

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

— ACTA MEDICA ROMANA —

DIRECTOR:

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

CONDIȚIILE DE PUBLICARE ȘI ABONAMENT

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmărire într'un alt număr; ele nu vor depăși 8 pagini de tipar, faptele clinice 2—3 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute, tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1— 4 pag.	Lei 300.—	Lei 375.—	Lei 180.—	Lei 210.—
5— 8 „	„ 350.—	„ 440.—	„ 230.—	„ 275.—
9—16 „	„ 440.—	„ 560.—	„ 320.—	„ 395.—

Costul clișeelor ca și al planșelor în afară de text, din revistă și din extrase, privește pe autor.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte, cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în românește, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul, pagina și anul.

Articolele de polemică nu vor depăși 3 pagini de tipar. (paginile în plus se vor taxa dupe tariful stabilit mai sus).

Redacția și Administrația:

„Mișcarea Medicală Română“

Str. Sf-ți Arhangheli, 9

Craiova — România

Abonamentul

pt. Medici 300 lei

pt. Instituții 600 „

1 Număr 60 „

Din „SUMARUL” No.
viitoare

Conf. ALFRED RUSESCU și TR. FELDIUREANU: Sindromul nervos în paludism, în legătură cu 3 cazuri clinice.

G. CARTUȚA: Despre gruparea bolilor infecțioase.

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

MAREȘ GH. CAHANA: Rolul glandelor endocrine în unele afecțiuni musculare.

GH. GRAMA: Abcesul în Douglas după apendicectomie.

Prof. TR. NASTA și Conf. DORIN DUMITRESCU: Sindromul lui Volkmann.

AL. LAMBESCU: Câte-va din indicațiile operațiilor pe simpatic.

C. V. ANTONESCU: Asupra rolului sinusului carotidian în acțiunea respiratorie a pilocarpinei.

V. PLĂTĂREANU: Considerațiuni istorice asupra tratamentului cu petrol.

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

P. COSAC: Studii de etnografie medicală.



SILANDIN

(NUME DEPUȘ)

SILICAT BAZIC DE MAGNEZIU

Produce desintoxicarea și micșorarea acidității organismului, ameliorând peristaltismul și adsorbând gazele; deci indicat în:

INTOXICAȚIUNI prin acizi, sau produsele de putrefacție ale albuminelor etc.

CONSTIPAȚII cronice, meteorism.

ULCER VENTRICULAR și duodenal

AMELIOREAZĂ STAREA GENERALĂ

Ambalaj cu 100 g

250 g

MOSTRE LA CERERE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București, Str. Grigore G. Ghigorescu, 16

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITAȚII CASELOR FARMACEUTICE

	<u>Pagina</u>
ASEPTICA: Hypercalcium, Hepatonal „Torjescu”	397
— — : Antireumal, Gonoflavin, Hemato-Serum, Vin Cola, Sirop pectoral, Gudron ephedrinat, Liniment anti-reumatic	426
CHIMIROMAN: Inhepton per os, Betabion „Merck”	425, 434
CODEX: Digibaine, Esiderm	407, 429
R. FOREK: Rectidon comp. „Riedel”, Silandin „Boehringer-Soehne”	Cop. II, 358
FLAVIAN: Lactoferment „D-r Robin”, Vaccinul antistreptobacilar „Nicolau-Banciu”, Vaccin microbaccilar antiacneic „Sărățeanu”	408
GEDEON RICHTER: Vasiod, Bellafit	398
GHEORGHIU ȘT.: Sirop neuro-tonic	398
KNOLL: Calcium-Diuretin, Iod și Rhodan-Calcium-Diuretin	389
LUTEȚIA: Lisarthol	381
— — : Crino-Tensil	382
— — : Carditone, Lactobyl, Serenol, Taxol, Uralysol, Veinotrope, „Lobica-Paris”	418
— — : Terapia Dermatozelor: Sedotyl, Inosepta, Inotyl, Siliplastine, Cutigenol	417
— — : Calcigenol, Halocalcion „Pinard”	Cop. III
— — : Biolactyl „Fournier”	Cop. IV
S. I. F.: Gynofolin	468
— — : Calcifix, Silental „Gamma”	462, 444
SANACHIMICA: Akrofolin, Akrolutin „Chinojn”	444
SANDOZ: Calcibronat	484
STANDARD: Seruri, Vaccinuri, Anafoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene Medii de cultură. Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate „Inst. de Seruri și Vaccinuri D-r I. Cantacuzino”	363
— — : Cyto-serum, Calcium, Hemocyto-serum „Corbière”	364
— — : Opocalcium „Ranson”, Agocholine „Zizine”	390
G. VERGLAS: Passicarbone „Reaubourg”	430
— — : Uraseptine „Rogier”	430



„MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ”

sub variatele ei manifestațiuni, constituie adevărate

ARCHIVE GENERALE DE MEDICINA ROMÂNEASCĂ

de cercetat cu folos de toată lumea medicală.

* * *

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

căruia am destinat dela înființarea revistei noastre o rubrică specială, socotim că nu poate fi deprins mai bine decât prezentând

FOLKLORUL MEDICAL ROMÂNESC

sub aspectele sale multiple de: credințe, metode, descântece populare, administrare de plante și felurite practice de tămăduire a boalelor, etc.

Pe temelia acestui folclor medical empiric de medicină populară s'a așezat edificiul medicinei noastre științifice de azi; socotim a face operă tot atât de utilă urmărind pe pământul țării noastre și în datinele poporului românesc acest zăcământ folcloristic, prin care venim în contact cu acela al țărilor și popoarelor învecinate; pe cât prezentând aspectele variate ale mișcării medicale românești din prezent, prin care luăm parte la mișcarea medicală universală:

Folklorului medical i s'a acordat de altfel, în ultimul timp și în toate țările, o atenție deosebită; la noi el a preocupat în deosebi pe D-l D-r Victor Gomoiu, Intemeetorul „Soc. regale române de istoria medicinei” și pe marele nostru Prof. D-r I. Cantacuzino.

La Congresul Internațional de Istoria Medicinei, ținut la Madrid în Septembrie 1935, „Folklorul medical în țările balcanice” în care se integrează și folklorul medical al țării noastre, a format obiectul unui raport general, cu care a fost însărcinat D-l D-r V. Gomoiu, ales în urmă Președinte al „Soc. Inter. de Istoria Medicinei”.

Pentru revista, care apare la Craiova, în Oltenia, leagănul Românismului, și publică toate

ACTA MEDICA ROMANA

strângerea folklorului medical se impune și ca o datorie.

Rugăm stăruiitor pe cetitorii revistei „Mișcarea Medicală Română” să ne trimită pentru publicare orice material de asemenea natură.

DIRECȚIA

LUCRĂRI MEDICALE ROMĂNEȘTI.

PRIMITE LA REDACȚIE *)

(în continuare)

M. ZAVERGIU-TEODORU: Depistarea tuberculozei. — Elemente de medicină preventivă. Monografie, Tip. „Cernica”, București, 1940.

ALEX. LAMBESCU: Expunere de titluri, activitate și lucrări. — Constanța, Tip. „Lucrătorii asociați”, 1940.

D. SIMICI: Boalele medicale observate în campanie și Spirochetoza ictero-hemoragică. — Extras din „Probleme de medicină de războiu”. Academia de medicină din România. Imprimeria Națională, București, 1940.

D. SIMICI și Int. PRIBOIANU: Considerațiuni clinice, patogenice și terapeutice asupra Hiperazotemiilor acute transitorii din cursul Hemoragiilor digestive — Extras din „România Medicală” Mai, 1940.

D. SIMICI et PAPADOPOL: Recherches concernant le rôle de la carence vitaminique C, dans la pathogenie du l'hyper-fragilité capillaire. — Extrait „Annales de Médecine, Tom 46, No. 3, 1939—1940.

D. SIMICI, N. GINGOLD et C. C. PARHON junior: L'extrait de foie utilisé en thérapeutique a-t-il une action blastogène? — Extr. Le Sang, T. XIII, No. 3, 1939, p. 310—312.

D. SIMICI: Recherches gastrographiques concernant l'action de l'eau potable introduite dans l'estomac à jeun, à différents degrés de température, sur la motilité et la tonicité gastrique. — Extrait, „Soc. méd. des hôp. de Bucarest, No. 1, Janvier 1940.

Câteva date de medicină Preventivă cu privire la bolile infecțioase în România. — Extras din numărul Festiv al „Revistei de Igienă Socială”, Anul I, No. 1, Ianuarie 1940.

Prof. D-r C. I. PARHON: Insemnătatea teoretică și practică a Endocrinologiei. Necesitatea de a se organiza mișcarea științifică endocrinologică la noi în țară. — Discurs de recepție rostit la 20 Mai 1940 în ședința publică solemnă, și răspunsul D-lui Prof. N. Vasilescu Karpen. Academia Română. Discursuri de recepție, LXXV. Imprimeria Națională, București, 1940.

Docent D-r IOAN STOIA și D-r HEDA I. STOIA: Lumbago, Sciatica, și alte câteva boli reumatismale. — Editura Libr. Jean Leon, București, 1940.

W. STEPP, I. KUEHNAU, H. SCHROEDER: Vitaminele și aplicația lor clinică. — Traducere românească după ediția patra germană, revăzută și adăugită de D-r Ilie D. Georgescu, Șef de lucrări la Fac. de medicină din București. Apărută în Editura H. Welther, Sibiu, 1940. 273 pagini cu 22 formule și 12 tabele. Prețul broșat lei 360, legat în pânză 440 lei.

MARGARETA I. POPESCU: Contribuțiuni la studiul variației creatinei și creatininei în intoxicațiile cu săruri de uran, mercur și bismut. — Teză de doctorat în Științele naturale susținută la fac. de științe din București, 1940, Tip. „Scrisul Românesc”, Craiova.

*) Se vor recenza, treptat, în numerile viitoare ale revistei.

HIPPOCRATE: Despre medicina veche, despre aer, ape și lacuri. — Traducere din limba greacă cu note și introducere de D-r C. Săndulescu, București, Impr. „Curentul”, 1940.

Preot G. NEGULESCU și D-r N. VĂTĂMANU: Casa din București a doctorului Bartolomeo Ferrati, Protomedic al lui Brâncoveanu. București, Tip. „Universul”, 1940.

D-r ALEX. MANOLESCU: Evoluția demografică a comunei Dumbrăveni. București, Tip. „Cultura”, 1939.

R. OLINESCU et P. CL. NITU: E'endemie palustr. constitu-t-elle un facteur de dégénérescence et de débilite des enfants d'une région impaludée? Extr. du Bull. de l'Academie de Médecine de Roumanie. Tome X, No. 4.

GH. NASTASE: Considérations sur l'étiopathogénie de l'ulcère dit varicieux monographie. Impr. „Brawo”, Iași, 1939.

I. STOIA et I. H. STOIA: L'influence du radium sur les cellules et son importance dans la pratique rhumatologique. Extrait, Revue du Rhumatisme No. 2/1940, Paris.

I. STOIA et I. H. STOIA: Etude anatomoclinique et thérapeutique de la sciatique. Extrait, Revue du Rhumatisme, No. 2/1940, Paris.

OD. APOSTOL: Problema răniilor gazaji. Extras din „Cernăuți Medical” No. 3—4/1940.

OD. APOSTOL: Beiträge zum Studium des statischen und dynamischen Zustandes der Papille bei Vergiftungs-, Lypothymie-, Agonie- u. s. w. Fällen. Extras din „Cernăuți Medical” No. 11/1939.

OD. APOSTOL: Fitoterapie, Berberis vulgaris L. = Dracila. Extras din „Cernăuți Medical” No. 9/1939.

T. FARCAȘ: Cordul și aparatul circulator în boala lui Basedow. Extras din „Mișcarea Medicală Română” No. 3—4/1940.

Raport asupra activității Institutului de Scrieri și vaccinuri „D-r I. Cantacuzino” pe anii 1939—1940. București, Tip. „Cultura”, 1940.

G. PROCA et S. BABEȘ: L'immunisation contre la rage, vaccins vivants et vaccins tués. Bulletin de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations, vol. IX, Extrait No. 3.

M. et T. CAHANE: Hyposomie et Vitiligo familial et héréditaire. Acta Medica Scandinavica, vol. CI, fasc. I, 1939, Stockholm.

M. CAHANE: Quelques considérations sur la classification des syndromes endocriniens. Extrait de la „Revue française d'Endocrinologie, No. 2/1939.

M. et T. CAHANE: Considerazioni sulle forme cliniche del gozzo esofagico. Estratto da „La Riforma Medica” No. 25/1939.

M. et T. CAHANE: Considerations sur la présence des sclérotiques bleues chez une paralytique générale. Estratto da „Il Cervello” No. 6/1939.

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. hys-tolitic, 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

- » antistafilococic
- » antigenococic
- » antipneumococic
- » antitifo-paratific
- » antiholeric

Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)

- » anticoli
- » antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)

Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)

Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică și scarlatină (streptococ hemolytic)

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 albnminelor

Ser hemolytic anti-oaie

Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)

Toxină pentru reacția Dick

Toxină pentru reacția Schick

Antigene: Bordet-Ruelens, Citrochol 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 informațiile 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. Ioncă No. 8.



CYTO-SERUM CORBIÈRE
MEDICATIE CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

INDICAȚIUNI

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



CALCIUM CORBIÈRE
SOLUȚIE DE GLUCONAT DE CALCIUM DE 10%
IN FIOLE DE 5 cc. PENTRU INECȚIUNI

INDICAȚIUNI

Tuberculoză, Rachitism, Reumatisme
Fracturi, Pleurezie, Empotizii, Emorații



HEMO CYTO-SERUM
MEDICATIE FERRO-CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

INDICAȚII

Anemii de orice origină - Clorosă - Denuțrite
Convalescențe postoperatorii - Hemorații

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

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O inecție
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.

Către Corpul Medical Românesc din teritoriile deslipite

Vitregia împrejurărilor ne dictează în numărul de față în loc de „Cronică medicală“, o pagină dureroasă pentru corpul medical românesc. Cea mai tristă pagină din istoria greu încercatului său popor.

Medicii români își amintesc, de la Pasteur, că dacă știința medicală este universală, medicul are o patrie. În ultimele 2 luni însă o bună parte a corpului medical românesc nu o mai are, căci a trecut cu 4 corpuri de teritoriu deslipite din trupul țării la popoare străine de neam și lege.

Celor cari au rămas acolo le adresăm rândurile de față.

Înțelesul noțiunii de patrie, ca și al celei de familie, a reeșit pentru societatea omenească din existența unui fenomen natural, acela al tendinței firești ce manifestă elementele cu afinități reciproce de a se grupa între ele. Pentru a trăi, a evolua și a perpetua împreună specia. La fel în regnul vegetal. Și prin nevoia unei simetrii moleculare, dictată de armonia universală, se pare că și în lumea minerală.

Acest fenomen natural nu poate fi suprimat, nici abătut din cale, necum înăbușit. Natura, triumfătoare, l'a impus peste tot și întotdeauna, în contra tuturilor adversităților cari i-au stat în cale. Mai impetuos cu cât a fost mai contrariat, mai puternic cu cât s'a organizat. Este un fenomen care nu se epuizează, căci reversibil se reproduse veșnic cu generațiile tinere. Neamul românesc i-a făcut dovada experimentală în decursul bimilenarei sale existențe.

Cei despărțiți azi, ne vom reuni mâine. Cu atât mai repede pe cât vom fi știut aplica mai temeinic legile selecțiunii naturale, care consacără pe indivizi și a ales popoarele. Și neamul românesc este un popor ales prin însușirile rasei latine și prin asprimea obiceiurilor daco-romane.

Numai să ne facem fiecare datoria integrală, fiecare la locul lui. Revista aceasta va continua să și-o facă pe a ei, de ordin științific și profesional, astfel precum și-a dat dintru început menirea. Ținând contactul și adresându-se tuturilor, cu precădere celor veniți cu teritoriile alipite și plecați cu ele, aplicând tratament preferențial colaborării lor, precum face dovada, involuntar, acest ultim liber număr al lor în care din 15 lucrări 6 vin din Ardeal.

Cea mai mare răsplătă ce putem aștepta va fi ca această încercată generație de medici de azi să-și vadă strănși la o laltă, uniți în cuget și în simțiri, pe toți membrii ei, pe toți membrii Corpului medical românesc cărora Regulamentul Organizației lor profesionale, publicat în numărul de față, nu li se va mai putea aplica în mod integral și general. Pentru moment. Să fim siguri că nu pentru multă vreme.

M. CÂNCIULESCU.

Membru al Academiei de Med. din România

SUMARUL

	<u>LUCRĂRI ORIGINALE</u>	Pag.
E. BANU (Buzău): Caracterul epidemiilor de scarlatină în perioadele pre și post vaccinale în orașul și județul Buzău.		365
Conf. D-r D. DUMITRESCU (București): Medicina pe vremea lui Molière.		367
E. HERSKOVITS (București): Despre degenerescența polichistică a rinichilor în legătură cu un caz interesant.		388
A. MOGA et J. MACAVEI (Cluj): La réaction de Mester dans les affections rhumatismales.		391
Prof. D-r D. NEGRU (Cluj): Nou procedeu radioscopic pentru determinarea adâncimei corpurilor streini. — Aparat pentru determinarea automată a acestei adâncimi (Roentgenbatimetrul cu citire directă).		399
V. M. PLĂTĂREANU (București): Medicii Șerban și Ilie Eminovici (frații poetului Eminescu).		409
V. PREDĂ (Cluj): Corelația dintre tipul constituțional și grupele sanghine.		419
V. PREDĂ (Cluj): Raportul dintre bolile și semnele ereditare cu tipul constituțional.		427
C. STRAT și C. SIMIONOV (Iași): Modificările secreției gastrice prin administrarea acidului nicotinic.		431
I. VAINA (Arad): Considerațiuni asupra prognosticului pleureziilor exudative. Raportul lor cu tuberculoza pulmonară postpleuretică.		435
GH. VAJA (Dâmbovița): Tuberculoza la școlari.		445
Medic G-ral D-r AUG. VASILESCU (Craiova): Consultațiunile de medicină internă la „dispensarul Sf-ta Treime” din Craiova, pe timpul 1937—1940.		455

CĂRȚI — MONOGRAFII — TEZE

ADALBERT CZERNY: Die Paediatric miener Zeit. Berlin, Spinger, 1939, pag. 124. (Rec. de: Axente Iancu, Cluj).	463
EMIL SERGENT: Suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et mediastinales. Paris, 1940, Masson et C-ie. (Rec. de: Emil Gheorghiu, București).	469
IOAN STOIA și HEDA I. STOIA: Lumbago, sciatica și alte câteva boli reumatismale. Edit. Librăriei Jean Leon, București. (Rec. de: V. M. Plătăreanu, București).	473

ORGANIZAȚIE SANITARĂ

Regulamentul legii pentru organizarea și funcționarea Colegiului medicilor.	474
---	-----

CARACTERUL EPIDEMIILOR DE SCARLATINA IN PERIOADELE PRE ȘI POST VACCINALE IN ORAȘUL ȘI JUDEȚUL BUZĂU

de

D-r EUGEN BANU

Medic Primar.

Autorul studiază caracterul epidemiilor de scarlatină în orașul și județul Buzău, pe o perioadă de 10 ani, în care nu s'a practicat vaccinația antiscarlatinoasă și caracterul scarlatinei din ultimii 2 ani în care s'a practicat această vaccinație.

Constatările și concluziunile la care ajunge, sunt foarte favorabile pentru practicarea vaccinării.

Valoarea vaccinațiunii antiscarlatinoase cu toxină și anatoxină scarlatinoasă în mediul epidemic, a fost contestată de o parte din cercetătorii care au luat în considerațiunea preocupărilor lor, această problemă.

Caracterul epidemiilor de scarlatină în România, a fost studiat mai mult în centrele mari, unde lua de cele mai multe ori un aspect foarte grav. În celelalte regiuni (mediul rural și orașe mai mici), acest studiu nu a putut fi făcut decât rar și de cele mai multe ori incomplet, astfel încât epidemiile de scarlatină nu sunt cunoscute decât în parte și numai după relațiuni statistice, cari nu pot arăta și caracterul clinic. În ultimul timp însă, studiul epidemiilor și din aceste centre a fost obiectul de preocupare al medicilor și s'a putut ajunge la concluziunea că epidemiile de scarlatină sunt tot atât de grave și păstrează în general aceleași caractere.

Într'o lucrare anterioară, am căutat să descriu epidemia de scarlatină din anul 1938—1939, ivită în orașul și județul Buzău și am ajuns la concluziunea că, în această regiune epidemiile survenite aproape ciclic, sunt maligne.

Extinzând aceste cercetări pe o perioadă mai lungă, am căutat ca în județul Buzău, să studiez epidemiile în trei puncte diferite, luând în considerare faptele presupuse ca determinante în aparițiunea acestor epidemii. Prin cercetarea caracterelor epidemiilor în aceste trei puncte diferite, am căutat ca să coordonez aparițiunea acestora în raport cu influențele geografice locale, starea socială, rase, etc.

Pentru relevarea caracterelor cu care s'au dezvoltat epidemiile din

cursul ultimilor ani, am luat ca bază evoluțiunea epidemiilor, după formele clinice pe care le-au prezentat bolnavii ospitalizați în Spitalul de Boli Contagioase din orașul Buzău, Spitalul mix Pogoanele și Spitalul mix Mizil.

În acest raport preliminar voi căuta să pun față în față aspectul epidemiilor din perioadele pre și post vaccinale, epidemii care s'au dezvoltat în absolut aceleași condițiuni.

Pentru Spitalul de Boli Contagioase din orașul Buzău, cercetarea s'a putut face cu începere din anul 1931. La Spitalul mix Pogoanele, acest studiu s'a putut reface pe o perioadă de 10 ani, iar la Spitalul mix Mizil, numai din începere din anul 1935. Această deosebire revine faptului că, în marea majoritate a cazurilor, foile de observațiune nu au existat, iar atunci când le-am putut avea, acestea erau incomplete și de cele mai multe ori reduse numai la înscrierea curbei termice. Acest studiu s'a putut face astfel în condițiuni destul de grele și nu a putut duce la o trasare continuă și completă a ciclurilor epidemice. Totuși, putem admite că aparițiunea epidemiilor este aproape ciclică, recrudescențele epidemice apărând în general din patru în patru ani.

Prima epidemie gravă pe care am putut-o studia în orașul Buzău, s'a ivit în anul 1931, dată ce coincide cu aparițiunea epidemiei atât de gravă ivită și în București la aceeași dată.

În acest an, în Spitalul de Boli Contagioase din orașul Buzău, au fost internate 655 cazuri de scarlatină, cifră ce este impresionantă atunci când totalitatea lor este raportată la populațiunea unui centru mic. Luând în considerațiune și faptul foarte probabil, că o mare parte din bolnavi nu au putut fi ospitalizați, căci nu au fost declarați, această cifră crește și mai mult, mărind gravitatea epidemiei din punct de vedere al morbidității.

Tot atât de gravă epidemia acestui an apare și din punct de vedere al malignității formelor clinice.

Dintr'un număr total de 655 bolnavi, forma gravă a fost găsită la 65, iar forma hipertoxică la un număr de 40 bolnavi. Procentajul la care s'au ridicat aceste două forme, a fost de 9,9% pentru forma de scarlatină gravă și 6,1% pentru forma hipertoxică. Aceste două, au dat marea mortalitate din cursul epidemiei 1931 căci, din 65 bolnavi cu scarlatină gravă, 30 au sucombat, iar din 40 bolnavi cu formă hipertoxică, au sucombat 38. Ca în orice epidemie, caracterul malign, este în raport cu aceste două aspecte clinice ale scarlatinei, care pot da o mortalitate ce variază între 50—80%, și uneori chiar 90%.

Din cercetarea retrospectivă a foilor de observațiune, reese că forma hipertoxică a fost foarte gravă și cu o evoluțiune clinică foarte scurtă, majoritatea bolnavilor sucombând în primele două, trei, zile dela data internării, — (în hiperpirexie ce atinge uneori 40—41°). — Asupra caracterului exantemului și celorlalte manifestări, nu pot aduce nici o contribuțiune, deoarece foile de observațiune sunt lipsite de ori și de descriere clinică. În forma gravă, evoluția clinică se pare a fi fost mai lungă pentru cazurile mortale și întretăiată de numeroase complicațiuni la bolnavii care au avut un prognostic favorabil.

Nu putem semnala existența cazurilor de scarlatină asociată cu angină necrotică Henoch, deoarece nici pe una din foile de observațiune nu este menționată această formă clinică a scarlatinei, pe care azi trebuie să o considerăm ca o entitate bine definită și nu ca o complicație a scarlatinei.

Epidemia anului 1938/1939, ne-a pus de foarte multe ori în fața acestei forme de scarlatină, astfel că nu credem că în cursul unei

epidemii atât de grave ca aceia din anul 1931, ea să fi lipsit cu totul, atunci când și în București, unde epidemia lua același caracter, majoritatea formelor grave de scarlatină, erau date de angina nerotică care apare ea însăși ca o epidemie grevată pe cazurile de scarlatină.

Formele benignă și obișnuită, au fost observate, prima în 54 cazuri, iar a doua în 217 cazuri. Pentru amândouă formele, mortalitatea este de 0%, însă trebuie menționat faptul că în scarlatina obișnuită din cursul acestei epidemii, complicațiile au fost frecvente, ridicându-se la un procentaj de 38—75%. Un alt aspect al epidemiei din acest an este dat și de bolnavii care au fost internați în serviciu în perioada de descuamațiune a scarlatinei. Majoritatea bolnavilor din această categorie, au prezentat complicațiuni foarte frecvente de partea aparatului urinar și de partea sistemului ganglio-limfatic. Din această categorie au fost ospitalizați 279 bolnavi.

Din descrierea acestor câteva date succinte, reese că epidemia a avut un caracter foarte grav, mortalitatea generală, ridicându-se la un procent de 12,05%.

În anul următor, epidemia a continuat însă mult mai atenuată din punct de vedere al morbidității, totalitatea cazurilor internate în spital, ridicându-se la 243. De data aceasta, malignitatea este și ea mai redusă, totalitatea cazurilor cu formă gravă ridicându-se la 6,75% și 15,3% pentru forma hipertoxică. Din grupul formelor benignă s'au internat 47 cazuri, iar din cea obișnuită 75. Amândouă formele fără nici un caz mortal. În cursul acestui an, bolnavii internați în descuamațiune, au atins un număr înestul de ridicat (84) cu un singur caz mortal. Totalitatea cazurilor letale s'a ridicat la 21, în cursul anului 1932, dând un procent de 12,3%.

Consecutiv epidemiei mari din anul 1931, care a continuat și în cel următor, numărul cazurilor de scarlatină scade din ce în ce, astfel că între anii 1933 și 1934, curba epidemiologică scade, pentru primul an la 64 bolnavi, iar în 1934 ajunge numai la 9 cazuri. Mortalitatea în cursul acestor doi ani este foarte scăzută, forma gravă fiind reprezentată numai în zece cazuri în cursul anului 1933 și două în anul următor.

După această perioadă de acalmie, numărul cazurilor de scarlatină începe să crească din nou, ajungând la un număr total de 113, în anul 1935 și de 85 în anul 1936. Această recrudescență epidemică, rămâne însă benignă din punct de vedere al formelor clinice și din punct de vedere al mortalității. (În cursul celor doi ani, procentajul acesteia ridicându-se la 1—3%).

În anul 1937, curba morbidității rămâne în platou, numărul cazurilor nedepășind cifra de 97 și cu o mortalitate foarte apropiată de anii precedenți.

Din aceste câteva date, reese că scarlatina în județul și orașul Buzău este endemică, ea prezentând izbucniri epidemice, ce variază dela an la an, păstrând întotdeauna un caracter de malignitate ce urcă mortalitatea în unii ani până la 15%.

În cursul anului 1938, epidemia de scarlatină crește din nou, atingând un număr total de 380 cazuri ospitalizate în Spitalul de Boli Contagioase. Asupra caracterelor acestei epidemii vom reveni pentruca să pun față în față, cazurile nevaccinate din cursul ei cu cele vaccinate și astfel, având aceste elemente comparative, să pot trage unele concluzii, relativ la importanța vaccinațiunei anti-scarlatinoase.

După cum am enunțat caracterul epidemiilor din perioada prevaccinală a fost luat în considerare nu numai în legătură cu cel din orașul Buzău, ci și cu cazurile internate în spitalele mixte. Pogoanele și Mizil, de oarece în mediul rural, epidemiile ar putea avea un caracter ușor diferit de cel dintâiu.

La Spitalul Pogoanele, cercetarea s'a putut face pe o perioadă de 10 ani, și după cum se va vedea din datele statistice, curba epidemiolo-

glă urmează și aci aceleași oscilațiuni pe care le-am văzut în descrierea epidemii din oraș și jurul său. La acest spital, în anii 1929 și 1930, au fost internate numai 34 cazuri de scarlatină, din care, două au prezentat forme grave și un singur caz cu o formă hipertoxică. În anul 1931 însă, se ivește și aci o epidemie care aduce în spital 62 cazuri, cifră care iarăși trebuie menționată ca mare în raport cu populația locală. Pentru această epidemie s'au găsit 9 forme grave și 3 hipertoxice; mortalitatea fiind și aci, foarte ridicată (16%). Din datele restrânse ale foilor de observațiune, reiese că atât procentajul formelor clinice, complicațiunilor, cât și al mortalității, corespund cu cel al epidemiei din acelaș an, ivită în orașul Buzău. Tot în acel spital, numărul cazurilor se menține ridicat și în cursul anului următor, însă cu o diminuție în numărul, formelor de scarlatină gravă și hipertoxică.

În anii următori epidemia se stinge cu totul în această regiune, cazurile ospitalizate reducându-se la 0 în anul 1933, două în anul 1934, două în 1935, două în 1936 și șapte în anul 1937. În toată această lungă perioadă de patru ani, în care morbiditatea a fost atât de redusă, mortalitatea scade și ea la 0%, odată cu disparițiunea formelor grave. În anul 1938 însă, ascensiunea este bruscă, trecându-se dela 7 cazuri la 131 ospitalizate în cursul anei. Deși ridicată din punct de vedere al morbidității, mortalitatea rămâne însă scăzută în comparațiune cu cea din alte regiuni ale aceluiași județ. În cursul acestei epidemii, au fost găsite 14 cazuri de scarlatină gravă, din care 8 au sucombat, 67 cazuri de scarlatină obișnuită, 18 benigne și 32 internate în perioada de descumățune. Din acestea au sucombat 5 în urma complicațiunilor renale.

În concluziune deci, pentru comuna Pogoanele și jurul său, epidemiile au fost asemănătoare cu cele din orașul Buzău, prezentând acelaș caracter de endemie a scarlatinei cu izbucniri epidemice ce s'au succedat în cursul anilor.

Ultimul punct unde am putut găsi unele date mai precise, a fost orașul Mizil. La spitalul mixt din această localitate, am putut găsi foi de observațiune medicală numai cu începere din anul 1935. Epidemiile s'au succedat sub același aspect și în această regiune.

Din totalitatea acestor elemente, reiese că epidemiile în perioadele prevaccinale ce s'au succedat în cursul ultimilor 10 ani, au un caracter foarte asemănător în toate regiunile, cu forme grave relativ frecvente și cu o mortalitate ce variază între 8—15%.

Din cele ce vor urma, se va putea desprinde faptul că în sectoarele unde vaccinațiunea antiscarlatinoasă nu a fost făcută, epidemiile s'au continuat sub aceeași formă, în contrast cu sectoarele unde această vaccinațiune a putut fi realizată în masa populațiunei copiilor.

Epidemia din cursul anului 1938, pe care am putut-o studia în toate detaliile, va servi ca element comparativ între cazurile de scarlatină nevaccinate, cazurile de scarlatină ivite în cursul vaccinării și cele vaccinate complet, care au făcut boala după o perioadă mai lungă dela ultima inoculare cu toxină sau anatoxină scarlatinoasă.

În luna Octomvrie 1938, apar brusc 28 cazuri în orașul Buzău, pentru ca în luna Noembrie să crească la 80 cazuri ospitalizate, din oraș și împrejurimi, iar în luna Decembrie numărul cazurilor să se ridice la 101 și să rămână staționar în luna Ianuarie 1939. În Februarie 1939 însă, cifra noilor cazuri ospitalizate, scade de această dată brusc, la numai 22 cazuri. Acest fapt probabil în legătură cu vaccinațiunea antiscarlatinoasă.

Întreruperea unei epidemii care începuse sub o formă foarte gravă și era pusă în condițiuni cele mai bune de evoluțiune, din punct de vedere al sezonului în care se desvolta, cât și din punct de

vedere al condițiilor sociale, nu poate fi o simplă coincidență, mai ales atunci când din studiul epidemiilor anterioare s'a putut ajunge la concluziunea că pentru această regiune, fiecare izbucnire epidemică se continua în tot cursul anului în care apăruse, cât și în cursul anului următor. Mai adăogând și faptul că o parte din cazurile de scarlatină nu au putut fi depistate de organele sanitare, ele fiind reținute la domiciliu, constituind mici focare, care ar fi putut întinde epidemia și mai mult, vaccinațiunea antiscarlatinoasă apare și mai importantă, mai ales în mediul rural, acolo unde declarațiunea boalelor contagioase de către părinți se face cu multă greutate, izolarea cazurilor depinzând numai de vigilența organelor sanitare.

În cursul acestor epidemii, noi am găsit pentru forma ușoară 33,4% cazuri; pentru forma frustă 2,10%; pentru forma hiperpiretică 25,10%; pentru forma hipertoxică 6,50%; pentru forma septicemică 0,26 și pentru forma toxică 1,50%.

Acest procentaj a fost făcut după clasificățiunea dată de A. Stroe, pe care o considerăm cea mai completă.

Raportând însă la clasificățiunea care a fost luată în considerare de totalitatea medicilor și de tablourile epidemiologice ale serviciilor sanitare, această epidemie s'a prezentat sub următorul aspect; forma benignă 35,16%; forma obișnuită 25,70%; forma gravă în care înglobăm cazurile de scarlatină toxică, cele asociate cu angină necrotică Henoch și cele septicemice, într'un procent de 7,84%, forma hipertoxică 6,30%, iar pentru scarlatina în descamațiune 25%.

Rezultă că numărul cazurilor de scarlatină gravă a fost ridicat în această epidemie, conducând la un procentaj al mortalității de 12,5%. Trebuie adăugat că pentru formele de scarlatină benignă și obișnuită, evoluțiunea clinică a fost foarte frecvent întreruptă de complicațiuni, de partea celorlalte organe. Pentru ca gravitatea epidemiei să poată fi văzută și mai clar, dăm tabloul tuturor complicațiunilor apărute în cursul ei:

Complicațiuni renale	118.
Otite	32.
Reacțiuni mastoide	2.
Adenopatii cervicale supurate	17.
Adenopatii cervicale nesupurate	39.
Amigdalite	2.
Flegmon retro-faringian	1.
Broncho-pneumonii	17.
Pleurizii purulente	3.
Pleurite	4.
Miocardite	1.
Colaps periferic	5.
Reumatism scarlatininos tardiv	13.
Entero-colită	3.
Hepatită icter	1.
Reacțiune peritoneală	1.
Complicațiuni oculare	3.
Septicemie	1.
Piodermite	48.
Reumatism scarlatininos precoce	3.

Aceste complicațiuni arată odată în plus, gravitatea epidemiei, procentajul lor raportat la numărul total de cazuri, ridicându-se la 82,63%.

O remarcă trebuie făcută asupra acestei cifre atât de înalte; complicațiunile renale s'au ridicat la un număr de 118 și majoritatea lor s'au ivit la cazurile internate în descuamațiune, astfel că aparatul urinar este cel mai frecvent reprezentat între numeroasele manifestări din partea doua a evoluțiunei clinice scarlatinoase.

Numărul complicațiunilor a fost tot atât de mare ca și la celelalte spitale, în cursul anilor 1931, 1936, 1937 și 1938. Procentajul lor variază între 45—60%.

Epidemia anului 1938—939, a mai fost îngreuiată în Spitalul de Boli Contagioase și prin frecventele asociațiuni ale scarlatinei cu alte maladii intercurrente. Dintre acestea trebuiesc citate: difteria, tuberculoza pulmonară, meningita tuberculoasă, oedemul malign, tusea convulsivă, varicela și o mică epidemie interioară de pojar. Afară de asociațiunea scarlatină--varicelă și scarlatină--pojar, celelalte au îngreuiat evoluțiunea clinică conducând foarte frecvent cazurile, la moarte.

În luna Noembrie 1938, în plină epidemie de scarlatină, se începe în orașul Buzău, vaccinațiunea antiscarlatinoasă cu toxină.

La prima inoculare s'au prezentat 7279 copii dela doi până la cincisprezece ani; numărul lor descrește până la ultima inoculare când atinge 4399 vaccinați complet.

În județul Buzău s'au vaccinat cu toxină Dick 14.902 copii cu 5 inoculări și 11.524 cu 6 inoculări; cu anatoxină au fost vaccinați complet 33.146 copii. Deci, vaccinațiunea s'a făcut pe un număr total de 59.572 copii.

Operațiunea de vaccinare s'a executat în condițiuni bune în orașul Buzău, nedând loc la incidente sau la o rezistență prea mare din partea populațiunei.

Din totalitatea celor 4399 vaccinați cu toxină, în afară de reacțiunile post-vaccinale locale, nu s'au înregistrat accidente decât în trei cazuri, la care fenomenele generale și fenomenele cutanate au fost mai accentuate. Toate aceste cazuri au fost internate în Spitalul de Boli Contagioase și credem că descrițiunea lor, nu ar fi lipsită de interes.

Fenomenele post-vaccinale au fost observate la un copil de 11 ani, al doilea de 14 ani și al treilea de 15 ani.

Manifestările clinice au fost caracterizate prin temperatură înaltă ce varia între 38—39°, cefalee, ușoară hipertrofie amigdolană și aparițiunea unei erupțiuni ce lua caracterul unui rash scarlatiniform. Acest rash, a fost mai accentuat într'un singur caz, la care se apropia foarte mult de erupțiunea scarlatinoasă propriu zisă, pe când la celelalte două cazuri, el era foarte discret. Fenomenul de stingere a fost negativ pentru toate trei cazurile. La două zile după aparițiunea fenomenelor cutanate, tegumentele încep să se descuame furfuraceu, iar la celelalte două, după pătirea exantemului, acestea rămân normale. Trebuie menționat faptul că în primul caz, erupțiunea a pălit după două zile pentru ca apoi să reapară însă cu o intensitate mai redusă. Această fenomenologie clinică, a durat trei zile pentru două cazuri și șase pentru al treilea caz la care reacțiunea post-vaccinală a fost mai intensă. Hemograma la toate trei cazurile nu a suferit nici o modificare.

În afara acestor trei reacțiuni post-vaccinale mai importante, nu s'au putut găsi la totalitatea vaccinaților decât reacțiuni locale caracterizate prin oedem, inflamațiune și ușoare oscilațiuni febrile, care nu au avut o durată mai lungă de 12 ore. Aceste reacțiuni locale au apărut mai frecvent în cursul celei de a 4-a—5-a inoculare, la copii de vârste mai înaintate.

În contrast cu epidemiile anterioare a căror caractere au fost pe larg descrise, totalitatea cazurilor de scarlatină la vaccinați au prezentat forme cu mult mai benigne.

În cursul vaccinațiilor au apărut în oraș 5 cazuri de scarlatină printre vaccinați. Dintre aceștia 4 au prezentat forme ușoare, iar al 5-lea căruia i se făcuse în prealabil două inoculări, a făcut scarlatină în forma ei hipertoxică, având un sfârșit letal.

Dintre copiii vaccinați complet până în luna Noembrie 1938, au făcut scarlatină numai 9. Data îmbolnăvirii în raport cu ultima inoculare a variat între 60 și 306 zile. Toți acești 9 copii au făcut forme de scarlatină foarte ușoare. Acești copii au fost internați în serviciu în general între a 2-a—3-a zi de boală. Temperatura în perioada supra-acută, nu atinge mai mult de 38° și scade brusc în general în a 4-a zi de boală, pentru ca să se mențină sub linia de 37° în tot cursul evoluției clinice.

Ceea ce este întrucâtva caracteristic pentru scarlatina la vaccinați, este exantemul scarlatinos care de cele mai multe ori prezintă un caracter atipic. Această atipie privește pe deoparte intensitatea exantemului scarlatinos și pe de alta, dispozițiunea topografică a lui. În majoritatea cazurilor acest exantem este alcătuit tot din micropapule diseminate pe un fond foarte palid. Alteori exantemul ia un caracter maculos, apropiindu-se foarte mult de exantemul rugeoliform. Pentru aceste cazuri, tegumentele sunt moi la pipăit în contrast cu senzațiunea particulară pe care o dă pipăitul pe tegumentele scarlatinoșilor cu erupțiune clasică. Alteori, exantemul ia un aspect cu totul diferit, dând un amestec polimorf și luând numai în unele regiuni caracterul exantemului scarlatinos. În alte cazuri, el devine morbiliform, apropiindu-se foarte mult de erupțiunile anafilactice. În ceea ce privește topografia, ori care ar fi aspectul exantemului, scară de variațiuni este foarte mare. Uneori se observă o erupțiune localizată exclusiv la nivelul regiunii cervicale, trecând foarte puțin regiunea toracică, iar restul tegumentelor rămân absolut lipsite de erupțiune. În alte cazuri, s'a putut observa existența unor erupțiuni foarte particular dispuse la nivelul regiunii interscapulare, regiunea pumnului unde alcătuia adevărate brățări și la nivelul regiunii articulației talo-cruale.

