fără ca din punct de vedere clinic să putem observa ceva anormal. Coci și analiza urinei în ceea ce privește densitatea, albumina și analiza sedimentului nu ne arată încă, nimica patologic, chiar și ureea în sânge se găsește în limitele normale. Uneori se sclerozează arteriolele pancreatice, ceea ce produce de multe ori o glicozurie manifestă la hipertensivi. Glicozuria va apare mai ales după o masă bogată în hidrocarburi. Mai important decât căutarea glicozuriei este dozarea glicemiei, căci de multe ori există stări diabetice la cei cu hipertensiuni, fără ca în urina lor să găsim urme de zahăr și numai în sânge găsim cantități apreciabile de zahăr, lucru ce se explică prin impenetrabilitatea filtrului renal sclerosat la glucoză. Acest lucru este destul de important atât pentru tratamentul dietetic și medicamentos al bolnavului. Mult mai important pentru vieja bolnavului decât sclerozele arteriale ale acestor organe, sunt acelea, care conduc la scleroza arteriolelor capilare ale arterei coronare, cari hrănesc miocardul și cari prin strâmtoarea lor, conduc spre o ischemie a muschiului cardiac și de aci la o dilatare și insuficiență consecutivă a cordului stâng, deja surmenat prin munca la care el este supus, pentru a învinge rezistența periferică ai hipertensiunii. Dilatațiunile cordului ce se găsesc la acești bolnavi, nu sunt întrecute decât de acelea ce le observăm într'o insuficiență aortică înaintată.

Dar și scleroza capilarelor arteriale cerebrale pot produce complicațiuni grave, ca apoplexii, hemoragii cerebrale și tromboarterite.

În acest stadiu hipertensiunea arterială este fixă, permanentă, cu foarte puține mici variațiuni de 1—2 ctm., pentru că acum nu mai ne aflăm în fața unei alterațiuni funcționale, ca în primul stadiu, ci a unei scleroze organice permanente ale arteriolelor precapilare. Se poate încă la o hipertensiune în acest stadiu cu repaus, dietă severă să scadem puțin, de ex. dela 22 ctm. la 20 ctm. o tensiune arterială ridicată, dar ca să putem ajunge la valori normale sau aproape de normală, este exclus. În acest stadiu nici nu mai trebuie să căutăm de a normaliza această hipertensiune arterială, căci ea nu poate scădea intensiv, decât printr'o slăbire manifestă a miocardului sau când dăm medicamente toxice în așa cantitate, încât să paralizizeze funcțiunea miocardului.

Fără o leziune a muschiului cardiac nu mai putem obține o scădere a tensiunii arteriale. Este stabilit principiul că în acest stadiu,

Tratamentul preventiv și curativ pe cale bucală
al infecțiilor polyvalente

V I A S E P T

Para - Amino - Phenyl - Sulfamid
Comprimate de 0gr 25

In toate Infecțiunile **Streptococice, Stafilococice,**
Gonococice și colibacilare.— Produs incolor, insi-
pid, netoxic, bine tolerat de tubul digestiv.

POSOLOGIE:

Adulți: 6-10 comprimate pe zi.
Copii de 5-12 ani: 3-5 > > >
Copii de 1-3 ani: 1-3 > > >
Sugaci: 1/2-3 > > >

Eșantioane și Literatură la cerere

Laboratoriile "VIA," Str. G. D. Palade 26, București. Tel. 299/36

BCU Cluj / Central University Library Cluj

K E R O S A L

Un „Salicilat de Sodiu“ care nu irită stomacul
Dragele keratinizate a 0,50 ctgr. solubile
numai în INTESTIN
Antireumatic, Antitermic, Analgesic

Posibilitate de absorbție a unor doze zilnice mărite, fără nici un fel
de iritații gastrice.

Dozare ideală. **Impregnare continuă** a organismului, grație disol-
vării lente a dragelelor în intestin.

Evitarea tuturor manifestărilor secundare ca: amețeli, inapetență, etc.

Cuții cu 50 și 100 dragele.