Aceste variațiuni în morfologia și dispozițiunea topografică a exantemului scarlatinos, precum și debutul boalei atât de liniștit, fac, ca diagnosticul de scarlatină să întâmpine dificultăți serioase și uneori el să nu poată fi precizat decât cu ajutorul fenomenului de stingere. În ceea ce privește aspectul fundului de gât la acești bolnavi, el se caracterizează printr'un exantem scarlatinos discret și prin ușoară hipertrofie amigdaliană. În nici unul din cazurile observate de noi nu am găsit modificări patologice manifeste la nivelul amigdalelor și palatului moale. Bolnavul se menține în tot cursul perioadei supra acute a scarlatinei cu o stare generală excelentă, orice manifestări neurologice atât de frecvente în cursul scarlatinei grave și chiar obișnuite, fiind excluse. De partea celorlalte organe, în nici unul din cazuri nu am găsit modificări în cursul primei perioade de evoluție clinică. Cordul rămâne în limitele normale, pulsul este bine bătut și urmează întotdeauna curba termică. Aparatul respirator nu prezintă nici o modificare care să fie o consecință a infecțiunii scarlatinoase. Diureza este normală și nu suferă modificări decât în rarele cazuri de complicațiuni renale.

Cu toate că tabloul clinic al scarlatinei la vaccinați este atât de ușor, modificările hemogramei sunt foarte apropiate de acele ale scarlatinei obișnuite. Leucocitoza atinge în majoritatea cazurilor 8000—10.000 elemente pe mmc. În formula leucocitară am găsit întotdeauna o neutrofilie ce variază între 75—80% polynucleare neutrofile, iar euzinofilia variază în general între 5—10%. Numărătoarea elementelor albe și formula leucocitară sunt elemente care au o importanță considerabilă în diagnosticul diferențial al scarlatinelor cu exanteme atipice.

Acest tablou clinic se repetă la majoritatea cazurilor de scarlatină la vaccinați și nu este întrerupt decât foarte rar de complicațiuni. Benignitatea simptomologiei clinice, precum și extrem de scurtă durată a sa, face ca bolnavii să fie considerați ca intrați în convalescență încă din primele 4—6 zile de boală. Exantemul atât de discret face ca descumajuirea la aceste cazuri să fie de cele mai multe ori furfuracee.

Din două curbe termice considerate reese de asemenea benignitatea evoluțiunii clinice.

Pentru vaccinații complect, din cele 8 cazuri ospitalizate, 7 au prezentat forme ușoare și numai unul o formă de scarlatină obișnuită.

În ceea ce privește cazurile de scarlatină din județ la vaccinați, studiul formelor clinice, a început să se facă din luna Iulie 1939, atunci când vaccinațiunea era complect executată în sectoarele unde s'a efectuat.

Din totalitatea celor vaccinați (59.572) au făcut scarlatină un număr de 23 vaccinați. Din aceștia 12 au fost inoculați cu toxină, iar restul de 11, au fost vaccinați cu anatoxină.

Din grupa 1-a au făcut scarlatină doi bolnavi, cărora li se făcuse în prealabil trei inoculări: doi cu patru inoculări, cinci cu cinci inoculări și trei cu șase inoculări. Formele clinice pe care le-au prezentat aceștia, au fost următoarele: la cel vaccinați complect cu toxină, s'au observat șapte cazuri de scarlatină benignă și unul singur de scarlatină obișnuită. Acest ultim bolnav a fost internat în serviciu în perioada de descumajuire a boalei, cu nefrită scarlatinoasă asociată, complicațiune în urma căreia a sucombat.

Pentru cei vaccinați incomplect, am găsit următoarele forme: cu patru inoculări, două cazuri, din care unul cu formă benignă și al doilea cu formă obișnuită însoțită de complicațiuni. La vaccinații cu trei inoculări s'au găsit două cazuri benigne.

Dintre vaccinații cu anatoxină, s'au îmbolnăvit un număr de doi bolnavi, care au prezentat forme ușoare, unul din ei însă, pe lângă infecțiunea scarlatinoasă, prezenta și o tuberculoză pulmonară cu însămănțare intestinală, afecțiune în urma căreia bolnavul a sucombat.

Deci, după aceste date, în spitalul nostru au fost observate 21 cazuri de scarlatină provenite din orașul și județul Buzău, la care trebuiesc adăugate cele cinci cazuri de scarlatină la vaccinații incomplect. În afară de aceștia s'au mai găsit în taberele Serviciului Sanitar al județului Buzău, alte 9 cazuri, din care 5 au fost vaccinați complect cu anatoxină, 2 cazuri au avut trei inoculări, 2 și singură inoculare.

Din cei vaccinați complect cu anatoxină, după datele medicilor de circumscripție, care au internat aceste cazuri în diverse spitale, formele clinice pe care le-au prezentat, sunt următoarele: unul cu formă

benignă, două cu forme obișnuite și două cazuri cu formă hipertoxică, din care unul cu sfârșit letal.

La vaccinații incomplet, cu trei inoculări au fost două cazuri, ce au prezentat forme obișnuite, iar cu o singură inoculare, au fost două cazuri ce au prezentat, unul o formă obișnuită și al doilea o formă benignă.

Asupra formelor clinice dela această a doua categorie de bolnavi, personal, nu pot aduce nici o precizie, bolnavii nefiind sub observațiunea mea.

Din expunerea acestor fapte putem trage unele concluziuni, deși numărul observațiilor actuale rămâne restrâns, astfel că, ele nu vor putea fi definitive pentru această regiune, decât după un timp mai îndelungat. Trebuie specificat totuși că, deși numărul total al bolnavilor de scarlatină vaccinați, pe care i-am putut observa, este atât de mic, concluziunile asupra formelor de scarlatină și asupra benignității acesteia la vaccinați se suprapun celor aduse de A. Stroe, pe un număr impresionat de cazuri. În lucrarea sa „La scarlatine chez les enfants vaccines par l'anatoxine scarlatineuse” ajunge la concluziunea că formele de scarlatină benignă la vaccinați, ating un procentaj foarte înalt de 96,4%, iar mortalitatea scade dela 7,72% din cursul aceleiași epidemii, la abia 0,44% pentru vaccinați.

Aceleași lucruri le-am putut observa și noi, deși pe o scară mai puțin întinsă. Comparând formele de scarlatină pe care le-au făcut bolnavii dela data de 1 Februarie 1939, până la 1 Noiembrie ale aceluiași an, am putut vedea că malignitatea formelor de scarlatină pentru nevaccinați, rămâne într'un procentaj înalt ce oscilează după luni, între 12—14%, în timp ce, pentru bolnavii vaccinați, acesta scade la 8,69% după datele generale. Cum însă din totalitatea bolnavilor observați, diagnosticul de formă, a fost făcut de medicii care au văzut cazurile la domiciliu și cum acest diagnostic depinde de interpretări personale, cred că acest procent care este totuși ridicat, are la bază interpretări ceva mai îndepărtate de cele reale. Pentru cazurile observate numai în serviciul nostru, el scade și mai mult, ajungând la 2,5%.

În raport direct cu formele clinice este și mortalitatea al cărei procentaj este scăzut la 5%, în timp ce la nevaccinați, acesta se ridică la 0,5%.

Pentru județul Buzău, un alt argument care vine în favoarea vaccinațiunei, este dat și de faptul că în sectoarele unde această vaccinațiune nu s'a făcut, epidemia a continuat cu aceeași gravitate ca și în perioadele prevaccinale. Un exemplu edificator îl găsim într'o comună din jurul orașului, care este situată într'un sector nevaccinat (comuna Merei). În acest punct epidemia din cursul ernei 1938—939, a continuat cu aceeași gravitate și după data când vaccinațiunea anti-scarlatinoasă se efectuase complet în alte sectoare, iar epidemia era stinsă complet. În această comună, au fost observate 41 cazuri care au dat un procent de malignitate ce se ridică până la 16%, iar mortalitatea în concordanță cu forma clinică s'a ridicat până la un procent de 14%. Aceiași gravitate observată în epidemia locală a comunei

Merei, a fost dată și de numeroasele complicațiuni ivite la bolnavii din această regiune.

Pentru noi, continuarea epidemiilor în sectoarele nevaccinate și cu predominență în comuna amintită, au o valoare quazi experimentală, căci aceste epidemii locale apar ca insule pe harta epidemiologică a județului Buzău.

Analog faptelor de mai sus, în mic, s'a putut observa acelaș fenomen în cursul epidemiilor familiare.

În serviciul nostru au fost ospitalizate mai multe familii, care aveau bolnavi, fie numai frați din aceeași familie, fie chiar și pe unul din părinți.

La aceste ultime cazuri cu epidemii familiare au putut fi observabile două fapte care ne-au atras în special atențiunea: a) Părinții copiilor nu au făcut scarlatina în nici unul din cazurile pe care le-am avut noi; b) Din aceeași familie, copii care fuseseră vaccinați în prealabil, făceau forme de scarlatină foarte ușoare, în timp ce frații lor, chiar dacă făceau forme de gravitate medie, evoluțiunea clinică a fost întotdeauna întretăiată de complicațiuni.

În plină epidemie și în perioada ei terminală, am avut internate în serviciu, trei epidemii familiare, care cuprindeau într'un caz, ambii părinți, iar în ultimiele două, numai mama copiilor. În toate aceste cazuri, în timp ce copii făceau scarlatina clasică, părinții prezentau numai angine streptococice de intensitate extremă. La prima familie era vorba de un copil venit în orașul Buzău din altă localitate, în plină perioadă de epidemie care a făcut o formă de scarlatină hipertoxică. Concomitent cu îmbolnăvirea copilului, tatăl prezenta o angină streptococică de o gravitate excepțională și care a condus la un flegmon amigdalian. Fenomenologia clinică și în deosebi manifestările nervoase la tatăl copilului au fost excepțional de grave. La câteva zile după contractarea acestei angine, se îmbolnăvește și mama copilului care, prezintă acelaș tablou clinic și cu aceeaș gravitate, mai adăugându-se pe lângă celelalte fenomene și o hipo-tensiune arterială, ce punea de multe ori în pericol viața bolnavei, datorită frecventelor stări lipotimice. La celelalte două familii, numai mamele au prezentat angine streptococice de aceeaș intensitate. În nici unul din aceste cazuri, părinții nu au făcut scarlatina propriu zisă.

Din aceste câteva observațiuni, la care trebuiesc adăugate și observațiunile făcute cu ocazia altor epidemii, naște întrebarea dacă în epidemiile familiare, la părinți cu o putere de apărare mult mai intensă decât a copiilor, nu există un proces de vaccinare naturală, părinții stând în mediu epidemic și astfel infecțiunea mai brutală produsă de mediul din imediata lor vecinătate, nu are posibilitate de a reproduce tabloul clinic al scarlatinei, ci fenomenele rămân cantonate numai la primul obstacol al infecțiunei, amigdala.

Al doilea punct care ne-a atras atențiunea în cursul acestei epidemii, au fost formele de scarlatină diferite, pe care le-au făcut frații între ei.

La o primă familie, care a avut internați în serviciu, mama cu angină streptococică și patru frați cu scarlatină; unul din ei nevaccinat,

a prezentat o formă de scarlatină asociată cu angină ulcero-necrotică, iar în cursul evoluției și concomitent cu aceasta, adenopatie cervicală masivă, apropiindu-se de „gâtul proconsular” reumatism scarlatinos, nefrită scarlatinoasă, manifestări, peritoneale. În același timp, ceilalți trei frați, fac o formă benignă de tipul formelor de scarlatină la vaccinați. Deși nici unul din copii nu a avut un sfârșit letal, cazul dintâi a prezentat o formă clinică foarte grea.

La a doua familie, care a avut internați în serviciu patru copii, doi din aceștia au prezentat forme de scarlatină de gravitate medie, cu diverse complicațiuni în cursul evoluției, în timp ce alți doi, au făcut forme de scarlatină benignă. Formele benigne au apărut și de această dată la copii vaccinați.

Existența condițiilor similare de dezvoltare a epidemiilor familiare (sursă de infecțiune, teren, condiții sociale, rase, etc.) și totuși, aparițiunea de cazuri diverse ca formă clinică, este un fapt ce nu poate fi interpretat decât prin existența unei imunități câștigate la cei vaccinați. Epidemiile familiare nu sunt atât de rare încât să le considerăm ca excepționale și argumentele de mai sus, ca simple coincidențe. Cu ocaziunea altor epidemii și în special cu ocaziunea epidemiei din anul 1936—1937 din București. A. Stroe a putut face aceiași observațiune asupra lor.

O ultimă întrebare care se impune în cadrul studiului scarlatinei la vaccinați, este terapia specifică a boalei pentru aceste cazuri.

Tratamentul specific al scarlatinei cu ser antiscarlatinos Dick, sau ser de convalescent, are sau nu o influență mai accentuată pentru vaccinați?

Noi nu putem răspunde la această întrebare pentru un moment, deoarece numărul cazurilor noastre este foarte redus și formele de scarlatină pe care le-au prezentat atât de benigne, încât nu a necesitat intervențiunea sero-terapiei. Totuși, scăderea mortalității, chiar și pentru scarlatinele de formă obișnuită și gravă la vaccinați, pare a fi în legătură cu o creștere a puterii antitoxice a serului pe aceste cazuri în prealabil imunizate în parte.

Din grupa mare a vaccinaților, numărul copiilor care a făcut scarlatina este foarte redus, astfel că morbiditatea la această grupă este foarte scăzută.

În orașul Buzău, la cei 4399 copii vaccinați complet cu toxină Dick, morbiditatea se ridică la 0,20%, iar din grupa mare a celor 33.146 copii vaccinați cu anatoxină și a celor 14.902 copii vaccinați complet cu toxină Dick, au făcut scarlatină un număr total de 23 copii, astfel încât atât pentru populațiunea infantilă din județ, cât și pentru cea din oraș, procentul morbidității este minim, în timp ce la grupa nevaccinaților el se menține relativ ridicat, în special în sectoarele unde vaccinațiunea nu s'a făcut deloc.

CONCLUZIUNI:

1) Caracterul epidemiilor din perioada prevaccinală, în această regiune, este foarte grav, atât din punct de vedere al morbidității, cât și din punct de vedere al formelor clinice și mortalității.

2) În timpul și imediat după vaccinațiune, epidemia de scarlatină și-a schimbat caracterul, prin aparițiunea predominenței formelor ușoare de scarlatină și consecutiv prin scăderea mortalității.

3) În regiunile nevaccinate, epidemiile locale au continuat cu aceeași malignitate, ca și în perioada prevaccinală.

4) Epidemiile familiare au putut pune în evidență mai net, diversitatea formelor de scarlatină, dintre membrii lor, vaccinați și cei nevaccinați.

5) Morbiditatea este extrem de scăzută la populațiunea infantilă vaccinată, procentajul variind între 0,20% pentru orașul Buzău și 0,005% pentru cei 40.048 copii vaccinați în județul Buzău; cu toxină (14.902) și cu anatoxină (33.146).

6) Formele de scarlatină la vaccinați sunt benigne, însă tabloul lor clinic, îndepărtat de cel clasic.

7) Hemograma și pentru aceste forme atipice rămâne foarte apropiată de hemograma formelor de scarlatină obișnuită.

8) Evoluțiunea clinică la această categorie de bolnavi, este foarte rar întretăiată de complicațiuni de partea celorlalte organe și sisteme.

9) Mortalitatea este foarte scăzută la vaccinați și în concordanță cu formele clinice.

10) Nu s'au găsit deosebiri în evoluțiunea și forma clinică, între bolnavii de scarlatină, vaccinați cu toxină și cei cu anatoxină.

11) Tratamentul specific cu ser Dick, nu poate fi obiectul unor concluziuni actuale, numărul cazurilor fiind foarte redus și formele clinice, de o benignitate extremă, astfel încât, nu au necesitat intervențiunea seroterapiei.

12) Pentru orașul și județul Buzău, vaccinațiunea antiscarlatinoasă, s'a arătat a fi un mijloc sigur de scădere al morbidității în mediul epidemic.

13) Vaccinațiunea antiscarlatinoasă, făcută în massă, a putut stinge o epidemie în plină evoluțiune.

14) Vaccinațiunea antiscarlatinoasă va trebui să fie continuată mai ales în regiunile unde scarlatina este endemică și unde izbucnirile epidemice, au un ciclu evolutiv foarte restrâns.

Acestea sunt concluziunile la care am putut ajunge în urma cercetărilor făcute cu totalitatea cazurilor de scarlatină din orașul și județul Buzău, pe o perioadă de 10 ani și prin studiul amănunțit al epidemiei din cursul anului 1938/939.

Les traits caractéristique des épidémies de scarlatine pendant les périodes pré-vaccinales et post-vaccinales, dans la ville et le département de Buzau.

Dans les lignes qui suivent, on a cherché à opposer les aspects des épidémies de scarlatine de la ville et du département de Buzau à travers une période de dix ans, à ceux des épidémies des deux dernières années qui ont succédé à la vaccination antiscarlatineuse faite sur les masses de la population infantile.

De la recherche des données épidémiologiques, on peut établir que dans cette région la scarlatine est endémique et qu'elle présente des irruptions cycliques de quatre en quatre années.

Dans la période prevaccinale ces épidémies prennent un caractère de malignité relatif à la morbidité en tant qu'à la mortalité.

Dans la période postvaccinale les épidémies changent beaucoup: elles deviennent bénignes dans les régions où la vaccination a eu lieu en masse, tandis que là où elle n'a pas été exécutée, la scarlatine présente les mêmes caractères de malignité que dans la période prévaccinale.

Les vaccinations antiscarlatineuses ont été effectuées sans aucune difficulté et en très grande proportion. Dans la ville de Buzau on a inoculé la toxine scarlatineuse à 4399 enfants — depuis 2 à 15 ans; dans le département de Buzau, on a complètement vacciné 14.902 enfants avec de la toxine scarlatineuse et 33.146 enfants avec de l'anatoxine scarlatineuse.

La vaccination a eu lieu à l'époque où l'épidémie de 1938—1939, était en plein progrès et avait la tendance de devenir très grave.

Après la vaccination le caractère de cette épidémie change brusquement, les formes cliniques qui prédominent étant bénignes.

Dans les régions où la vaccination n'a pas eu lieu, l'épidémie a absolument gardé le même caractère de malignité que dans la période prévaccinale.

Ce qui plaide pour la vaccination antiscarlatineuse c'est encore la constatation que dans les mêmes familles, les enfants vaccinés ont toujours présenté des formes bénignes, en oppositojn avec leurs frères qui n'ont pas été vaccinés.

L'aspect clinique de la scarlatine chez les vaccinés est éloigné de l'aspect classique, surtout en ce qui concerne l'exanthème qui devient quelquefois atypique comme morphologie et localisation. L'hémogramme reste très semblable à celle de la scarlatine habituelle. Un fait, qui doit être remarqué aussi, regarde l'évolution clinique qui, pour ces cas, est entrecoupée bien rarement par des complications produites par les autres organes et systèmes. En concordance avec l'évolution clinique, la mortalité, elle aussi est très diminuée chez cette catégorie de malades.

Quoique le nombre des cas étudiés ait été relativement restreint, j'ai pu cependant montrer qu'il n'existe pas des différences, en ce qui concerne les évolutions et la forme clinique, entre les malades de scarlatine préalablement vaccinés avec de la toxine et ceux qui ont été vaccinés avec de l'anatoxine.

En ce qui concerne le traitement spécifique de la scarlatine avec le serum Dick, nous n'avons pu arriver à aucune conclusion parce que le nombre des cas étudiés a été très réduit et que la bénignité des formes cliniques a rendu l'intervention séro-thérapeutique bien inutile.

Une conclusion certaine à laquelle j'ai pu arriver dans cette étude, porte sur la possibilité qu'a donné la vaccination antiscarlatineuse d'éteindre une épidémie en pleine évolution, à la condition seulement que celle-ci s'applique à la masse entière de la population infantile et non pas d'une manière disparate.

À notre avis, la méthode est utile et quoiqu'elle comporte de nombreuses difficultés d'application, elle devra être continuée au moins dans les régions où la scarlatine est endémique et où ses éclats épidémiques ont un caractère de malignité.

Der Charakter der Scharlachepidemien in der Zeit vor und nach der Impfung in der Stadt und Bezirk Buzău.

In dieser Schrift wird versucht den Charakter der Scharlachepidemien in Stadt und Bezirk Buzău innerhalb einer Zeitspanne von zehn Jahren den Epidemien der letzten zwei Jahre gegenüber zu stellen, die der in der breiten Masse der Kinder vorgenommenen Scharlachimpfung gefolgt sind.

Aus der Prüfung der epidemiologischen Daten geht hervor, dass in dieser Region endemischer Scharlach vorherrscht, der von 4 zu 4 Jahren periodisch zum Ausbruch kommt.

In der Vorimpfungsperiode nehmen diese Epidemien den Charakter der Bösartigkeit an sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufes als auch der Sterblichkeit. In Nachimpfungsperiode verändern sich die Epidemien sehr dadurch, dass sie in Gegenden, wo diese Impfung massenhaft durchgeführt wurde, gutartig werden, während dort, wo diese nicht vorgenommen wurde, erscheint der Scharlach unter derselben Bösartigkeit wie in der Vorimpfungsperiode.

Die Durchführung der Scharlachimpfung ist in diesem Bezirk ohne Schwierigkeit und in weitem Umfang vorgenommen worden. In der Stadt Buzău sind 4399 Kinder von 2—15 Jahren mit Scharlachtoxin vollständig geimpft worden, im

Bezirk Buzău aber wurden 14902 Kinder mit Scharlachtoxin und 33146 mit Scharlach-anatoxin geimpft.

Die Impfung ist während der grössten Verbreitung der Epidemie aus den Jahren 1938—1939, welche sehr ernst zu werden schienen, vorgenommen worden. Nach der Impfung ändert sich aber sofort der Charakter der Epidemie, wobei ihre vorwiegend klinischen Formen jetzt gutartig werden.

Im Gegensatz zu geimpften Gegenden behält die Epidemie in nicht geimpften Kreisen unbedingt denselben Charakter der Bösartigkeit bei, wie in der Vorimpfungsperiode.

Zu Gunsten der Scharlachimpfung spricht auch die Tatsache, dass bei Familienepidemien die geimpften Kinder immer leichtere Krankheitsformen aufzuweisen hatten im Gegensatz zu ihren ungeimpften Geschwistern.

Bei Geimpften ist der klinische Charakter des Scharlachs von dem klassischen sehr verschieden, insbesondere hinsichtlich des Ausschlages, welcher bisweilen in seiner Morfologie und Lokalisierung atypisch wird. Das Hämogramm bleibt dem des gewöhnlichen Scharlachs sehr ähnlich.

Eine Tatsache, welche ebenfalls hervorgehoben werden muss, betrifft die klinische Entwicklung, welche in diesen Fällen sehr selten von Komplikationen der anderen Organe und Systeme begleitet wird.

Im Einklang der klinischen Entwicklung ist bei dieser Kategorie der Kranken die Sterblichkeit ebenfalls sehr gering.

Obwohl die Zahl der beobachteten Fälle relativ gering war, konnten wir dennoch beweisen, dass zwischen den mit Toxin vorgeimpften Scharlachkranken und den mit Anatoxin keinerlei Unterschiede der Entwicklung und klinischen Formen bestanden.

Was die spezifische Behandlung des Scharlachs mit dem Serum Dick anbetrifft, konnten wir zu keinerlei Schlussfolgerung gelangen, da die Zahl der Fälle sehr gering war. Die Gutartigkeit der klinischen Formen aber brachte es mit sich, dass ein sero-therapeutischer Eingriff unnötig wurde.

Eine sichere Schlussfolgerung, zu der wir im Laufe dieses Studiums gelangen konnten, bezieht sich auf die durch die Scharlachimpfung bedingte Möglichkeit, eine Epidemie in voller Entwicklung zu löschen, unter der Bedingung, dass diese Impfung in der Gesamtmasse der kindlichen Bevölkerung und nicht in Einzelfällen durchgeführt wird.

Für uns ist diese Methode nützlich und obwohl sie viele Anwendungsschwierigkeiten mit sich bringt, wird sie fortgesetzt werden müssen, wenigstens in den Gegenden, wo der Scharlach endemisch ist und wo die epidemischen Ausbrüche einen bösartigen Charakter annehmen.

LYSARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT
CHIMIO-OPOTERIC

COMPOZIȚIA SA :

1. ELEMENTUL OPOTERIC :

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

2. ELEMENTE CHIMOTERAPICE :

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 deformant, și, în general, toată patologia seden-tarilor.

POSOLOGIA :

Conținutul capsulei-dop (sau una linguriță de cafea) luat dimi-neața, seara și înainte fiecărei mese principale, adică de 4 ori pe zi, constituie doza normală pentru adulți.
Este preferabil a-l dilua 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, Bucureștii III — Tel. 2.21.38

CRINO-TENSYL

Regulator al tensiunii arteriale,
al circulației și al nutriției generale.

FORMULA: Extract proaspăt de Pancreas desinsulinat.
" " de Parenchim renal.
" " de glande genitale.
Iod organic.
Clorhidrat de papaverină.
Feniletilmaloniluree.
Teofilină — etildiamină (Aminofilină).
Excipient Q. S. pentru 1 comprimat.

O terapeutică: MODERNĂ — PRACTICĂ — EFICACE

INDICAȚIUNI: Hipertensiune arterială — Arterioscleroză —
Turburări circulatorii și spasme vasculare —
Pletora — Obesitate — Artratism —
Turburările menopauzei.

POSOLOGIE: Cura normală: câte 2 comprimate la începutul
celor 3 mese, timp de 3 săptămâni.

Cura de întreținere: câte 1 comprimat la începutul
celor 3 mese, 15 zile pe lună.

Laboratoires Fournier Frères — Paris.

Eșantioane și Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA“ S. A. R.

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

MEDICINA PE VREMEA LUI MOLIÈRE*)

de

D-r DORIN DUMITRESCU

Conferențiar la Facultatea de Medicină din București
Chirurg Primar la Institutul Regele Carol II

În anul 1494, soldații, tovarășii și nobilii lui Carol VIII au părăsit satele lor triste și mohorâte, orașele lor întunecoase în cari se răsăfa evul mediu și au trecut pentru prima oară Alpii. Acolo, în luminoasa și delicioasa Italie au întâlnit acel amestec seducător de curiozitate științifică, de frumusețe artistică, de gingășie și delicateță mondenă; acolo au trăit una din cele mai frumoase epoci din istorie — epoca renașterii. Reînțorși în patrie, au adus în mintea și imaginația lor acele palate și grădini minunate, catedrale și biserici mărețe, tablouri și sculpturi unice, bijuterii, parfumuri și haine, cărți, știință și spirit.

Medicii au asistat și ei la această epocă de glorie și au trăit renașterea medicinei care părăsește definitiv făgașul arhaic. De acum, înainte curiozitatea științifică caută să găsească acel „dece” al celor necunoscute și concepțiile originale pe bază anatomică îndrumază medicina pe calea glorioasă a realității.

Astfel, în anul 1475, Papa Sixt IV, permite pentru prima oară disecțiunea cadavrelor și suprimă una din prejudecățile antice care a ținut medicina timp de 40 de secole în empirism. Dela această dată începe renașterea medicinei prin anatomie și minunata figură a lui Leonardo da Vinci inaugurează această transformare. Nu știi dacă se cunoaște că autorul celebrei „Joconde” și a „Cinei cea de taină” s'a consacrat științei anatomice cu o pasiune de care a dat dovadă în toate operele sale și cu o dorință arzătoare să descopere însăși cauza vieței și a morței. Operele lui Leonarde da Vinci se găsesc în biblioteca palatului regal din Windser și cele 1500 de planșe anatomice comentate cu scrisul lui inversat, ne prezintă pentru prima oară în istoria medicinei, o copie fidelă a celor văzute, un rezultat al disecțiunilor mișgaloase pe cadavru.

Din păcate, toate aceste manuscrise n'au fost cunoscute decât

*) Conferință ținută la Universitatea Populară Prof. Nic. Iorga din Văleni, în ziua de 31 Iulie 1936.

mult mai târziu și astfel anatomia cea adevărată începe cu Andrea Vesale, care în calitate de profesor la Universitatea din Padova face „Tabula rassa” de toate afirmațiunile sacro-sfinte din antichitate și dovedește ineptiile susținute de Hipocrat, Galian, Celsius și alții în această materie. De la înălțimea acelei catedre, unde timp de secole profesorii au propovăduit textele milenare, Andrea Vesale a spus adevărul adevărat asupra anatomiei corpului uman și a publicat în anul 1543 primul tratat de anatomie „De humani corporis fabrica”, care a fost imediat vulgarizat în lumea toată.

Dar această operă monumentală, în totul conformă cu realitatea, a suscitât o revoluție întreagă, — Andrea Vesale a fost atacat cu o violență teribilă, acuzat de herezie și cu toate că nu spunea decât adevărul, a trebuit să plece din Italia și a murit în exil. Totuși, străduința lui Vesale n'a fost zadarnică și în deceniile ce urmează opera lui este continuată de o serie de elevi ca Fallope, Aquapedente, Eustache, Botal și alții, ce au studiat rând pe rând toate organele și au ridicat știința anatomică la perfecțiunea de azi.

Paralel cu evoluția anatomiei ca știință, toți sculptorii și pictorii renașterii ca Michel Angelo, Tizian, Calcar, Rafael, Cigoli și alții au practicat disecțiunea cadavrelor cu o pasiune de nedescris. Dealtfel sculptorii și-au dat curând seama că trebuie să cunoască admirabil de bine osteologia și miologia, ca să aprecieze proporțiunile scheletului și să reprezinte cât mai exact dimensiunile ființei pe care vroiau să o figureze. Și atunci, Michel Angelo face disecțiunea cadavrelor la spitalul San Spirita din Florența, Calcar, elev al lui Tizian desenează planșele anatomice din tratatul lui Vesale, și în fine Lodovico Cigoli sculptează o minunată „notomie sau écorché” (muzeul Bargello), încă o dovadă a studiilor anatomice pe cadavru, etc. etc.

Dar, dacă anatomia este suficientă ca să prezentăm omul mort, trebuie să cunoaștem și fiziologia dacă dorim să figurăm o ființă în stare de activitate, sau să compunem o atitudine. Și atunci, să ne gândim ce forță senină, ce grație lânguroasă, ce pasiune și eleganță nervoasă reprezintă „Discobolul, Gladiatorul murind, Luptătorul Borghese, Laoconul”, sau atâtea alte minuni din epoca renașterii. Este fără îndoială că suferința fizică și morală, neliniștea, stările dezordonate ale sufletului și ale trupului cari se regăsesc în toate aceste statui, ne dovedesc pe lângă o perfecțiune anatomică neîntrecută și o cunoaștere admirabilă a fiziologiei organelor externe.

În schimb fiziologia organelor interne era uitată de Dumnezeu, până și circulația sângelui se făcea prin intermediul ficatului, care era considerat din cea mai veche antichitate ca organul cel mai important. Trebuie să ajungem la Harvey care stabilește în anul 1628 fenomenele intime ale circulației și dărâmă definitiv unele ipoteze absurde, cari timp de secole au zăpăcit omenirea. Dar, cu toate că descoperirea lui Harvey era bazată pe experiențe precise, de o valoare matematică, totuși teoria circulației a produs o campanie de opoziție extraordinară și sute de scriitori au încercat să dovedească inexactitatea celor afirmate. Astfel Giovanni de la Torre neagă evidența faptelor și preslăvește „dogmele suculente și teoriile minunate din trecut”; Riolan, medic la curtea lui

Ludovic al XII-lea, susține că „omenirea este de vină fiindcă s'a schimbat, dar Galian nu s'a înșelat"; în fine Guy Patin, personalitate ilustră și profesor la Facultatea de Medicină din Paris, declară teoriile lui Harvey „paradoxe, false, imposibile, absurde și vătămătoare”...

Cu toate acestea, acel „perpetuum mobile” cu durată din păcate limitată, își continuă și astăzi adevărul ritmic, în ciuda tuturor detractorilor ce au încercat cândva să-i nege însăși existența.

Deasemenea trebuie amintită și figura lui Malpighi, fondatorul anatomiei microscopice, pentru îndârjirea cu care a încercat să combată ideile învechite și să răstoarne formidabila putere a dogmatismului antic. Într'adevăr, monumentul de absurdități arhaice nu s'a năruit dintr'odată; dinpotrivă respectul pentru aserjiunile trecute era încă așa de înrădăcinat, încât habotnicia celor mulți combătea demonstrațiunile anatomice și faptele experimentale cu citațiuni din textele biblice. Din fericire, Malpighi a dus cea din urmă bătălie în secolul lui Molière și legendele ca și superstițiile, dogmele ca și teoriile învechite s'au spulberat în fața microscopului cu care acest autor a studiat anatomia țesuturilor. În acest fel, campionii ideilor ruginite au trebuit să se incline în fața mormântului în care s'au îngropat 40 de secole de empirism.

În materie de patologie medicală secolul renașterii continuă să fie dominat de teoria humorismului. Astfel câtă vreme „cele 4 humori fundamentale: sângele, limfa, bila neagră și bila galbenă trăesc în stare de armonie, individul se găsește în stare de sănătate deplină; dar îndată ce humorile încep să se bată între ele, atunci apare în organism un dezechilibru oarecare, echivalent cu starea de boală”... Celelalte teorii se pot imagina foarte bine, dacă Rabelais care cunoștea la perfecție pe Hipocrat și Galian, n'a găsit alt subiect de glumă decât să descrie pe medicii ignoranți și șarlatani, imbuiați de formule și precepte anacronice.

Deasemenea Paracelsius încearcă și el să răstoarne tradițiunile clasice și duce o campanie de o violență ne mai pomenită, pentru care a fost considerat ca un Luther al medicinei. Ca rezultat al acestor străduințe multiple, medicina începe să se îndrepte către clinică și către faptele precise de observație. Într'adevăr în această epocă se descriu maladii noi ca variola, varicela, influența și tifosul exantematic și se tratează bolnavii după un principiu care merită și astăzi să fie săpat pe frontispiciul spitalelor noastre „Qui bene diagnosticat, bene sanat”.

Tot în această epocă, curând după descoperirea Americii, apare în toată Europa celebra epidemie de sifilis. Dar, grație progresului neîncetat al științelor medicale, nu trec nici 30 de ani și medicii cunoșteau la perfecție, grație tiparului, pericolul contagiunii directe, difteritele manifestări morbide, tratamentul cu mercur și lemn de gaiac. Au trecut de atunci 400 de ani și problema acestei infecțiuni este încă deschisă.

În ce privește chirurgia, trebuie să recunoaștem că această artă n'a suferit modificările profunde întâlnite la celelalte ramuri ale medicinei. Într'adevăr, dacă anatomia cea adevărată a deschis multe posibilități, nu trebuie uitat că anestezia nu era încă cunoscută... Este drept că pe vremea Asirienilor se comprimau venele gâtului la copii ce tre-

buiău circoncisi; că Odisea ne vorbește că acel „nepetens” o băătură preparată de mâinile Helenei și care înlătura durerea; că Evreii aveau obiceiul să dea condamnărilor înainte de crucificare un narcotic, „și lui Isus Cristos i-au dat vin amestecat cu smimă, iar el nu le-a luat”, ca să nu micșoreze prin aceasta suferințele pasiunii. Mai târziu se administreză poțiuni alcoolizate sau preparate opiacee, astfel este faimosul remediu al „supărării și tristeței” pe care știau să-l prepare femeile din Teba și care a rămas în farmacopea modernă sub numele de extract tebaic. În fine, în cursul secolelor se întrebuițează diferite mixturi de plante capabile să producă stări de somn sau de insensibilitate relativă... dar anestezie propriu zisă nu a existat și din această cauză chirurgia a stat până la un punct pe loc.

În aceeași ordine de idei minunea lui Pasteur nu datează decât din secolul trecut și până la Ambroise Paré, care reprezintă o figură foarte interesantă din epoca renașterii, hemoragia se oprea cu fierul roșu.

Astfel în ce privește tratamentul plăgilor, Ambroise Paré ne povestește că în timpul luptelor dela trecătoarea Suza, rănilile produse de armele de foc, se tratau cu ulei de soc în clocote, pe care toți chirurgii îl turnau peste plăgile soldaților. Este dela sine înțeles că rănilile mergeau prost și mortalitatea era înspăimântătoare. Dar, într-o zi, fie că serviciile de aprovizionare au uitat uleiul de soc, fie că Ambroise Paré a avut scânteia divină... a înlocuit uleiul în clocote, cu un amestec de gălbenuș de ou, untdelemn și terebentină, cu care a obținut rezultate admirabile. Mai târziu Paré a tratat plăgile cu untdelemn de crin rece, în care ca dovadă de perzistența empirismului arhaic, a fiert și căți-va căței noi născuți, ca și pușine râme...

Această stare specială în care se găsea chirurgia, își mai găsește poate explicația și în învățământul chirurgical care prevedea o ierarhie foarte ciudată. Astfel existau mai întâiu „bărbierii-chirurgi” cari în afară de ras, tuns și frezat aveau dreptul să facă câte-va operațiuni obișnuite ca aplicațiuni de ventuze, clisme și venesecții; al doilea erau „chirurgi-bărbieri” din corporația sfinților Cosma și Damian, cari practicau restul de operațiuni; în fine, existau „medicii”, cari se credeau savanți, cereau onorarii foarte mari și în virtutea unor concepții rămase din evul mediu, nu practicau nici un fel de operațiuni, fiindcă socoteau arta chirurgicală ca un lucru manual, nedemn și înjositor.

În fine, terapeutică medicamentoasă moștenită dela Chinezi și Arabi, era cu mult prea complicată și fără nici o acțiune bine determinată. Astfel, fiecare rețetă cuprindea 30—40 de elemente diferite, între cari, în afară de câte-va medicamente reale se găseau cele mai ciudate substanțe din regnul vegetal și animal. Astfel celebrul „Teriac” conținea 57 de substanțe variate, pentru puțin opiu, singurul medicament activ. Deasemenea, „medicamentele universale” pe cari șarlata-nismul unora sau altora le născocesc în toate timpurile, se bucurau de o reputație deosebită. Nu există oare și astăzi o mulțime de specialități celebre cari vindecă toate boalele? Astfel a fost și pe atunci o poveste cu „piatra de Behazar”. Într-adevăr în anul 1560, regele Carol IX, primește în dar din partea unui nobil o piatră miraculoasă,

care bine înțeles se vindea pe toate ulițele ca pâinea caldă. Ambroise Paré, care a iubit întotdeauna soluțiunile radicale, administrează pur și simplu unui condamnat de drept comun o porțiune cu sublimat coroziv, la care adaugă o bucățică din piatra de Behazar. Bine înțeles, moartea condamnatului a distrus pentru totdeauna legenda acestui antidot universal... Totuși, mai târziu au apărut fragmentele de mumie cu acțiune medicamentoasă supra naturală și pe cari bolnavii le ingerau cu frenezie. Dar, foarte curând s'a dovedit că fragmentele de mumie nu veneau niciodată din Egiptul îndepărtat, ci erau simple bucăți de carne umană culeasă de pe cadavrele spânzurațiilor, uscată la cuptor, copios unse cu smoolă și tăiate în bucățele fanteziste.

În schimb, alături de aceste substanțe ciudate încep să apară în terapeutică o mulțime de medicamente foarte bune și cu o acțiune bine precizată. Astfel, mercurul, arsenicul și opiul încep să se întrebuințeze cu succes și Sydenham, a cărui tinctură figurează și astăzi în farmacopee, a contribuit enorm la vulgarizarea opiului. În fine, unul din evenimentele cele mai importante din istoria medicamentelor a fost apariția către anul 1640 a rădăcinei de chinină.

Și acum, dacă aruncăm o privire retrospectivă asupra tuturor acestor fapte, trebuie să recunoaștem că modificările profunde în domeniul științelor au zdruncinat din temelie edificiul contemplativ și empiric al antichității. Astfel științele experimentale au fost răvășite de personalitatea gigantică a lui Galileu; Newton stabilește legile gravitației; Kepler precizează legile matematice ale mișcărilor planetare; Pascal redă primele observațiuni barometrice; van Helmont, Toricelli și alții alți autori dovedesc realitatea faptelor de observație și de judecată, în ciuda misterelor de altă dată.

Dar, toate aceste descoperiri n'au căpătat dreptul de cetățenie imediat, toate aceste fapte cu totul noi au întâlnit o opoziție crâncenă și complexul acestor noțiuni revoluționare ce caracterizează atât de bine secolul lui Molière, au fost greu de asimilat pentru foarte multe capete anchilozate.

Și atunci este așa de normal ca această luptă care depășește cu mult sferile științifice și pune în prezență două lumi cari se ciocnesc cu cea din urmă violență, să găsească de cealaltă parte a baricadei un Rabelais care batjocorește în Gargantua concepțiunile învechite ale medicinei și contribuie la dărâmarea teoriilor hipocratice; un Boileau care scrie o satiră usturătoare la adresa Facultății de Medicină cu scopul să împiedice fulgerele interdicției pe cari Universitatea intenționa să le ceară Parlamentului împotriva tuturor ce vor îndrăzni să combată pe Aristot... În fine, Molière contribuie și el să arate ridicolul acelei mentalități habotnice și comediile lui reprezintă cea mai biciuitoare ironie la adresa Facultăților și a medicilor imbuițați de doctrinele arhaice.

Iată de exemplu o probă „de bărfeală” la adresa celor 4 medici prezentaji ca foarte savanți, cari în comedia „Amour médecin” trebuie să sosească din minut în minut să examineze o bolnavă:

„noroc că n'a murit pisica noastră după căzătura grozavă de pe casă, a stat săraca culcată pe o rână, cu labele înțepenite și nemâncată trei zile.... dar s'a vindecat. Dacă erau doctori și printre pisici, o dădeau gata cu purgativele, clismele și lăsarea de sânge....”

Afirmația lui Argan care își face socoteala în „Le malade imaginaire” că a primit între 12—20 clisme pe lună nu este fantezistă. Într'adevăr se făcea un așa de mare exces cu purgativele, clismele și veneseșiile, încât până și Ludovic al XIII-lea, a primit într'un singur an 215 clisme, 212 purgative și 47 de veneseși...

În altă parte Molière ne dă o dovadă de mentalitatea habotnică a medicilor. Astfel Diafoirus în „Le malade imaginaire” își laudă băiatul:

„ce-mi place mie la el este că n'a vrut nici odată să asculte și să înțeleagă prefinsele descoperiri ale secolului nostru relativ la circulația sângelui, sau la alte fleacuri „eiusdem farinae”.

Mai departe Molière ne arată cultura generală a medicilor și modul lor de a se exprima. Sganarelle explică un caz de muțenie:

„muțenia este, care va să zică, atunci când limba nu se mișcă și Aristot afirmă că humorile pecante au căzut greu. Dacă mă înțelegi! Ficatul este în stânga și inima în dreapta, se face că plămânul care comunică cu creierul, întâlnește un abur produs de acreala humorilor din concavitatea diafragmului. Acest abur, pe care îl denumim „atmos”, ciugulește învelișurile creierului și produce humorile stricate, învechite și conglomerate cari se găsesc în abdomen...”

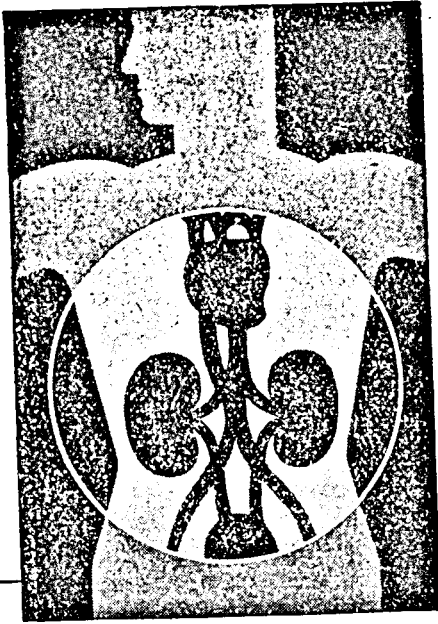
În altă parte Sganarelle își pune întrebarea dacă femeile sunt mai ușor de vindecat decât bărbații:

„unii spun da, alții spun ba, iar eu nu spun nici da, nici ba... cu atât mai mult cu cât paralaxul humorilor opace cari se întâlnesc la temperamentul natural al femeilor... fiindcă partea bărbătească vrea mereu să domine cea sensibilă... se vede treaba că inegalitatea părerilor depinde de mișcarea oblică a cercului lunar... din moment ce soarele care trimete razele sale pe concavitatea pământului....”

În fine Argan ne amintește și răzbunarea care îl așteaptă pe Molière din partea medicilor:

„în ziua când va fi bolnav am să-l las să moară fără ajutor medical. O să mă roage, o să mă implore și n'am să-i fac nici cea mai mică veneseși, nici cea mai mică clismă. Am să-l las să moară ca un câine, ca să se învețe minte să mai batjocorească Facultatea....”

Și astfel se încheie un secol în care găsim medici învechiți în rele, alături de savanți pasionați după adevăr... găsim empirici și șarlatani cari speculează prostia omenească, alături de filozofi și înțelepți... și în mijlocul acestui haos care domină lumea, fulgerele descoperirilor geniale brăzdează orizontul, pe care se ridică de acum înainte aurora timpurilor moderne.



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

BCU Cluj / Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

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

Laboratoarele
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 nemăcăt.

REPREZENTANT PENTRU ROMANIA:

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

DESPRE DEGENERESCENTA POLICHISTICA A RINICHILOR IN LEGATURA CU UN CAZ INTERESANT

de

D-r EUGEN HERSKOVITS

Medic radiolog București

Degenerescenta polichistică a rinichilor făcând parte din acele boli în diagnosticul cărora radiologia are un cuvânt hotărâtor, îmi permit ca medic radiolog să descriu această boală în tot ansamblul ei.

Degenerescenta polichistică renală este o afecțiune congenitală cu predispoziții ereditare. Ea este adesea însoțită de anomalii ale altor organe, ca de ex.: chisturi hepatice sau splenice, dilatațiuni chistice ale ureterilor și de afecțiuni congenitale a coloanei lombo-ascrate. Această afecțiune a rinichilor atinge de obicei ambii rinichi, după Schinz și Simon la mai mult de 90% din cazuri boala e bilaterală, unilatralitatea ei fiind foarte rară. Ea atinge în aceeași proporție ambele sexe.

Bolnavii născuți cu această afecțiune nu prezintă turburări obiective ori subiective de obicei până la vârsta de 40 de ani. Semnele clinice apar între 40 și 70 ani, fiind aproape aceleași ca ale unei nefrite cronice, adică: poliurie, alubminurie, apoi hipertensiune arterială, retinită albuminurică, etc.

Mai pe urmă rinichii se măresc, atingând chiar dublul volumului normal, devenind palpabili spre deosebire de rinichi sclerotici.

La începutul apariției semnelor clinice, diagnosticul etiologic nu se poate face decât pe baza examenelor radiologice. Suferindul este trimis de obicei de către clinician la examenele radiologice după o hematurie abundentă acută, cauzată de această afecțiune. Bolnavul suferă uneori de dureri renale, asemănătoare colicelor renale tipice, provocate de eliminarea prin ureteri a chiagurilor de sânge.

După observațiile lui Simon, unii bolnavi nici nu ajung la examenul radiologic, fiindcă sucumbă într'un timp relativ scurt (de 2—3 luni) din cauza uremiei cauzată de această afecțiune. Aceste cazuri sunt excepționale, fiindcă de obicei degenerescenta polichistică a rinichilor are un prognostic destul de bun, în general bolnavii pot trăi chiar mai multe decenii dela data apariției primelor semne clinice a turburărilor funcțiilor renale.

Semnele radiologice ale acestei boli sunt:

1) Pe radiograma simplă a rinichilor: Atunci când boala a progresat mult, chistele renale fiind mult mărite, uneori se poate observa mărirea umbrelor renale cu conturul extern al rinichilor lobat, în formă de ciorchine de strugure.

2) Pe urograma intravenoasă: La începutul bolii, adică atunci când nu au apărut încă semnele clinice ale afecțiunii, nu vom avea nici un semn de urogramă, chistele fiind de mărirea unor boabe de linte sau de mazăre și fiind situate spre periferia organului, ele nu pot produce nici o deformare a cavităților renale. Mai târziu, însă, chistele ajungând la mărirea unor boabe de cireșe și chiar întrecând această mărime, ele se vor întinde spre hilul renal comprimând calicele primare și secundare a rinichilor. Din această cauză, calicele, unele se vor alungi, altele se vor dilata, prin această pielogramă căpătând un aspect foarte bizar (vezi figura No. 2). Se întâmplă că legătura dintre unele calice să dispară, acestea căpătând forma frunzelor de trifoi (vezi figura No. 1).

La unele cazuri umplerea bazinetului renal poate lipsi complet, la altele bazinetul se umple însă nu se dilată, deplasându-se mult în jos, din cauza rinichiului mărit, dând impresia unei ptoze renale. Ureterii pot fi recurbați și deplasați spre linia mediană din cauza presiunii unor chiste mari din poli inferiori ai rinichilor (vezi fig. No. 2). Volumul rinichilor fiind totdeauna mărit, polul lor inferior ajunge până în marele bazin, deși polul lor superior este la nivelul ultimelor vertebre dorsale.

Vedem deci, din cele de mai sus, că putem stabili diagnosticul bolii prin urografia descendentă și nu vom recurge la catetrisul ureteral și la pielografia ascendentă decât atunci când unul din rinichi nu se va umple cu substanța de contrast aplicată pe cale intravenoasă.

3) Pe pielograma retrogradă (ascendentă) uni ori bilaterală.

Cavitățile renale fiind mai bine umplute decât pe urograma intravenoasă, umbra lor va apare și mai clară și mai bine delimitată deci, ele vor fi și mai caracteristice afecțiunii de degenerescență polichistică.

Drept complicație acestei afecțiuni poate să apară o pionefroză. Pentru că și în alte afecțiuni renale se pot ivi imagini cavitare dilatate multiple, și anume: În tuberculoza renală, la tumori renale și la hidropionefroză, voi spune câteva cuvinte asupra diagnosticului diferențial a degenerescenței polichistice renale.

Atunci când afecțiunea e bilaterală, singur acest fapt, pledează pentru natura polichistică a afecțiunii. Când însă afecțiunea este unilaterală, hidronefroza se va exclude prin lipsa dilatării bazinetului renal și prin lipsa cauzei hidronefroze. Pentru excluderea tuberculozei sau a tumorii renale ne vom servi de semnele clinice ale bolii și de examenele de laborator (culturi și inoculare la cobai).

Cazul pe care-l vom descrie mai jos este interesant din mai multe puncte de vedere:

a) Pentru că prezenta deja semne clinice exprimate la o vârstă tânără (la 26 ani).

b) Afecțiunea neputându-se diagnostica prin urografia descendentă a fost nevoie să recurgem la pielografia retrogradă.

c) Una din cavitățile rinichiului drept, prezenta o lacună mare cu o manta marginală, cauzată de un mare coagul de sânge.

În ziua de 23 Mai 1940 s'a prezentat la mine un bărbat în vârstă de 36 de ani, trimis de către d-l D-r H. Herscovici, pentru examenul radiologic al aparatului urinar. Anamneza bolnavului comunicată de către domnul doctor și următoarea: În copilărie a suferit de scarlatină, în adolescență gonoree și de căjiva ani are o dilatație ușoară a aortei. Bolnavul este căsătorit dar copii nu are.

Acum 10 ani i s'a constatat prima oară albumină în urină și o hipertensiune arterială între 18 și 19, care semne de atunci au rămas constante (până azi). În 21 Ian. 1940, s'a dozat urea în sânge constatându-se 0.47 gm. la litru. Cu 6 zile înainte de a veni la noi, i-a apărut o hematurie abundentă care l-a alarmat, chemându-l pe medicul curant. Cu o zi înainte de a veni la examenul radiologic, a suferit de niște colici renale nu tocmai tipice în partea dreaptă. După colicile care au durat câteva ore, a început să elimine pe lângă sânge și mici chiaguri de sânge. Hematuria este aproape permanentă în ultimile șase zile.

Starea prezentă: Bolnavul afebril și destul de bine nutrit, dar palid și obosit prezentând dureri la presiune în regiunea lombară dreaptă și în hipochondrul drept. Hematurie abundentă vizibilă.

Analiza urinei: 1100 cmc. În 24 ore cu densitatea scăzută, albumina 3,2 gm. la litru. Eliminările de săruri în timp de 24 ore sunt diminuate însă dururi se elimină în limitele normale. Hemoglobina prezentă. În sediment: rare celule epiteliale, frecvente leucocite, foarte numeroase hematii și abundenți urați amorfi.

Radioscopia toracelui prezintă o dilatație ușoară a aortei ascendente, pulsațiile ei observându-se și din direcție sagitală (mesaortită luetică?!). Pleuro-pulmonar nimic deosebit.

Pe radiografiile simple nu se poate observa nici o modificare al aparatul urinar. Se vede însă o anomalie vertebrală — 6 vertebre lombare sau prima e pseudolombară prin lipsa anomalică a ultimei coaste în ambele părți. (Vezi fig. No. 1). Sunt gaze multe în colon și umbra unui flebolit e în micul basin în apropierea arcului pubian stâng.

Urografia cu „Uroselectan B” făcută cu o zi mai târziu prezenta următoarele:

Cavitățile renale din dreapta nu s'au umplut deloc cu substanța de contrast nici la 50 minute după injecția intravenoasă (vezi fig. No. 1), pe când în partea stângă s'a văzut la 10,25 și 50 minute după injecție, aceeași imagine a două cavități separate una de alta umplute cu substanța de contrast. Una din ele, mai dilatată și cu formă bizară e proiectată pe ultima coastă a două mai mică și mai slab umplută decât prima și la o distanță destul de mare, dedesubtul primeia și mai extern situată decât aceasta. Nu se observă deloc legături între umbrele susnumite și bazinețul renal nu este umplut deloc. (vezi fig. 1). Vezica urinară s'a umplut normal fără a se observa umbra vreunula din ureteri.

Bolnavul a fost retrimis la medicul curant cu indicația mea, de a i-se face o cistoscopie și eventual o pielografie ascendentă bilaterală pentru stabilirea diagnosticului.

Prin cistoscopia făcută de către D-l D-r Alterescu, s'a constatat, că hematuria vine din ureterul drept.

În 26 Mai 1940, i s'a făcut de către colegul urolog susnumit, cateterismul ureterilor luându-se urina separat din fiecare rinichi. În același timp rinichiul stâng a eliminat dublul cantității de urină eliminată de rinichiul drept, urina din stânga fiind limpede pe când cea din dreapta cu sânge.

Recurgând la pielografia retrogradă cu cateteri opaci, după ce s'a injectat deodată în fiecare rinichi câte 20 cmc. de „Uroselectan B” la care bolnavul a semnalat dureri mici și numai în stânga (deobiceiul la 10 cmc., bolnavul simte dureri mari) s'a făcut radiografia.

Radiografia prezintă următoarele: Cavitățile renale în ambele părți sunt înmulțite și foarte mult dilatate, păstrând legătura între ele, calicele secundare

În unele locuri având aspecte de trifoi (vezi fig. No. 2 jos în dreapta).

Contururile cavităților sunt însă lineare și clare. Basinetele sunt deplasate în jos fără să fie dilatate, ambi ureteri și mai ales cel drept, sunt recurbați și deplasați spre linia mediană. Rinichii foarte mult măriti ajung cu polul lor inferior până în fosele iliece (vezi în fig. 2), substanța de contrast din cavitățile renale, se întinde din apropierea ultimelor coaste până în apropierea creștelor iliece. În cavitatea cea mai de sus din dreapta se vede o umplere lacunară. Lacuna mare este înconjurată clar de o substanță de contrast lineară în formă de manta marginală (semnul lui Weiss). Lacuna n'are o transparență uniformă, fiind presărată de umbre date de mici cantități de „UROSELECTAN” cu care s'a îmbibat în unele părți corpul strein care producea lacuna, (vezi fig. 2). În penultima cavitate infero-internă dreaptă se văd 2 mici lacune rotunde cu manta groasă numită „de albină” date de aerul care a intrat din seringă în timpul injecției în cavitățile din dreapta, (vezi fig. 2).

Imaginea pielografiei retrograde este tipică unei degenerescențe polichistice bilaterală. Numai cateterismul bilateral și pielograma retrogradă ne-au putut duce la adevăratul diagnostic, fiindcă neumplerea de loc a cavităților renale din dreapta, precum și umplerea bizară a unor cavități din stânga la urografia intravenoasă putea duce la presupunerea unei tumori renale în stânga și la o aplasie sau anurie renală dreaptă.

Dat fiind însă, că la cele mai multe cazuri urografia descendentă ne poate servi la constatarea bolii, nu vom supune bolnavul torturii cateterismului ureteral și eventualelor infecțiuni cauzate de acesta, decât în astfel de cazuri, ca al nostru, unde orografia descendentă nu ne poate lămurii.

În ceea ce privește interpretarea lacunei mari cu mantaua marginală a lui Weiss, din cavitatea superioară a rinichiului drept, ea ar putea fi dată și de o tumoră renală. În contra vorbesc însă, contururile clare și lineare a mantalei marginale, precum și aspectul celorlalte cavități. Dar aspectul susnumit al lacunei, poate fi provocat de un calcul transparent razelor X (de urați sau de xantină) sau de un coagul mare de sânge. Pentru coagulul de sânge pledează faptul că după colicile din dreapta, bolnavul a eliminat mici chiaguri de sânge. Diferențierea sigură între un coagul de sânge și un calcul transparent poate fi făcută în urma unei noi pielografii retrograde, făcută la un interval de timp destul de mare. Căci dacă imaginea lacunară este cauzată de un coagul de sânge, ea se va modifica în ceea ce privește forma și mărimea sau va dispărea, pe când dacă este cauzată de un calcul mare transparent, imaginea va rămâne constantă.

După pielografie făcându-se analiza urinei din dreapta și din stânga, s'a constatat că urina eliminată de către rinichiul drept conținea toate elementele patologice ale urinei totale, examinată înaintea cateterismului ureteral, pe când urina din stânga nu conținea decât puțină albumină.

Urologul voind să excludă cu certitudine o tuberculoză renală, în contra căreia de fapt vorbea bilateralitatea imaginilor cavitare, a cerut examenele de laborator în acest sens, care însă au dat rezultate negative (atât cultura cât și inocularea la cobai).

După un tratament conservativ, hematuria s'a oprit a doua zi după cateterism și nu s'a repetat până azi. Bolnavul urmează o cură de dietă.

Înainte de a termina acest articol, îmi permit să dau câteva lămuriri asupra tratamentului acestei afecțiuni. Bolnavii se vor trata în mod conservativ, prescriindu-se un regim identic cu cel al nefroscleroticilor, fără a fi însă prea sever — boala putând să dureze decenii — pentru a evita slăbiri brusce ale organismului. Numai în cazuri de hematurii cari nu se pot opri pe nici o altă cale, se va încerca hemostaza prin termocauterizare, iar în caz de nereușită vom recurge la nefrectomia rinichiului afectat, dar numai atunci când rinichiul de partea opusă prezintă o funcție destul de bună. Natural că acolo unde boala este unilaterală, nefrectomia se poate face mai ușor și în aceste cazuri vom recurge la operații și fără hematurii, mai ales când afecțiunea polichistică se asociază cu o pionefroză.

Concluzii: Degenerescenta polichistică a rinichilor e o anomalie de obicei bilaterală. Ea începe să se manifeste între vârsta de 40 și 70 de ani, prin semnele clinice aproape tipice unei nefroscleroze. Hematuria este complicația mai gravă a bolii, care aduce pe bolnav la examenul radiologic.

Prin imaginea urografică intravenoasă se poate stabili de obicei diagnosticul acestei afecțiuni și numai rare ori suntem nevoiți să recurgem la pielografia retrogradă.

Când afecțiunea e bilaterală, bilateralitatea exclude posibilitatea altor afecțiuni cu imagini urografice asemănătoare, când însă e unilaterală, ea trebuie diferențiată de o tumoră, de tuberculoză și de o pionefroză sau hidronefroză. Tratamentul bolii este conservativ și numai în cazuri de hematurii mari cari nu se pot opri prin alte metode se recurge la intervenția chirurgicală. Cazul descris de noi este interesant, pentru că la vârsta de 26 ani, prezenta deja o hipertensiune arterială, și fiindcă n'a fost diagnosticabil decât prin pielografia retrogradă, precum și prin lacuna mare din una din cavitățile renale, cauzată de un coagul de sânge.

E. HERSKOVITS: Ueber die Zystennieren im Zusammenhang mit einem interessanten Fall. Die polyzystische Degeneration der Nieren ist eine Anomalie, die gewöhnlich beide Nieren trifft. Die klinischen Symptomen treten im allgemeinen im Alter zwischen 40 und 70 Jahre auf, und diese sind fast identisch starke Nierenblutungen führen den Kranken zur Röntgenuntersuchung. Die Diagnose der Zystenniere kann man gewöhnlich mit Ausscheidungs-pyelographie feststellen und nur sehr selten sind wir gezwungen auch die Retrograde Pyelographie vorzunehmen.

Wenn die Krankheit beide Nieren trifft dieselbe schliesst andere Erkrankungen aus die dasselbe pyelographisches Bild haben, die aber nur einseitig auftreten. Die einseitige Zystenniere muss man von einer Nierentuberkulose, Nierengeschwulst, Hidronefrose und Pionefrose differenzieren. Die Behandlung der Krankheit ist eine Konservative und nur bei grossen Nierenblutungen die man mit konservativen Methoden nicht zum Stillstand bringen kann muss zur Operation gegriffen werden.

Unser Fall ist deshalb interessant, da der Kranke schon im Alter von 26 Jahren hohen Blutdruck und anderen klinischen Symptomen zeigte, und die Diagnose konnte nur durch die retrograde Pyelographie festgestellt werden. Diese zeigte ausserdem beiderseitigen Zystenniere einen grossen Füllungsdefekt mit Randmantel Symptom (Weiss) in einer der rechten Nierenhöhlen, der von einem Blutkoagulum hervorgerufen war.

E. HERSKOVITS: Sur la dégénérescence polikystique du rein en rapport avec un cas intéressant:

La dégénérescence polikystique du rein est une anomalie habituellement bilatérale. Elle commence à se manifester à l'âge de 40—70 ans avec les symptômes à peu près typiques d'une néphrosclérose. Le malade est obligé à consulter le médecin par l'hématurie, la complication la plus grave de la maladie.

L'urographie intraveineuse suffit d'habitude à établir le diagnostic et nous sommes rarement obligés de faire la pyélographie instrumentale.

La bilatéralité de l'affection ne permet pas la confusion avec d'autres affections avec images urographiques ressemblantes: mais quand elle est unilatérale ou doit faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs rénales, la tuberculose rénale et la pyé et hydronephrose.

Le traitement de la dégénérescence polikystique du rein est conservatif et seulement en cas d'hématurie massive et incurable on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

Le cas que nous avons décrit est intéressant parce que ce malade a présenté dès l'âge de 26 ans une hypertension artérielle et par ce qu'il fut diagnostiqué seulement après et par la pyélographie instrumentale: nous attirons encore l'attention sur la particularité présentée par la présence d'une lacune dans le calice supérieur produite par un caillot de sang.

Fig. 1. Urogramă intravenoasă la 50 minute după injecție: În dreapta nu se observă nici o cavitate renală umplută cu substanță de contrast, în stânga, în proiecția ultimei coaste și la o distanță destul de mare de coloana vertebrală se vede o cavitate destul de mare și destul de intens umplută cu „Uroselectan”. Mult mai jos și mai afară de aceasta se vede o altă cavitate mai mică și mai slab umplută. Nu se vede nici o legătură între cavitățile susnumite. Se văd 6 vertebre lombare.

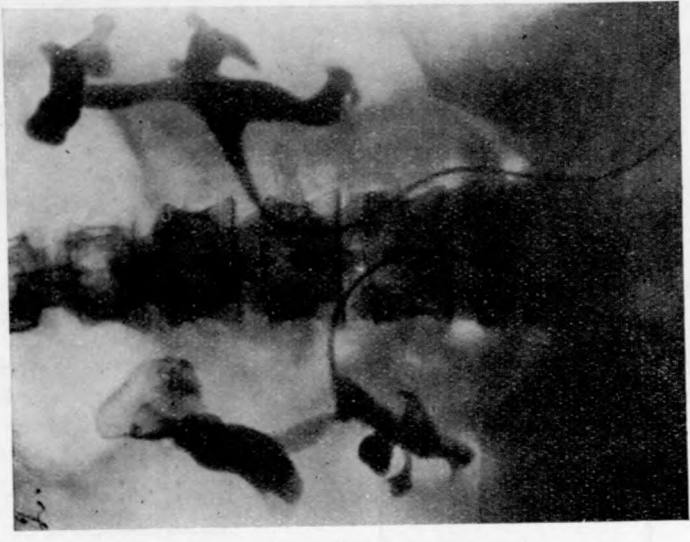
Fig. 2. Pielografia retrogradă a aceluși caz ca în fig. 1. După injectarea în fiecare bazinet renal a câte 20 cmc. de „Uroselectan B” se observă bilaterale cavitățile renale mult dilatate și alungite prezentând însă conturul linear. Bazinetele sunt deplasate în jos iar ureteri recurbați și deplasați spre coloana vertebrală. Lacună mare cu manta marginală lineară clară în cavitatea cea mai de sus a rinichiului drept. Ambi rinichi sunt foarte mult măriți. Imaginea pielografică este tipică degenerescenței polichistice congenitală a ambilor rinichi. Lacuna din dreapta e cauzată de un coagul mare de sânge.

BIBLIOGRAFIE

- Burgener, Pyelogramm bei Nierentumoren, Röntgenpraxis (Röpra.), 1937, pag. 98. — Canigiani, Beiderseitige Zystenniere, Röpra, 1935, pag. (p.) 357. — Herskovits Eugen, Verkalkte Nierenzyste, Röpra, 1936, p. 560. — Herskovits Eugen, Ueber zwei Fällen von zystischer Erweiterung im unteren Drittel des linken Ureters, Röpra, 1938, p. 671. — Herskovits Eugen, Egy érdekes pyelogramm értelmezése, Rev. Med., Cluj, No. 2 1937. — Herskovits Izidor, Eugen și Francisc, Tratat practic de röntgenologie medicală, Ed. Rev. Med. Cluj, 1932. — Herskovits Izidor, Eugen și Francisc, A hasúri szervek röntgenvizsgálata, Ed. Rev. Med. Cluj 1937. — Schinz, Bensch, Friedl, Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Ed. G. C. Thieme, Leipzig, 1939. — Simon, Ueber den Wert der Pyelographie bei Zystennieren, Röpra, 1940, p. 1. — Teschendorf, Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchorgane, Ed. G. Thieme Leipzig, 1937. — Weiss K., Zur differentialdiagnose von Füllungsdefekten im retrograden Pyelogramm, Röpra, 1940, p. 127.

de
D-r E. HERSKOVITS

PLANȘĂ



BCU Cluj / Central University Library Cluj



BCU Cluj / Central University Library Cluj

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 nobil 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

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, Vânu-Mare (Mehedinti)“

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOK și AL MUȘCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreciat de D-nii Medici Neurologi și Interniști

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 înainte meselor.

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 belladona.

fabrica de produse chimice

gedeon richter

București

București, str. Logofătul Tăut, 99

LA RÉACTION DE MESTER DANS LES AFFECTIONS RHUMATISMALES

par
D-r A. MOGA et D-r L. MACAVEI

Am studiat reacțiunea descrisă de Mester pe 87 bolnavi. Din 61 cazuri de afecțiuni reumatismale s'au obținut 51 reacțiuni pozitive, 10 negative. În cazurile cu afecțiuni nereumatismale, 23 au prezentat reacția negativă și unul singur o reacție pozitivă. În 2 cazuri pozitive diagnosticul era incert.

În fața acestor rezultate credem că putem aprecia în felul următor valoarea probei Mester.

Reacțiunea Mester pozitivă indică cu multă probabilitate o afecțiune reumatismală; un rezultat negativ nu permite însă de a o elimina.

Reacțiunea Mester este în general pozitivă în cardiopatiile reumatismale în evoluție sau decompensate. Observațiunile clinice precum și examenul histo-patologic au demonstrat că evoluția cardiopatiilor este determinată în mare parte de recidivele reumatismale care provoacă ori de câte ori se repetă, noi leziuni. Reacția Mester pozitivă se explică prin prezența acestor leziuni recente.

Dacă cercetările ulterioare confirmă această ipoteză, reacția imuno-biologică ar putea fi indicată:

a) Pentru a face diagnosticul etiologic al cardiopatiilor reumatismale, îndeosebi când acestea nu sunt însoțite de manifestări articulare.

b) Pentru a ști dacă leziunea cardiacă este în evoluție sau este stabilizată, fapt extrem de important pentru prognostic și tratament.

Malgré le grand progrès réalisé ce dernier temps dans le domaine des affections rhumatismales, leur cadre n'est pas encore définitivement tracé. On entend sous le nom de rhumatisme des états morbides, très variés du point de vue étiologie, pathogénie et anatomie pathologique, ayant comme facteur commun le syndrome clinique suivant: la douleur, l'impotence fonctionnelle et la déformation des articulations,¹⁾ Mais cette définition ne satisfait pas entièrement l'esprit, car d'une part on rencontre ces symptômes dans des affections n'ayant rien de commun avec la rhumatisme, d'autre part on connaît grâce aux travaux de

1) On observe en outre, un certain rapport entre l'apparition ou l'exacerbation de ces symptômes et les conditions météorologiques.

Bouillaud, de Besançon, ainsi que d'Aschoff, Gräff, etc. des localisations viscérales du rhumatisme ne s'accompagnant pas de manifestations articulaires.

Nous avons fait ces remarques générales, afin de relever un fait, d'ailleurs bien connu: le diagnostic des affections rhumatismales est loin d'être toujours aisé. Mais alors, en l'absence des symptômes cliniques, quelles sont les contributions que peuvent nous apporter les méthodes de laboratoire?

L'examen radiologique peut nous donner des renseignements importants sur l'étendue et l'évolution des lésions osseuses, plus rarement sur leur cause. L'on sait que la vitesse de sédimentation des hématies, la formule leucocytaire, ainsi que la réaction de floculation avec la résorcine ne sont pas spécifiques. De même l'hémoculture et les réactions de fixation ne jouent aucun rôle dans le diagnostic du rhumatisme. On peut donc conclure qu'il n'y a aucune méthode de laboratoire qui puisse nous fournir le diagnostic des affections rhumatismales.

En 1937, un auteur polonais, A. Mester, publie ses recherches entreprises dans le but de trouver „une réaction immuno-biologique spécifique” pour le rhumatisme. Les premières recherches de contrôle sont dues à Fr. Lenoch. Nous aussi avons appliqué à une série de malades cette réaction immuno-biologique décrite par Mester, afin de nous renseigner sur sa valeur et nous avons communiqué les premiers résultats à la Société des Sciences Médicales de Cluj, le 25. février 1939. En Roumanie, deux auteurs, Tănăsescu et Otopceanu se sont occupés du même problème (Mișcarea Medicală, Avril 1938).

Nous exposons ci dessous les résultats de nos recherches, complétés par une série d'examens faits ultérieurement.

„L'épreuve immuno-biologique spécifique” de Mester a pour point de départ la réaction provoquée par l'acide salicilique dans l'organisme des rhumatisants. L'on sait que cet acide a une action spécifique sur le rhumatisme. L'organisme des sujets malades de rhumatisme réagit envers cette substance autrement que l'organisme des sujets sains, à savoir par un abaissement du nombre des leucocytes après administration d'acide salicilique.

Voici la façon dont on administre cet acide: à jeun et au repos on pratique, sur le face antérieure de l'avant-bras droit, cinq injections intra-dermiques de 0,2 cc. d'une solution de 0,10% d'acide salicilique; à distance de 5 centimètres. On détermine le nombre des leucocytes avant la première injection ainsi que $\frac{1}{2}$ h. et 1 h. après la dernière, le sang étant prélevé du troisième doigt de la même main. On constate chez les malades de rhumatisme une diminution de 15—50% du nombre des leucocytes et cette diminution se produit habituellement après 30 minutes, plus rarement après une heure. On dit alors que l'épreuve est positive. S'il ne s'agit pas d'un rhumatisme, la leucocytose ne se modifie que bien peu.

Mester a trouvé une réaction positive dans les affections suivantes: les polyarthrites rhumatismales aiguës (5 cas), subaiguës (2 cas) et

chroniques (14 cas), dans un cas de cardiopathie rhumatismale, dans les spondylarthrites, sciatiques et irridocyclites rhumatismales. Dans les arthropathies gouteuses, tuberculeuses, gonocociques, syphilitiques et psoriasiques, la réaction a été négative. Les résultats contraires à ces règles étaient tout à fait exceptionnels.

Lenoch a essayé cette épreuve sur 140 cas. Des 88 sujets présentant de diverses formes de rhumatismes, 77 ont réagi positivement et 14 ont réagi négativement à la réaction de Mester. Les affections non rhumatismales ont présenté généralement une réaction négative, à l'exception des spondylarthroses et des ostéoarthroses, (de 22 cas, 13 ont été positifs).

Les conclusions auxquelles est arrivé cet auteur sont les suivantes.

Comme toute autre méthode de laboratoire, l'épreuve de Mester n'est pas infallible; mais sa valeur n'est pas moins grande; car elle tend à trancher le diagnostic différentiel entre une arthrite rhumatismale et une arthrite non-rhumatisme; dans les processus articulaires dégénératifs, dans les arthroses, cette épreuve ne peut être utilisée en vue de diagnostic.

Et voici maintenant les conclusions de Tănăsescu et Otopeanu: La réaction immuno-biologique de Mester semble permettre le diagnostic retrospectif du rhumatisme aigu au subaigu. Devant une réaction positive chez un sujet présentant certains troubles-pathologiques localisés au niveau des articulations, des muscles, des tendons ou bien tout le long des nerfs, il nous est permis d'affirmer, avec beaucoup de probabilité, leur nature rhumatismale; nous pouvons éliminer cette origine en cas de réaction négative.

Nous avons appliqué la réaction de Mester dans les affections rhumatismales, dans les cardiopathies ayant une origine rhumatisme certaine, ainsi, que dans quelques maladies avec lesquelles on peut être amené à faire le diagnostic différentiel.

Nous exposons plus bas les résultats obtenus par nous. Selon le criterium établi par Mesier et adopté par Lenocho, nous distinguons deux catégories d'observations:

A) Les affections présentant généralement une réaction Mester positive (R. M.)

	R.M.	R.M.
1. Le rhumatisme poliarticulaire aigu (maladie de Bouillaud)	27 cas	3 cas
2. L' endocardite lente	6 " "	1 " "
3. Les rhumatismes aigus et subaigus nonspecificques .	12 " "	4 " "
4. Le rhumatisme chronique d'origine infectieuse (r. primitif et secondaire cr.	6 " "	2 " "
	51 cas	10 cas

B) Les affections qui le plus souvent presentent une R. M. négative (R. M. —):



	R. M.	R. M.
1, Les polyarthrites à étiologie connue (gonococcique, syphilitique, tuberculeuse etc.) et les arthroses	1 cas	7 cas
2, L'érythème noueux	—	3 "
3, L'artérite oblitérante	—	2 "
4, Périartérite noueuse	—	1 "
5, Les pleurésies, les péricardites et les pleures-péricardites	2 "	6 "
6, Affections diverses		4 "
	3 cas	23 cas

D'après ces résultats on peut dire que les affections du deuxième groupe sont celles qui présentent les plus rares exceptions à la règle établie par Mester. En effet, parmi les affections non-rhumatismales nous avons trouvé trois cas où la R. M. était positive:

1) Chez un sujet atteint de la maladie de Pott, présentant en même temps une erithrite à caractère difformant au niveau de l'articulation radio-carpienne, nous mettant ainsi devant la possibilité d'une co-existence entre une affection rhumatismale et une tuberculeuse osseuse. D'ailleurs Mester a observé, lui aussi, une diminution de la leucocytose chez un sujet atteint d'une tbc. pulmonaire et d'une arthrite radio-carpienne.

2) Dans deux cas de pleuro-péricardites exudatives nous avons observé une diminution de la leucocytose. De ces deux cas, l'un avait une étiologie tuberculeuse certaine, tandis que l'autre présentait une série de symptômes (la cytologie du liquide pleural, la pleurésie double, la prompte réaction à la suite de l'administration du salicil, etc.) qui plaident plutôt pour une étiologie rhumatismale.

Nous voyons donc que parmi les cas observés par nous il n'y a eu qu'un seul sujet ayant présenté une réaction Mester positive sans qu'il fût atteint par une affection rhumatismale. Si nous considérons les exceptions relativement nombreuses que présentent les cas classés par nous dans la première catégorie, nous pouvons formuler de la façon suivante une première conclusion: La Réaction de Mester positive indique avec une grande probabilité une affection rhumatismale, tandis que la négativité de cette réaction ne l'exclue pas. Ce n'est là qu'une règle générale, qui s'applique aussi à d'autres réactions biologiques (par ex. la réaction de Wassermann). Si donc, dans un cas donné, nous constatons une R. M. positive, nous sommes en droit d'affirmer avec une certaine certitude l'existence d'une affection à étiologie rhumatismale et d'éliminer les arthropaties d'autre nature (gonococcique, tuberculeuse, syphilitique, etc.).

De toutes les affections à R. M. négative, nous tenons à insister sur les cas de périartérite et d'érythème noueux.

Le malade souffrant de périartérite noueuse a présenté au début de sa maladie le syndrome du rhumatisme polyarticulaire aigu et a été traité comme tel, tant par ses médecins que dans notre service. Mais la R. M. était négative et l'évolution ultérieure de la maladie nous a mis sur la voie du diagnostic, confirmé d'ailleurs par l'examen histopathologique.

No.	Nom.	Diagnostic.	Viz. sed. 2 h.	Leucocytose		Diminution en %		Observations
				a jeun	après 1 h	après ½ h	après 1 h	
1	L. I.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 70	7400—6700—5700		9,45 %	— 22,97 %	+
2	Sz. I.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique	+138 +100	6850—5000—4050 (19. IV. 1938) 7100—4720—5900 (9. XII. 1938)		27,1 %	— 40,87 %	+
3	H. I.	Insuffisance aortique	+ 98	8200—5960—7050		27,3 %	— 14,02 %	+
4	S. Gh.	Pancardite rhumatis.	+ 96	8400—6200—7800		26,1 %	— 7,1 %	+
5	Sz. R.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 21	7200—5200—5600		27,5 %	— 22,6 %	+
6	C. M.	Maladie mitrale	+ 38	6250—6400—5150			— 17,6 %	+
7	T. M.	Maladie mitrale	+ 66	7640—6400—6450		16,2 %	— 15,5 %	+
8	C. I.	Maladie mitrale. Insuffisance circula- toire	+ 36	7600—6200—4000		18,4 %	— 47,37 %	+
9	M. I.	Maladie mitrale	+ 7	7200—7000—5000		2,7 %	— 30,5 %	+
10	Z. E.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique.		5400—4800—4400		11,1 %	— 18,5 %	+
11	B. V.	Maladie mitrale.		8200—5500—5550		32,99 %	— 32,3 %	+
12	B. H.	Maladie mitrale	+ 10	7800—6000—6200		23,0 %	— 20,5 %	+
13	M. M.	Maladie mitrale	+ 62	6600—9000—2700			— 59,0 %	+
14	G. M.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique	+ 40	6800—5200—5750		23,52 %	— 16,91 %	+
15	G. E.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 27	15200—12150—12800		20,0 %	— 15,7 %	+
16	B. O.	Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. (Erythémèrhumatisme)	+ 90	7400—8600—4600			— 37,8 %	+
17	B. S.	Péricardite rhumatis.	+ 96	7800—7000—6000		10,2 %	— 23,0 %	+
18	C. M.	Pancardite rhumatis- male.		16900—14770—14800 (14. VI. 1939) 8600—6774—7450 (21. VI. 1939)		16,6 %	— 12,4 %	+
19	C. M.	Maladie mitrale Symphyse péricardi- que.	+ 12	7600—9600—5800			23,68 %	+
20	C. U.	Insuffisance mitrale et aortique. Endocardite	+135	18000—23800—20400 10. I. 11650—11200—11200 , 17. L		3,8 %	—	—
21	C. M.	Endocardite subaiguë rhumatismale	+ 46	8200—6650—6200		18,9 %	— 24,4 %	+
22	S. C.	Endocardite lente	+ 61	8040—6100—6200		22,4 %	— 21,8 %	+
23	D. N.	Endocardite subaiguë rhumatismale.		6200—6000—4200		3,2 %	— 32,0 %	+
24	H. I.	Endocardite lente.	+ 72	5100—3650—4850		28,7 %	— 4,9 %	+
25	P. M.	Endocardite lente	+ 25	8160—7600—6900		6,8 %	— 15,4 %	+
26	P. M.	Endocardite lente	+112	7700—5850—6250		24,0 %	— 18,8 %	+
27	P. M.	Endocardite lente	+151	5500—5300—5050		3,0 %	— 8,1 %	—
28	P. M.	Endocardite maligne lente	+ 72	6900—5900—5700		14,49 %	— 17,3 %	+

La négativité de l'épreuve dans l'érythème noeux ne manque pas non plus d'intérêt car elle va à l'encontre d'une des principales théories sur l'étiologie de ce syndrome clinique. Mais il est bien évident que trois cas ne suffisent pas pour en tirer une conclusion.

De toutes les affections rhumatismales, nous avons particulièrement insisté sur le rhumatisme polyarticulaire aigu (Maladie de Bouillaud) et nous avons examiné un nombre relativement grand de cardiopathies ayant une origine rhumatismale certaine. Mester n'a étudié qu'un seul cas d'affections cardiaques rhumatismales et Lenoix deux. En échange nous n'avons examiné qu'un nombre réduit de rhumatismes chroniques et c'est pourquoi nous ne nous attarderons pas sur ce chapitre.

Le tableau ci joint nous montre le façon de se comporter de la réaction de Mester dans un nombre de cardiopathies rhumatismales:

Les malades dont il s'agit ont été internés dans notre service, présentant soit des phénomènes d'endocardite évolutives soit le syndrome de l'insuffisance circulatoire. Aucun n'a présenté une lésion chronique stationnaire qui fût en même temps bien compensée. Le résultat final est que des 28 cas 2 seulement ont réagi négativement à la réaction immuno-biologique. On s'explique fort bien le fait que presque tous les cas ont été positifs si on se rappelle l'évolution du rhumatisme cardiaque dont la caractéristique est la répétition des crises rhumatismales.

Ces récurrences ne doivent pas présenter nécessairement le tableau clinique de la polyarthrite aiguë. Elles se manifestent souvent par un simple état fébrile que l'on étiquette comme „grippe” ou „embarros” gastrique fébrile”, etc. D'autres fois les récurrences ne se présentent que sous l'aspect de l'altération de l'état général associée à une anémie et à une fièvre légère. Enfin l'insuffisance circulatoire qui ne cède pas à la digitalisation, est une des conséquences fréquentes d'une récurrence rhumatismale.