Eșantioane și literatură la cerere

Laboratoriile „VIA“ Str. G. D. Palade 26, București. Tel. 299/36

ENTERO - VIOFORME

Iodocloroxichinoleină cu adaus de Sapamină

Antiseptic și desinfectant intestinal

pentru tratamentul:

Dispepsiilor din fermentație și putrefacție,
diareelor de vară și al colitelor

**SPECIFIC: contra dizenteriei amblene și al afecțiunilor
intestinale infecțioase și parazitare.**

AMBALAJ: Tub cu 20 tablete de 0,25 gr.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle
„CIBA“

Reprezentant pt. România: **ROBERT LECLERC**
București, Str. Pietății 33.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

AKROFOLLIN

**Preparat sintetic al Hormonului Follicular
cu acțiune energică și durabilă**

FIOLE, 1000, 10.000, și 50.000 U. S.
DRAGEURI, 1000 și 5000 U. S.

(1. U. S. = 1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

**Preparat sintetic al Hormonului
Corpului Galben**

FIOLE, 0,5, 2 și 5. U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA“ S. A. R.
București I, Str. Sft. Constantin, 4.

o scoborire manifestă a tensiunii chiar dacă o vom obține prin întrebunțarea unui medicament inofensiv, nu trebuie încercată căci pericolele de care de cele mai multe ori este acompaniată, sunt mai mari decât foloasele ce le-am obține, căci hipertensiunea este acum necesară, pentru a învinge rezistența periferică, ce există acum și pe care o produce scleroza capilarelor periferice, pentru a împinge sângele prin lumenul lor strâmtorat.

Dacă scade tensiunea arterială, mai puțin sânge va fi împins înainte în țesuturi și prin aceasta va suferi simțitor nutrițiunea țesuturilor, producând o ischemie a lor. Mai ales se observă acest lucru la creier, unde deja o scădere minimală de 1—2 ctm., poate produce amețeli, leșinuri și chiar paralizii periferice. În acest stadiu numai căuțăm pe calea terapeutică să influențăm asupra hipertensiunii arteriale, ci numai asupra complicațiunilor și a simptomelor ce o acompaniază, cum ar fi o insuficiență cardiacă sau renală, amețeli, sgomote auditive, etc. Un regim declorurat și repaus mai este și acum indicat. Unii autori, mai ales germanii, adaugă aci un al treilea stadiu, acela al nefritei scleroase. Lucru care nu este admis de cei mai mulți autori, considerând nefrita scleroasă ca o maladie de origină inflamatorie, cu totul separată, neintrând în cadrul complicațiunilor hipertensiunii arteriale esențiale.

La hipertensiunea esențială trebuie să luăm în considerare în special tensiunea arterială minimă, care aci este mult urcată în raport cu cea maximă, de oareca ea reprezintă gradul de elasticitate ce prezintă arteriolele periferice și indică gradul rezistenței lor periferice. Măsurarea tensiunii arteriale se face acum exclusiv prin metoda auscultatorie, căci numai ea ne poate indica ambele tensiuni, totuși sfătuiesc să nu se neglijeze de a controla de fiecare dată cu metoda palpatorie, pentru a evita o cauză de eroare, asupra căreia îmi permite a atrage atențiunea D-voastră și care poartă denumirea de absența auscultatorie. Spre exemplu dacă luăm tensiunea arterială maximă a unui pacient, trebuie să ridicăm presiunea în manșetă până la un nivel destul de ridicat, de exemplu la 25 și lăsăm să scadă această presiune, până când apare primele sgomote în artera cubitală, atunci am găsit tensiunea arterială maximă, dacă diminuăm mai departe presiunea în manșetă și sgomotele percepute devin din ce în ce mai slabe și apoi dispar, în acel moment am găsit tensiunea arterială minimă, sau diastolică. Dar întrunele cazuri observăm următorul fenomen, când luăm tensiunea arterială o găsim pe cea maximă, de exemplu 20, diminuând mai departe vedem că la 16, dispăre sgomotul în cubitală pentru a reapăre la 12 și a dispăre definitiv la 8. Vedem aci că între 16 și 12 există un spațiu în care sgomotele bătăilor arteriale nu sunt percepute în artera cubitală, constituind un spațiu obscur, denumit spațiul de absența auscultatorie. Dacă la acest bolnav am ridica presiunea în manșetă numai până la 16, am cădea în acest spațiu de tăcere și auzind sgomotele pulsului abia la 12, am lua această cifră eronat ca adevărată presiune arterială maximă, când în realitate ea este de 20. Această cauză de eroare de altmintețea nu este rară și produce mari neplăceri medicului. Putem să o evităm, fie ridicând întotdeauna nivelul



presiunii în manometru foarte sus, sau controlând rezultatul obținut prin auscultație în toate cazurile și prin metoda palpatorie, când această cauză de eroare lipsește.