Comme il a été dit plus haut, notre statistique s'occupe soit d'endocardites en évolution, soit de cardiaques décompensés. D'après ce que nous avons déjà dit sur la réaction de Mester, il nous semble logique qu'elle fût positive dans les endocardites rhumatismales.

Plus difficile à interpréter, tout au moins au premier abord, est la R. M. dans les endocardites infectieuses. En effet, des 5 endocardites lentes observées par nous, une seule a présenté une R. M. —. Ce phénomène trouverait son explication à l'aide des travaux de Pribram, qui a démontré que les poussées rhumatismales ne seraient que trop souvent déclenchées par une maladie fébrile quelconque. Or, dans l'endocardite lente, l'infection surajoutée se greffe habituellement sur une ancienne lésion rhumatismale. Ce serait justement cette infection surajoutée, qui à son tour, par le jeu d'un cercle vicieux, déterminerait une nouvelle crise de rhumatisme. Ainsi les conditions de l'apparition d'une réaction Mester positive se trouvent réalisées. D'ailleurs cette hypothèse trouve un appui dans les recherches anatomo-pathologiques des différents auteurs, qui ont pu mettre en évidence les nodules d'Aschoff dans la coeur des sujets atteints d'endocardie lente. D'après Sachs (cité par Danielopolu) dans ces endocardites la fréquence des nodules

d'Aschoff, qui constituent le cachet des infections rhumatismales spécifiques, varie selon les auteurs entre 32,1% et 87,5%. Ces constatations, ainsi que la R. M., démontrent très bien le rapport étroit qui existe entre les crises rhumatismales et les endocardites septiques et justifient le traitement de ces dernières par le pyramidon, appliqué aussi dans notre clinique.

On peut faire les mêmes remarques sur les cas arrivés chez nous en insuffisance circulatoire.

L'importance des récides rhumatismales comme facteurs déterminants de l'insuffisance circulatoire a été relevée par les recherches de Coombs (cité par Dietrich) qui à l'examen histo-pathologique a trouvé dans 50% des cas lésions rhumatismales récentes. Plus le sujet était jeune, plus ce pourcentage était grand. (87,5 jusqu'à l'âge de 10 ans, 75,8% entre 10—20 ans et 43,4% entre 30 et 40 ans).

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ces recherches?

La réaction décrite par Mester, peut être un test important pour le diagnostic étiologique des affections cardiaques. S'il s'agit d'un sujet qui déclare avoir souffert de rhumatisme ou bien s'il présente une maladie mitrale, le diagnostic étiologique est facile à faire. Il en est tout autrement des affections cardiaques rhumatismales, qui évoluent longtemps sans manifestations articulaires. C'est pourquoi il est utile selon nous, surtout si l'on veut instituer un traitement étiologique, de faire, en dehors d'autres investigations, aussi la réaction de Mester. Quand cette dernière est positive chez un sujet atteint d'une insuffisance aortique par ex., il y a une grande probabilité que cette lésion valvulaire soit du type Corrigan.

Dans la Clinique Médicale de Cluj, à côté du diagnostic anatomique et étiologique des cardiopathies valvulaires, on cherche aussi à établir si ces lésions sont évolutives ou bien stationnaires.

Les signes cliniques d'une endocardite en évolution (la fièvre, les arthralgies, mauvais état général etc.), peuvent être très évidents ou même faire défaut. C'est justement ces cas qui justifient les méthodes de laboratoire. A côté de la vitesse de sédimentation des hématies, influencée aussi par des facteurs extra-cardiaques, nous attribuons une grande importance à la détermination du degré d'anémie (hématies-hémoglobine). On a pu constater, en effet, qu'il y a des endocardites qui évoluent, tout au moins pendant un certain temps, sans fièvre, mais avec une anémie prononcée (Hajjegano).

Basés sur les remarques que nous avons faites lorsque nous avons essayé d'expliquer la réaction de Mester positive, en présence, probablement, de lésions cardiaques récentes de nature rhumatismale, nous croyons que cette épreuve pourrait servir pour reconnaître l'activité des cardiopathies. Pour cela, naturellement, il serait nécessaire d'essayer cette réaction dans un nombre suffisant de cas où toutes les symptômes plaideraient pour une affection stabilisée.

Conclusions générales.

Nous avons étudié la réaction de Mester sur 87 malades. Des 61 cas d'affections rhumatismales, nous avons obtenu 51 réactions positives et 10 réactions négatives. Parmi les affections non-rhumatismales, 23 ani présentée une réaction négative et une seule a présenté une réaction positive: (Deux autres cas positifs ont été incertains).

Étant donné ces résultats, nous croyons pouvoir apprécier cette réaction de la façon suivante:

La réaction de Mester positive indique avec beaucoup de probabilité une affection rhumatismale; un résultat négatif ne permet pas d'éliminer cette affection.

La réaction de Mester est généralement positive dans les cardiopathies rhumatismales en évolution ou décompensées. Les observations cliniques, ainsi que les examens histo-pathologiques ont amplement démontré que l'évolution de ces cardiopathies est déterminée en grande partie par les récidives rhumatismales, qui produisent chaque fois qu'elles se repètent, de nouvelles lésions. La réaction de Mester s'explique par la présence de ces lésions récentes.

Si des recherches ultérieures confirmaient cette hypothèse, la réaction immuno-biologique pourrait être employée: a) Pour faire le diagnostic étiologique des cardiopathies rhumatismales, surtout des cardites rhumatismales ne s'accompagnant pas de manifestations articulaires;

b) Pour savoir si la lésion cardiaque est en évolution ou bien stabilisée, fait extrêmement important pour le pronostic et le traitement.

BIBLIOGRAFIE.

A. Mester: Sur une réaction spécifique immunobiologique dans le rhumatisme. — Polska gazeta Lekowska, 1935, No. 43. — Fr. Lenoch, Wiener Klinisch Wochenschrif No. 12, 1938. — Danielopolu, Dimitriu et Tanasesca; Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie, No. 2, T. V. — Hajieganu-Goia; Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, Vol. I—III. — Dietrich; Rheumatische Kreislaufschädigungen (Doc. Reumatismus, Band 7). — D. Tănăsescu și Gh. Oțoșanu; Mișcarea Medicală Română No. 3—4/1939.

Die Mester'sche Reaktion wurde in 87 Fällen versucht. Bei 61 Rheumatismfällen fielen 51 Reaktionen positiv und 10 negativ aus. Bei nichtrheumatischen Krankheiten erhielten wir 23 mal negative Reaktionen und eine einzige positive Reaktion. Zwei weitere Fälle waren unsicher.

Auf Grund dieser Resultate können wir unsere Meinung in Folgende zusammenfassen.

Die positive Mester-Reaktion zeigt mit grosser Wahrscheinlichkeit dass es sich um Rheumatismus handelt; ein negatives Resultat gestattet nicht diese Krankheit auszuschliessen.

Die Mester'sche Reaktion ist, im Allgemeinen, in Fällen von evolutiven oder dekompensierten rheumatischen Herzaffektionen, positiv.

Die klinischen Beobachtungen, sowie die histo-pathologischen Herzkrankheiten haben weitgehend gezeigt dass das Fortschreiten der rheumatischen Untersuchungen zum grössten Teile durch rheumatische Rückfälle bestimmt wird, welche bei jedem Schube neue Läsionen setzen. Die Mester'sche Reaktion wird durch das Vorhandensein dieser frischen Läsionen erklärt.

Wenn spätere Untersuchungen diese Hypothese bestätigen sollten, könnte diese immuno-biologische Reaktion gebraucht werden um:

a) Die Etiologie der rheumatischen Herzkrankheiten zu sichern, besonders in Fällen wo keine Symptome von Seiten der Gelenke vorhanden sind.

b) Zu bestimmen ob eine Läsion sich in evolutivem oder stabilem Stadium befindet, was zur Prognose und Behandlung von allergrösster Wichtigkeit ist.

Abbiamo studiato la reazione del Mester su 87 malati. Dai 61 casi di affezioni reumatiche, abbiamo ottenuto 51 reazioni positive e 10 reazioni negative. Tra le affezioni non-reumatiche, 23 hanno presentato una reazione positiva. (Due altri casi positivi sono stati incerti).

Dati questi risultati, crediamo poter apprezzare questa reazione nel seguente modo:

La reazione del Mester positiva indica con molta probabilità una affezione reumatica; un risultato negativo non permette di eliminare questa affezione.

La reazione del Mester è generalmente positiva nelle cardiopatie reumatiche in evoluzione o non compensate. Le osservazioni cliniche come anche gli esami istopatologici hanno ampiamente dimostrato che l'evoluzione di queste cardiopatie è determinata in gran parte dalle recidive reumatiche, che producono ogni volta che si ripetono nuove lesioni. La reazione del Mester si spiega con la presenza di queste lesioni recenti.

Se ulteriori ricerche confirmassero questa ipotesi, la reazione immuno-biologica potrebbe essere adoperata:

a) Per fare la diagnosi etiologica delle cardiopatie reumatiche soprattutto delle carditi reumatiche, che non sono accompagnate da manifestazioni articolari.

b) Per sapere se la lesione cardiaca è in evoluzione ossia ben fissata, cosa estremamente importante per la prognosi e per il trattamento.

DIGIBAINÈ

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permițând acestuia din urmă să exercite o acțiune mai rapidă, mai intensă și mai durabilă.

Nici o obișnuință chiar în timpul curelor prelungite și continue.

15 picături = $\frac{1}{10}$ mg. digitalină crist. + $\frac{2}{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

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



Medicamentul suveran al boalelor
gastro-intestinale, de natură toxic-
infecțioasă, la copii și adulți
nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin”

33 ani de existență
1907 — 1940

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, contribuind în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

D O Z E:

COPILII până la 3 ani o linguriță la oră
COPILII de la 3 ani în sus câte 2 linguri
înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înainte de meselor.

*Indicat în: enterite acute și cronice
la copil și adulți, diabet, ciroze, ec-
zeme, acnee, foliculite, furunculoză,
urticaria, guta, colibaciloză etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT DR. ROBIN”

Reprezentanța BUCUREȘTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78-66.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se recomandă Domnilor medici venereologi: **Vaccinul anistreptobacilar**

preparat prin procedeul
Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU
Se întrebuințează în injecții subcutane
în ulcere șancroase și complicații:
fimoze, parafimoze, limfite, adenite.
Este foarte bine tolerat, nu dă șoc,
nici febră permițând tratamentul
ambulatoriu

Se poate procura la toate
farmaciile principale din țară

Estetica Fetei

Vaccin microba- cilar antiacneic

Conf. Dr. SARAȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate
farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa: Repr. gen. București, Str. Regală 10 Tel. 3.78-66.

**NOU PROCEDU RADIOSCOPIC PENTRU DETERMINAREA
ADÂNCIMEI CORPILOR STREINI.
APARAT PENTRU DETERMINAREA AUTOMATĂ
A ACESTEI ADÂNCIMI
(Roentgenbatimetrul cu citire directă)**

de

Prof. D-r D. NEGRU

Direct. Inst. de Radiologie din Cluj

Se proiectează pe ecran cu o rază de oblicitate dată (nu însă cea indicată prin marginea diafragmului), succesiv corpul strein și un reper cutanat. Distanța dintre cele două imagini, multiplicată cu cotangenta unghiului de oblicitate al razei ne dă distanța corp strein reper căutată.

Roentgenbatimetrul, este un aparat simplu, bazat pe principiul de mai sus. El se compune din: 1) O cutioară de lemn, ce se așează înapoi ecranului și poartă semne metalice, care delimitează și indică unghiul de oblicitate ales. 2) Dintr'un dispozitiv de mișcare laterală a ecranului, quasi micrometrică, și o scară multiplicată, care permite citirea directă a adâncimei corpului strein. Aparatul e adaptabil la orice fel de instalație Roentgen și lucrează automat și deci precis fără nici o măsură prealabilă, fără nici o condiție restrictivă și fără nici un calcul.

Aparatul mai permite și ortodiagrafiile de precizie la aparatele care au ecranul solidar cu tubul.

Plecând dela procedeu nostru de localizare radiosopică a corpurilor streini¹⁾, care se bazează pe deplasarea ecranului, am căutat să simplificăm metoda, suprimând mișcarea de depărtare a ecranului fluorescent.

Iată acest nou procedeu:

Fie C corpul strein (fig. 1). La punctul unde chirurgul indică că va face incizia de extragere, lipim un reper de plumb R, așa ca imaginile lor, proiectate cu raza normală, să coincidă pe ecran.

Ecranul E E este așezat la o distanță oarecare de reper. Presupunem că instalația are ecranul solidar cu tubul Roentgen, așa cum se

1) D. Negru: Două procedee simple pentru localizarea corpurilor streini. Cultura, București, 1919. — D. Negru: Comunicare la Societatea Științelor Medicale din Cluj, Decembrie 4, 1920. — D. Negru: Tratat de Radiologie Medicală, Cluj, 1931, pag. 399. — D. Negru, Buletinul Soc. de Radiologie, București, Nr. 1 din Ianuarie 1940.

intâmplă cu toate aparatele moderne. Vom vedea la urmă cum se procedează și în cazul când ecranul este independent de tub.

Ne alegem un anumit unghi α (alfa) de înclinajie față de normală (vom vedea îndată cum) și cu raza ce are această oblicitate proiectăm succesiv corpul strein în B și reperul în A, mutând tubul în pozițiile II și III. Pe brațul de deplasare al tubului citim distanța AB, care reprezintă deplasarea din poziția II la poziția III a tubului. Între distanța AB astfel măsurată, distanța RC căutată, și unghiul α ales, există următoarea relație:

$$RC = AB \cotg \alpha^1).$$

Dacă am ales un unghi α așa fel ca cotangenta sa să fie un număr întreg, de exemplu 5 în cazul unghiului $\alpha = 11^\circ 15'$, atunci adâncimea căutată va fi deplasarea tubului din poziția II în poziția III, înmulțită cu 5.

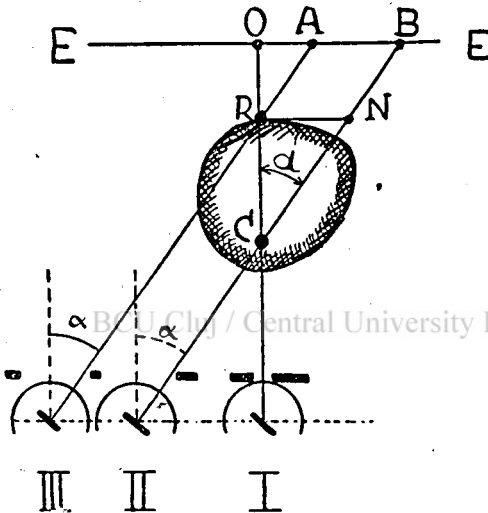


Fig. 1.

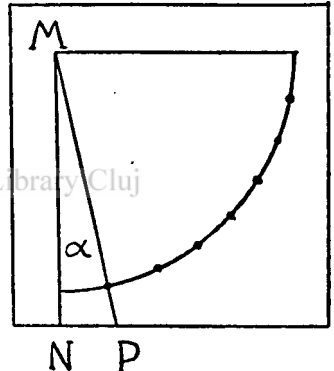


Fig. 2.

La instalațiile la care ecranul este independent de tub, distanța AB se măsoară direct pe ecran. S'ar putea alege un alt unghi alfa mai mare, dacă instalația respectivă ar permite-o. În acest caz înmulțirea s'ar face cu un număr mai mic²⁾.

Procedeeul are avantajul că măsoară direct distanța corp strein piele, iar nu corp strein ecran; permite apoi ecranului să fie așezat la oarecare

1) Demonstrația este următoarea: În R ducem paralela RN la AB și AB sunt egale ca paralele între paralele. Am construit astfel triunghiul CRN. Din trigonometrie se știe că într'un triunghi dreptunghiun raportul dintre cateta adiacentă și cateta opusă unui unghi este egal cu cotangenta aceluia unghi, adică $\frac{RC}{RN} = \cotg \alpha$, de unde $RC = RN \cotg \alpha$, sau $RC = AB \cotg \alpha$.

2) Dăm câteva valori ale unghiului alfa, pentru care cotangentele sunt numere întregi, mai mici ca 5. Pentru $\alpha = 45^\circ$... $\cotg = 1$; pentru $\alpha = 26^\circ 30'$... $\cotg = 2$; pentru $\alpha = 18^\circ 20'$... $\cotg = 3$; pentru $\alpha = 14^\circ$... $\cotg = 4$.

depărtare de regiune, ceea ce ușurează punerea reperului și evită deformarea regiunii de către ecran. Deplasarea tubului este susceptibilă de a fi măsurată foarte precis — cum vom vedea — așa că multiplicarea cu 5 nu implică o sporire de eroare. Singura operație care trebuie făcută, odată pentru totdeauna, este alegerea și determinarea unghiului α pe care fiecare poate s-o facă cum va crede mai bine. Dăm în cele ce urmează o tehnică practică întrebuițată de noi.

* * *

Determinarea unghiului alfa ($11^{\circ} 15'$).

Pe o foaie de carton delimităm un patrat cu latura de aproximativ 20 cm. Cu un compas descriem un arc de 90° , cu centrul într'un colț al patratului și cu raza egală cu latura lui (fig. 2). Construim unghiul de $11^{\circ} 15'$ luând o optime din arc și trăgând linia MP. Practic împărțim arcul de 90° în două cu compasul, o jumătate iarăși în două și în fine unul din sferturi iarăși în două; căci $11^{\circ} 15'$ este exact a opta parte din 90° . Avem astfel delimitat pe carton triunghiul dreptunghiu MNP. Lipim cu emplastru câte două semne de plumb, la o depărtare cam de 10 cm., pe cateta MN și pe ipotenuza MP. Așezăm cartorul cu trunghiul de mai sus, purtând cele patru semne metalice, pe un suport fix, în plan orizontal (presupunem că stativul e vertical), cu latura mică a triunghiului spre ecran și vârful M spre tub (fig. 3).

Proiectăm în O cu rază normală, deci în centrul ecranului cele două semne metalice de pe cateta MN, așa ca ele să se suprapună perfect (poziția I). Deplasăm spre dreapta noastră tubul, cu diafragmul deschis la maximum, până ce cele două semne metalice de pe ipotenuza MP coincid în punctul S (poziția II a tubului, fig. 3).

Ecranul ocupă acum poziția E', și punctul O se află în O'. Raza oblică cu care proiectăm semnele de pe ipotenuză, face cu normala exact unghiul α , deci în cazul nostru $11^{\circ} 15'$.

Punctele O (devenit O') și S, notate sub formă de mici linii subțiri verticale cu un creion gras pe sticla ecranului, determină unghiul alfa voit. Locul acestor puncte și depărtarea lor rămân fixe atâta timp cât între tub și ecran nu are loc nici o decalare și dacă distanța focus ecran nu variază dela o experiență la alta¹⁾.

Odată determinat unghiul alfa prin cele două semne O și S de pe ecran, pe care le vom putea reproduce oricând, dacă pe a foaie de carton cât un sfert de ecran vom păstra notate punctele și ne vom nota și distanța focus ecran, — putem proceda la determinarea adâncimei corpurilor streini. Determinarea unghiului alfa se face o singură dată pentru instalația Roentgen respectivă.

* * *

Determinarea adâncimei corpurilor streini.

Având acum cele două semne pe ecran, să procedăm la determinarea adâncimei unui corp străin (fig. 1).

1) Vom vedea că aparatul Roentgenbatimetru nu are nevoie de nici una din aceste precauțiuni.

Așezăm stativul în poziție orizontală, căci aceasta e poziția în care se face intervenția chirurgicală și, deci e bine ca și localizarea să se facă în aceeași poziție.

Presupunem că tubul este solidar cu ecranul.

Fie C acest corp strein (fig. 1). Proiectăm corpul strein și reperul R în O cu raza normală (poziția I a tubului). Semnul O fiind în centrul ecranului, imaginile C și R se vor suprapune pe acest semn; iar aceasta va fi și o garanție că nu s'a făcut vre-o greșală ori vre-o schimbare nevoită.

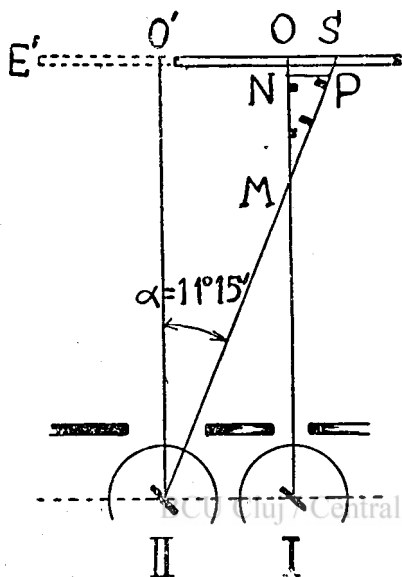


Fig. 3.

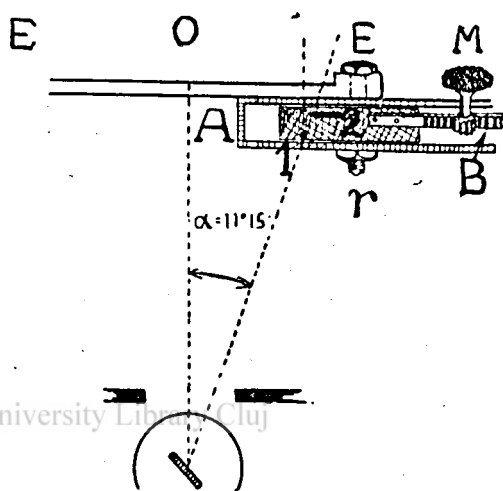


Fig. 4.

Mutăm tubul din poziția I în poziția II, la o depărtare așa fel încât imaginea corpului strein C să coincidă în B cu semnul notat prealabil pe ecran (semnul S din fig. 3). Mutăm apoi tubul mai departe, până ce linioara de pe ecran ajunge să coincidă acum în A cu imaginea reperului (poziția III). Distanța A B o citim pe brațul suport al tubului, unde este o linie gradată și un vârf metallic indicator, și apoi o înmulțim cu 5. Numărul aflat reprezintă distanța R C, adică adâncimea corpului strein C.

În cazul când ecranul este independent de tub, va trebui fie să utilizăm înclinarea tubului și delimitarea prin diafragm a fascicului axial; fie — când aceasta nu-i posibil — să utilizăm marginea diafragmului, cu toate inconvenientele pe care le vom vedea mai jos.

Observăm că în cazul instalației cu tubul solidar cu ecranul, nu ne folosim de marginea diafragmului, care rămâne deschis mai larg decât unghiul 2 alfa. Marginea diafragmului este un reper foarte neclar, căci se proiectează adesea ca o dungă de 1 cm. lățime, având pe margini o penumbră care-i mărește neclaritatea. Noi ne folosim de tră-

sătura de creion gras de pe ecran, subțire ca un fir de păr, perfect vizibilă ca o linie neagră pe câmpul luminat al ecranului. Acest fapt dă procedeului o precizie permittând să se măsoare adâncimi mai mici chiar decât un centimetru.

* * *

Roentgenbatimetrul cu citire directă.

Pe baza procedeului de mai sus am imaginat un aparat simplu, care lucrează automat, fără nici o măsură prealabilă, fără nici o condiție restrictivă; e aplicabil la orice fel de aparat cu ecran solidar cu tubul ori independent. În acest din urmă caz aparatul necesită o modificare, care este în același timp o simplificare. Aparatul nu cere nici un calcul. Adâncimea corpului strein se citește direct pe un mic cadran situat lângă ecran, sub ochii noștri. Funcționarea acestui aparat fiind automată, precizia măsurării este cea mai mare posibilă.

A. Aparatul destinat instalațiilor la care ecranul este solidar cu tubul, se compune din următoarele părți.¹⁾

1. Un dispozitiv de indicare a unghiului alfa, care se fixează la ecran. Acest dispozitiv se compune dintr'o cutioară de lemn A (fig. 4), având aproximativ 5 cm. lungime, 3 cm. lățime și 2 cm. înălțime. În care sunt fixate două semne metalice (1 și 2), formate din fragmente de ac, din care unul e vertical²⁾, iar celălalt orizontal (dacă stativul e vertical). Aceste două semne determină poziția ipotenuzei, care cu raza normală a tubului delimitează și indică permanent unghiul ales de 11° și $15'$. Cutia A se fixează la fața posterioară a ecranului, aproape de marginea stângă a sa, pe orizontala care trece prin centrul ecranului. Piesa mobilă B, care poartă semnele metalice, se poate deplasa longitudinal cam de 3—4 cm. cu ajutorul șurubului M. Cutia poate bascula în jurul axei R, pentru a se ascunde sub marginea ecranului, atunci când nu mai avem nevoie de ea.

2. Un dispozitiv de deplasare micrometrică a ecranului și un cadran de înregistrare și indicare a cifrei căutate, — care se montează la o piesă fixă a stativului.

Dispozitivul se compune (fig. 5), dintr'o bară dințată B fixată de rama ecranului E, cu un capăt, iar celălalt e liber. Bara B culisează în direcția orizontală, fie în mod liber, fie cu ajutorul șurubului S, după cum voim. Primul caz este atunci când facem radioscopie obișnuită și mutăm ecranul cu mâna; al doilea caz este atunci când voim să măsurăm deplasările. Șurubul S prezintă un sistem de cuplare C, care cuplare are loc când șurubul S este ușor apăsat. În acest caz axa lui se cuplează cu axa unei roțițe dințate R, care mișcă bara B, atunci când învârtim șurubul S. Șurubul S indică cu ajutorul unui vârf metalic I, cifra adâncimei corpului strein pe o scară multiplicată, N³⁾. Această scară se învâрте prin simplă frecare, așa ca la începutul măsurării, punctul său zero să fie adus să coincidă cu vârful arătător al

1) Aparatul „Roentgenbatimetru” se află în construcție în Atelierul Centrului de Radiologie, Cluj.

2) În figura 4, cel vertical (1) este reprezentat printr'un punct.

3) În cazul unghiului alfa = $11^{\circ} 15'$ scara este multiplicată cu 5.

șurubului S. După aceea scara rămâne fixă. După efectuarea măsurărei decuplăm șurubul S trăgându-l spre noi și atunci rămâne roțița dințată R liberă. Ea se va învârti, bine înțeles, la orice deplasare orizontală a ecranului și deci și a barei B; mișcarea este însă fără nici o rezistență, axa sa având lagăre cu bile.

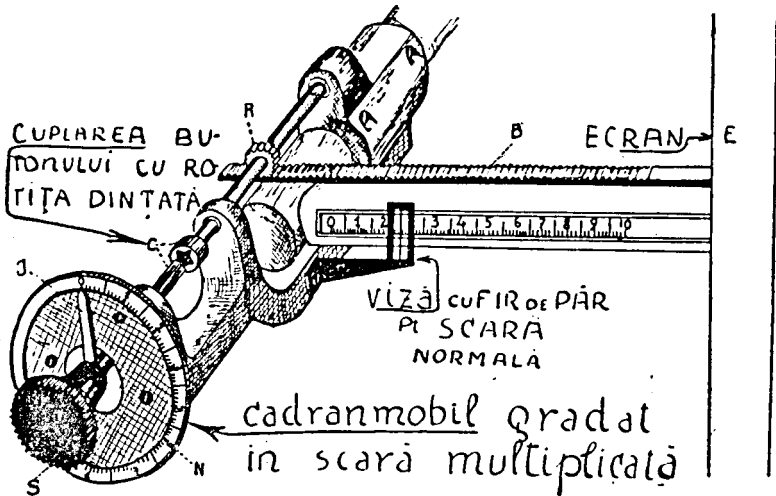


Fig 5.

B. Aparatul destinat instalațiilor la care mișcarea ecranului este independentă de aceea a tubului.

La aceste instalațiuni, care acum sunt foarte rare, există un singur șurub care deplasează scândurica mobilă B (funcțiunea șurubului M din fig. 4) și în același timp măsoară adâncimea corpului strein. Aici mișcarea ecranului este înlocuită cu mișcarea scânduricii B.

Manipularea Roentgenbatimetrului.

A. Cazul ecranului solidar cu tubul.

1. Așezăm cutia de lemn A în poziția de întrebuințare¹⁾
2. Proiectăm corpul strein cu raza normală și așezăm reperul pe piele, ca la orice procedeu.

3. Deschidem la maximum diafragmul și mișcând într'un sens sau altul scândurica B, facem să se proiecteze semnele metalice 1 și 2 cu raza de oblicitate aleasă, ceea ce se recunoaște prin faptul că imaginile semnelor metalice formează un unghi drept.

4. Cuplăm șurubul S cu axa roțiței dințate R și deplasăm prin rotarea acestui șurub complexul ecran tub (și deci și cutia A) până ce corpul strein se proiectează în vârful unghiului drept, format de imaginile celor două fragmente de ac (fig. 6).

5. Aducem scara mobilă N (fig. 5), cu punctul său zero la nivelul vârfului indicator al șurubului S.

1) Stativul am văzut că este preferabil să fie în poziție orizontală.

6. Răsucim şurubul S până ce vârful unghiului drept, format de imaginile celor 2 fragmente de ac, coincide cu reperul.

7. Citim cifra arătată pe cadran, de indicatorul şurubului S şi această cifră este distanţa în centimetri şi milimetri dintre corpul strein şi piele, pe care o căutăm.

B. Cazul ecranului independent de tub.

Ţimpii 1 şi 2 sunt aceiaşi ca în cazul A.

Ţimpul 3: Prin rotarea şurubului (unic la aparatul utilizat pentru acest caz), se deplasează scândurica B, care indică unghiul, în direcţia centrului ecranului, şi în acelaş timp se mişcă tubul în acelaş sens (diafragmul este deschis la maximum), până când vârful unghiului drept, format de imaginile celor 2 fragmente de ac, coincide cu corpul strein.

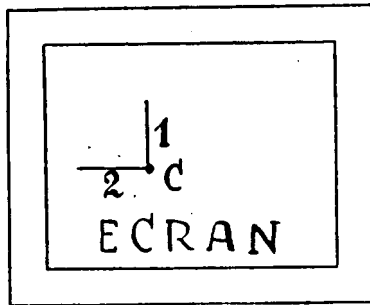


Fig. 6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ţimpul 4. Acelaş ca în cazul A.

Ţimpul 5. Repetăm exact manevra descrisă la Ţimpul 3, până ce vârful unghiului drept coincide acum cu imaginea reperului.

Ţimpul 6. Cităm cifra căutată, procedând ca la cazul A.

* * *

Aparatul permite foarte uşor şi o localizare anatomică a corpilor streini, căci toate detaliile osoase vecine pot fi uşor şi repede localizate, în raport cu corpul strein.

Dar dispozitivul de deplasare transversală quasi micrometrică a ecranului, mai permite în plus de a măsura precis diametrul aortei, şi dimensiunea transversală a oricărui alt organ, ori focar patologic. O mică linie verticală, scrisă cu creionul gras pe ecran, este deplasată — cu ecranul — succesiv la cele 2 limite ale diametrului aortei. Diafragmul este deschis atâta cât să vedem bine organul de măsurat. Nici un alt procedeu, cum ar fi de ex. ortodiagrafia obişnuită (imposibilă la stativele la care ecranul nu se poate desolidariza de tub), teleradioscopia ori teleradiografia, nu permite o măsurare atât de precisă.

Se poate uşor determina nivelul unei leziuni de scisurită şi întinderea ei; sediul unui infiltrat pulmonar şi mărimea lui; a unui ganglion opacifiat, etc. Se pot separa prin măsurarea adâncimei respective detalii care se suprapun, etc.

Aşa dar batimetria precum şi radioscopia ortodiagrafică de precizie, se pot realiza cu acest aparat, suplinind în bună parte tomografia.

Prof. D-r D. NEGRU: Nouveau procédé radioscopique pour la détermination de la profondeur des corps étrangers. — Appareil pour la détermination automate de cette profondeur (le Roentgenbathymètre à lecture directe).

On projète sur l'écran avec un rayon d'une abilité donnée (mais non pas celle indiquée par le bord du diaphragme), successivement le corps étranger et un repère cutané. La distance entre les deux images, multipliée par la cotangente de l'angle d'obliquité du rayon, nous donne la distance corps étranger repère, cherchée.

Le Roentgenbathymètre est un appareil simple, basé sur le principe qu'on vient d'exposer. Il se compose: 1) d'une petite boîte en bois sur laquelle on applique derrière l'écran et qui porte des signes métalliques destinés à délimiter et à indiquer l'angle d'obliquité choisi; 2) d'un dispositif pour déplacer latéralement l'écran, portant une échelle multipliée, qui permet la lecture directe de la profondeur du corps étranger. L'appareil est adaptable à n'importe quelle installation de rayons X; il travaille automatiquement et partant d'une façon précise, sans aucune mesure préalable, sans aucune condition restrictive, sans aucun calcul.

L'appareil permet également l'ortodiagraphie de précision pour le cas où l'écran est solidaire avec l'ampoule.

Prof. D-r D. NEGRU: Nuovo procedimento radioscopico per determinare la profondità dei corpi estranei. — Apparecchio per la determinazione automatica di questa profondità (Il Roentgenbatometro a lettura diretta).

Si proietta sullo schermo, con un raggio di obliquità data (ma non quella indicata dal diaframma), — successivamente il corpo estraneo e una marca cutanea metallica. La distanza tra le due immagini, moltiplicata colla cotangente dell'angolo di obliquità del raggio, ci dà la distanza che noi cerchiamo, tra il corpo estraneo e la marca metallica cutanea.

Il Roentgenbatometro è un apparecchio semplice, fondato sul principio sopraesposto. Si compone di: 1) una piccola scatola di legno, che si mette dietro allo schermo e porta due segni metallici, che delimitano e indicano l'angolo d'obliquità, scelto; 2) d'un dispositivo di movimento laterale, quasi micrometrico, dello schermo, portante una scala moltiplicata, che permette la lettura diretta della profondità del corpo estraneo. L'apparecchio è accettabile a qualsiasi installazione di raggi Roentgen, e lavora automaticamente, dunque precisamente, senza nessuna misura precedente senza nessuna condizione restrittiva e senza nessun calcolo.

L'apparecchio permette inoltre anche delle ortodiografie di precisione agli apparecchi che hanno lo schermo solidario col tubo.

Prof. D-r D. NEGRU: Neues Durchleuchtungsverfahren zur Bestimmung der Tiefe der Fremdkörper. — Apparat zur automatischen Bestimmung dieser Tiefe (das Roentgenbathymeter mit direktem Ablesen).

Mit einem Strahle von bestimmter Neigung (aber nicht diejenige die vom Blendenrand angezeigt ist), projiziert man nacheinander auf den Schirm den Fremdkörper und eine Metallhautmarke. Der zwischen den zwei Bildern gefundene Abstand, multipliziert durch die Kotangente des Neigungswinkels des Strahles, gibt uns den gesuchten Abstand, zwischen Fremdkörper und Hautmarke.

Das Roentgenbathymeter. Es ist ein einfacher Apparat, der auf dem obigen Prinzip begründet ist. Er besteht aus folgenden Teilen: 1) eine kleine Holzschachtel, die man hinter dem Schirme auflegt, und welche die Metallzeichen trägt, die zur Abgrenzung und zum Anzeigen des ausgewählten Neigungsstrahles dient; 2) aus einer Einrichtung zur Bewegung des Schirmes im lateralen Sinne, die quasi mikrometrisch erfolgen soll; 3) ferner aus einer multiplizierten Skala, die das direkte Ablesen der Tiefe des Fremdkörpers ermöglicht.

Der Apparat lässt sich an jeder Art Roentgeneinrichtung adaptieren; arbeitet automatisch und genau ohne jedes vorläufiges Abmessen, ohne jede einschränkende Vorbedingung und ohne jede Rechnung.

Der Apparat ermöglicht ausserdem auch Präzisionsortodiographien, bei diejenigen Apparaten, bei denen der Schirm und die Röhre solidarisch sind.

TERAPIA DERMATOZELOR

DIVERSELE ETIOLOGII ALE DERMATOZELOR NE-AU DETERMINAT SĂ CREĂM O SERIE DE POMEZI, FIECARE AVÂND INDICAȚIUNI BINE DETERMINATE

SEDOTYOL

Pomadă calmantă

Se aplică într'un strat gros, fricționându-se ușor.

DERMATOZE

PRURIGINOASE

LEZIUNI CUTANATE
DUREROASE
PRURITURI

INOSEPTA

Pomadă antipirogenă

Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricționa.

DERMATOZE

SUPURATE

FURUNCULOZE-FAVUS
IMPETIGO-ABCESE

INOTYOL

Pomadă antiflogistică și cicatrizantă

Se aplică pomada într'un strat gros, acoperindu-se cu un pansament.

DERMATOZE

NE INFECTATE

ULCERAȚIUNI - ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANATE

SILIPLASTINE

Pomadă absorbantă

Se aplică într'un strat subțire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se șterge ușor numai cu apă.

DERMATITE

UMEDE SAU IRITABILE

ECZEME UMEDE-INTERTRIGODERMATITE ACUTE

CUTIGENOL

Pomadă cicatrizantă

Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.

LEZIUNI

CUTANATE

ARSURI-ULCERAȚIUNI ATONEDERMATOZE CRONICE
PLĂGI - TURBURĂRI
TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

ȘȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ :

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA“ S. A. R.

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

Medicament Ionicardiac

CARDITONE-LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus 0,001
Sulfat de Sparteină . . 0,02
Extract de Muguet . . 0,05
Excipient Q. S.
p. 1 drageu 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 hiper-
activat — Fermenți lactici selecționați — Ex-
tract citoplasmic de Laminaria flexicaulis.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoie.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — An-
xietate — Emotivitate — Palpitații —
Anafilaxie.

SERENOL

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

1—3 lingurițe de cafea pe zi, luate pre-
ferabil 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 nevoie.

Terapia maladiilor de nutriție.
Artrism — Gută — Gravelă.

URALYSOL

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

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

Maladii venoase — Hemoroizi — Varice
Ulcerajii.

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 înain-
tea meselor.

La femei se întrerupe tratamentul în tim-
pul menstruației.

Laboratoires LOBICA-PARIS

Eșantioane și Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEJIA” S. A. R.

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

MEDICII ȘERBAN ȘI ILIE EMINOVICI (frații poetului Eminescu) ¹⁾

de

D-r V. M. PLĂTAREANU

Cercetările biografice au oferit tuturor celor ce le-au întreprins, o fermecătoare stare sufletească legată de puțința de a reconstitui din cenușe și rămășițele trecutului, imagini de vieți omenești. Prin aceasta, satisfacția spirituală a studiului biografic, egalează și uneori depășește pe cea dată de arheologie, paleontologie, numismatică, etc.

Se deosebește însă de acestea prin faptul că, în fundul pocălului plin de nectarul mulțumirii se găsește totdeauna ascunsă picătură de amărăciune, că niciodată nu ești sigur că opera ta este terminată și nici că este în afară de orice critică.

* * *

Din numeroasele date biografice, răzlețe, întâlnite, privitoare la trecutul nostru medical, mă voi opri astăzi asupra a două din ele, care sunt pline de interes nu numai prin ele însăși, dar și prin faptul că ele se leagă de cea mai strălucitoare figură din trecutul poeziei românești.

Este vorba de doi dintre frații marelui poet Mihail Eminescu, al cărui sfârșit tragic se integrează el însuși în istoria medicinei noastre și chiar în al Spitalului Brâncovenesc ²⁾.

Mai înainte de a schița viața celor doi frați ai lui Eminescu — Șerban și Ilie, — care au urmat medicina, am găsit necesar să fac câteva observațiuni prealabile. Astfel, numele de „Eminescu” care evocă una dintre culmile cele mai înalte ale versului românesc, este forma românitată a numelui „Eminovici”, care era adevăratul nume de familie al poetului. Numele de „Eminescu” l-a purtat la început, numai poetul și el i-a fost dat acestuia de către Iosif Vulcan, directorul revistei „Familia” din Oradea-Mare, la etatea de 16 ani (1866), adică atunci când i-a publicat și primele încercări poetice.

1) Comunicare la S. R. R. de Ist. Mediciniei. Ședința din 11 Aprilie 1940.

2) La Spitalul Brâncovenesc, a fost trimis dela Institutul „Șuțu”, creierul poetului Eminescu, ca să fie cântărit, măsurat și cercetat.

Ca atare, în cele ce urmează, deși este vorba de doi frați ai lui Eminescu, ei totuși și-au păstrat numele originale de Șerban și Ilie Eminovici.

Părintele lor se numea Căminarul Gheorghieș (Gheorghe) Eminovici și era fiul lui Vasile Eminovici, dascăl de biserică, din Călinești-Botoșani. Mama lor se numea „Raluca” (Ralu) sau pe adevăratul nume „Rareșa”. Era fiica stolnicului Vasile Jurașcu din Joldești și a Paraschivei Donțu. Rodul căsniciei lor a fost 10 copii (7 băieți și 3 fete).

Primul copil a fost „Șerban”, care s'a născut la 1841, și a fost urmat, la interval de un an, de primii cinci copii. Cel de al cincilea a fost „Ilie”, născut la 1846. Acest prim „lot” de copii, a văzut lumina zilei la Dumbrăveni, unde părintele lor se ocupa de treburile moșiei boerului Balș. Ceilalți 5 copii, printre care și poetul de mai târziu, s'a născut la moșia Ipotești, situată la 8 km. de Botoșani, moșie pe care a cumpărat-o tatăl lor între anii 1849—50.

Gheorghe Eminovici, tatăl, era un om foarte muncitor și foarte autoritar cu ai familiei și cu proprii săi copii. A fost un autodidact și a avut, drept principiu de educație a copiilor, îndrumarea către profesiuni libere și bănoase. Fără să fi fost om bogat, el și-a trimis, cum vom vedea, copiii să urmeze școli înalte în străinătate. Cu toate acestea, cu firea lui aspră și neîncredătoare, nu prea avea totdeauna grija copiilor, mai ales când aceștia îl nemulțumeau.

În afară de cele ce vom afla despre frații Șerban și Ilie, care au urmat medicina, credem demn de amintit, dintre ceilalți frați, pe Nicolae — care a urmat dreptul la Sibiu, — pe Mătei — care a învățat „Politehnicul” la Praga, — și în deosebi pe Iorgu (Gheorghe) — care a urmat studiile militare la Berlin.

Acesta din urmă, despre care „Caragiale” spunea că: „a speriat Academia militară cu talentul lui”..., după un examen strălucitor, s'a distins într'atât, încât mareșalul Moltke a vrut să-l aibă printre colaboratorii săi apropiați.

Însă, acesta, ca și mai toți frații, a purtat în sânge o suferință ce rămâne să fie talmăciită mai târziu, căci, spre a-și încununa succesul examenului dat în fața lui Moltke, s'a dus acasă și s'a împușcat.

Caracteristica aproape a tuturor copiilor lui Gheorghe Eminovici, a fost inteligența scilpitoare, dublată însă, când de lipsă de voință (cum era cazul lui Eminescu), când neînvinsă îndărătnicie de a se supune programelor și normelor școlare.

Cu aceste câteva noțiuni generale, să ne întoarcem la viața primului născut, a „D-rului Șerban Eminovici”.

Am spus că Șerban Eminovici s'a născut la Dumbrăveni (Botoșani) în anul 1841, era oacheș, slăbuț, cu umerii înguști³⁾, tăcut, morocănos, dar cu o înfățișare frumoasă, semănând în partea mamei sale⁴⁾. Nu

3) Cezar Petrescu, Romanul lui Eminescu, fol. I.

4) Date luate din G. Călinescu (Viața lui Mihai Eminescu, edit. III-a pag. 31).

știm nimic din mica copilărie a acestuia, știm numai că, la vârsta de 11 ani, a fost dus la liceul din Cernăuți. Aci a rămas uneori repetent și a recurs la examene particulare, spre a-și câștiga timpul pierdut. Ca și ceilalți frați, cari au învățat după el la acelaș liceu, era recunoscut ca foarte recalcitrant la ordine, turbulent și chiar bătăuș. Cursurile sale liceale s'au desfășurat în felul următor: 1852—53 cl. I liceu, 1853—54 cl. II-a, 1854—55 a repetat cl. II-a, 1855—56 cl. III-a (medie rea), 1856—57 lipsă. În acest timp se pare că a dat cl. IV-a în particular, căci îl vedem în 1857—58 în cl. V-a, iar în 1858—59 în clasa VI-a, când a obținut media rea și s'a retras.

Ce a făcut după această dată, mare lucru nu se știe; desigur că a căutat să-și termine studiile liceale tot la Cernăuți. Se spune că ar fi dus o viață foarte grea, infometat și amărât, pe la diferite gazde, căci tatăl său l-a lăsat fără mijloace bănești. Atitudinea ostilă a tatălui său s'a menținut și mai târziu, când și-a urmat studiile medicale. Astfel, se spunea că, pe când învăța la Universitatea din Viena, din lipsă de bani pentru lumânări, era nevoit să citească la lumina felinarelor de pe stradă.

Acestei privațiuni elementare desigur că i-au lipsit și altele, fapt care a determinat o zdruncinare a sănătății. Mihail Eminescu caută să înduplece asprimea tatălui lor — căruia i se datorau toate aceste lipsuri, în felul următor: „E un fiu nenorocit, care desigur a greșit mai mult printr'o înăscută slăbiciune de caracter, căruia natura nu-i dă, duse nici o energie și nici o putere. Șerban a fost un om slab, iar nu un om rău. Asta a fost părerea mea despre el întotdeauna și desigur a fost mai nenorocit decât merita să fie. El nu a avut pentru nimenea „ură în lume, n'a avut nici o patimă urită, și dacă a greșit, nu din „răutate ci dintr'o nemărginită slăbiciune...”

Indiferent de raporturile în care se găseau tatăl și fiul, și fără a căuta de partea cui este vina, noi putem afirma că și-a urmat studiile medicale destul de conștiincios.

Astfel, la cererea noastră, Universitatea din Erlangen, prin arhivatul său, a avut amabilitatea să ne informeze⁵⁾ că „Șerban Eminovici (Eminowicz Scehrban) născut în Bottuschany-Moldau a fost înmatriculat ca student în medicină și în timpul semestrului de iarnă 1865/66, semestrului de vară 1866 și semestrului de iarnă 1866/67 și semestrului de vară 1867. Dincolo de această dată, numita universitate nu a mai găsit nimic în legătură cu Șerban Eminovici.

Rectoratul Universității din Viena, tot la cererea noastră ne confirmă printr'o adresă oficială⁶⁾ că a găsit în scripte pe un Șerban Enacovici (Enacovic) născut în Botușani cam pe la (etwa) 1844. Oberrarchivat-ul ne scrie că acest Șerban Enacovici „dürfte wohl mit Eminovici identisch sein“⁷⁾.

5) Cu scrisoarea oficială din 29 Februarie 1940.

6) Viena, 11 Martie 1940.

7) Pr. D. Furtună (Botoșani) printr'o scrisoare din 15. VI. 1940, ne afirmă că Șerban Enacovici ar fi trăit, tot în Botoșani între 1874—1882 și nu are nici-o legătură cu familia Eminovici. Până în prezent, din cauza războiului, nu am primit documentele din Viena.

Acest Șerban „Enacovici” a studiat cursurile Universității din semestrul de iarnă 1865—66 până în semestrul de vară 1870, iar la 28 Iulie 1871 a fost promovat „doctor”.

Dacă într'adevăr este vorba de una și aceeași persoană, interpretarea faptului că se înscrisese în acelaș timp la două universități, din care la Erlangen nu a urmat decât 2 ani, rămâne delicată. Lipsa de bani, greutatea vieii, ușurința cu care erau primiți tinerii să audieze cursurile la univesitățile germane de atunci, ar motiva într'o largă măsură. Faptul că la Viena a urmat toate cursurile regulate și a trecut și examene de doctorat, ba chiar că a fost un „student strălucit”⁸⁾ s'ar datori faptului că s'ar fi simțit mai bine, căci el a fost o vreme ocrotit în casa vestitului medic Opolze. Pentru a fi intrat în casa acestuia, desigur că trebuie să o fi meritat. Se spunea despre el că era un „savant și chirurg remarcabil”⁹⁾.

Privațiunile și munca, la care se adăoga și un teren moștenit dela mamă¹⁰⁾, i-au pricinuit o tuberculoză pulmonară, fapt care l-a făcut să plece la Berlin.

Fratele său mai mic, poetul Mihail Eminescu, care se găsea și el în acest timp tot pentru studii la Berlin, scrie despre 'el ca „boala l-a făcut rece, sumbru și disimulat”; Doctorul Șerban Eminovici se ținea chiar departe de fratele său Mihai.

Ori de câte ori acesta a vrut să știe ceva dela fratele său Șerban, nu ia spus niciodată ce face, nici ce avea de gând să facă. Ei nu locuiau împreună și se vedeau rar.

Tot Eminescu scrie despre el că „avea amici, cunoștințe cu doctorii germani și societatea lui era foarte căutată. El e și membru la o „societate științifică medicală”. Admirativ, fratele poet făcea unele aprecieri elogioase, în felul următor: „Ce sunt Românii care învață „medicina aicea, pe lângă el? Pot să zic că dispar... Și cu toate acestea „eu o spun curat: nu-l înțeleg și pace! Eu gândesc că n'ar avea „decât să se prezinte aci la universitate, pentru ca să-l fac de trei ori „doctor, dacă nu este încă. Aci la Berlin poartă acest titlu, fără ca „cineva să i-l contesteze, scrie rețete, face chiar vizite, căci după legile „prusiene ii este permis aceasta, se înțelege că sub responsabilitatea „personală. Dar presupunem c'ar rămâne chiar aci, ce viitor il poate „aștepta în mijlocul unui oraș unde sunt atâția alții?”.

Din aceste aprecieri ale poetului Eminescu, noi desprindem mai multe fapte: întâi că nici el nu știa dacă fratele său e, sau nu „doktor”.

Dacă Șerban Enacovici din scriptele universității din Viena, este tot una cu Șerban Eminovici, atunci fratele său Șerban nu era un practician ilicit al medicinei, căci avea titlul de doctor obținut la Viena în 1871, deci luat cu 3—4 ani mai înainte de data la care îl aprecia fratele Mihail. Că era un practician emerit, aceasta ne-o confirmă și alte surse de informație.

8) G. Călinescu, op. cit., pag. 33.

9) Idem.

10) Sora lui Henriette a murit tot de tuberculoză pulmonară și afirmă că are o boală hereditară în familie.

Astfel, D-r Artur Hynek (Botoșani) amic al familiei Eminovici, Căpitanul Eminescu, fratele mai mic și decât poetul, cât și D-r Sofia Tăutu, îl apreciau ca pe un chirurg foarte bun.

D-r Sofia Tăutu povestește, de altfel, că pe un frate al său, căruia un câine îi „spintecase buza cu desăvârșire”, a fost cusut cu atâta măiestrie de D-r Șerban Eminovici, încât nu a rămas nici o urmă.

Ca o complectare a aprecierilor asupra meritelor profesionale și intelectuale ale D-rului Șerban Eminovici, amintim pe Alexandru Vădescu, fost Ministru, căruia îi îngrijise pe mama sa bolnavă, care spune că „in viața lui n'a întâlnit un om cu o cultură mai vastă decât a lui Șerban”...

Sănătatea D-rului Șerban Eminovici, profund zdruncinată, l-a făcut să se interneze într'un spital din Berlin, unde a și murit în cursul lunii Nombrie 1874 (data la care poetul Eminescu implora pe bătrânul și uriciosul lor tată să trimită ceva bani pentru ca să-i plătească întreținerea).

Ceeace este ciudat și surprinzător în sfârșitul biografic a lui Șerban Eminovici, este faptul menționat de G. Călinescu (care a făcut cea mai documentată biografie a vieții poetului Mihai Eminescu și familiei sale), că doctorul Șerban nu ar fi murit de tbc. pulmonară, de care se știe că suferea „ci dădea semne de alienație”.

Oprim deocamdată aci biografia D-rului Șerban Eminovici, cu obligația de a o complecta ulterior, pe măsură ce vom mai avea documente noi și vom trece la viața celui de al 4-lea¹¹⁾ frate — Ilie — care a urmat de asemenea medicina.

* * *

Ilie Eminovici face parte dintre copiii Căminarului Gheorghieș Eminovici care s'a născut la Dumbrăveni (Suceava). Copilăria și-a făcut-o atât la Dumbrăveni lui Balș, cât și la moșia Ipotești, pe care o cumpăraseră tată-său între timp.

Semăna la înfățișare cu tatăl său, avea ochii albaștri și prin vârstă a fost mai aproape de fratele mai mic Mihai, poetul de mai târziu.

Acești ochi mari albaștri, i-a cântat după moarte, într'o încercare de poezie, adolescentul Eminescu: ¹²⁾

Mort el al meu frate,
Nimeni ochii nu i-a închis
În străinătate...
Dar adesea în al meu vis
Ochii mari albaștri —
Luminează un surâs
Din doi vineți aștrii.

Ilie era o fire mai veselă și mai zburdalnică decât frații săi și de aceea, orele lor de joacă au lăsat o impresie neștearsă în sufletul fratelui său Mihai, mai mic doar cu 2—3 ani, care mai târziu a descris în versuri nevinovatele lor jocuri:

11) Înaintea lui Ilie a mai existat o soră.

12) G. Călinescu, op. cit.

I.

Copii eram noi amândoi
 Frațele-meu și cu mine —
 Din coji de nucă, car cu boi
 Făceam și înhămam la el
 Culbeci bătrâni cu coarne.

II.

Și el citea pe Robinson
 Mi-l povestea și mie
 Eu zideam Turnul Vavilon
 Din cărți de joc și mai spuneam
 Și eu câte-o prostie.

III.

Adesea la scăldat mergeam
 În ochiul de pădure
 La balta mare ajungeam
 Și ntr'al ei mijloc
 La insula cea verde.

IV.

Din lut acolo am zidit
 Din stuful des și verde
 Cetate mândră la privity
 Cu turnuri mari de țiri h.a
 Cu zid înconjurată.

V.

Și frate-meu ca împărat
 Mi-a dat mie solie
 Să merg la broasce suflecat
 Să-i chem la bătălie
 Să vedem cine-i mai tare.

VI.

Și împăratul broasțeleor —
 Cu'un orcăoă de fală
 Primi, porunci oștilor
 Ca balta s'o răscoale
 Și am primit răzbei.

În jocurile lor pline de voieșie, Ilie făcea pe „împăratul”, iar pe Mihail îl numea „rege” în miazănoapte, peste popoare indiane”...

În perioada adolescenței, în imaginația poetică a lui Mihail, aceste jocuri ale copilăriei s'au tradus în următoarele versuri:

Și împăratul milosiv (l'ia)¹³.
 Mi-a dat și de soție,
 Pe fica lui cu răs lașciv
 Și japănă, nurlie,
 Pe Flantagu-Cazutli.

Am mulțumit c'un umil semn
 Drept manta o prostire
 M'am dus l'amanta mea de lemn
 În sfânta mânăstire
 Într'un colton de sobă.

Părăsind domeniul amintirilor poetizate de Eminescu, vom completa cu câteva date școlăritatea lui Ilie Eminovici.

Ca și frații săi — Șerban, Nicolae și Iorgu (Gheorghe), a urmat cursurile școlii din Cernăuți „Național Hauptschule”, cum se numea pe atunci, școala „greco-orientală” și apoi cursurile dela K. U. K. Ober-Gymnazium.

Acți a urmat numai trei clase, rămânând — după tradiția familiei — corigent și repetent: la 1857—58 cl. I; 1858—59 cl. II-a; iar în 1859—60 clasa cu medie rea, din care cauză s'a retras¹⁴).

După ce părăsește „Ober-Gymnaziul”, se înscrie la Școala de medicină a lui Davila din București. În lucrarea D-lui D-r Gomoiu, scrisă în colaborare cu farmaciștii Maria și Gh. Gomoiu, găsim menționat pe acest Eminovici Ilie, ca fiind elev în 1863 în cl. V-a.

Acți se pare că a fost mai sârguitor la carte decât la gimnaziu, căci și-a trecut concursul de externat și din cauză că nu împlinise vârsta regulamentară a fost considerat ca „supleant”¹⁵).

13) Nota D-lui G. Călinescu (op. cit.).

14) G. Călinescu, op. cit., pag. 37.

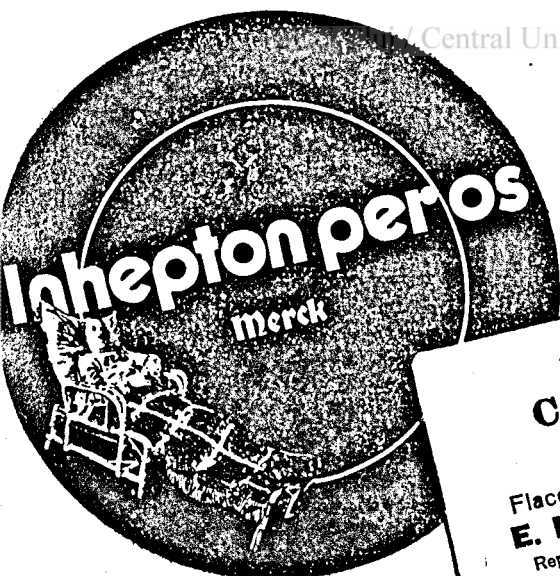
15) Monit. Medical Nr. 19, 5 Iulie 1863.

În 1864, este trecut în anuarul Serviciului Sanitar, ca intern al Spitalului Colentina și extern al Institutului Maternitatea.

Gh. Călinescu, în op. citat, la pag. 37, menționează că Ilie Eminovici s'a îmbolnăvit de tifos luat dela soldații bolnavi în Spitalul militar și a murit în iarna anului 1862 sau 1863.

La nesiguranța datei morții din lucrarea aceasta, i se poate opune cea din anuarul Serviciului Sanitar, care se presupune că nu trecea morții drept vii. Cu spiritul de conștiinciozitate administrativ, bine cunoscut, nu sunt excluse, totuși, astfel de surprize...

Ca și pentru fratele său mai mare Șerban, ne vom strădui să căutăm date biografice inedite, întrucât frăția acestor doi postulanți ai artei lui Aesculap, cu nemuritorul poet Mihail Eminescu, îi ridică dincolo de muritorii de rând, căci, eu cred că, măreția și strălucirea unui vlăstar nu întunecă întotdeauna pe ceilalți din jurul său, ba dimpotrivă le dă și lor dreptul la o mai mare atențiune, cel puțin postumă, dacă nu în vieajă.



**Debilitate
Convalescență
Anemie**

Flacon original cu aprox. 180 gr.
E. MERCK-DARMSTADT

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

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.

Gonoflavîn

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 + glicerophosfați 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 +
Codein fosfolactic

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 Brestei, 19 — CRAIOVA
Telefon 15.78

sau direct la
„LABORATORUL S. TORJESCU, Vânu-Mare (Mehedinți)“

CORELAȚIA DINTRE TIPUL CONSTITUȚIONAL ȘI GRUPELE SANGHINE

de

D-r VICTOR PREDĂ

Asistent universitar

Prin cercetările efectuate pe un număr de 1916 copii, la care s'a determinat tipul constituțional prin metoda Wertheimer-Hesketh și s'au depistat bolile și semnele ereditare; autorul arată că există o strânsă corelație între biotip și bolile ereditare, precum și între biotip și semnele ereditare. Proporția bolilor și semnelor ereditare este astfel mai mică la picnici și mai mare la astenici, atleticii având un procentaj mediu.

CCU Cluj Central University Library Cluj

În vara anului 1939, Institutul de cercetări sociale, regionala Cluj, a întreprins o serie de cercetări monografice în județul Turda, (plasa Iara și Baia de Arieș). Cu această ocazie echipa de biotipologie și eredo-patologie, de sub conducerea mea, a făcut o serie de determinări biotipologice. Între chestiunile cari ne-au preocupat a fost și problema corelației dintre grupele sanghine și tipul constituțional. Grupele sanghine au fost determinate prin metoda aglutinării pe lamă. În acest fel au fost cercetați 973 copii de sex masculin între 6—20 ani și 941 copii de sex feminin între 6—20 ani. La 957 băieți și 921 de fete a fost determinat și tipul constituțional prin indicele Wertheimer-Hesketh.

Iată rezultatele obținute:

TABLOUL I

Biotipul	Băieți				Fete				Total
	AB	A	B	O	AB	A	B	O	
picnici	14	70	24	39	10	56	20	51	284
atletici	42	312	113	181	42	284	117	191	1282
astenici	11	77	25	46	8	73	29	40	309
nedeț.	1	9	4	5	1	13	4	2	39
Total	68	468	166	271	61	426	170	284	1914

Făcând procentele ce le reprezintă aceste date la totalitatea indivizilor examinați, obținem următoarele rezultate:

TABLOUL II

	Băieți				Fete			
	AB	A	B	O	AB	A	B	O
picn	0,75	3,65	1,25	2,03	0,52	2,92	1,04	2,66
atlet.	2,19	16,37	5,90	9,45	2,19	14,90	6,11	9,98
asten.	0,57	4,02	1,30	2,40	0,41	3,81	1,51	2,08
nedet.	0,05	0,47	0,20	0,26	0,05	0,67	0,20	0,11
Total	3,54	24,51	8,65	14,14	3,17	22,30	8,86	14,83

Dacă facem procentajul total al fiecărei grupe sanghine la ambele sexe, obținem:

AB 6,71%; A 46,81%; B 17,51%; O 28,97%.

Pentru a compara însă între ele raporturile dintre diferitele tipuri constituționale și grupele sanghine, este necesar să facem proporția grupelor sanghine la numărul indivizilor cari aparțin fiecărui grup constituțional. Făcând aceste calcule am obținut următoarele rezultate:

TABLOUL III

picnici	AB 8,44%; A 44,34%;	B 15,54%; O 31,68%.
atletici	AB 6,54%; A 46,52%;	B 17,53%; O 29,01%.
astenici	AB 6,14%; A 48,56%;	B 17,47%; O 27,83%.

Din acest tablou reiese clar că grupa O scade în procentaj dela picnici la astenici, iar grupa AB are aceeași evoluție. Grupa A crește dela picnici la astenici, iar grupa B urmează aceeași tendință, însă puțin neregulată.

Pentru calcularea indicelui lui Wellisch e necesar să facem calculul valorilor p, q și r. Acestea sunt pentru picnici $p=3,11$; $q=1,27$; $r=5,62$; pentru atletici $p=3,18$; $q=1,44$; $r=5,38$; iar pentru astenici $p=3,46$; $q=1,27$; $r=5,27$. Cu ajutorul acestor date am calculat indicele lui Wellisch care este de 1,26 pentru picnici; de 1,25 pentru atletici și de 1,33 pentru astenici.

Concluzia ce se poate trage din datele de mai sus, este că între tipul constituțional și grupele sanghine este un raport foarte strâns. Pe când tipul megalo-splahnic prezintă o predominare a grupei AB și O, tipul micro-splahnic prezintă o predominare a grupei A și B. Indicele biochimic Wellisch își are valoarea cuprinsă în limitele găsite în Transilvania (1,35—1,15), fiind mai mic decât cel găsit la Moji de Papițian-Velluda (1,38) și cel dela Drăguș (1,35). Explicația ar consta în prezența unui fond mai asiatic prin încrucișări probabile între locuitorii acestei regiuni cu maghiari din satele învecinate.

D-r VICTOR PEDA: Le rapport entre le type constitutionnel et les maladies et les signes héréditaires.

En déterminant sur les memes sujets, les maladies et les signes héréditaires; l'auteur met en evidence une forte correlation entre le biotype et ces dernières. La proportion des maladies et des signes héréditaires apparait comme moindre chez le type pycnique et beaucoup plus grande chez l'asthénique. Les athlétiques présentent un pourcentage intermédiaire.

D-r VICTOR PREDÄ: Die Korrelation zwischen dem Konstitutionellem Typus und die Erbkrankheiten und Erbzeichen.

Durch an 1916 Kindern, festgestellten Konstitutioneller, Typus (Methode Wertheimer-Hesketh) und Erbkrankheiten und Erbzeichen; fand der Verfasser eine evidente Korrelation zwischen Konstitutionellen Typus und die letzteren. Das Prozentsatz der Erbkrankheiten und Erbzeichen findet sich kleiner bei dem Pyknischem Typus und viel grösser bei dem Asthenischem Typus. Das Athletische Typus zeigt einen mittleren Prozentsatz.

Dott. VICTOR PREDÄ: Le malattie ed i segni ereditari nel rapporto col tipo costituzionale.

Mediante le ricerche effettuate sopra un numero di 1916 bambini, ai quali si é determinato il tipo costituzionale col metodo Wertheimer-Hesketh, come le malattie ed i segni ereditari, l'autore dimostra che si trova una stretta correlazione tra il biotipo e le malattie ereditare, come tra il biotipo ed i segni ereditari. La proporzione delle malattie ed i segni ereditari é tale piu piccola ai picnici e piu grande agli astenici, gli atletici avendo una percentuale intermedia.

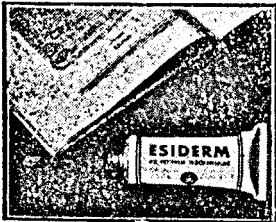
ESIDERM

ZnO., Talc, Terr, Sifc. Glicerina. Aqua dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici.—Piele intolerantă la grăsimi.—Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numal ușor zemuinde)

Pe când în tratamentul acestor afecțiuni cu pozezi grase se ajunge repede la o blocare a secreției, și la retenții și astfel la o întârziere a vindecării, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive și o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform și se lasă să se usuce. Un pansament nu este necesar.—Esiderm-ul se șterge cu apă.—Tub. 40 g.



Desitn — Werk Carl Klinke, Hamburg 19

PASSICARBONE

GRANULE

PANSAMENT GASTRIC

Prin cărbunii săi activi, animal și vegetal.

ANTISPASMODIC

Prin triada: Passiflora—Salcie—Crataegus.

Realizează tratamentul de seamă al:

DISPEPSIILOR NERVOASE

Colite

Gastrite

Aerofagie

Ptoze

Infecțiuni

Intestinale

1—2 lingurițe înainte sau după mese.

BUCUREȘTI

Georges Verglas

Precupeții Vechi No. 1

G. Raubourg & C^{ie}

115, rue de Paris

Boulogne-sur-Seine

Marea Marcă dintre
ANTISEPTICILE URINARE
ȘI BILIARE

DIZOLVĂ
ȘI ALUNGĂ
ACIDUL URIC

URASEPTINE

ROGIER

Laboratoires HENRY ROGIER — 56, Boulevard Péreire, PARIS

Literatură și eșantioane:

GEORGES VERGLAS

Str. Precupeții Vechi, 1 — București, III

RAPORTUL DINTRE BOLILE ȘI SEMNELE EREDITARE CU TIPUL CONSTITUȚIONAL

de

D.-r VICTOR PEDA

Asistent universitar

Prin cercetări efectuate asupra 1914 copii, la care s'a determinat tipul constituțional prin metoda Wertheimer-Hesketh și s'au depistat grupele sanghine, autorul pune în evidență o puternică corelație între biotip și grupele sanghine. Grupa O și AB, cari prezintă un procent mai mare la picnici, devin mai puțin frecvente la atletici, și mai puțin frecvente la astenici. În schimb grupele A și B, urmăresc o evoluție inversă în ceea ce privește procentajul, ele cresc în frecvență, de la picnici la astenici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În vara anului 1939, Institutul de cercetări sociale, regionala Cluj, a făcut o anchetă monografică în județul Turda. În cadrul acestei anchete, echipa de biotipologie și eredo-patologia copilului de sub conducerea mea, s'a ocupat și de problema raportului dintre bolile ereditare și tipul constituțional.

La copiii cercetați au fost studiate bolile ereditare, exceptând bolile sistemului nervos și a fost calculat biotipul cu ajutorul indicelui Wertheimer-Hesketh. Datele obținute le dăm în tabloul de mai jos.

TABLOUL I

		Băieți	Fete	Total
Rachitism	{ astenici	3	3	6
	{ atletici	20	10	30
	{ picnici	3	2	5
Gușe	{ astenici	2	1	3
	{ atletici	0	12	12
	{ picnici	1	2	3
Strabism	{ astenici	2	2	4
	{ atletici	7	6	13
	{ picnici	1	2	3
Debilitatea fizică	{ astenici	8	2	10
	{ atletici	3	6	9
	{ picnici	0	0	0

		Băieți	Fete	Total
Hernia	astenici	1	0	1
	atletici	2	1	3
	picnici	1	0	1
Status timico-limfatic	astenici	1	0	1
	atletici	0	1	1
	picnici	0	0	0
Polidactilia	astenici	0	1	1
	atletici	1	0	0
	picnici	0	0	0
Luxația congenit.	astenici	1	1	2
	atletici	2	1	3
	picnici	0	1	1
Angiom	astenici	0	0	0
	atletici	1	1	2
	picnici	0	0	0
Ictioza	astenici	1	0	1
	atletici	0	0	0
	picnici	0	0	0
Buza de țepure	atletici	1	0	1
Picior plat	atletici	1	0	1
Cheratita	atletici	0	1	1
Cataracta cong.	atletici	2	0	2
	astenici	0	1	1
Torticolis	atletici	1	0	1
Epilepsie	atletici	1	0	1
Scolioză	atletici	1	0	1
	picnici	0	1	1
Lipom	atletici	1	0	1
Alopecie	atletici	1	0	1
Cifoza	atletici	1	1	2
Gușe-Rachitism	atletici	0	1	1
Vitiligo	atletici	0	1	1
Nistagm	atletici	0	1	1
Basedow	atletici	0	1	1
Nanism-Torticolis	astenici	0	1	1

Totalizând rezultatele obținute și făcând procentajul la totalitatea tipurilor constituționale studiate, obținem următoarele rezultate:

TABLOUL II

	Băieți	Fete
picnici	7 (4,63%)	8 (5,63%)
atletici	44 (6,54%)	44 (6,88%)
astenici	20 (12,42%)	12 (7,94%)

Pe lângă bolile ereditare au fost studiate și semnele ereditare a-normale și a fost făcut raportul cu tipul constituțional. Iată rezultatele obținute:

TABLOUL III

		Băieți	Fete	Total
Pistrul	{ picnici	16	13	29
	{ atletici	81	60	141
	{ astenici	18	12	30
Hipertrichoză	{ picnici	2	3	5
	{ atletici	17	19	36
	{ astenici	7	5	12
Pistrul-Hipertrich.	{ picnici	0	1	1
	{ atletici	0	1	1
	{ astenici	0	3	3
Diferența de pigmen- tare a ochilor	atletici	0	1	1
	atletici	1	1	2
Nevi pigmen.	{ picnici	1	0	1
	{ atletici	4	0	4
	{ astenici	1	0	1

Totalizând rezultatele obținute și făcând procentajul la totalitatea tipurilor constituționale studiate, obținem următoarele rezultate:

TABLOUL IV

	Băieți	Fete
picnici	19 (12,50%).	17 (11,90%).
atletici	130 (19,30%).	82 (12,80%).
astenici	26 (16,10%).	20 (13,20%).

Raportate la ambele sexe, totalul bolilor și semnelor ereditare ne dau următoarele procente:

Boli ereditare la ambele sexe	{ picnici	15 (5,11%).
	{ atletici	88 (6,71%).
	{ astenici	32 (10,25%).
Semnele ereditare la ambele sexe	{ picnici	36 (12,22%).
	{ atletici	212 (16,11%).
	{ astenici	46 (14,70%).

Din toate aceste date se poate trage următoarele concluziuni: Bolile ereditare afectează în primul rând tipul constituțional astenic, într-o proporție mai redusă cel athletic, și într-o proporție și mai redusă tipul picnic. Acest fapt este vizibil la ambele sexe, procentele fiind ceva mai ridicate la băieți pentru tipul astenic. În ceea ce privește semnele ereditare ele recunosc, la fete, aceeași regulă ca și bolile ereditare. La băieți semnele ereditare predomină la tipul constituțional athletic. Totuși, și în cazul semnelor ereditare, procentul astenicilor purtători de semne este mult mai mare decât al picnicilor.

D-r VICTOR PEDA: La corrélation entre le type constitutionnel et les groupes sanguines.

En déterminant le type constitutionnel par la méthode de Wertheimer-Hesketh et les groupes sanguines, sur un nombre de 1914 enfants, l'auteur met en évidence une forte corrélation entre le biotype et les groupes sanguines. Les groupes O et AB, qui présentent un grand pourcentage, chez les pycniques, deviennent

moins frequentes chez les athlétiques et encore moins frequentes chez les astheniques. Au contraire, les groupes A et B, poursuivent une évolution inverse, en ce qui concerne leur pourcentage, s'élevant en pourcentage, en allant des pycniques vers les astheniques.

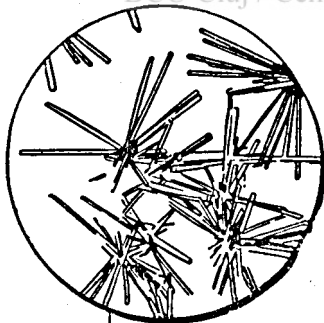
D-r VICTOR PREDÄ: Die Korrelation zwischen dem Konstitutionellen-Typus und die Blutgruppen.

Durch, an 1914 Kindern, festgestellte Konstitutionellen Typus (Methode Wertheimer-Hesketh) und Blutgruppen, fand der Verfasser eine evidente Korrelation zwischen Konstitutionellen Typus und Blutgruppen. Während die Gruppen O und AB, bei Pycniker einen grosse Prozent und bei Astheniker einen kleinen Prozent, herstellen; zeigen die Gruppen A un B, bei Pycniker, einen kleinen Prozent, und bei Astheniker, einen grossen.

Dott. VICTOR PREDÄ: La correlazione tra il biotipo ed i gruppi sanguini

Mediante le ricerche effettuate sui 1914 bambini, ai quali si é determinato il tipo costituzionale col metodo di Wertheimer-Hesketh come i gruppi sanguini, l'autore mette in evidenza una forte correlazione tra il biotipo ed i gruppi sanguigni. I gruppi O et AB, quali presentano una grande percentuale ai picnici, diventano meno frequente agli atletici e meno frequente ancora agli astenici. Invece i gruppi A e B in quanto riguarda la loro percentuale seguono un'evoluzione inversa quindi essi crescono in frequenza dai picnici agli astenici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BETABION^{Merck}

— Vitamină **B₁** pură, cristalizată (Aneurin)

**In nevralgii (sciatică etc.)
Herpes zoster, polinevrite,
Myeloză funiculară, diabet.**

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte“-fiole de 0,01 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: Chimiroman Farmacist Liviu Bencu,
București I, Str. T. G. Masaryk 32

*Lucrare făcută în Clinica Medicală Iași.
Prof. Dr. P. Niculescu.*

MODIFICĂRILE SECRETIEI GASTRICE PRIN ADMINISTRAREA ACIDULUI NICOTINIC

de

D-r CONSTANTIN STRAT,
Asistent și secundar

și

CONSTANȚA SIMIONOV
internă

Prin metoda tubajului fracționat s'au urmărit modificările secreției gastrice după administrarea amidei acidului nicotinic în comparație cu acelea produse de prânzul cafeinat și de sonda duodenală rămasă un timp mai îndelungat în stomac.

La un prim grup de bolnavi, secreția produsă de acțiunea excito-secretorie a cafeinei prezintă valori mai ridicate decât cele găsite prin amida nicotinică.

La un al doilea grup de bolnavi amida acidului nicotinic produce modificări în plus ale secreției în comparație cu acelea găsite după excitația sondei duodenale.

Mulți autori admit existența unei avitaminoze primare printr'o lipsă a factorului activ din alimentație și a unei avitaminoze secundare datorită tulburărilor de resorbție. Aceste fapte recunoscute au fost combătute de Flinker, care respinge deosebirea dintr'o avitaminoză primară și una secundară. Acesta plecase de la faptul că tulburările secreției gastrice ce provocau o lipsă de vitamine, consecința tulburărilor de resorbție.

Pentru a se dovedi această teorie gastro-intestinală, s'au efectuat o întreagă serie de experiențe concludente. Datorită acestora, s'a isbit să se provoace pelagra la câine prin rezecția stomacului și respectiv să se influențeze în mod favorabil pelagra, entitate clinică, prin preparate gastrice. Astfel de rezultate experimentale dovedesc că o avitaminoză poate lua naștere și din cauza unei resorbții defectuoase și în niciun caz că o resorbție insuficientă ar fi singura cauză.

Mollow încearcă să unească cele două teorii, admitând că mucoasa stomacală secretă pe lângă un principiu antianemic și un factor numit principiu antipelagros (Szent-Gyorgyi).

În comparație cu anemia pernicioasă, acest autor admite că,

pentru prevenirea pelagrei este nevoie de un factor exogen (complex al vit. B₂) și de un factor endogen provenit din mucoasa stomacală.

Prezența acestuia ar face cu puțință resorbția factorului P. P.

Din toate aceste ipoteze se constată că nesiguranța în ceea ce privește etiologia pelagrei a atras după sine o serie întreagă de tratamente.

Cercetări recente au dovedit că după toate aparențele, acidul nicotinic ar avea asupra pelagrei un efect de vindecare aproape specific (Cooper, Lepkowsky, Jukes, Smith în America; la noi în țară Tomescu, dă rezultate mai puțin convingătoare).

Din această cauză, amida acestui acid a fost numită factorul P. P. (Pellagra Preventig).

Însă după cunoștințele actuale, pelagra nu e numai o simplă carență nicotinică, ci un sindrom cu mult mai complicat.

Astfel nu s'ar putea explica de ce autori ca Lwof, Ballif și Orenstein n'au putut constata (prin metoda culturilor de Proteus Fildes), nici o diferență în plus sau în minus de acid nicotinic la indivizii normali sau pelagrosi.

Chiar unii autori americani fac rezerve asupra acțiunii curative și preventive a acidului nicotinic în pelagră, în deosebi în ce privește persistența efectului acestui tratament.

I. Nițulescu își pune întrebarea dacă acidul nicotinic reprezintă cu adevărat vitamina specifică a pelagrei, sau dacă rolul i s'ar reduce numai la o favorabilă acțiune farmaco-dinamică în unele cazuri de pelagră, precum și în alte împrejurări, fără nici-o legătură cauzală cu o carență alimentară sau cu sindromul pelagros. Pentru autorii americani, amida nicotinică se prezintă în forma ei eficace ca o codehidroză și o combinație cu amida nicotinică, fosforică și nucleotidă, a cărei producere în corp are loc în mod evident sub influența hormonului cortexului suprarenal.

Amida nicotinică ingerată odată cu alimentele, e resorbită în intestin și transformată într'un coferment al fermenților transmițători de H.

Procesul de transformare, de fosforilare, se află în mod direct ca și fosforilarea lactoflavinei sub influența hormonului cortexului suprarenal.

Forma nouă a amidei nicotinică produsă în modul acesta și atât de eficace pentru organism a fost numită codehidroza I și II.

Acestea se asociază cu un apoferment, care nu este altceva decât o albumină coloidală și formează un holoferment.

Reiese de aici că tulburările producției de fermenți pot începe la diverse timpuri ale transformării.

În primul rând, acidul nicotinic poate lipsi din alimentație sau nu poate fi resorbit din cauza tulburărilor digestive; în al doilea rând, acidul nicotinic resorbit nu poate fi fosforilat din cauza unei tulburări a cortexului suprarenalei, adică nu există cofermentul necesar producerii holofermentului; în fine, în al treilea rând, în urma unei deranjări în metabolismul albuminelor și lipidelor, apofermentul nu poate fi format astfel pentru producerea holofermentului.

S'ar părea că acidul nicotinic sau amida lui pot deveni eficiente clinic, numai atunci când există în organism acele condiții care sunt necesare pentru fixarea acestor substanțe pe molecula co-dehidroză și apoi în holoferment.

Vilter și Spies au stabilit că în unele afecțiuni dozele de amidă nicotinică nu sporesc activitatea codehidrozică a sângelui; în timp ce în alte stări patologice nepelagrose, administrarea acestui preparat produce o creștere a codehidrozei.

Aceasta a condus pe autorii de mai sus în a mări dozele de acid nicotinic uneori chiar până la un gram și, avându-se în vedere rapiditatea cu care sunt influențate simptomele digestive ale pelagrei, de a-l întrebuiți și în alte afecțiuni ale aparatului digestiv.

După I. Nițulescu s'ar pune întrebarea dacă influența favorabilă pe care o are acidul nicotinic asupra mucoasei digestive, nu s'ar datori acțiunii vaso-motorie trecătoare, pe care acesta o posedă (Sebrell și Butler).

Vasodilatația a fost comparată cu aceea produsă de histamină. Amida ac. nicotinic nu o produce însă.

Spies și Sydenstricker au arătat că la normali ac. nicotinic mărește în aceeași timp motricitatea și secreția gastrică. Piram S., în serviciul clinicii noastre, a înregistrat cu ajutorul metodei viscerografice a lui Danielopolu, motricitatea gastrică prin administrarea de ac. nicotinic, ajungând la concluzii asemănătoare.

În ce privește mersul secreției gastrice, experiențele lui Sydenstricker au dovedit că ac. nicotinic, independent de existența unui sindrom pelagros, are o acțiune excito-secretoare asupra stomacului.

Aceste cercetări asupra secreției gastrice au fost reluate de către I. Nițulescu și Străchinescu, cari au studiat secreția produsă de ac. nicotinic în comparație cu aceea produsă de histamină.

Pentru aceștia, ac. nicotinic nu produce o stimulare a secreției; totuși ar avea o acțiune trofică locală asupra mucoasei gastrice.

Concomitent cu aceste cercetări, ne-am propus și noi să urmărim secreția gastrică prin metoda tubajului fracționat, după administrarea amidei ac. nicotinic, rezultatele comparându-le cu acelea pe care le-am avut după administrarea prânzului cafeinat și acelea datorite numai prezenței sondei duodenale în stomac.

N'am utilizat tubajul făcut la un moment dat, deoarece nu s'ar fi putut surprinde momentul maxim al secreției gastrice, care, după cum se știe, variază dela individ la individ.

Variații destul de mari se întâlnesc de asemenea între rezultatele mai multor tubaje făcute strict în aceleași condițiuni.

Metoda extracțiilor fracționate întrebuițate și de noi, ar fi singura care s'ar utiliza pentru a da o idee asupra mersului secreției gastrice. Totuși și ea poate fi supusă numeroaselor critici. Cifrele obținute nu sunt decât rezultatul a trei factori care nu pot fi în general cunoscuți separat: cantitatea secreției, gradul acidității clorhidrice și viteza de evacuare.

De altfel, prezența numai a sondei duodenale Einhorn în faringe, esofag, excită secreția și aduce în modul acesta o modificare în com-

poziția lichidului gastric. Ar fi vorba probabil de un reflex cu punct de plecare faringeu, deoarece această secreție lipsește în caz de anestezie velo-palatină (Garin, Amic, Fiquet și Delore). Prezența în stomac a sondei determină la fel o secreție gastrică de origină mecanică. (Pawlow admite o excitație psihică).

Uneori se produce un reflux de lichid duodenal care neutralizează în parte sucul gastric (Boldyreff). Prin ajutorul extracției fracționate putem trasa curbele evolutive ale cantității secrețiunii, ale acidității totale (A) și ale acidului clorhidric liber (H). Ar trebui de ținut în seamă clorul combinat cu proteinele (HC). Totuși, studiul clorhidriei este mai puțin util ca pentru o extragere unică, deoarece divergența curbelor acidității totale (A) și a acidului clorhidric liber (H) permite de a recunoaște sau de a evalua existența unei cantități importante de clor combinat.