În rezumat, deci, hipertensiunea arterială esențială, apare cu vârsta, mai multe cazuri în aceeași familie, dar poate să existe și cazuri de hipertensiuni arterială juvenilă, destul de frecvente și care poate să apare foarte timpuriu, uneori chiar la 30 ani și chiar sub 30 ani și care pot evolua mai mult sau mai puțin rapid. Observăm cum am spus mai sus la hipertensiune esențială 3 faze de evoluare: 1-a fază silențioasă, a 2-a fază de decompensare și în fine faza ultimă sau terminală, care se caracterizează prin scăderea progresivă a tensiunii acompaniate de simptome cerebrale, renale și cardiace, formând faza cachectizantă a hipertensiunii. Este oare posibil să sperăm într-o oprire a acestei evoluțiuni progresive, sau la o întoarcere la o tensiune normală? Aci trebuie să răspundem cu regret că nu. Totuși în hipertensiunile esențiale pe lângă cazurile cu o evoluțiune rapid progresivă, există destul de frecvent și stări de hipertensiune stabile și bine tolerate, cari cu toate cifrele destul de ridicate ale tensiunii arteriale, însă fixe, sunt compatibile cu o existență destul de îndelungată și fără ca să fie supărată de nici-o neplăcere fizică sau de vreun simptom funcțional important.

Terapeutică, aci nu poate decât să mențină hipertensiunea, la un nivel tensional fix, compatibil cu toleranța organismului, să evite bruscele puseuri hipertensive și să încetineze mersul inexorabil progresiv în formele grave printr-o medicațiune cardiacă și renală apropiată.

Nu voi vorbi de igienă generală, repaus, regim, etc., ce trebuie aplicat acestor bolnavi, nici de terapia medicamentoasă generală simptomatică, vasodilatatorie, antispasmodică sau opoterpică a hipertensiunii esențiale, cunoscută de noi toți. Voi spune numai câteva cuvinte asupra tratamentului ei prin injecțiunile intravenoase cu ser glucozat hipertonic 25% și de tratamentul ei chirurgical. Cu tot paradoxul, în trebuințarea injecțiilor intravenoase de ser glucozat hipertonic, Roche din Geneva obține o scădere manifestă a tensiunii prin înțrebuințarea injecțiilor intravenoase hipertonică cu ser glucozat 20%, în cantitate masivă de 400 cc., pe care îl introduce călduț și goutte à goutte, îi trebuie $\frac{3}{4}$ de oră pentru a introduce cantitatea totală în venă. Singurul desagrément pe care l'a observat, au fost mișcările febrile pe cari le provoacă aceste injecțiuni. Hiperglicemia provocată, o reduce prin injecțiuni cu insulina. Diureza și azotemia nu au fost de loc influențate prin aceste injecțiuni la nefritici hipertensivi, însă acțiunea sedativă și hipotensivă este manifestă și se poate menține câteva luni.

Modul cum lucrează injecțiunile intravenoase cu ser glucozat hipertonic, pare a fi următorul prin glicemia manifestă pe care o produce ar excita oarecari grupe de celule pancreatice, cari ar produce o secrețiune internă cu putere de a scădea tensiunea arterială. Căci știut este că există preparate farmaceutice extrase din pancreas și desinsulate și cari au o mare putere hipotensivă, cum este angioxilul și vagotonină. Eu am înțrebuințat în mai multe cazuri, injecțiuni intravenoase cu ser glucozat hipertonic 25%, în doze mici de 20 cc., de 2 ori pe zi,

dimineața și seara, fără a trebui să mă plâng de vreun desăgrement, ca febră, etc., și am acompaniat aceste injecțiuni în aceeași siringă, fie cu ouabaină în deficiența cardiacă, sau cu corfilamină în insuficiența renală. Rezultatele obținute au fost foarte bune și scoborirea tensiunii astfel obținută a durat câteva luni.