Curbele de acid clorhidric liber și acidității totale sunt în general paralele. Normal, distanța între ele, echivalează cu o diferență de 0,036—0,70 g. de acid clorhidric. Această diferență ne dă o idee asupra clorului combinat (C).

În locul histaminei pentru obținerea unui suc gastric pur, s'a utilizat la un grup de bolnavi prânzul cafeinat al lui Katsch și Kalk (o soluție de 0,30 gr. cafeină în 300 cmc. apă). La un alt grup s'au efectuat extracțiile de suc produs numai în prezența sondei. A doua zi se injectează pe cale intravenoasă amida ac. nicotinic (Merck).

În toate experiențele, sonda introdusă à jeun rămâne în stomac timp de $\frac{3}{4}$ —1 oră, după care timp facem o extracție totală a sucului gastric și analizăm A și H.

A doua zi după intervalul de timp de mai sus, s'a administrat prânzul cafeinat, culegându-se sucul gastric din 15 în 15 minute, timp de o oră și jumătate. Din totalul de 15 bolnavi supuși experiențelor nu mai trei nu prezentau leziuni gastro-intestinale, pe care i-am considerat drept normali.

Rezultatele obținute le dăm în tablourile următoare:

I. C. P., pelagră:

	à jeun	1/2	am. nicotinică	
			1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0	0
A.	0.401	0.584	0.547	0.474
			după cafeină	
	à jeun			
H.	0	0	0	0
A.	0.190	0.400	0.450	0.365

Nu se observă după administrarea amidei nicotinică decât o neînsemnată creștere a A; cu mult mai redusă în comparație cu prânzul cafeinat.

II. D. C., pelagră.

		am. nicotinică		
à jeun		1/2	1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0.511	0.474
A.	0	0.219	0.879	0.657
		după caf.		
H.	0	0	urme	0.365
A.	0.292	0	0.365	0.511

Se remarcă o ușoară creștere a H și A după amida nicotinică mai pronunțată totuși decât după prânzul cafeinat.

III. P. A., duodenită.

		am. nicotinică		
à jeun		1/2	1 oră	1. 1/2
H.	2.445	0.657	1.387	1.314
A.	2.957	1.095	2.117	2.044
		cafeină		
H.	1.642	0.766	2.117	1.095
A.	2.190	0.948	2.555	1.460

Se remarcă excitația produsă de sondă care cedează după o oră. Cafeina și amida nicotinică dau un maximum de creștere la o oră dela administrarea lor. După o oră și jumătate H. și A. revin la normal.

IV. M. P., lumbago reumatic.

		am. nicotinică				
à jeun		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	1.898	1.606	1.095	1.095	1.825	2.190
A.	2.263	2.044	1.241	1.387	2.044	2.432
		după cafeină				
H.	0	0.511	0.022	2.117	1.898	1.606
H.	0.255	0.657	1.241	2.366	2.409	1.825/1.788

Excitația sondei este nulă, se remarcă după cafeină o creștere a secreției cu un maximum la $\frac{3}{4}$ oră. După amida nicotinică se remarcă o scădere a H. și a A. produsă de excitația sondei, care se menține o oră și jumătate dela inj.

V. M. P., hepatită icterigenă.

		am. nicotinică					
à jeun		1/4	1/2	3/4	1	1. 1/4	1. 1/2
H.	0.730	0	0	0	0.803		0.949
A.	1.314	0.219			1.337		1.460
		după cafeină					
H.	1.752	0.584	1.314	2.482	2.213	1.752	
A.	2.336	0.876	1.606	2.993	2.704	2.190	

Se remarcă excitația produsă de sondă, scăderea H. și A. după amida nicotinică, în comparație cu prânzul cafeinat. Această micșorare rare a secreției durează un timp relativ scurt pentru a urca după o oră și jum.

VI. A. I., anemie.

	à jeun	după am nicotinică				
		1/4	1/2	3/4	1	1. 1/4
H.	1.533	1.022	1.752	1.387	0.876	0.730
A.	1.825	1.387	2.044	1.752	1.168	1.095
		după prinz cafeinat				
H.	1.553	0.219	1.387	1.022	1.168	1.460
A.	1.861	0.365	1.679	1.314	1.460	1.825

Se remarcă o ușoară creștere în scară a acidității și hiperclorhidricilor, după administrarea cafeinei și a amidei nicotinică.

VII. L. A., neoplasm al colonului.

	à jeun	după am. nicotinică				
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.365	0.328	0	0.036	0.292	0.292
		după cafeină				
H.	0	1.314	1.533	1.642	1.679	1.562
A.	0.365	1.679	1.898	1.898	1.971	1.934

Acțiunea excito-excretorie a sondei nu se observă. De asemenea nici-o modificare după introducerea amidei nicotinică. Creșterea H. și A. după cafeină.

VIII. D. E., peritonită t. b. c.

	à jeun	după am. nicotinică					
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/4	1. 1/2
H.	1.387	1.533	1.533	1.168	0	0	0
A.	1.971	2.071	2.117	1.679	0.438		
		după cafeină					
H.	0.803	2.044	1.825	1.460	1.460	1.095	0.730
A.	1.606	2.701	2.263	2.190	2.190	1.825	1.095

În comparație cu acidul nicotinic, cafeina produce o secreție gastrică mai abundentă și de mai lungă durată.

Din studiul acestor opt cazuri se remarcă în primul rând că acțiunea excito-secretorie a sondei n'a fost întâlnită întotdeauna, astfel, în două cazuri de pelagră și la un normal, ea a fost nulă.

De asemenea nu s'a putut observa o creștere evidentă a H. sau a A. produsă de amida nicotinică. În comparație cu secreția produsă de acțiunea excito-secretorie a cafeinei, valorile găsite prin amida nicotinică sunt inferioare.

În alte șapte cazuri nu s'a mai administrat prânzul cafeinat, lăsându-se sonda în stomac, un timp cu mult mai îndelungat. După ce în decurs de o oră s'a scos conținutul stomacal, s'au făcut apoi dozările din 15 în 15 minute timp de 1—1½ oră, avându-se astfel secreția obținută prin iritația sondei într'un timp mai îndelungat. A doua zi s'a procedat din nou la fel, lăsându-se sonda în stomac o oră, și injectându-se intravenos amida nicotinică. S'a extras suclic gastric în aceleași condițiuni de mai sus.

Dăm în tablourile următoare, rezultatele obținute:

I. R. P., gastrită.

	à jeun	după am. nicotinică				
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	1.095	1.277	1.730	2.628	2.990	3.150
A.	1.533	1.825	2.095	2.993	3.650	3.650
după sondă						
H.	1.825	2.117	2.920	3.102	2.629	2.482
A.	2.190	2.553	3.285	3.467	2.701	2.947

Amida nicotinică n'are o acțiune excito-secretorie mai puternică decât aceea produsă de sondă.

II. P. C., gastrită.

	à jeun	am. nicotinică				
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	0.803	0.365	0.219	1.387	0.803	1.642
A.	1.165	0.803	0.584	1.825	1.241	1.898
după sondă						
H.	0.730	2.336	2.482	1.898	0.398	
A.	1.095	2.628	2.920	2.263	0.876	

Sonda dă o secreție mai mare în valori ale ac. clorhidric și acidității, cu mult mai pronunțată decât după amida nicotinică.

III. T. E., peritonită tbc.

	à jeun	după am. nicotinică				
		1/4	1/2	3/4	I	1. 1/2
H.	0	0.365	0	0	0	0
A.	0.365	0.584	0.218	0.292	0.292	0.218
după sondă						
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0	0	0	0	0	0

După amida nicotinică se observă o creștere trecătoare a H. și A. Excitația produsă de sondă este nulă.

IV. B. M., reumatism deformant.

	à jeun			după am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	I	1. 1/2
H.	2.555	2.409	2.338	2.482	2.190	1.095
A.	2.920	2.701	2.482	2.774	2.555	1.533
după sondă						
H.	1.165	1.608	1.022	0.511	1.899	1.314
A.	1.533	2.044	1.421	1.022	2.190	1.533

După amida nicotinică, H. și A. se mențin la aceleași valori cu acele produse de excitația sondei.

V. P. P., varice.

	à jeun			am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	I	1.1/2
H.	0.438	1.168	1.715	1.825	0.292	0
A.	0.949	1.679	2.190	2.177	0.584	urme
după sondă						
H.	0.438	2.292	0	0	0.511	1.241
A.	0.949	0.365	0.511	0.365	1.095	1.460

După amida nicotinică se remarcă o creștere cu un maximum la $\frac{3}{4}$ oră; excitația produsă de sondă este nulă.

VI. C. E., gastrită.

	à jeun			după am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	I	1.1/2
H.	0	urme	0.292	0.219	0.219	0.365
A.	0.290	0.438	0.730	0.584	0.657	0.876
după sondă						
H.	—	0	urme	1.022	1.022	1.025
A.	—	0.365	0.365	1.533	1.460	1.460

Excitația produsă de sondă și amida nicotinică se remarcă și la acest caz.

VII. O. M., pelagră.

	à jeun			după am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	I	1. 1/2
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.365	0.292	0.292	0.365	0.365	0.365
după sondă						
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.292	0.328	0.292	0.292	0.365	0.365

Atât după amida nicotinică cât și în timpul aflării sondei în stomac, nu se observă nici-o excitație secretorie.

Se continuă timp de o săptămână cu injecțiuni de amidă nicotinică, după care se face un nou examen al chimismului gastric.

Nici după acest interval de timp nu se remarcă o creștere a H. și A.

Din studiul comparativ al acestor ultime cazuri, reiese că amida nicotinică produce slabe modificări secretorii. Astfel, numai în patru cazuri a modificat în plus secreția gastrică, într'un caz această secreție s'a micșorat, iar în alte două a rămas invariabilă.

Sonda duodenală a produs o secreție ridicată în două cazuri, în două mai puțin crescută, iar în alte trei nici-o modificare.

Amida nicotinică nu are o acțiune imediată excito-secretorie, așa cum i se atribuiseră de către autorii americani.

Rezultatele obținute de noi, nu le confirmă pe ale acestora. De asemenea, într'un caz de pelagră, după administrarea mai prelungită, nu s'a produs nicio modificare a secreției gastrice.

C. STRAT et C. SIMIONOV: Les Modifications de la sécrétion gastrique par l'administration de l'acide nicotinique.

Par la méthode du tubage fractionné, on a poursuivi les modifications de la sécrétion gastrique, à la suite de l'administration de l'amide de l'acide nicotinique en comparaison à celles produites par le repas caféiné et par la sonde duodénale laissée dans l'estomac un laps de temps plus prolongé.

Chez un premier groupe de malades, la sécrétion produite par l'action excito-sécrétoire de la caféine, présente des valeurs plus élevées que celles obtenues par l'amide nicotinique.

Chez un deuxième groupe de malades, l'amide de l'acide nicotinique produit des modifications supplémentaires de la sécrétion en comparaison à celles qu'on a obtenues à la suite de l'excitation de la sonde duodénale.

C. STRAT und C. SIMIONOV: Die Veränderungen der Magensaftsekretion durch Verabreichung von Nikotinsäure.

Durch die Methode des fraktionierten Aushebens wurden die Magensaftsekretionen nach Verabreichung von Nikotinsäurenamyd im Vergleich mit denjenigen beobachtet, welche von einem Koffeinfrühstück und der längere Zeit im Magen verbliebenen Duodenalsonde hervorgerufen wurden. Bei einer ersten Gruppe von Kranken stellt die von der sekretorisch anregenden Aktion des Koffeins hervorgerufene Sekretion grössere Werte dar, als die durch das Nikotinamid gefundenen.

Bei einer zweiten Gruppe von Kranken zeigt das Nikotinsäurenamyd grössere Sekretionsveränderungen im Vergleich mit denjenigen die nach der Anregung der Duodenalsonde gefunden wurden.

C. STRAT et C. SIMIONOV: Modifiche delle secrezioni gastriche con l'introduzione dell'acido di nicotina.

Col metodo del tubaggio frazionato sono seguite le modifiche delle secrezioni gastriche dopo l'introduzione dell'amido dell'acido di nicotina in confronto con quello prodotto pranzocoffeinato e dalla sonda duodenale rimasta per parecchio tempo nello stomaco. A un primo gruppi di ammalati la secrezione prodotta dall'azione eccitante secretiva della caffeina, presenta risultati piu sensibili di quella trovata con l'amido di nicotina.

A un secondo gruppo di ammalati l'amido dell'acido di nicotina presenta modifiche maggiori delle secrezioni in confronto con quelle trovate dopo l'eccitazione con la sonda duodenale.



NEUROSEDATIVUL
CU
AȚIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ȘI
RECONSTITUANT
ENERGIC



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

AKROFOLLIN

Preparat sintetic al Hormonului Follicular
cu acțiune energetică 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. Sf. Constantin, 4.

**CONSIDERAȚIUNI ASUPRA PROGNOȘTICULUI
PLEUREZIILOR EXUDATIVE
RAPORTUL LOR CU TUBERCULOZA
PULMONARA POSTPLEURETICA**

de

D-r IOSIF VAINA

Medic secundar al Sanatoriului T. B. C. Arad

Viitorul pleureticilor este o chestiune despre care s'a scris foarte mult și se mai scrie și azi, concluziile la cari ajung cercetătorii, fiind din cele mai variate. Majoritatea acestora susțin că o bună parte a indivizilor, cari au suferit de pleurezie sero-fibrinoasă, mai de vreme sau mai târziu devin tuberculoși. S'au întocmit o serie de statistici în legătură cu aceasta, toate cu scopul de a dovedi dreptatea acestei afirmațiuni. Natural numai acele pleurezii vin în considerație despre care avem dovezi sigure că au etiologie tuberculoasă: cele de natură nefuberculoasă, postpneumonice, reumatismale, septice, nefretice, etc., nu cad în aceeași categorie cu cele bacilare.

Modul de producere a pleureziilor este foarte variat și pot apare fie ca afecțiune independentă, fie că sunt alături de o afecțiune pulmonară. Infecția tuberculoasă, producătoare de pleurezie, există în prealabil în organism,, calea de pătrundere a acesteia la pleură este cea hematogenă sau limfatică. Această infecție se poate localiza în orice parte o organismului și există cu certitudine, chiar și atunci dacă până în momentul apariției pleureziei nu am avut cunoștință de existența ei. Aceste focare pot fi: un șancru de primoinfecțiune, localizat în apropierea cortexului pulmonar, adenopatii hilare active, leziuni bacilare pulmonare, active sau latente, cari osoase, etc. Evoluția și prognosticul pleureziei serofibrinoase bacilară nu sunt grave și în majoritatea cazurilor se termină cu un proces de vindecare, care în caz dacă bolnavul nu prezintă și leziuni pulmonare concomitente, poate dura timp mai îndelungat. Gravitatea constă în faptul, după cum afirmă J. Stephani și H. Weigert, că un număr oarecare dintre acești bolnavi, după ce se vindecă de pleurezie serofibrinoasă, se aleg după trecerea unei perioade de liniște, care este variabilă ca durată, cu o tuberculoză pulmonară. Aceasta ar însemna, spun ei, că sabia lui Demokles al tuberculozei rămâne suspendată asupra capului unui fost pleuretic, o bună

parte din viața lui. Acelaș lucru afirmă și Mumme într'un articol publicat în *Münchener Med. Wochenschrift*, spunând între altele: prognosticul pleureziilor este mai curând sombru, fiindcă un procent considerabil de pleuretici fac mai târziu tuberculoză pulmonară. El a urmărit soarta a 184 cazuri de pleurezii, dintre cari 57 au prezentat în anii ce au urmat procese tuberculoase. Această părere a fost confirmată și de J. Renard, în teza sa apărută la Toulouse în 1934. Deci o bună parte a autorilor cari s'au ocupat până în prezent cu viitorul pleureticilor sunt unanimi în a recunoaște că aceștia sunt susceptibili de a deveni mai de vreme sau mai târziu tuberculoși. Ca o altă variantă amintim părerea autorilor I. E. Wolf și I. Duchaine, cari afirmă că deși de natură tuberculoasă, pleurezia serofibrinoasă nu este urmată întotdeauna de apariția unei tuberculoze pulmonare.

O concluzie firească a părerilor expuse până aici ar fi că pleurezia serofibrinoasă exercită un rol fiziogen asupra bolnavului și tuberculoza tardivă a acestora ar fi urmarea directă a pleureziei de care aceștia au suferit în antecedente. Nu avem dovezi suficiente spre a putea documenta cu certitudine acest lucru. Rezultatul unor cercetări minuțioase (Daniello), au dovedit la o serie de cazuri de pleurezie exudativă, cari la aparență erau primitive, și la cari cu ajutorul examenului clinic nu s'au putut pune în evidență focare bacilare pulmonare concomitente cu aceasta, la radiografie prezintă mici leziuni discrete, cari dovedesc că bolnavul a avut o tuberculoză anterioară. Aceste leziuni pot fi complexe primare, leziuni nodulare apicale, leziuni ganglionare sau alte urme discrete de generalizare, cari deși există nu se pot pune în evidență decât cu ajutorul unei radiografii. Existența acestor leziuni bacilare ar explica foarte bine apariția unei tuberculoze pulmonare tardivă la vechii pleuretici (Daniello, Cluj, curs de perfecționare).

Foarte des ni se întâmplă să primim cazuri de pleurezie serofibrinoasă, la cari pe lângă cele mai minuțioase cercetări nu putem da de urmele unei afecțiuni pulmonare de natură bacilară. După dispariția lichidului însă — fie prin resorbție fie prin puncție — distingem semne cari de multe ori pledează pentru existența unei leziuni bacilare, anterioară apariției pleureziei. Acest lucru pare a confirma și seria de cazuri observate de noi, din a căror foi de observație cităm câteva:

1) Bolnava C. E., de ani 24, casnică, căsătorită, internată în Sanatoriul de tuberculoși Arad, la data de 23 August 1938. Antecedente heredocolaterale, starea sanitară a soțului și a copiilor: fără importanță, neagă infecție tuberculoasă în familie. Antecedente personale: la etate de 18 ani congestie pulmonară, la 20 ani rușeală, la 23 ani tuse convulsivă. Istoricul boalei actuale: boala actuală datează de 2 săptămâni, a debutat brusc cu frison, junghiuiri, cefalee și febră, tuse și jenă la respirație. Această stare se menține timp de o săptămână, când se prezintă la un medic și este internată în sanatoriu.

Starea prezentă: bolnavă de statură mijlocie, tegumente palide anemice, țesutul celulo-adipos păstrat, pulsul 96, temp. 37,6, senzoriul intact, reflexe normale. Toracele prezintă configurație normală. Examen clinic: spațiul lui Krönig dispărut la pulmonul drept, la vârful drept submatitate, iar la 1/3 inferioară dreaptă matitate și imobilitate diafragmatică. Respirație aspră la vârful drept și abolită la baza dreaptă. Sgomote supraadăugate nu se disting. Cord, abdomen, etc. nimic patologic. Rezultate de laborator: urinar — bac. Koch în spută. — Viteza de sedimentare a hematitilor: 121 după 2 ore. Examen radiologic: 1/3 inferioară a

plămânului drept prezintă opacitate întens uniformă cu margini net delimitate cu concavitatea în sus și o scizură veche între lobul sup. și mijlociu drept. Puncția de probă dă lichid clar, serocitrin. Rivalta: pozitiv. Bac. Koch în lichidul sedimentat: negat.

Se aplică un tratament adecvat situației. La cinci săptămâni dela întinare lichidul scade complet. Se execută o radiografie pe care se disting, afară de scizură și aderențe costodifragmatice, o serie de focare fibronodulare de mărimi diferite, în lobul superior drept. Cazul se află și de prezent sub observația noastră. Se menține bine, focarele se păstrează neevolutive.

2) Bolnavul B. E. de 27 ani, căsătorit, funcționar particular, internat în sanatoriu la data de 17 Iulie 1937. Antecedente heredocolaterale: tata mort de tbc. pulm., soție și un copil sănătoși. Antecedente personale: accident de tren la etate de 9 ani, cu care ocazie și-a pierdut un braț. Neagă maladii infecto-contagioase. Istoricul boalei actuale: bolnav de 3 luni, a debutat brusc cu frisoane, febră ridicată, junghieri în hemitoracele drept, tuse fără expectorație și transpirații nocturne. A consultat medicul, care i-a diagnosticat pleurezie exudativă dreaptă și i-a făcut o evacuare, extrăgând 1000 cmc. lichid serocitrin. De atunci cu toate că simptomele acute au dispărut, bolnavul se simte slabit, temperatura variază între 36,5 și 37,8. De prezent acuză dureri în hemitoracele drept, febră 37,6—37,8, apetitu păstrat, tuse și expectorație moderate. Starea prezentă: bolnavul de statură normală, tegumente palid-brune, țesutul celulo-adipos redus, pulsul și respirația normale, senzoriul păstrat, reflexe normale, torace îngust.

Examen clinic: spațiul lui Krönig dispărut la vârful drept, diminuat la stângul, submatitate cu respirație ușor înăspriță la vârful drept și matitate cu acinezie diafragmatică și respirație abolită la 1/2 inf. dreaptă. Anterior frecături pleurale. Cord: nihil. Abdomen: liber. Radiologic: scizură dreaptă, umbră compactă, net delimitată cu concavitatea în sus la 1/3 inf. dreaptă.

Laborator: urina, bac. Koch în spută: neg., viteza de sedimentare a hematiilor: 72. Puncție de probă: lichid serocitrin în cantitate redusă. Rivalta: poz.

În cele 20 zile ce urmează febra scade la normal, bolnavul câștigă în greutate, lichidul se resorbe în întregime și părăsește sanatoriul complet refăcut. Revine la 17 Ian. 1939, deci peste 6 luni: de data aceasta prezintă un infiltrant subclavicular drept, care pleacă dela scizura lobului superior până la claviculă, cu o cavernă de mărimea unei nuci mari în mijlocul infiltrantului. Bac. Koch în spută pozitiv, sedimentarea hemat.: 55. Se încearcă instituire de pneumotorace fără să reușim. I se recomandă frenectomie, dar bolnavul o refuză și părăsește sanatoriul, așa încât l'am pierdut din observație.

3) Bolnava G. B. de 22 ani, necăsătorită, învățătoare, internată la data de 23 Iunie 1938. Antecedente heredocolaterale: nimic de semnalat. Antecedente personale: gripe repetate. Istoricul boalei actuale: în luna Februarie 1938, contractează o gripă în urma căreia s'a ales cu o stare de debilitate și subfebrilitate prelungită, tusă cu expectorație matinală, inapetență, transpirații nocturne, pierdere în greutate, etc., simptome cari au durat până în luna Mai, când se pomenește în mod brusc cu junghieri în hemitoracele drept, febră ridicată și tusă accentuată, fără expectorație. După o săptămână de așteptare consultă un specialist, care i-a diagnosticat o pleurezie serofibrinoasă dreaptă și o internează în sanatoriu. Starea la prezentare: bolnavă, de statură mijlocie, tegumente palide anemice, țesutul celulo-adipos redus. Temp. 37,7. Puls: 94. Reflexele normale. Acuză dureri și junghieri la baza hemitoracelui drept, inapetență și transpirații nocturne. Torace prezintă configurație normală.

Examen clinic: Krönig dispărut la vârful drept și diminuat la stângul. Submatitate la vârful drept, matitate cu dispariția excuziilor diafragmatice la baza dreaptă. Respirație înăspriță la vârf și abolită la baza dreaptă. Raluri subcrepitante în focar, în regiunea axilară stângă.

Radiologic: umbră masivă opacă cu concavitatea în sus, ocupând treimea inf. a hemitoracelui drept cu acinezie diafragmatică. Laboratoriul ne dă următoarele rezultate: urină, sputa: bac. Koch, neg. sediment. hemat.: 75. Puncție de probă: lichid serocitrin, rivalta pozitiv.

Mersul boalei: lichidul scade și la data de 8 Iulie se execută o radiografie pe care se disting o serie de focare mici nodulare dispersate în câmpul pulmonar drept cu puternice simfize pleurale. Se aplică un tratament cu roborante și face

o cură de oleo-sanocrtisină. Câștigă 5 kgr. în greutate. Focarele se reduc, de abia sunt perceptibile și în această stare părăsește sanatoriul la data de 29 Septembrie 1938.

Revine la 10 Febr. 1939, cu febră ridicată, sâmbătă, dispneică și cu puternică tachicardie. La examenul clinico-radiologic se constată exudat pleural care ocupă aproape întreaga cavitate toracică stângă, iar la plămânul drept simfiza din trecut cu câteva focare nodulare foarte discrete. Bac. Koch e negativ și de data aceasta, lichidul serocitîn și Rivalta pozitiv.

Lichidul scade și la data de 4 Aprilie 1939, se execută o nouă radiografie pe care din nou se distinge o serie de focare nodulare subcorticale. Părăsește sanatoriul mult ameliorată. A fost controlată după 6 luni. E afebrilă, a câștigat 7 kgr. în greutate, simfizele diafragmatice persistă, focarele nodulare foarte discrete și staționare.

După cum reiese din foaia de observație a cazurilor prezentate, la fiecare din ele putem distinge leziuni bacilare, fie nodulare, fie ale scizurii sau alte resturi puse în evidență numai cu ajutorul radiografiilor.

Când avem un proces pleural în fața noastră, cu greu putem identifica ce anume afecțiune stă ascunsă sub această pleurezie, cu toate că din punct de vedere a diagnosticului, aceasta prezintă o deosebită importanță (Neumann). Astfel dacă nu putem preciza felul și existența procesului pulmonar subjacent — spune Neumann — împărțim pleureziile în două categorii: a) deschise, adică cu prezența bac. Koch în spută, și b) închise, la cari bac. Koch este absent în sputa bolnavului.

Am vorbit în treacăt de formele de infecție tuberculoasă producătoare de pleurezie. Să vedem acum precizările Prof. Neumann, referitoare la focarele din care pleacă infecția pleurei, publicate în cartea sa despre tuberculoza adultului.

1) Un focar primar în înfelesul lui Küss sau Ghon poate declanșa o reacție pleurală, dacă focarul este aproape de cortexul pulmonar. La un astfel de bolnav restul plămânului nu prezintă schimbări anatomo-patologice.

2) Existența unei tbc. a ganglionilor tracheo-bronchici. În urma cercetărilor întreprinse în institutul Waldeyer, grupul acestor ganglioni se împarte în 3 spații: spațiul tracheo-bronhic drept, stâng și inferior. Conform observațiilor făcute de Sukiennikow, mai ales pleureziile peurei drepte par a fi cauzate de acest grup ganglionar.

3) La o pleurezie unilaterală poate da naștere orice tuberculoză pulmonară situată superficial. Mai ales în ce privește procesele pulmonare mai puțin grave, fiindcă o tuberculoză mult prea avansată, cu profundă cointeresare a stării generale nu prea este în stare să reacționeze cu exudat la focarele apropiate de pleură.

4) „Miliaris discreta” poate fi cauza unei pleurezii exudative, dar în astfel de cazuri mai de grabă avem de-a face cu o poliserozită, fiind interesate mai multe foițe seroase deodată. La formele generalizate de tuberculoză miliară, nodulii apar pe toate seroasele, dar din cauza malignității procesului nu prea ajung la formare de exudat, deci nici la poliserozită.

5) Localizările periscizurale încă sunt urmărite cu multă atenție de către cercetători, fiind una dintre frecvențele localizări ale tuberculozei

incipiente. Fleischner susține chiar că ar fi găsit, cu ocazia deselor abducții făcute la tuberculoși, un ganglion situat în scizura mare dreaptă, venind în contact cu ambele foițe pleurale ale acesteia, care infectându-se cu tuberculoză, va declanșa apariția unui proces inflamator pleural.

Deci în privința patogeniei domnește părerea — deja dela Landouzy incoace — că pleureziile inflamatorii, dacă nu putem pune în evidență o altă cauză producătoare, sunt întotdeauna de natură tuberculoasă, chiar și atunci când nu găsim focarul de tuberculoză endogenă, și nu putem identifica nici existența bac. Koch. Aceasta în ce privește patogenia. La fel afirmă și Hans Alexander în lucrarea sa apărută în „Therapie der Gegenwart” sub titlu „Die Pleuritis und ihre Behandlung”, anume că în materie de etiologie a pleuritelor practicianul trebuie să admită, dacă nu s'a stabilit altă cauză, o bază tuberculoasă. S'au descoperit cazuri de pleurezii la care cu toate cercetările minuțioase întreprinse pe masă de atopsie — cazuri decedată din alte motive — nu s'a putut da de urma unei infecții bacilare, producătoare de pleurezie. Aceste sunt cazurile numite de tuberculoză autonomă pleurală. Calea de pătrundere a bacilului patogen, se crede că ar fi tot cea hematogenă?

Evoluția pleureziei, dacă nu este însoțită de leziuni pulmonare active, este relativ benignă. După o perioadă de febră și dureri, însoțită de întreagă gamă a simptomelor comune inflamațiilor pleurei și apariției exudatului, febra scade și dacă nu intervin complicații extrapleurale, bolnavul intră într'o perioadă mai lungă de convalescență, după care se simte complet restabilit. Cea mai importantă chestiune este aceea a pronosticului. Din statisticele întocmite până în prezent, reese clar că o bună parte a pleureticilor devin după trecerea unei perioade de liniște, tuberculoși. Procentul acestora variază după autor. Brelet indică 15,7%, Bratt 32%, la 388 cazuri urmărite, Renard 34%, Borelius Ragnar 39,8%, Dumontiez 40%, la 1200 cazuri observate. G. Chincini a studiat 500 cazuri din spitalul Umberto, aproape toți cu tuberculoză pulmonară evolutivă; autorul nu găsește decât 7% dintre aceștia cari au prezentat în antecedentele lor apropiate sau depărtate, exudat pleural. Acelaș lucru se constată și în antecedentele bolnavilor de tbc. pulmonară internați în sanatoriul de tuberculoși Arad.

Cercetând foile de observație a 2568 bolnavi din acest sanatoriu, am ajuns la concluzia că 291 din aceștia, deci un procent de 11.33 au prezentat în antecedentele lor pleurezie exudativă. Accentuăm faptul că în prezenta statistică sunt încadrate numai acele cazuri despre cari avem dovezi sigure că au suferit de pleurezie exudativă, dovedită ori din cele spuse de pacientul în anamneză, ori prin internări anterioare în sanatoriu, cari au revenit când a apărut afecțiunea pulmonară după pleurezie. Aderențele costodiafragmatice și alte urme de afecțiuni pleurale nu au fost luate în considerare, dacă nu au fost rezultatul unui exudat pleural confirmat. Statistica lui J. Stephani și H. Weigert indică cifra de 28%.

Majoritatea cazurilor de pleurezie, controlate de noi, au prezentat

simptomatologia obicinuită acestei afecțiuni, care conform indicațiilor date de pacienți, s'a vindecat. Această vindecare se înțelege prin dispariția simptomelor subiective și clinice cu redobândirea capacității de muncă. Dela această dată și până la apariția procesului pulmonar, afară de cazurile unde bolnavii au prezentat afecțiuni concomitente, a trecut un interval de relativă liniște care variază după cum urmează:

a) Pleurezie, concomitență cu leziuni pulmonare: 75 cazuri = 25,44%.

b) Tuberculoza pulmonară apare la mai puțin de un an dela apariția procesului pleural la 23 cazuri = 7,68%.

c) Tuberculoza pulmonară apare între unul și trei ani dela dispariția procesului pleural la 44 cazuri = 14,77%.

d) Tuberculoza pulmonară apare dela trei ani în sus după data dispariției procesului pleural la 78 cazuri = 27,80%.

Restul bolnavilor de pleurezie au fost aceia la cari nu am putut pune în evidență leziuni pulmonare de natură bacilară; au părăsit sănatoriul vindecați și numai o mică parte din ei a putut fi controlată de atunci. Numărul acestora este 71, ceea ce reprezintă 24,85% din totalul plureticilor. Cazurile controlate se păstrează și de prezent fără simptome pulmonare. Afirmațiunea de „lipsa procesului pulmonar în timpul pleureziei” este naturală relativă, fiindcă la o bună parte a acestor cazuri nu am putut executa decât radioscopie și radiografie numai la foarte puține dintre ele.

După cum arată prezenta statistică în privința perioadei de liniște nu există reguli fixe. Cele mai multe afecțiuni pulmonare manifeste au apărut dela trei ani în sus. Cea mai lungă perioadă de liniște am găsit-o la un bolnav internat în Sanatoriu cu leziuni evolutive, a căror simptome subiective datează de 2 luni și care în antecedentele personale a recunoscut o pleurezie exudativă homolaterală avută cu 18 ani în urmă. La fel a constatat și Ameuille, care a indicat mai de mult, ca termen minimal unul sau doi ani, iar ca termen maximal 20 până la 25 ani. De altfel majoritatea autorilor sunt de acord cu constatările acestuia. Observațiile autorului Mumme asupra celor 184 pluretici se pot rezuma astfel: 57 dintre aceste cazuri (31%) au prezentat în anii ce au urmat tuberculoză extrapleurală, 69 la sută în acelaș an, iar restul între unul și patru ani.

Să vedem acum care sunt cele mai frecvente forme anatomice clinice de tuberculoză pulmonară post-pleuretică. Pentru demonstrarea acesteia vom da statistica cazurilor urmărite de noi: acestea fiind internate în Sanatoriu cu diferite forme de tbc. pulm. cari în antecedentele lor au prezentat afecțiuni pleurale de natură bacilară.

Din cele 291 cazuri, 25,44% au prezentat leziuni pulmonare concomitente cu pleurezia: majoritatea acestora fiind procese fibrocazeoase evolutive cu sau fără focare de ramoliție și o mică parte focare nodulare diseminate la ambii plămâni sau leziuni apicale staționare.

Procese pulmonare evolutive — fibrocazeoase sau ulcerocazeoase cu sau fără excavație — au prezentat 44,38%, adică 134 din cazurile observate, repartizate precum urmează: 20,44% leziuni homolaterale, 1,18% leziuni contralaterale și 22,5% leziuni evolutive bilaterale.

Procese pulmonare staționare — complexe primare inactive, scleroze apcaille discrete sau dense, uni sau bilaterale, scleroze perihilare tuberculoase, scleroze difuze, sistematizate, scleroze pleurogene, etc., — am dagnostiicat la 17,16% de aceeaș parte cu exudatul, 9,46% leziuni bilaterale și 2,38% leziuni contralaterale.

Prognosticul pleurezilor nu se poate judeca din evoluția lor. Autorul Mumme afirmă că evoluția unei pleurezii idiopatice exudative nu permite de a prejudeca viitorul acesteia: pleurelici cu exudat mult, febră ridicată și durabilă, stare generală gravă, presumpție de focare pulmonare concomitente și al căror lichid pleural a dat cultură pozitivă, pot să redevină și să rămână timp îndelungat sănătoși. Din contra pleurezii benigne la aparență, au exudat minimal, subfebrilitate transitorie sau febră nulă cu revenirea rapidă la normal a stării generale, absență sigură a leziunilor pulmonare clinice, pot fi urmate în acelaș an de tuberculoză miliară.

Tuberculoza fibroasă postpleuretică încă poate fi o consecință depărtată a unei pleurezii de care bolnavul a suferit în antecedente. Aceasta se poate constata — după cum afirmă W. Neumann — la pacienți mai vârstnici, cari acuză simptome astmatice, turburări respiratorii, cianoză, etc., datorite aderențelor pleurale, cauzate de pleurezii exudative avute cu mulți ani înainte. Existența unui proces inflamator pleural poate întuneca prognosticul afecțiunilor pulmoare tardive și prin faptul că aceste pleurezii lasă simfize pleurocostale extinse, care formează o piedecă de netrecut în calea colapsoterapiei (pneumotoracelui) indicată pentru tratamentul leziunii pulmonare desvoltată ulterior. Aceste simfize cauzează cu timpul perturbații și în respirație mai ales dacă leziunile pulmonare, apărute tardiv sunt bilaterale. Și dacă se întâmplă ca și simfizele să fie bilaterale, atunci cazul apare deosebit de grav, fiindcă bazele nu vor putea respira din cauza sinechiilor, iar vârfurile nu vor satisface necesitatea de oxigen a organismului din cauză că parenchimul este defect și bolnavul va ajunge în stare de anoxemie.

Nici în privința influenței pe care pleurezia o exercită asupra proceselor pulmonare existente nu există unitate de vedere, unii fiind de părere că apariția unui exudat pleural la un proces pulmonar bacilar are influență favorabilă asupra acestuia, alții susțin tocmai contrariul. În fine există un grup de autori, cari sunt de părere că pleurezia nu are nici o influență asupra unui proces bacilar existent. În Franța se și vorbește de o pleurezie providențială cu acțiune binefăcătoare asupra proceselor pulmonare. I. Donath (Ueber die tuberkuloze Pleuritis, Wiener Med. Wochenschrift, No. XX, 1931), afirmă că „în total pleurezia are mai curând acțiune favorabilă asupra mersului tuberculozei”. Dar nu trebuie uitat spune el, că formarea de aderențe mai extinse influențează defavorabil asupra inimei și a circulației, deci nu trebuie lăsat ca un exudat să se mențină timp mai îndelungat. J. Renard constată că sechele pleurale există la jumătate dintre bolnavii cu pleurezie, sechele pleuropulmonare sau tuberculoză extrapleurală la cealaltă jumătate, de cele mai dese ori fiind vorba de scleroză cu emphizem. Numai tinerii se pot vindeca fără sechele. W. Löffler observă că pleurezia lipsește la debutul și la sfârșitul evoluției tuberculozei și apare de regulă între 15 și 20 ani, fiind acompaniată de o cutireacție forte.

Sunt interesante de amintit și observațiile autorului I. Paraf în



cartea sa „L'immunité au cours de la tuberculose” publicată în anul 1936. El afirmă că apariția pleureziei secundare în cursul evoluției tuberculozei pulmonare cronice, pare a avea prognostic favorabil. Și de fapt, nu numai această pleurezie se va vindeca în mod spontan, dar chiar și tuberculoza pulmonară va fi influențată în mod favorabil în evoluția sa. Acesta este un fenomen observat aproape în mod constant de către clinicieni. El mai afirmă că numai tuberculozii, cari prezintă o imunitate și o alergie suficientă, vor reacționa prin pleurezie exudativă, de unde și constanța benignitate a acestor cazuri. Aceste reacțiuni alergice, la rândul lor, vor favoriza distrucția bacilară și instalarea unei imunități mai forte și mai durabilă, de unde și acțiunea favorabilă exercitată chiar la distanță, asupra leziunilor pulmonare. El presupune — împreună cu Vaudour — că adeseori ar avea interes ca la mulți tuberculoși evolutivi să se provoace astfel de reacțiuni și să declanșeze reacțiuni pleurale, urmate în multe cazuri de considerabile ameliorări. Și M. Goldstein vorbește de influența favorabilă a pleureziei asupra evoluției tuberculozei pulmonare (Ueber den günstigen Einfluss der Pleuritis auf den Verlauf der Lungentuberkulose: Wiener Klinische Wochenschrift No. 42/1934). El descrie 2 cazuri de tuberculoză pulmonară, cari după vindecarea unei pleurezii au putut părăsi clinica vindecați. Moro și Battigelli încă au publicat astfel de cazuri și accentuează că ele sunt relativ rare. Tot M. Goldstein publică 4 cazuri de pleurezie, cari par de a fi întârziat apariția tuberculozei pulmonare.

El admite — împreună cu L. Bernard — că fiecare pleurezie aduce cu sine un proces de scleroză, care se poate extinde asupra țesutului pulmonar, favorizând vindecarea. Procentul bacilarilor, cari fac pleurezie în decursul boalei este foarte mic: statistica întocmită de Ameuille arată 1% de astfel de cazuri. Noi încă am observat în decursul anilor mai multe cazuri de acestea, din a căror foi de observație vom rezuma două.

1) Bolnavul T. L., 33 ani, antecedentele heredocolaterale și personale fără importanță. Istoricul boalei actuale: debutul brusc cu stare gripală, febră ridicată, tuse și expectorație mucopurulentă. Bolnavul nu acordă importanță acestei situații și-și vede de ocupație. Văzând că starea se agravează, pierde în greutate și obosește tot mai repede, se prezintă la un medic, care îl internează în sanatoriu. La prezentare acuză dureri la baza hemitoracelui drept, tuse și expectorație, junghuri foarte supărătoare și inapetență.

Mucoasele sunt cianotice, țesutul celuloadipos redus, tegumente palide anemice, pulsul și respirația accelerate. Febră: 37,6. Examenul clinic: spațiul Krönig dispărut la dreptul și diminuat la stângul, submatitate la ambele vărfuri și matitate la baza dreaptă până la jumătatea scapulei. Respirație înăspriță cu raluri subcrepitante la ambele vărfuri, ronflante și sibilante în restul plămânilor cu respirație abolită la treimea inf. pulm. drept.

Radiologic: umbre disperse, opace cu spații clare, cari ocupă 1/3 sup. stângă, umbră masivă, uniform opacă cu margini net delimitate, care ocupă 1/3 inf. dreaptă cu câteva umbre nodulare discrete la vârful drept. Laborator: bac. Koch negativ, sedimentarea hematiilor 72. Se face o puncție evacuatoare de 1000 cmc. lichid serocitrin. Febră: 39—40 grade. După evacuare febra soade litic, și în decurs de o lună lichidul se resoarbe aproape în întregime, câștigă 6 kg. în greutate și părăsește serviciul mult ameliorat. Procesul pulmonar rămâne staționar. Revine peste 10 luni cu febră 38—39 grade, stare generală proastă, emaciat și la examenul clinico-radiologic se distinge lichid în ambele cavități pleurale, la dreptul de o palmă și la plămânul stâng până la unghiul scapulei.