Tratamentul chirurgical. Prin extirparea unei glande suprarenale, sau rezecțiunea unei părți din această glandă, s'a căutat a se diminua cantitatea de adrenalină secretată, plecând dela principiul că adrenalina ar fi o cauză a spasmului arterial și prin aceasta a hipertensiunii arteriale, a fost încercat de mulți chirurghi, mai ales în hipertensiunile esențiale, la persoane tinere și a căror hipertensiune creștea repede. Primele operațiuni au fost făcute de Delbet, după indicația lui Vaquez, în 3 cazuri cu 3 eșecuri. S'a constatat totuși că într'adevăr tensiunea arterială a scăzut repede, dar moartea survenea după câteva zile dela operație. Acest lucru s'a întâmplat și unui pacient al meu operat și care deși tensiunea a scăzut manifest dela 27 la 16, a sucombat 12 zile după operație. Totuși în ultimii ani, chirurghii modificând procedeul operator, au parvenit prin extirparea totală, sau numai rezecția parțială a unei glande suprarenale să reducă tensiunea arterială și să prelungească viața astfel încă cu câțiva ani, cum au comunicat cazuri Monier-Vinard, Desmarest și mulți alți chirurghi. Operația este indicată la orice hipertensiune arterială la persoane tinere și voinice, a căror tensiune arterială crește rapid, îndreptându-se spre cachexie, lucru care echivalează întotdeauna cu o sentință de moarte sigură. Inacțiunea medicului în aceste cazuri ar fi foarte regretabilă, căci indicația intervențiunii chirurgicale în aceste cazuri este întotdeauna imperioasă.

Pende, din Genua, recomandă secțiunea splachnicului abdominal, ceea ce ar modifica în parte secreția glandei suprarenale, realizând astfel o vaso-dilatațiune abdominală. Deci ambele aceste operațiuni ar trebui încercate, după caz, fiind absolut indicate. În anul trecut s'a încercat și decapsularea rinichilor în cazurile de hipertensiune, rezultatele sunt de scurtă durată și nesigure.

Un court aperçu sur l'hypertension artérielle et son traitement.

Ein kurzer Ueberblick über der essenziellen Hypertonie und ihrer Behandlung.

Produsele Laboratoarelor CLIN

ELECTRARGOL

Argint coloidal
Electric în boabe
fine.

Soluție
a 0.40 la 1000
Fiole.

Soluție
a 0.70 la 1000
Flacoane și Collre

INDICAȚIUNI GENERALE:

Afecțiunile aparatului
respiratoriu.

Infecțiuni chirurgicale
Septicemii.

INDICAȚIUNI LOCALE:

Blenoragii. Otit.
Abscese. Flegmoane.
Plăgi.

FLACOANE

FIOLE

Flacoane-fiole
5 și 10 cc.

0

Fiole picătoare
de 25 cc.

Laboratoarele CLIN, 20, rue des Fossés St. Jaques — PARIS, V.

Reprezentant General pentru România:

GEORGES VERGLAS, Str. Precupeții Vechi No. 1 — BUCUREȘTI.



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

dragaturi

picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE
STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES

DUBOIS

10 Bd. PERRIERE, PARIS 17^e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături

fiole

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ



Mostră medicală la cerere PAUL ILUTZA

STR. OLARI 25, BUCUREȘTI IV

Ședința festivă a Societății de Endocrinologie

(Aprilie 1940)

În amfiteatrul cel mare al Spitalului Colțea s'a desfășurat sub prezența de onoare a d-lui Prof. C. Rădulescu-Motru, Președintele Academiei Române, ședința festivă a Societății de Endocrinologie, consacrată împlinirii a 5 ani de la întemeierea Societății și de la apariția Buletinului.

Cuvântul introductiv a fost rostit de d-l Prof. C. Rădulescu-Motru, care a adus un ales omagiu endocrinologiei. Pentru frumusețea imaginilor, ne permitem a desprinde rândurile de mai jos:

„Știința cea tânără a Endocrinologiei susține explicările date de psihologie vieții afective și tipurile de temperament și caracter, adică tocmai explicările cele mai prețioase din câte se cer științei sufletului. Endocrinologia față de psihologie, din necunoscută cum era înainte, a ajuns să devină știința ce asigură progresele viitoare ale psihologiei. În lumina acestor constatări pare că se deșteaptă în mintea mea bănuiala că Dv., chemându-mă să vă prezidez această ședință, ca vechi profesor de psihologie, ați urmărit să vă ilustrați victoria, după obiceiul pe care îl aveau împărații romani de odinioară, cari, când se înforceau la Roma victorioși, puneau înaintea carului lor de triumf Regii țărilor învinse. Dar eu nu mă supăr, ci merg cu bucurie înaintea carului Dv. de triumf, fiindcă sunt convins că între psihologie și endocrinologie se va face în curând o legătură indisolubilă, așa că nu se va ști cine este învinsul și cine învingătorul”.