Se face puncție de probă și se obține lichid clar serocitrin din ambele cavități. Se menține internat până la 7 Febr. 1939, deci timp de cinci luni, în care timp lichidul dispare în întregime. Starea generală se reface din nou, părăsind sanatoriul în următoarea stare: la plămânil stâng prezintă o pachipleurită cu un proces fibros staționar subclavicular. La dreptul lichidul mai persistă în urme, focarele nodulare din vârf neschimbate, fără tendință de evoluție. Cazul a mai fost controlat de atunci și s'a găsit în aceeași stare bună.

Întă deci un caz de pleurezie bilaterală cu focare fibrocazeoase concomitente, unde apariția lichidului pleural a întârziat, mai bine zis a oprit evoluția procesului pulmonar.

2) Bolnava S. R., 27 ani, internată la 20 Februarie 1936. Antecedente heredocolaterale și personale nimic de semnalat. Istoricul bolii actuale: a debutat brusc cu febră ridicată și junghuri în hemitoracele stâng, dispnee și tuse seacă, transpirațiuni abundente, înapetență. Starea prezentă: temp. 38,6, pulsul 104, țesutul celulozic păstrat. Hemitoracele stâng prezintă o bombare evidentă în spre bază.

Examenul clinic: matitate lemnoasă cu murmurul vezicular abolit și suflu pleuretic asupra hemitoracelui stâng, aria matității precordiale deplasată spre dreapta, bătăile frecvente și accentuate. Plămânil drept intact atât clinic cât și radiologic. Laborator: urina: sedimentarea hematiilor 115. Bacilul Koch în spută: negativ. Se face o puncție evacuatoare și se elimină 1100 cmc. lichid serocitrin. Rivalta: pozitiv.

Evoluție: febra scade litic, simptomele clinice și cele subiective dispar treptă și la un nou examen radiologic, executat după 6 săptămâni, se distinge lichid minimal în unghiul costodiafragmatic stâng și un proces fibrocazeos la același plămân, care ocupă regiunea subclaviculară stângă cu bogate ramificații spre hli. Se instituie cură de repaos în continuare și sanocristină. Părăsește Sanatoriul după 2 luni, subfebrilă, procesul pulmonar staționar. Continuă cu cura de sanocristină și după câteva luni de repaos își reia activitatea pe care o exercită fără nici un inconvenient până la începutul lunii Ianuarie 1939, deci aproape 3 ani fără să mai aibă acuze din partea plămânilor.

La această dată revine cu o pleurezie exudativă dreaptă, având simptomatologia din trecut. Lichidul e serocitrin și de dată aceasta. După dispariția lichidului și a simptomelor acute, părăsește din nou sanatoriul. La examenul radiologic executat la plecare, distingem la ambele vârfuri, dar mai ales la stângul o serie de focare fibronodulare dense, la aparență staționare. Se instituie din nou o cură de oleosanocristină împreună cu repaos, respectat în tot timpul crisotherapiei. De atunci și până în prezent își vede de ocupație în mod normal, fiind controlată la intervale regulate. Starea plămânilor este foarte bună, focarele nodulare sunt staționare și afară de sinechii pleurale nu prezintă nimic de remarcat. Deci în cazul de față, dacă luăm în considerare că evoluția proceselor fibrocazeoase netratate durează în medie 3 ani, am putea admite că apariția lichidului pleural a avut o acțiune favorabilă asupra evoluției acestui proces apical, care după cum am putut constata în decursul celor 4 ani de observație, a pierdut foarte mult din întindere și intensitate, devenind foarte fibronodulare inactive.

Acestea sunt cazuri ferice, de care — din nenorocire — nu am putut observa prea multe. Sunt mai frecvente cazurile unde apariția unui exudat la un proces pulmonar evolutiv a grăbit desnodământul fatal; fiindcă deși procentul acestora cari fac pleurezie în decursul unei tuberculoze evolutive este relativ redus (Ameulle a găsit 1%) aproape toate sfârșesc letal.

O chestiune care se pune acum este faptul dacă pleurezia tuberculoasă se datorește leziunilor pulmonare preexistente, sau procesul pulmonar, apărut în urma pleureziei este provocat de aceasta: cu alte cuvinte dacă aceste două afecțiuni sunt în legătură directă una cu alta, ori au numai comunitate de etiologie, ambele fiind de natură bacilară. Din cele relatate până aici am putea afirma că de fapt o legătură relativ strânsă există între aceste două procese, fără să putem con-

firma însă rolul fiziogen a pleureziei exudative. Nu putem afirma cu certitudine că pleurezia exudativă ar putea servi ca punct de plecare unei tuberculoze pulmonare active, cu toate că o bună parte a pleureticilor — aproximativ a treia parte după cum arată statisticele existente până în prezent — devin cu timpul tuberculoși. Nu putem nega nici faptul că multe din pleureziile observate de noi, la aparență cel puțin, păreau primitive, în sensul că nu am putut pune în evidență, nici clinic nici radiologic, leziuni pulmonare de natură bacilară, cari mai târziu totuș au devenit tuberculoase. Dar noi știm foarte bine că de multe ori există leziuni, cari numai cu ajutorul radiografiei se pot identifica, ceea ce din considerente de ordin material nu am putut executa la fiecare caz în parte, din cele observate.

La acele unde am suspectat astfel de leziuni, pe radiografie aproape întotdeauna am descoperit leziuni bacilare, fie ganglionare, complexe primare, scizurite, diseminări nodulare discrete, etc., cari explică foarte bine apariția pleureziei. Numai în acele cazuri am vorbit de tuberculoză pleurală autonomă, unde cu nici un mijloc de investigație uzual nu am putut pune în evidență astfel de leziuni. Aceasta pare a confirma și observațiile noastre asupra unei serii de cazuri, dintre cari am descris foile de observație a trei cazuri, despre cari am executat mai multe radiografii. Toate prezentau leziuni discrete, cari la radioscopie au trecut neobservate. Privind lucrurile prin această prizmă, suntem siliți de a admite ceea ce de altfel au dovedit mai mulți cercetători că în majoritatea cazurilor nu pleurezia joacă un rol fiziogen asupra plămânului, ci mai de grabă s'ar putea ca atât pleurezia, cât și tuberculoza pulmonară tardivă să fie drept urmare acelor leziuni pulmonare discrete, datorite unei diseminări bacilare anterioare, cari în decursul timpului au ajuns într'o stare de liniște relativă și la un moment dat dintr'o cauză oarecare au declanșat o pleurezie, după cum am citat la începutul acestei lucrări din cartea lui W. Neumann „Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener”.

BIBLIOGRAFIE

- Docent D-r L. Danielo (Cluj): *Cursuri de perfecționare în tuberculoză*, 1937.
- W. Neumann: *Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener*, 1937. — I. E. Wolf et I. Ducheine: *La pleuresie tuberculeuse primitive*. (Revue belge de la tbc. No. 3, 1934). — J. Stephani et H. Wejaert: *Les tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques, étude de leur pronostic*. (Revue de la tbc., Dec., 1936). — M. Goldstein: *Ueber den günstigen Einfluss der Pleuritis auf den Verlauf der Lungentuberkulose*. (Wiener Klinische Wochenschrift No. 42/1934). — Mumme K.: *Zur Prognose der Pleuritis exudativa „idiopathica”*. (Münchener medizinisch Wochenschrift No. 39, 29 Noemb. 1933). — Löffler W.: *Die Stellung der Pleuritis exudativa im Ablauf der Tuberkulose*. (Helvetica Medica Acta No..., T. I. eFbr., 1935, pag 620). — J. Renard: *L'avent des pleurétiques*. (Tese de Toulouse, 1933—1934). — Donath I.: *Ueber die tuberkulose Pleuritis*. (Wiener med. Wochenschrift. Tom. LXXXI, No. XX, 16 Mai 1931). — Chincini G.: *Influenza della pleurite essudativa sulla tuberculosi pulmonare e della pleurite pneumotoracica sul collaso del pulmon*. (Tuberculosi No..., pag. 85—112, 1935). — Berberich-Spiro: *Therapie der Tuberkulose*, Vol. II, 1937. — Hans Alexander: *Die Pleuritis und ihre Behandlung: Therapie der Gegenwart*. — I. Paraf: *L'immunité au cours de la tuberculose*, 1936. — A. Courcoux et H. Bonnefoy: *La climatologie de la pleuresie sero-fibrineuse tuberculeuse*. (La Presse thermale et climatique, Jan. 1935).

TUBERCULOZA LA ȘCOLARI

de

D-r GH. VĂJA
Medic Primar

Studiul tuberculozei la școlari este important prin faptul că toată populația viitoare a țării poate fi cercetată în această perioadă.

Factorii care influențează apariția tuberculozei sunt următorii:

- 1) Contagiunea, cel mai des dela personalul didactic sau de serviciu, foarte rar într-o copil;
- 2) Factor patologic: maladiile anergisante;
- 3) Factor de ordin social: locuință și alimentație, care lasă de dorit cam în 50—60% din cazuri, în țara noastră;
- 4) Factorul surmenaj fizic și intelectual.

Pentru a feri școlarii de tuberculoză trebuiesc luate măsuri atât igienice cât și de natură economică socială, care toate să ducă la înlăturarea factorilor favorizanți. Cea mai importantă este depistarea sistematică a cazurilor de tuberculoză prin radioscopii și reacție la tuberculină, atât elevilor cât și personalului didactic și de serviciu.

Din examenele de depistare făcute la liceele militare, s'a găsit că proporția de alergici crește dela 38.75% în clasa I-a; la 70.90% în clasa VIII-a; iar la școlile secundare din Târgoviște dela 27.70% la 71%. Imagini radiologice suspecte de baciloză pulmonară s'au întâlnit la elevii liceelor militare în 0.85% din cei examinați în primul an de depistare și 0.45% în anul al doilea; pe când la elevii din Târgoviște, proporția a scăzut dela 3.15% în primul an, la 0.65% în anul al doilea.

Proporția mică găsită dela început în liceele militare e datorită selecționii medicale făcută la primirea elevilor cât și supravegherii ulterioare și absenței tuturor factorilor favorizanți. Diferența mare dela primul la al doilea an de examinare dovedește valoarea examinării radioscopice sistematice.

Problema tuberculozei la școlari este pe cât de importantă, pe atât de complexă în rezolvare. Este importantă prin faptul că foarte multe cazuri de contaminare se produc în această perioadă de timp, care pentru unii, cei mai mulți, durează până la pubertate, iar pentru alții până la adolescență sau chiar vârstă adultă. Complexă este însă prin aceea că măsurile profilactice sunt atât de natură medicală cât și social economică și legală.

De rezolvarea acestei probleme depinde în bună parte și sănătatea ulterioară a populației, de oarece școala este un loc pe unde toată populația unei țări este obligată să treacă și să-și petreacă un interval mai mult sau mai puțin lung de timp. În acest timp, copiii sunt la dispoziția celor care ar voi să-i studieze sau chiar să-i transforme din punct de vedere sanitar. Dacă în privința celorlalte boale infecțioase, vaccinările au adus o micșorare a morbidității și mortalității în vârsta școlară, nu același fapt s'a petrecut cu tuberculoza. Aceasta nu se întâmplă numai la noi, ci și în majoritatea celorlalte țări, unde problema nu este decât parțial rezolvată din cauza complexității sale. Să vedem în ce constă complexitatea acestei probleme. Factorii cari influențează apariția tuberculozei pulmonare sunt următorii:

- a) Factorul contagiunii;
- b) Factor de ordin patologic: maladii anergizante;
- c) Factor de ordin social: locuința și alimentația;
- d) Factorul surmenaj: atât fizic cât și intelectual.

Importanța contagiunii, iese mai mult în evidență când ne amintim că abia o cincime și chiar mai puțin dintre copiii cari vin la școală sunt alergici. Epidemiile citate de autori ca: Arnaud, Colombe, Klein, Esbach, etc., sunt dovada de primo-infecții bacilare provenite fie dela un învățător bolnav, fie dela cineva din personalul de serviciu, fie chiar dela elevi, în cazuri mai rare. Astfel Et. Bernard arată că în clasa unui institutor bolnav 90% dintre copii erau alergici, pe când media celorlalte clase era 30%.

Gobel în Zeitschrift für Kinderheilkunde citează cazul unui institutor bolnav la care, în aceeași clasă, elevii din băncile mai apropiate de catedră erau alergici în 70% din cazuri, ceilalți 54%, pe când media celorlalte clase nu trecea de 35%. Credem că nu este nevoie să mai cităm asemenea exemple cari se pot repeta ori câte. Și mai credem un lucru: că sunt mulți dintre noi cari cunoaștem cazul de institutori sau profesori bacilari recunoscuți, cari trăesc în mijlocul copiilor și-i infectează și contra cărora nu putem face nimic, deoarece nu există obligativitate legală de a-i examina și elimina. Vom mai reveni însă asupra acestei probleme.

În această privință este de notat faptul că unii autori ca: Krämsers, Kleinschmidt cred că nu se poate face contaminarea masivă a copiilor între ei, deoarece în general nu tușesc și nu expectorează, ci din contră o astfel de contagiune minimă și intermitentă ar fi bine făcătoare prin creerea unei stări de alergie. Această părere nu este însă împărtășită de majoritatea autorilor. Toți însă scot în evidență rolul nefast al cazurilor de tuberculoză existând la personalul școlar. După cercetările lui Frontali, făcută în Italia, pare că tuberculoza este mai frecventă în corpul învățătorilor, decât în restul populației (9%). Gardère de asemenea, dintr'o anchetă făcută la Lyon, găsește că personalul din învățământ este „în special atins de tuberculoză 5%”.

Nu vom insista prea mult asupra factorului patologic de oarece este în deobște cunoscut rolul anergizant al unor maladii,

cum ar fi rugeola, febra-tifoidă, afecțiuni în care este atinsă celula hepatică, etc. Sunt de altfel considerate ca anergizante unele maladii cari în realitate nu au altă acțiune decât a debilita organismul fără a-l face prin aceasta însă mai receptiv numai față de tuberculoză.

Foarte mare importanță au de asemenea factorii: locuință și alimentație. Locuința rea, în cari oamenii trăesc în promiscuitate înghesuiți în camere fără aer și lumină, joacă în tuberculoză rolul unui amplificator. Burnet a găsit că procentul de contaminare în mediu tuberculos este de 1,3 în cazul unei locuințe igienice și de 4,9 când locuința este rea.

Dintr'o comunicare făcută în 1937, de D-l D-r Banu la Academia de Medicină, asupra sănătății școlarilor în România, reese ca 62% au locuință neigienică, iar 46,60% dorm câte 2 într'un pat.

Iar în ceea ce privește alimentația în aceeași comunicare, se spune că 60,50% nu beau niciodată lapte. E oare nevoie să mai insistăm asupra importanței pe care o are denutriția în producerea unui teren propice tuberculizării?

Acești factori se unesc uneori surmenajului fizic la elevii cari trebuie să facă zilnic câțiva kilometri dimineața și încă atâția seara ca să vină dela școală acasă. La acest surmenaj se adaugă destul de adesea sportul care, dacă nu e practicat în mod rațional și supravegheat, nu poate duce la altceva decât la surmenaj.

Surmenajul poate fi de asemenea intelectual și nu totdeauna din cauza numărului mare de materii ci dintr'un mod defectuos de a fi predate.

Trecând acum la partea practică, profilaxia tuberculozei la școlari se va face căutând să se înlătore toate cauzele citate mai sus, cari pot provoca apariția acestei boale.

Mai greu de influențat vor fi factorii sociali, locuință și alimentație cât și și surmenajul fizic prin drumuri lungi obositoare și făcute pe orice vreme.

Subalimentația s'ar putea remedia prin înființarea cantinelor școlare și a prânzurilor suplimentare date la școală.

S'a încercat aceasta și la noi.

Cantinele sau mesele suplimentare ar trebui însă organizate și întreținute printr'un fond special fie alocat dela comună sau județ, fie dela comitetele școlare sau persoane binefăcătoare care să se ocupe în continuu de această importantă cauză de debilitare care este subnutriția. La Paris, în școlile în aer liber, se dă o masă compusă din legume proaspete și 80 gr. carne, a căror cheltuială e suportată de Oficiul de igienă socială al Depart. Senei și de Comitetele școlare.

Pentru a elimina surmenajul intelectual, materiile trebuiesc aranjate în program în mod rațional și predate la fel. Aceasta însă nu se întâmplă în toate școlile: profesorii dau uneori teme multe de scris acasă, de desenat, încât un elev ambițios nu poate

avea timp de odihnă noaptea mai mult de 6—7 ore, iar în vacanță au sute de pagini de citit.

Devadă, că faptele se petrec astfel, sunt repetatele ordine care s'au dat în acest sens de Ministerul Educației Naționale și prin cari se pune în vedere profesorilor să respecte repausul necesar elevilor. În Belgia, printr'un decret, s'a interzis să se mai dea elevilor teme de făcut seara acasă.

În ceea ce privește factorul patogen, el poate fi mai ușor înlăturat prin menținerea unei bune stări igienice, izolarea imediată a boalelor cari pot produce slăbirea organismului, însă și de aci ajungem la factorul social economic locuința. Cum se va putea de exemplu păzi un copil să nu ia pojar dela frații săi, atunci când dorm 2 într'un pat?

Am ajuns astfel la factorul relativ cel mai ușor de influențat, contagiunea. Pentru a se evita contagiunea va trebui să se facă depistarea cazurilor de tusebruculoză pulmonară atât printre elevi cât și mai ales în rândul profesorilor, învățătorilor, și personalului de serviciu.

Pentru cei dintâi și cei din urmă problema este mai ușoară. Depistarea se va face prin examene radioscopice, care să se repete în fiecare an și de preferință la începutul anului școlar. Pentru profesori însă este mai greu, deoarece nefiind obligați să facă acest examen, cei mai mulți se eschivează și în primul rând cei bolnavi. Dat fiind faptul, că prin modificarea legii sanitare, s'au acordat concedii lungi, plătite pentru funcționarii bolnavi de tusebruculoză, ar trebui ca printr'o nouă modificare sau o completare a regulamentului, cel puțin institutorii, învățătorii și profesorii să fie obligați a se supune acestei examinări sistematice atât de necesară păstrării sănătății copiilor. „Este singurul mijloc de a depista tuberculozele contagioase dela început și de a păzi copiii contra contaminării” (Rist).

Această obligativitate pentru întreg personalul din învățământ de a se supune examenelor periodice anuale, nu este până în prezent legiferată decât în Norvegia.

La noi, abia în cursul acestui an școlar, s'au dat ordine în această privință și atât profesorii, institutorii cât și elevii au putut fi examinați la dispensarele Ligii Naționale contra tuberculozei. Au lipsit totuși dela examinare o bună parte dinre profesori și institutori: Astfel din totalul de 168 profesori și insitutori ai școalelor din Târgoviște, nu s'au prezentat la examenul radioscopic decât 100 profesori; iar dintre aceștia am găsit 2 cari prezentau aspecte de leziuni bacilare evolutive.

Elevilor trebuie de asemenea să li se facă și reacția la tuberculină, aceasta având interes atât din punct de vedere terapeutic cât și epidemiologic. Terapeutic, de oarece de multe ori primo-infecția nu se traduce decât printr'o pozitivare a reacției la tuberculină și poate un mic focar radiologic, cari în orice caz necesită repausul. Epidemiologic, de oarece virajul brusc la pozitiv a unui mare număr de școlari trebuie să ducă la examinarea

severă a întregului personal, contaminarea fiind în acest caz datorită unui bolnav contagios din personalul școlii. Aceasta este însă un drum făcut invers în depistarea tuberculozei, se decelează tuberculoza la profesori după tubercularizarea elevilor, adică tocmai contrariul țelului urmărit. Această reacție trebuie repetată la 3—4 luni, ca și ori de câte ori elevul prezintă o afecțiune care ar putea traduce clinic o primă infecție tuberculoasă.

Noi am practicat 2 ani consecutiv, împreună cu D-r Gh. Petrescu, aceste examene complete atât elevilor cât și personalului la toate Liceele Militare din țară. Vom da câteva date:

Numărul alergicilor a mers crescând dela 38,75% în clasa I-a la 70,90% în clasa 8-a.

La examenul radioscopic al personalului, profesori, ofițeri, personal de serviciu, nu am găsit nici unul prezentând vre-o infecție pulmonară. Printre elevi am găsit în primul an, 23 elevi prezentând leziuni parenchimotoase, dintre cari numai 17 elevi alergici cari puteau prezenta leziuni tuberculoase, ceea ce reprezintă 0,85% față de numărul total de 2000 elevi examinați. În al 2-lea an nu am mai găsit decât 4 cazuri, deci 0,45%.

În cursul lunii Decembrie 1938, am examinat cu ajutorul camionetei radiologice dată de Liga Națională contra tuberculozei, Serviciul Sanitar al Județului Dâmbovița, o parte din elevii școlilor din Târgoviște. La un total de 1618 elevi și eleve examinați, am găsit umbre putând traduce leziuni bacilare în evoluție la 51 indivizi, deci 3,15%.

Cei mai mulți dintre ei nu prezentau simptome funcționale care să-i fi îndemnat să se examineze. Au fost anunțate familiile, iar copii au fost retrași dela școli.

Cam la aceeași proporție au ajuns D-nii D-r Hațiegan și Daniello cari, la Cluj la o școală de fete au găsit în 3,43% din cazuri tuberculoză pulmonară evolutivă.

Explicația diferenței dintre numărul de cazuri găsite printre elevii liceelor militare și ai celorlalte școli rezidă în aceea că, la primirea în liceele militare, se face o severă triare a elevilor, ceea ce nu există la celelalte școli. De asemenea liceele militare au medici cari supraveghează de aproape elevii din punct de vedere sanitar. La aceștia de asemenea este înlăturat factorul predispozant locuința neigienică, subalimentația ca și surmenaj fizic, fiind strict supravegheați și în timpul liber.

În Noembrie și Decembrie 1939, am examinat radioscopic la dispensarul din Târgoviște al Ligii Naționale contra Tuberculozei, 2878 elevi ai școlilor primare și secundare din acest oraș, din totalul de 3045. De această dată nu am mai găsit aspecte putând traduce leziuni paranchimotoase decât la 18 elevi, ceea ce reprezintă o proporție de 0,65%.

Vedem deci diferența enormă dela un an la altul, proporția din cel de al 2-lea an de examinare fiind absolut comparabilă cu cea aflată la elevii liceelor militare. Această micșorare a proporției de leziuni bacilare nu poate fi datorită decât numai controlului făcut și eliminării celor găsiți bolnavi, deoarece toate celelalte condiții igienice și economico-sociale au rămas neschimbate.

Proporția de alergici a mers crescând regulat în fiecare clasă dela 27,70% în clasa I-a secundară până la 71% în clasa VIII-a.

Din compararea acestor date, iese foarte bine în evidență tot

ceace am susținut mai sus în privința profilaxiei tuberculozei la școlari.

Mai rămâne un punct de clarificat: Care va fi soarta elevilor găsiți bolnavi? Cei contagioși vor trebui internați într'un sanatoriu, unde să urmeze fiecare tratamentul necesar. Pentru moment însă aceasta este imposibil din cauza numărului mic de paturi cari există în sanatoriile statului față de cele necesare

Elevii necontagioși însă, cari prezintă și semne radiologice de primo-infecție, nu numai biologice (pozitivarea reacției la tuberculină), vor trebui supuși unei cure de repaos. Pentru cei mai mulți însă, aceasta ar fi foarte greu de făcut, atunci când locuința lor ar fi neigienică și hrana ce ar avea-o acasă insuficientă. Pentru aceștia ar trebui ca în fiecare județ să existe un preventoriu cu 40—50 paturi. Acest preventoriu, căruia nu i s'ar cere altceva decât să dea o locuință igienică și o hrană suficientă, credem că ar putea fi ușor întreținut printr'o contribuție a tuturor comunelor și a județului.

În ceea ce privește vaccinarea cu B. C. G. a nealergicilor părerile autorilor sunt împărțite. Astfel Wallgren crede că această vaccinare nu apără decât contra primo-infecției și nu contra ftiziei cazeo-cavernoase, limitând „vaccinările B. C. G. la indivizii pentru care se prevede posibilitatea unei infecții în viitorul cel mai apropiat”. Alți autori, cred însă că, dat fiind faptul că grație vaccinării, primo-infecția cu bacili virulenți se face fără nici-o simptomatologie chiar în mediul infectat, cât și faptul că tuberculoza ulterioară apare în general la cei cari au făcut forme mai mult sau mai puțin pronunțate de primo-infecție, este mai bine ca această vaccinare să se practice tuturor. În cadrul acestora din urmă, se situează și cercetătorii români de la Institutul Canatacuzinocari preconizează vaccinarea cu B. C. G. a tuturor: „la noul născut, la un an și la 3 ani și apoi la toți cei cari nu reacționează la tuberculina către sfârșitul studiilor primare (9—10 ani), la adolescenței (15—16 ani), în sfârșit la vârsta tânărului adult, la începutul serviciului militar și de preferință pe cale subcutanată” (Ionescu Mihăești, Ciucă, M. Nasta, T. Veber).

Iată deci în concluzie ceea ce ar trebui neapărat făcut pentru a păzi școlarii de tuberculoză:

- 1) Strictă supraveghere sanitară prin medicii școlari, pentru înlăturarea boalelor cari duc la slăbirea organismului.
- 2) Examenе radiologice anuale atât elevilor cât și întregului personal cu cari vin în contact la școală.
- 3) Practicarea reacției la tuberculină de 3—4 ori pe an și vaccinarea cu B. C. G. a nealergicilor.

Acestea sunt măsurile cari privesc și cari pot fi luate de către medici.

L'étude de la tuberculose des écoliers est importante par le fait que toute la population future du pays peut être étudiée pendant cette période.

Les facteurs, qui influencent l'apparition de la tuberculose sont les suivants:

- 1) La contagion, survenue le plus souvent à cause du personnel enseignant ou de service, plus rarement entre les enfants;
- 2) Le facteur pathologique: les maladies anergisantes;
- 3) Le facteur social: habitation et alimentation, qui sont chez nous déficientes en 50—60% des cas;
- 4) Le facteur surmenage physique et intellectuel.

Pour mettre les écoliers à l'abri de l'infection bacillaire il faut prendre des mesures hygiéniques et de nature économique-sociale, pour éviter l'action des facteurs favorisant l'apparition de la tuberculose. La plus importante des mesures est le dépistage systématique des cas de tuberculose par radioscopie pulmonaire et réaction à la tuberculine, pratiquées aux élèves et au personnel enseignant et de service.

Au cours des examens systématiques pratiqués dans les lycées militaires, nous avons trouvé que la proportion des allergiques passe de 38,75% chez les élèves de première classe à 70,90% chez ceux de la huitième, et dans les lycées de Târgoviște de 27,50% à 71%. Dans les lycées militaires nous avons trouvé des images radiologiques suspectes de tuberculose pulmonaire chez 0,85% des élèves examinés au cours de la première année de dépistage et chez 0,45% de ceux examinés au cours de la deuxième année. Dans les lycées de Târgoviște la proportion des suspects a passé de 3,15% au cours de la première année à 0,65% au cours de la deuxième.

La petite proportion des cas de tuberculose trouvée dès le début dans les lycées militaires est due au fait que les élèves subissent à l'entrée un examen médical sévère et ultérieurement ils sont strictement surveillés, ainsi qu'à l'absence de tous les facteurs favorisant. La grande différence entre le nombre des cas trouvés au cours du premier et du second examen, montre la valeur de l'examen radiologique systématique.

Il studio della tubercolosi ai scolari è importante per il fatto che tutta la popolazione futura della patria può essere cercata in questo periodo.

I fattori che influiscono l'apparizione della tubercolosi sono i seguenti:

- 1) Il contagio, il più spesso dal personale didattico o di servizio, più di rado nei fanciulli;
- 2) Fattore patologico, le malattie anergiche;
- 3) Fattore di ordine sociale: l'abitazione, l'alimentazione, qui lasciano a considerare nel 50—60% dei casi, nella patria nostra;
- 4) Il fattore di fatica fisica e intellettuale.

Per mettere in guardia contro la tubercolosi, debbono prese misure quanto riguarda l'igiene e quanto riguarda le misure economico sociale, qui tutti debbono favorire all'allontanamento dei fattori qui la favoriscono.

La più importante è la depistazione sistematica dei casi di tubercolosi con la radioscopia e la reazione alla tuberculina, tanto ai elevi quanto al personale didattico e di servizio.

Dai esami di depistazione fatte alle scuole militari, si è trovato che la proporzione di allergici cresce nella proporzione di 38,75% nella prima classe ai 70,20% nella ottava classe, alle scuole di secondo grado di Târgoviște dal 27,70% al 71%.

Immagini radiologici sospetti di bacillosi pulmonare sono trovati ai elevi delle scuole militari nel 0,85%, di quei esaminati nel primo anno di depistazione e di 0,45% nel secondo anno, mentre ai elevi di Târgoviște la proporzione ha acesa dal 3,15% nel primo anno al 0,65% nel secondo anno.

La piccola proporzione trovata dal principio nelle scuole militari e dovuta alla selezione medica fatta alla ricezione dei elevi e al sorveglianza ulteriore e all'assenza di tutti fattori che la favoriscono.

La grande differenza dal primo al secondo anno di esame prova il valore del esame radioscopico sistematico.

Das Studium der Tuberkulose bei der Schuljugend ist von grosser Bedeutung, weil in dieser Periode die ganze zukünftige Generation eines Landes, überprüft werden kann.

Folgende Faktoren beeinflussen das Entstehen der Tuberkulose:

- 1) Der Kontakt, meistens durch das Lehr-oder Dienstpersonal, sehr selten von Kind zu Kind.
- 2) Der pathologische Faktor, Anergie verursachende Krankheiten.
- 3) Der soziale Faktor, Wohnung und Ernährung, die in 50—60% der Fälle, in unserem Lande viel zu wünschen übrig lassen.
- 4) Der Faktor der physischen und geistigen Uebermüdung.

Um die Schulkinder von der Tuberkulose zu schützen, müssen sowohl hygienische als auch ökonomisch-soziale Massnahmen getroffen werden, welche zur Beseitigung der begünstigenden Faktoren führen. Von allerhöchster Bedeutung ist das systematische Aufsuchen der Tuberkulosefälle mit Hilfe der Röntgenuntersuchung und der Tuberkulinreaktion, sowohl bei den Schülern wie auch bei der Lehr-und Dienstpersonal.

Bei den, in den Militärlyzeen durchgeführten Untersuchungen, wurde folgendes festgestellt: das Verhältniss der Allergischen steigt von 38.75% in der ersten Klasse, auf 70.90% in der achten Klasse. In Lyceum von Târgoviște sogar von 27.70% auf 71%. Auf Lungentuberkulose verdächtige röntgenologische Befunde wurden in den Militärlyzen, bei denen im ersten Jahr überprüft, in 0.85% gefunden hingegen bei denen die im zweiten Jahr überprüft wurden, nur 0.45%. Bei den Schülern in Târgoviște viel das Verhältniss der Verdächtigen von 3.15% im ersten Jahre auf 0.65% im zweiten Jahre.

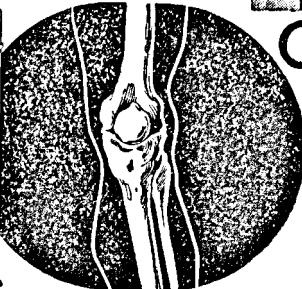
Die kleine Zahl, die von Anfang an in den Militärlyceen gefunden wurde ist sowohl der strengen ärztlichen Kontrolle bei der Aufnahme der Schüler, wie auch der nachherigen Ueberwachung und Fehlen aller der Tuberkulose begünstigenden Faktoren, zuzuschreiben.

Die grosse Differenz, bei den Untersuchungen im ersten und zweiten Jahre, beweist klar die grosse Bedeutung der systematischen Röntgenuntersuchungen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TOATE VÂR STELE TOATE TEMPERAMENTELE

SUBCUTAN
INTRAMUSCULAR
INTRAVENOS



Calcifix { GRANULE
FIOLE

„GAMMA“

RECALCIFIANT
REMINERALIZANT
RECONSTITUANT

REPR. p. ROMÂNIA: S. I. F. s. a. r. BUCURESTI, AVRAM IANCU 32

CONSULTATIUNILE DE MEDICINA INTERNA LA „DISPENSARUL SF-TA TREIME“ DIN CRAIOVA PE TIMPUL 1937—1940

de

Medic G-ral D-r AUG. VASILESCU

„Dispensarul Sf-ta Treime” din Craiova, este un așezământ de binefacere, particular. La origină acest dispensar a funcționat dela 1878 până la 1897 inclusiv, ca spital cu 20 de paturi, în str. Calomfirescu 56, într'un local propriu, întreținut din fondurile proprii ale Instituției; iar dela 1898, desființându-se spitalul Știrbey, s'a creiat actualul Dispensar pentru bolnavii săraci, care funcționează și azi în Craiova, str. Bibescu No. 3, în localul propriu al Epitropiei.

Ca local, Dispensarul se compune: 1) Dintr'un vestibul în suprafață de 6 metri pe 6 metri, prevăzut cu bănci pentru bolnavii ce așteaptă rândul la consultație. 2) Dintr'un salon de 7,50 pe 6,30 metri, unde se face examinarea clinică amănunțită a fiecărui bolnav, aci se înscrie în registru, odată cu starea civilă a bolnavului și rezultatul examenului, cu medicațiunea prescrisă și cu observațiuni sumare asupra cazului când prezintă vre-a particularitate demnă de semnalat. Tot aci se află dulapurile cu instrumente și cu medicamente de primă necesitate și un cântar de precizie. 3) Un salon de 6,80 metri pe 4,80 metri, unde se află instalate aparatele ultra-violete și diatermie, precum și biblioteca cu arhiva Dispensarului. 4) În fine o anexă, unde moașa Dispensarului de 3 ori pe săptămână, dă consultațiuni și tratamente elementare pentru boale de femei.

La acest Dispensar se dau zilnic consultațiuni de medicină internă, absolut gratuite și numai pentru bolnavii săraci din populația dela țară și din oarșe, deasemenea, spre deosebire de alte Dispensare se eliberează gratuit medicamente, agenți fizici, injecțiuni subcutanate și intramusculare, etc.

Dispensarul nu posedă instalație proprie pentru Radiodiagnostic, iar bolnavii pulmonari și cardiaci ce necesită acest fel de examinare sunt trimiși Dispensarului Soc. de Profilaxie a Tuberculozei, unde sunt examinați gratuit, iar cei cu oarecare dare de mână plătesc o taxă de 60 de lei, din care acel Dispensar preîntâmpină cheltuielile de material instrumentar, etc.

Deasemenea Dispensarul nu posedă un laborator propriu pentru cercetări zilnice, chimice sau biologice și nici o boxă pentru examenul oto-rino-laringologic și oftalmologic, deși posedă instrumentarul adhoc.

Nu se dau consultațiuni și tratamente pentru venerici, pentru accidentați sau pansamente de urgență.

Bolnavii găsiți la consultație că necesită o imediată spitalizare, fie din cauza felului boalei, fie că este un caz de boală contagioasă sau venerică, etc., se îndrumază spre spitalul, sanatoriul respectiv.

Acest Dispensar funcționează zece luni pe an, lunile de vacanță fiind rezervate pentru reparațiuni de întreținere și de concediu pentru personal. Consultațiunile se dau zilnic.

Ca personal, Dispensarul dispune de un medic, un subchirurg, o moașă, o infirmieră și o spălătoareasă.

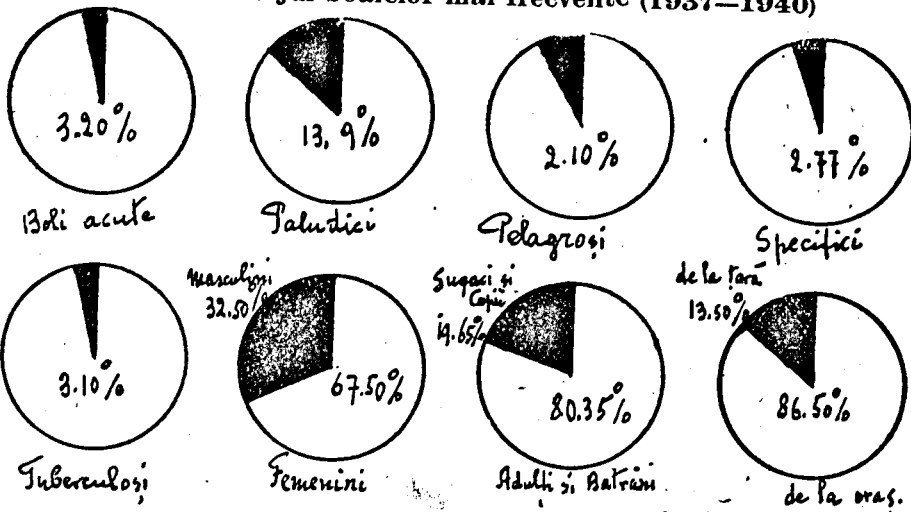
Fiecare bolnav de examinat este desbrăcat în sala de consultațiuni și supus unui examen clinic amănunțit, tot aci se examinează tensiunea arterială, greutatea corpului, etc., se înregistrează rezultatul și se prescrie tratamentul. Examinarea se face dându-se prioritate copiilor și femeilor. Tot aci se face și distribuția și prepararea sumară a medicamentelor prescrise și a injecțiunilor date.

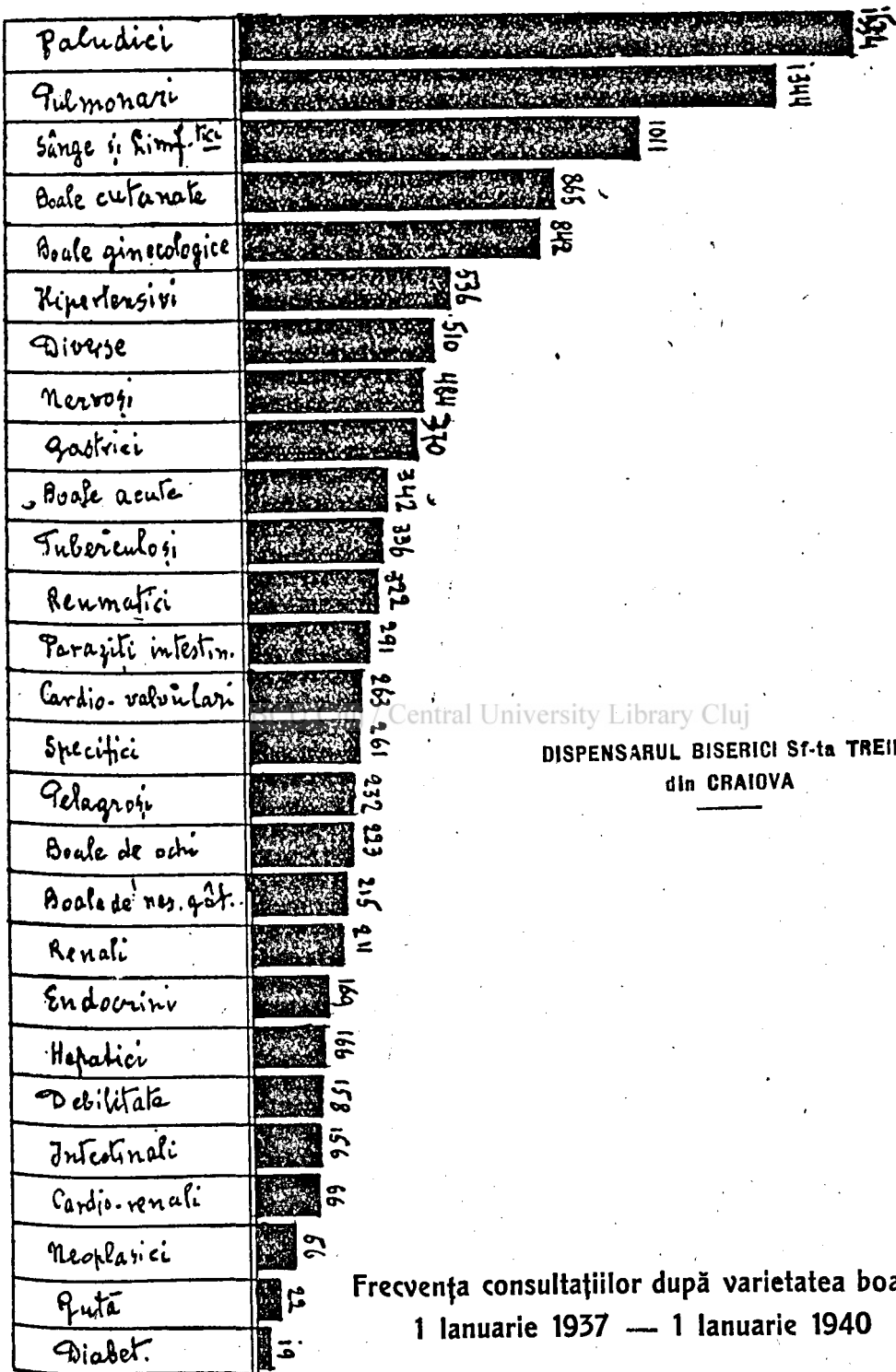
În acelaș timp cu executarea consultațiunilor, în sala cu agenți fizici, se face aplicarea tratamentului prescris și în anexă, moașa examinează și tratează bolnavele, iar în cazuri speciale, se cere avizul medicului Dispensarului.