„Într-o perspectivă de încredere desăvârșită deschid dar ședința aceasta solemnă și dau cuvântul d-lui Prof. C. I. Parhon”.

Președintele societății de endocrinologie a făcut o impresionantă dare de seamă asupra activității Clinicii endocrinologice de la înființarea ei, 1934, arătând progresele ce s'au realizat, grație numai unei activități neîncetate, desfășurată uneori în condiții extrem de dificile.

D-l D-r I. Șimian a prezentat activitatea Societății de Endocrinologie în legătură cu problema școlară, arătând importanța manifestărilor de inițiere în endocrinologie, organizate în cadrul formelor de învățământ, în diferite centre din țară.

D-l D-r St. M. Milcu a expus câteva date asupra „Buletinului de Endocrinologie”, în decurs de 5 ani de apariție. În acest interval

s'au publicat 2000 de pagini, însumând 368 articole clinice și experimentale și numeroase memorii.

„Buletinul” a publicat dările de seamă ale Congreselor de Endocrinologie dela București, Cluj, Iași și Chișinău, precum și trei tomuri consacrate Primului Congres de Endocrinologie, de caracter internațional, ținut la București în Iunie 1938.

Numeroși sunt cercetătorii străini cari au primit să colaboreze la Buletinul românesc de Endocrinologie. Printre aceștia se citează: Marannon, Leriche, Pende, Ch. Richet, Pergola, Atkinson, Charvath, Pighini, Vacék, Lesueur, Djuricic, Leandre Cervera, Sinaly, etc. Profesorul H. Simonnet, unul din cei mai distinși reprezentanți ai științei glandelor cu secrețiuni interne, a dovedit prin participarea sa la Congresul dela București și prin numeroase colaborări o vădită simpatie pentru tânăra mișcare română de Endocrinologie.

Seria comunicărilor științifice a fost deschisă de D-nii Prof. N. Ionescu-Sisești și D-r Louis Copelman, cari au prezentat o serie de considerațiuni asupra modificărilor psihice.

D-l Prof. C. I. Parhon și D-ra G. Werner au adus cercetări noul asupra metabolismului potasiului, care este crescut în ipertiroidia clinică și experimentală.

D-l D-r I. Șimian a prezentat date statistice și grafice asupra glandelor endocrine în cursul vjeșii școlare.

D-l D-r St. M. Milcu a adus interesante contribuțiuni privitoare la diagnosticul hormonal al vârștel critice virile.

D-nii Prof. C. Parhon, St. M. Milcu și E. Tomorug au arătat influența extractelor de epifisă asupra creșterii ponderale.

D-l D-r I. Porumbaru a prezentat rezultatele favorabile obținute prin aplicațiile de extracte cortico-suprarenale în chirurgie.

D-l D-r Th. Hernej a demonstrat, pe bază clinică și teoretică, influența sarcinii asupra evoluției tumorilor nervoase.

D-l D-r Mavromati a expus raporturile dintre constituția morfologică și fibromatoza uterină.

„Buletinul” continuă în ciuda greutăților materiale să-și continue apariția neîntrerupt, publicând în limba lui Claude Bernard întreaga activitate a Societății de Endocrinologie.

În încheiere, d-l Prof. C. I. Parhon, a adus mulțumiri Președintelui Academiei Române pentru sprijinul acordat endocrinologiei în timpul celor 5 ani de activitate și l'a rugat, în asentimentul unanim al adunării să accepte prezidenția de onoare a societății.

Președintele Academiei Române și-a exprimat satisfacția de a lucra în cadrul societății de Endocrinologie și a propus să se înainteze un memoriu pentru înființarea unui Institut, consacrat cercetărilor teoretice și aplicate în raport cu studiul glandelor endocrine.

D-r L. Copelman