La consultațiunile noastre se perindă anual un număr foarte mare de copii și adolescenți, băieți și fete cu leziuni ganglionare, hipotrofici, avitaminozici și cu leziuni incipiente de tuberculoză ganglionară și osoasă, etc., apoi mulți elevi de curs primar și secundar, etc.

Cei între 7—14 ani sunt supuși unui triaj medical amănunțit, li se întocmesc fișe personale și sunt trimiși în contul Epitropiei, câte 20 de fete și 20 de băieți, în fiecare an, în colonia de vară la mare.

Procentajul boalelor mai frecvente (1937—1940)





Central University Library Cluj

DISPENSARUL BISERICI Sf-ta TREIME
dln CRAIOVA

Frecvența consultațiilor după varietatea boalei
1 Ianuarie 1937 — 1 Ianuarie 1940

DISPENSARUL Sf-ta TREIME
din CRAIOVA

Statistica anuală a consultațiilor după boale
1937 — 1938 — 1939

Felul boalei	1937	1938	1939	Total
Boale acute și contagioase	103	134	105	342
Cardio-renali	19	27	20	66
Cardio-valvulari	89	63	111	263
Hipertensivi	171	207	158	536
Renali	66	74	71	211
Pulmonari	486	387	471	1344
Gastrici	200	99	71	370
Intestinali	49	50	57	156
Hepatici	74	49	43	166
Sânge și Limfatici	354	357	300	1011
Gută	3	4	15	22
Diabet	7	8	4	19
Endocrini	64	57	48	169
Nervoși	237	139	108	434
Neoplasici	13	21	22	56
Debilitate	103	32	23	158
Tuberculoși	116	112	108	336
Paludici	457	515	562	1534
Pelagroși	97	71	64	232
Specifici	94	83	84	261
Boale ginecologice	223	271	348	843
Boale de ochi	72	61	90	223
Boale de nas, gât și urechi	61	57	97	215
Boale cutanate	329	268	268	865
Paraziți intestinali	102	104	85	291
Reumatici	104	96	86	292
Diverse	179	141	190	510
Total	3886	2517	3596	10999
Consultați ginecologice	722	668	918	2308
Bolnavi de la oraș	2896	2932	3089	8915
» » » țară	990	585	507	2082

În afară de aceștia, Epitropia Bisericii ctitoricești Sf-ta Treime din Craiova, „Paraclisul Familiei Știrbey”, contribuind în 1927, cu 100.000 lei aur la înființarea Spitalului C. T. C., dela Carmen-Sylva, are dreptul la 2 paturi anual, din acel Spital, pentru tinerii săraci și cu leziuni de tuberculoză osoasă înaintată. Pentru întreținerea acestor două paturi, Epitropia contribuie anual cu 50.000 lei.

Intovărășind prezenta expunere, se găsesc trei tabele statistice numerice pe boale și pentru fiecare din cei trei ani, se mai găsesc și trei grafice cu procentajul total al boalelor pe trei ani, cu procentajul cazurilor după sex, etate, localitate și cu numărul global al aplicațiilor fizioterapice și de radiodiagnostic executate în același interval de timp.

În acești trei ani de intensă activitate medicală a acestui Dispensar, cifra consultațiilor a fost de 13.350 sau de circa 4750 — anual, număr în care nu se cuprinde bolnavii ce zilnic vin la aplicațiuni de raze, de injecții, de pansamente ginecologice, etc.

Din aceste cifre se vede în mod eloquent munca covârșitoare ce revine singurului medic al Dispensarului.

Acest Dispensar, nu trebuie privit ca un simplu centru de triaj de bolnavi, el își revendică, grație felului amănunțit cum sunt examinați bolnavii, și unde multe diagnoze sunt redresate, și pe acel de a constitui un mic centru medical, care poate contribui cu folos la îmbogățirea pregătirii profesionale a multor colegi tineri, care frecventând aceste consultațiuni ar avea ocaziunea de a se familiariza cu primul contact al bolnavului, văzut și examinat cu mijloace de investigații reduse și în afara confortului ce au întâlnit ca studenți în Spitalele bine și bogat organizate din timpul stagiului școlarțesc.

Tot aci se întâlnesc ca într'un caleidoscop patologic, cele mai variate cazuri medicale, o varietate și mai mare după etate, stare materială și socială, sex, etc., de stadii evolutive a diferitelor boale, și care pot deștepta numeroase și întinse investigațiuni în domeniul statistice medicale și în special al boalelor sociale.

Astfel dacă privim cu atenție tabelul statistic lunar și graficele acestor consultațiuni, vedem ce mare număr de paludici întâlnim, 13,90% în al 2-lea rând în pulmonarii, în care nu sunt cuprinși tuberculoșii, aceștia din urmă cu un % de 3,10. — Bolnavii din grupă sânge și limfatici, apoi cei cu afecțiuni ale pielii, boale de femei, pelagră, etc., iar cei mai slab reprezentați: gutoșii și diabeticii, aceste două grupe formate de bună seamă din bolnavii cu mijloace materiale mai bune, fac parte de bună seamă din clientela medicilor consultați practiciani.

Această statistică mai pune în lumină și faptul că numărul cazurilor ce vin la consultații este cu mult mai mare pentru femei 67,50%, față de 32,50%, masculinii și alt fapt ce mai izbește, este predominarea ca număr a celor dela oraș 6917 față de 2082 de la țară, deși la prima vedere s'ar părea contrariul, acest fapt este încurajator pentru noi, căci el arată puterea de rezistență a locuitorilor de la țară și statornică încrederea noastră în puterea de vitalitate și de nădejde în destinul Neamului nostru!

Actualul local al Dispensarului urmând a fi dăruit, aceasta în conformitate cu planul de sistematizare al Municipiului Craiova, Epitropia Bisericii Cătoriceșt Sf-ta Treime din Craiova „Paraclisul Fam. Știrbey”, a început clădirea unui local în str. Calomfirescu No. 56, pe teren propriu; clădirea care va fi terminată în vara aceasta și unde va funcționa dela 1 Octombrie a. c. și Dispensarul nostru.

Sperăm și acesta este unul din dezideratele noastre cele mai modeste, ca pe lângă instalațiile sanitare moderne, cu care va fi înzestart, să se pună la folosința bolnavilor și o instalație de Radiodiagnostic.

Tot în noua clădire s'a prevăzut și o secțiune de maternitate (casă de nașteri normale), prevăzută cu 4 paturi pentru nașteri normale cu asistență gratuită, familiilor sărace.

Ca un prinos de colegială admirație și respect enumăr medici cari au funcționat la acest Dispensar dela înființarea lui până azi:

- 1) Dr. Gh. Stănculescu și Dr. Francisc Pohl dela 1898—1906 incl.
- 2) Dr. I. Măldărescu, actual Prim Etitrop, dela 1907—1920 incl.
- 3) Dr. I. Augustin dela 1921—1927 incl.
- 4) Dr. D. Vernescu, dela 1928 la Mai 1932.
- 5) Dr. T. Nicolin, dela Mai 1932 la 1936 incl.
- 6) Dr. General A. Vasilescu dela 1937—1940.

Am dat la lumina tiparului aceste lucrări statistice pe timpul de când conduc aceste consultații, sunt primele care s'au publicat în acești 42 de ani de existență a Dispensarului, nădăjduesc că ele vor deștepta curiozitatea celor ce se interesează de mișcarea și asistența medicală a bolnavilor din acest Municipiu și tot deodată ele fac să se cunoască activitatea Dispensarului nostru, unde se lucrează pe tăcute și cu suflet, aceasta spre binele și promovarea Neamului nostru.



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

GYNOFOLIN intern: pentru copii 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

Cărți-Monografii-Teze

DIE PÄDIATRE MEINER ZEIT

von

ADALBERT CZERNY

Berlin, Spinger 1939, pag. 124.

Amintirile unei vieți de om, bogate în fapte și realizări sunt întotdeauna interesante; cu atât mai prețioase sunt ele însă atunci când sunt publicate de către o autoritate și un savant de talia Prof. Czerny. Inceputul carierii sale profesionale coincide cronologic cu timidele debuturi ale pediatriei ca știință aparte, iar activitatea sa prodigioasă științifică și clinică și a școlii sale, reprezintă unele dintre cele mai glorioase pagini ale pediatriei în permanentă devenire și ascenziune. Pornind din Praga, trecând prin Breslau și Strassbourg și până la Berlin a risipit cu multă generozitate roadele folositoare ale unei munci entusiaste. Fost asistent al Prof. Epstein, apoi al clinicii lui Kaulich a venit în contact cu noi născuții și sugarii, și cu materialul infantil dela policlinică consultat în cele două mici camere. Ca fost asistent la Institutul de istologie pe lângă fiziologul S. Meyer, a făcut o bună școală pregătitoare pentru pediatrie. Gasește ca fiind utile pentru un pediatru specialitatea de clinică medicală de oto-rino-laringologie și de ortopedie, (aceasta din urmă pentru a putea pune indicația intervențiilor la timp). Pentru formarea pediatrilor cu ambiție și mai mare, mai recomandă anatomia patologică și istologică, chimia fiziologică și bacteriologia.

Sunt pline de interes constatările făcute cu privire la Instituțiile care purtau numele clinici infantile, spitale de copii și ambulatorii, și observațiunile făcute referitor la literatură, manuale, monografii și reviste cu privire la specialitatea pediatriei. Clinicele austriace au provenit din spitalele de copii și aceste produse ale unor fundațiuni private și subvenționate de către Stat pentru a putea servi și scopul instrucțiunii. Sugarii nu au fost admiși, iar la intrarea în spitalul Kaiser Franz-Joseph Kinder-spital" din Praga, ce servea drept clinică, figura o inscripție în sensul că „sugarii pot fi primiți numai în cazuri excepționale, și numai cu aprobarea specială a directorului”. Sugarii au fost

tratați numai la ambulatorii, ori după cum au fost numite mai târziu la policlinici. Este scoasă în evidență primitivitatea atât a clinicilor cât și a policlinicelor. Durata consultațiilor la policlinică a fost limitată indiferent de numărul mic ori mare al copiilor aduși, aproximativ 50—100, cari trebuiau tratați în timp de 1—2 ore. Ele mai aveau inconvenientul că nu erau ținute de către medicul cel mai experimentat, ci de către un începător. Frecvența mare prindea bine în raportul de activitate. În condițiuni mai potrivite. Prof. Czerny a văzut în policlinici locul unde putea fi tratată populația infantilă săracă și unde puteau să fie formați și medicii de specialitate, precum și viitorii medici fără a augmenta la infinit efectul clinicelor.

Fiind chemat la Breslau, a înființat o policlinică cu o sală de așteptare pentru aproximativ 100 persoane, cu 6 camere de consultații, unde activau 6 doctori; timpul de consultare era nelimitat, evitându-se supraaglomerațiile și acordându-se răgazul necesar unei examinări și unui tratament mai temeinice. Schematizarea a fost înlăturată. Nu a văzut pericolul contaminărilor în policlinici. Bolnavii cu nefrită hemoragică dacă nu aveau edeme erau lăsați să umble fără să fie reținuți în pat. Sugarii și copiii mai mari, bolnavi de pneumonie și aduși la policlinică erau salvați într-o proporție foarte mare, în timp ce cei internați în clinică sucombau aproape cu toții; un motiv care a pus problema aeroterapiei în afecțiunile pulmonare. Copii internați în clinică cu angioame, ori buză de epure, în timp ce afară se dezvoltaseră bine, în clinică au evoluat mai puțin bine, rezultând de aci constatarea că starea de nutriție este în funcție și de alți factori înafară de valoarea calitativă și cantitativă alimentației. Dela tratamentul rachitismului cu untură de pește cu fosfor, nu a văzut vindecări decât în cazurile mai ușoare.

Prof. Czerny a consultat cu mult interes literatura franceză, care dispunea de „opere excelente în domeniul afecțiunilor sugarilor”, așa manualele lui Bouchut, Rilliet și Barthez și Parrot, cari i-au servit la introducerea în studiul pediatriei, citând și cele două reviste franceze „Revue mensuelle” căreia i-au succedat „Archives”-ele pentru maladiile copilăriei.

În Germania se cunoștea numai manualul lui Henoch, despre boalele copiilor. Tot aci exista o singură revistă și aceasta fondată în Austria. Patru decenii mai târziu existau deja 6 reviste. A doua revistă era „Archiv für Kinderheilkunde” fondată de Baginski care nu se înțelegea prea bine cu colegii săi. Cu timpul ea a devenit revista preferată a pediatrilor vienezi. Această revistă nu apărea la termeni ficși, ci când avea material suficient de publicat. A 3-a revistă a fost „Monatsschrift f. Kinderheilkunde” fondată de Keller și actualmente sub conducerea Prof. Bessau. A 4-a revistă a fost „Zeitschrift f. Kinderheilkunde” după Heubner, un bastion împotriva revistei „Jahrbuch”; și publică numai lucrări originale. A 5-a revistă a fost „Zentralblatt f. Kinderheilkunde” rezervată numai referatelor. Cea de a 6-a revistă este „Kinderärztliche Praxis”.

Înafară de Henoch, a mai publicat un manual și Baginski. A urmat manualul în două volume a lui Heubner scris din experiența

personală a autorului. Manualul lui Birk a corespuns mai bine cerințelor studențești și ale candidaților la examen. Bendix a scris un manual ce servea acelaș scop, și care s'a bucurat de multă apreciere în Scandinavia. Au urmat apoi manualele scrise de mai mulți autori („Sechs-Männer-Bücher”) așa cel publicat de Feer; apoi a lui Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, György și Rominger; și a lui Pfaunder-Schlossmann.

Directorul ministerial Althoff a invitat pe Czerny la Breslau pentru combaterea mortalității sugarilor, deoarece formându-se într'un azil de copii și-a câștigat cunoștințe deosebite în acest domeniu („Das ich nach meiner Ausbildung in einer Findelanstalt besondere Kenntnisse auf diesem Gebiete auf zu weisen habe, so sagte Althoff, müsste ich der richtige Lehrer für Deutschland sein...”).

Cifra mortalității infantile din clinica infantilă din Praga (Azilul de copii) a fost în mod considerabil augmentată prin noui născuți și sugarii sosiți dela clinicile obstetricale și clinicile de moașe. Imbolnăvindu-se grav încă din 1-a ori a 2-a zi după sosire de turburări gastro-intestinale grave sucombeau pela sfârșitul primei săptămâni, cu toate că erau hrăniți numai cu lapte de mamă. Traumatismele obstetricale erau destul de frecvente, în funcție de o fracțiune numai a personalului medical asistent. Conducătorul unei clinici de moașe suprimând instilațiile profilactice ale lui Credé, a produs o adevărată explozie epidemică de oftalmie purulentă gonococică a noilor născuți, din care motiv a trebuit să se procedeze împotriva lui pe cale disciplinară pentru reîntronarea sistemului. Epstein a recomandat și instilațiile profilactice vaginale fetițelor născute în prezentație podalică ori pelviană. Toți sugarii erau alimentajați natural cu lapte de mamă pentru a combate marea mortalitate. Pe vremuri nu erau stenoze pilorice din cauza schimbului de doice, Prof. I. Czerny văzând în unele sorte de lapte de mamă, cauze provocatoare de vărsături. Sugarii erau alăptați din 2 în 2 ore, de aici regurgitațiile și dictonul de „Speikinder Gedeihkinder”. Prolungirea alăptării la sân pentru întreg primul an al vieții își găsește explicația în teama de alimentația artificială făcută la intervaluri din 2 în 2 ore. Prof. I. Czerny a preconizat prânzurile din 4 în 4 ore, de 5 ori în 24 h, sistem care azi a pătruns în practica zilnică. Nu se găsește de important ca noul născut să ingereze la început colostru.

Prof. Czerny trecând la Breslau și-a instalat clinica și policlinica într'o casă închiriată având o policlinică, o secție cu 16 paturi și laboratoare. În aceste condițiuni a lucrat timp de 6 ani până la clădirea noii clinici, demonstrând în acelaș timp că se poate munci cu rezultat, chiar și în cele mai modeste condițiuni. Nu consideră că rezultatele sunt în funcție de dimensiunile și frumusețea institutului, ci de prezența omului care lucrează acolo. („Ich lege Gewicht darauf, gezeigt zu haben, dass sich auch unter so bescheidenen Verhältnissen erfolgreich arbeiten lässt. Nicht auf die Grösse und Schönheit der Anstalt, sondern auf die Menschen, die dort arbeiten, kommt es an”, pag. 41).

Pediatria cuprinde pe copil dela naștere și până la pubertate. Pe timpul sosirii Prof. Czerny la Breslau, o clinică infantilă trebuia

să aibă o secție pentru sugari, o secție pentru copiii mai mari, o secție pentru bolile infecțioase și o policlinică. Autorul a mai cerut și o secție pentru tuberculoși. Mai târziu s'a făcut simțită încă o secție pentru copii anormali mintali ori medico-pedagogică, fondată la Viena de către Escherich și după el de către Pirquet. Czerny a fost împotriva unei secții chirurgicale în opoziție cu concepția lui Bökay. Autorul s'a ocupat în primul rând de dispoziția unor copii pentru boale și de anomaliiile constituționale studiate de către autorii francezi sub denumirea de diateză artritica ori uratică, individualizând sindromul de diateză exudativă. Autorul a fost acela care cu vre-o 10 ani înaintea autorilor americani, cari au încercat ficatul în tratamentul anemiei pernicioase, a întrebuintat ficatul în terapia alimentară a diatezei uractice. Pentru a produce o orientare competentă în hausul diferitelor preparate alimentare recomandate de către unii și combătute de către alții în alimentația artificială a sugarilor s'a preconizat de către Biedert înființarea unui institut model, unde să lucreze medici competenți și a căror opinie să fie sentință de casajie. Propunerea a fost acceptată de către „Societatea de pediatrie”, care însă a exclus pe Biedert. A luat ființă „Keiserin-Auguste-Victoria-Haus” din Berlin, pusă sub protectoratul împărătesei și a domnilor săi de onoare dela curte. După Prof. Czerny, edificiul la exterior a fost un palat, la interior în schimb un leagăn de sugari rău construit, unde s'a demonstrat cum pot fi salvați un număr mic de sugari cu multe parale („in dem gezeigt wurde wie man mit sehr viel Geld wenige Säuglinge erhalten kann”).

Prof. Czerny crede că mortalitatea infantilă din Germania ar fi scăzut tot atât de bine și fără ca acest institut să fi existat.

Urmează altele adevăruri crude. Prof. I. Czerny este pentru separarea completă a pediatriei de ocrotirea infantilă, de acord fiind cu Hutinel, din cauză că pediatria nu pot lua răspunderea pentru incompetența conducătorilor operelor de ocrotire. Medicii școlari trebuiesc bine formați din punct de vedere al pediatriei. Cele două preocupări principale ale medicilor de igienă școlară în trecut, au fost: băncile școlare, și anemia școlariilor. Aceasta din urmă fiind în realitate o anemie aparentă numai (paliditatea). Autorul nu crede că există o supraîncărcare de programă școlară, ci numai copii cari nu se pot adapta la cerințele școlii normale. Este de părere ca căminele de sugari să fie conduse numai de pediatri și ca fiecare medic să poată vaccina. Congreșele „Societății de pediatrie” nu au fost la înălțime. Consideră ca fiind de prisos congresul de pediatrie preventivă și contestă nevoie congreselor internaționale de pediatrie. Singurul scop bun al lor este că medicii au puțină să se cunoască („Man lernt sich kennen”). Recenzia de față este prea vastă și totuși nu a fost în situația să redea toate ideile prețioase și experiența utilă din lucrarea marelui învățat, care spune lucrurile pe nume, chiar și atunci când aceasta ar fi neplăcut unora și chiar și când spusele sale ating anumite susceptibilități. Eclipsele de colegialitate nu odată sunt puse la locul lor; eliminarea unor elemente capabile din organizațiuni importante și crearea unor instituțiuni impunătoare ca aspect, dar de un randament foarte contestat, sunt subliniate cu sinceritatea savantului plin de curaj. Atragem atențiunea publicului nostru medical

asupra acestei publicațiuni extrem de interesantă, îndeosebi azi, când se elaborează planuri de organizare pentru combaterea marelui mortalități infantile din țara noastră și când realizatorii au rezultatul experienței unui trecut plin de creațiuni fericite care trebuie să ne dispenseze de preconizarea unor încercări asupra cărora s'a pronunțat deja sentința de casajie.

*Doc. Universitar D-r Axente Iancu
Inspector General Sanitar Cluj*

* * *

SUPPURATIONS BRONCHIQUES, PULMONAIRES, PLEURALES ET MEDIASTINALES

par

EMILE SERGENT

Paris 1940, Masson et Cie.

Profesorul **Sergent** reformatorul medicinei supra-diafragmatice și a tuberculozei pulmonare a căutat să concentreze într'un volum partea rezervată supurațiunilor aparatului respirator.

Cartea sa apare înainte de luna Iunie 1940 și are ca scop nu numai de a transmite generațiilor care vor veni, cunoștințe de patologie respiratoare, ci și fructul unei experiențe personale. În adevăr nimene mai mult ca profesorul **Sergent** nu posedă în materie de patologie respiratoare o experiență mai vastă. Acest mare savant a asistat la începuturile radioscopiei pulmonare datorite lui **Béclère**. El a căutat să o aplice în numeroasele cazuri în timpul războiului mondial și să facă din serviciul său de la **Charité** un centru important de explorațiune pleuro-pulmonară.

Dar, mai mult, profesorul **Sergent** a căutat să asocieze chirurgia la terapeutică pleuro-pulmonară, realizând astfel previziunile lui **Gluck** care este considerat ca părintele chirurgiei endotoracice.

Profesorul **Sergent** arată cum chirurgia pulmonară a profitat de experiența războiului trecut și de colaborarea din ce în ce mai strânsă între medici și chirurși, după cum s'a întâmplat și cu apendicita, maladie medicală la început, devenită apoi chirurgicală.

Cu ocazia ultimei lecțiuni ținute de profesorul **Sergent** la Spitalul **Broussais-Charité**, din Paris îmi vorbea de intențiile de a concentra într'o lucrare tot ce a adunat ca material clinic pentru problema supurațiilor pleuro-pulmonare.

Această carte apare la sfârșitul primăverii anului 1940. Ea poate fi citită cu folos nu numai de medici dar și de chirurși. Azi, nu se mai discută colaborarea între medici și chirurși, nici nevoea de a avea un serviciu chirurgical într'un serviciu de maladie pulmonare.

Cartea profesorului **Sergent**, rezervată supurațiilor pleuro-pulmonare, reprezintă o etapă a mersului progresiv al medicinei și o renaștere a infailibilității ca tratament, cel puțin în unele cazuri, a chirurgiei supra-diafragmatice, propusă de **Tuffier**, **Pierre Duval** și alți chirurși din multe țări.

După considerații generale, atât de prețioase, autorul tratează cu o competență deosebită diagnosticul localizărilor, supurațiilor în bronșii, plămân, pleură și mediastin.

Capitolul rezervat supurațiilor pulmonare și clasificarea abceselor este cea mai perfectă punere la punct pe care o putem semnală.

Reputația mondială a marelui clinician francez precum și calitatea lucrărilor sale de mult afirmată n'ar justifica recomandarea pe care o fac.

Din cauza vremurilor excepționale pe care le străbatem s'ar putea ca lucrarea profesorului Sergent să treacă neobservată.

De aceea am căutat să semnaliez o carte, care neconsultată, ar putea pentru unele cazuri să constituie o lacună regretabilă.

Agreat Emil Gheorghiu

* * *

LUMBAGO, SCIATICA și ALTE CÂTEVA BOLI REUMATISMALE

de

Docent D-r IOAN STOIA și D-r HEDA I. STOIA

Editura Librăriei Jean Leon, București.

În această epocă de prefaceri a unei lumi, care își baza tot sistemul său de funcționare pe oerarhizare a valorilor, după un principiu care era în floare în epoca bizantină, popoarele spectatoare își duc o viață tot așa de agitată și chinuitoare ca și cei care își dăruiesc sângele să aperse un principiu de viață pe care și l-au impus sau care le-a fost impus.

Observatorul obiectiv al activităților colective și individuale își dă imediat seama, că o muncă spirituală, ordonată, nu își mai poate avea mediul favorabil în aceste timpuri. Pentru a putea crea, pentru a te putea concentra cu mintea asupra unei idei, după urma căreia colectivitatea să câștige, pretinde un efort așa de mare încât, prin el însăși cere o elogiare și admirație.

Docent D-r I. Stoia și D-r Heda I. Stoia se așează în această restrânsă categorie de oameni și s'au continuat opera de creație dând la iveală o foarte explicită lucrare asupra „Lumbagoului, sciaticii și altor câteva boli reumatismale”.

Meritul acestei lucrări stă în primul rând în faptul că pe baza unei foarte bogate documentări, se caută a se lămurii, ceea ce s'a denumit „lumbago” și „sciatică”.

Contra așteptărilor, popularizarea acestor două nume nu se bucură de o corespunzătoare claritate în lumea științifică. Autorii și-au impus această operă migăloasă. Sistematizând lucrările anterioare, au căutat să lumineze problemele acestea prin noțiuni de anatomie și fiziologie, insistând deasemeni îndeosebi asupra delicatelor probleme etio-patologice. Rămânând, pe cale de eliminare documentară și logică, la părerea lui De Seze, autorii adoptă concepția că „sciatica este o complicație a boalei denumită lumbago”.

Lucrarea ar fi avut o valoare mai redusă, dacă s'ar fi ținut seama numai de o operă de sintetizare a cercetărilor anterioare. Autorii însă i-au adus drept suport de seriozitate didactică, o bogată contribuție personală și rezultatele personale în domeniul clinicei și terapeutice. Radio-terapie, balneo-terapie, chimi-terapie, ca și toate celelalte mijloace terapeutice care își au valoarea lor, legată direct de cauza provocatoare, au fost expuse la fiecare capitol, cu obiectivitate, clar și documentat statistic. După studiul amănunțit al „Lumbago”-ului și „Sciaticii”, autorii expun problemele altor chestiuni anatomo-clinice, legate de noțiunea — reumatism. — Prin acestea amintesc: reumatismul extraarticular, reumatismul mușchiular, periartrita scapulo-humerală, cavitatea articulară și conduita sa terapeutică, reumatismul primar cronic progresiv, maladia lui Bechterew, etc.

Două din capitole reprezintă un interes particular. Este vorba de „factorul endocrinian și bolile reumatismale” și „rolul sistemului vascular în maladiile reumatismale”. Deși restrânse, aceste două capitole sunt de o importanță covârșitoare tocmai prin faptul că îndrumază marile probleme ale boalelor de uzură, spre substratul intim al însăși vieții. Sistemul vascular este generatorul unic anatomic și funcțional al tuturor celorlalte țesuturi și organe și este firesc că o problemă de patologie nu se poate înțelege decât prin analiza și înțelegerea cât mai deplină a marilor procese de schimbări vitale care se petrec la nivelul celulei. Schimburile de nutriție, de armonie chimică și humorală între sânge și țesuturi, rămâne criteriul cel mai drept, după care trebuie studiat în patologie. Cum însuși aparatul vascular este guvernat el însăși de sistemul glandular endocrin, studiul raportului dintre diferite afecțiuni și aceste glande este o necesitate.

Spre a-și încheia deosebit de interesanta lucrare, autorii pun și problema de actualitate a reumatismului de războiu și îngrijirea în timp de războiu a reumatismului. Numai citind, te poți lămuri cum problemele cele mai neînsemnate în aparență pot avea urmări dintre cele mai mari și supărătoare în realitate.

O bogată bibliografie și un rezumat în limba germană și franceză completează această merită, lucrare.

A mai recomanda medicilor sau publicului autorii și lucrarea, ar fi o inutilitate. Creatorii și creațiile anterioare sunt deopotrivă de apreciate și cunoscute, spre a da valoarea deplină noului opus.

D-r V. M. Plătăreanu

Organizație sanitară

Regulamentul legii pentru organizarea și funcționarea Colegiului medicilor

Art. 1. — Colegiul medicilor este organul oficial care reprezintă interesele profesiunii medicale, asigură propășirea acestei profesiuni și păstrează prestigiul ei în cadrul vieții naționale de Stat și în armonie cu interesele superioare ale națiunii.

Colegiul medicilor este persoană juridică de drept public și cuprinde pe toți doctorii în medicină și chirurgie, domiciliați în țară și autorizați să practice profesiunea medicală.

Colegiul medicilor are sediul în București. Birourile Colegiului vor funcționa după orarul oficial de serviciu al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

CAPITOLUL I

Atribuțiuni

Art. 2. — Colegiul medicilor are ca atribuțiuni principale:

a) De a veghea la aplicarea legilor și regulamentelor care organizează și reglementează exercițiul profesiunii, precum și la respectarea principiilor de deontologie medicală;

b) De a sprijini orice acțiune de ridicare și de progres a culturii medicale;

c) De a stabili norme pentru reglementarea onorariilor și a fixa minimum de retribuțiuni pentru medicii care sunt angajați de instituțiuni particulare;

d) De a arbitra la cererea părților diferendele dintre medici și instituțiunile particulare sau particulari;

e) De a crea și sprijini instituțiuni de prevedere și asistență pentru medici și familiile lor;

f) A colabora cu autoritățile de resort la rezolvarea problemelor sanitare, în care are competența tehnică.

CAPITOLUL II

Inscrierea în colegiu

Art. 3. — Numai doctorii în medicină și chirurgie civili sau militari, având dreptul de liberă practică, potrivit legilor în vigoare, înscriși în colegiul medicilor și la curent cu plata cotizațiilor, vor putea exercita profesiunea medicală.

Sunt obligați de a se înscrie în colegiul și medicii funcționari publici, chiar dacă prin legile lor organice sunt opriți de a face clientela particulară.

Contravenienții la dispozițiunile de mai sus, în afară de sancțiunile prevăzute de legile speciale, vor fi pedepsiți conform art. 589 din codul penal.

Art. 4. — Inscrierea se face la sediul secțiunii județene a Colegiului, unde solicitantul dorește a exercita profesiunea, imediat după obținerea liberei practice sau după numirea în funcțiune.

Comitetul județean, primind cererea de înscriere, este obligat a o rezolva în cel mult 30 zile.

Deciziunile vor fi afișate la sediul Colegiului și se vor comunica indivi-

dual, cu dovadă de primire sau prin scrisoare recomandată, celor interesați.

Contestațiunile la înscrierea și apelurile contra deciziunilor comitetului județean vor fi făcute în termen de 10 zile libere dela publicare în caz de contestație sau dela comunicare în caz de apel.

Apelurile și contestațiile împreună cu dosarele respective se vor înainta în termen de 5 zile comitetului executiv.

Comitetul executiv este obligat a rezolva contestațiile și apelurile în cel mult 30 zile dela primirea dosarului.

Hotărârile comitetului executiv sunt definitive și executorii.

Ele vor fi motivate și se vor putea ataca cu recurs la Înalta Curte de Casație, care va judeca și în fond.

În caz de nerezolvarea cererilor, contestațiilor sau apelurilor, de către comitetul județean sau comitetul executiv, în termenele prevăzute mai sus, cei interesați vor avea dreptul să se adreseze imediat instanței superioare, care va judeca în apel sau recurs, după caz, pronunțându-se asupra însuși fondului.

Art. 5. — Pentru a fi înscris în Colegiul medicilor se cer următoarele condițiuni:

- a) Cetățenia română;
- b) Exercițiul drepturilor civile;
- c) Diploma de doctor în medicină și chirurgie și autorizațiunea de liberă practică eliberată de autoritatea în drept;
- d) Să nu se găsească în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate, prevăzute în legea și regulamentul de organizare al colegiului.

Dovada îndeplinirii condițiilor dela punctele de mai sus, se vor face pe baza de acte prezentate personal la sediul secțiunii județene odată cu cererea de înscriere.

CAPITOLUL III

Incompatibilitatea și nedemnitatea

Art. 6. — Exercițiul profesiunii de medic este incompatibil cu:

- a) Profesiunea de comerciant;
- b) Profesiunea de farmacist;
- c) Orice profesiune de natură a aduce o știrbire demnității profesionale de medic.

Art. 7. — Sunt nedemni de a practica profesiunea cei condamnați la pedepse ca autori sau complici, pentru delictе și crime față de care legiuitorul a prevăzut, în mod expres pe lângă pedeapsa principală și degradarea civică sau interdicția corecțională.

CAPITOLUL IV

Drepturile și obligațiunile membrilor

Art. 8. — Membrii Colegiului se bucură de toate drepturile și prerogativele conferite medicilor prin legile sanitare și regulamentele de organizare a profesiunii medicale.

Ei vor avea o carte profesională și vor putea purta insignă.

Art. 9. — Membrii colegiului sunt obligați:

- a) Să se conformeze dispozițiilor legilor și regulamentelor în vigoare;
- b) Să se supună deciziunilor organelor stabilite prin legea pentru organizarea Colegiului medicilor și regulamentului ei de aplicare;
- c) Să observe în orice împrejurare regulile de disciplină și colegialitate profesională;
- d) Să achite regulat cotizațiunile stabilite de organele Colegiului;
- e) Să exercite în mod obișnuit profesiunea lor, numai în localitatea unde își au domiciliul lor real.

Se exceptează medicii balneologi în stațiunile balneare și cazurile de consult medical.

CAPITOLUL V

Organizare

Secțiunea I

Dispozițiuni generale

Art. 10. — Colegiul medicilor este împărțit și organizat pe județe. Toți medicii cu dreptul de liberă practică din cuprinsul unui județ înscrși în colegiu alcătuiesc secțiunea județeană respectivă, cu sediul în capitala județului.

Art. 11. — Pentru coordonarea activității secțiilor județene, unitatea de conducere și exercitarea atribuțiilor de for apelativ, Colegiul medicilor are organizare centrală, cu sediul în Capitala țării.

Secțiunea II

Organe regionale (județene)

Art. 12. — Organele de conducerea administrației, control și disciplină ale secțiunii județene sunt:

- a) Adunarea generală;
- b) Comitetul județean;
- c) Comisiunea de disciplină;
- d) Comisiunea de control financiar.

Art. 13. — Adunarea generală se compune din totalitatea membrilor secțiunii județene respective.

Ea se întrunește odată pe an, în sesiune ordinară în cursul lunii Septembrie și în sesiunea extraordinară, ori de câte ori nevoia va cere, la convocarea președintelui secțiunii sau locțiitorului său.

Membrii vor fi înștiințați cu 15 zile înainte de data adunării prin ziare și anunț la sediul respectiv.

Pentru sesiunile extraordinare termenul de mai sus se poate reduce la 3 zile.

Ea este legal constituită, dacă la prima convocare vor fi prezenți jumătate plus unul din membrii care compun secțiunea.

În caz când nu s'ar întruni acest număr, a doua adunare generală, se va ține fără vreo altă convocare în a 8-a zi dela data celei precedente și va fi valabil constituită cu orice număr de membri prezenți.

Art. 14. — Adunarea generală are următoarele atribuțiuni:

- a) Alege din sânul său, prin vot secret și cu majoritatea absolută comitetul județean și pe membrii comisiei disciplinare și ai comisiei de control; medicii aleși vor face parte numai din comitet sau numai din una din cele două comisii;
- b) Examinează darea de seamă prezentată de comitet și aproba gestiunea financiară a acestuia, dând descărcarea cuvenită.

Art. 15. — Comitetul județean se compune dintr'un președinte și un număr de membri, toți aleși de adunarea generală pe termen de 3 ani și în proporția următoare:

Secțiunile cu 1—200 membri vor avea 4 membri și un supleant.

Cele cu 201—500 membri vor avea 6 membri și 2 supleanți.

Cele cu 501—1000 membri, vor avea 8 membri și 3 supleanți.

Cele cu mai mult de 1000 membri, vor avea 10 membri și 4 supleanți.

Dintre aceștia, cel puțin președintele și 2 membri vor fi aleși dintre medicii domiciliați în Capitala județului.

Când se vor înscri mai puțin candidați decât numărul legal pentru constituirea comitetului, cei înscrși se vor declara aleși fără a se mai proceda la vot, de către biroul electoral, iar completarea locurilor vacante se va face prin cooptarea dintre membrii secțiunii județene care împlinesc condițiunile legale.

Art. 16. — Comitetul are următoarele atribuțiuni:

a) Primește și rezolvă cererile de înscriere și de transferare dintr'o secțiune în alta;

b) Întocmește tabloul membrilor secțiunii și îl ține la curent; șterge din controale numărul celor decedați sau ai celor care au pierdut dreptul de a profesa, aducând la cunoștință Comitetului executiv al Colegiului schimbările sur-

c) Exerciți controlul practicii medicale în cuprinsul județului și veghează la păstrarea prestigiului profesional, luând măsurile ce va crede de cuviință ca primă instanță;

d) Administrează bunurile colegiului date în folosința secțiunii județene; întocmește bugetul și îl execută conform aprobării consiliului superior;

e) Aduce la îndeplinire deciziunile Consiliului superior al Colegiului;

f) Formulează propuneri în chestiunile care interesează bunul mers al profesiei și le înaintează spre examinare și deciziune consiliului superior;

g) Dă dispozițiuni și încasează cotizațiile dela membrii săi, fie la sediul colegiului, fie la domiciliul membrilor;

h) Dispune trimiterea a 50% din încasările totale dela membrii săi, comitetului executiv;

i) Poate angaja un secretar administrativ și acorda ajutoare, dacă fondurile comitetelor județene permite asemenea cheltuieli.

Art. 17. — Comitetul se întrunește în mod obligatoriu odată pe lună și ori de câte ori președintele o cere.

Numărul minimum al membrilor cu care se poate lucra este de 3 pentru secțiunile cu 4 membri, de 4 pentru secțiunile cu 6 membri, de 5 pentru secțiunile cu 8 membri și de 6 pentru secțiunile cu 10 membri.

Membrii supleanți vor fi convocați la toate ședințele comitetului și vor înlocui titularii care lipsesc.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenți. Votul președintelui este hotărâtor în caz de paritate.

Art. 18. — Comitetul va discuta și va hotărâ asupra tuturor chestiunilor care sunt la ordinea zilei. Comitetul poate discuta și poate da avizul asupra tuturor chestiunilor care privesc interesele profesiei medicale, drepturile și datoritățile, precum și demnitatea și reputația acestei profesii. De asemeni va putea să-și dea avizul asupra problemelor de sănătate publică pe care poate să-l aducă la cunoștința Ministerului Sănătății. Copia procesului-verbal al fiecărei ședințe se înaintează comitetului executiv.

Art. 19. — Președintele sau în caz de împiedicarea acestuia, înlocuitorul său, reprezintă secțiunea județeană a colegiului, stabilește câmpul de activitate a membrilor colegiului și supraveghează activitatea lor profesională.

El fixează ședințele comitetului, precum și adunarea generală a secțiunii Colegiului medicilor, prezidează aceste ședințe și pune în execuție deciziunile luate.

Art. 20. — Membrii comitetului județean al colegiului sunt obligați a asista la ședințele comitetului. În caz de împiedicare trebuiesc să arate motivele lipsei lor.

Art. 21. — Mandatul de membru al comitetului încetează de drept, dacă titularul se găsește în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate, prevăzute de art. 6 din lege.

În asemenea cazuri vacanța se completează prin cooptarea unui nou membru.

Art. 22. — Comitetele județene sunt obligate să dea la cerere informațiuni autorităților de Stat din sectorul lor și să sprijine activitatea acestor autorități.

Art. 23. — Membrii comitetului care vor lipsi nejustificat dela 5 ședințe consecutive, vor fi considerați ca demisionați.

Vacanțele produse în orice mod în comitet între membrii comitetului se vor completa pentru restul timpului cât durează mandatul.

Art. 24. — Gestiuunile secțiunilor colegiului se fac după normele stabilite de consiliul superior și de comitetul executiv.

Controlul financiar se va executa de comisia de control financiar, compusă din 3 membri și 3 membri supleanți aleși pe termen de 3 ani de adunarea generală.

Art. 25. — Judecarea tuturor abaterilor profesionale ale medicilor este dată în competența unei comisii de disciplină, care va funcționa pe lângă fiecare secțiune județeană.

Comisiunea de disciplină se compune din 2 membri asesori și 2 supleanți aleși pe termen de 3 ani de adunarea generală.

Comisiunea de disciplină va fi prezidată de primul-președinte al tribunalului local sau de președintele tribunalului acolo unde este prim-președinte.

Secțiunea III

Organe centrale

Art. 26. — Organele centrale de conducere, administrație, control și disciplină ale Colegiului Medicilor sunt:

- a) Consiliul superior;
- b) Comitetul executiv;
- c) Președintele Colegiului;
- d) Comisiunea de control financiar;
- e) Comisiunea centrală de disciplină.

Art. 27. — Consiliul superior se compune din totalitatea președinților secțiilor județene și încă 3 membri numiți de Ministerul Sănătății.

El se întrunește cel puțin odată pe an în sesiune ordinară, în cursul lunii Noiembrie ori de câte ori nevoia va cere, în sesiune extraordinară, la convocare președintelui Colegiului sau locțiitorului său.

Membrii Consiliului superior vor fi înștiințați cu 15 zile înainte de data adunării prin invitații personale.

În caz de sesiune extraordinară termenul de mai sus se poate reduce până la 3 zile.

Consiliul superior este legal constituit dacă vor fi prezenți jumătate plus unul din membrii care îl compun.

În cazul când nu s'ar întruni acest număr, consiliul se va ține fără vreo altă convocare în a 8-a zi dela data celei precedente și va fi legal constituit cu orice număr de membri prezenți.

Art. 28. — Consiliul superior are următoarele atribuțiuni:

- a) Exercițiu supravegherea și controlul practicii medicale ca for superior;
- b) Examinează propunerile făcute de Comitetul executiv și își dă avizul asupra propunerilor primite din partea secțiilor județene;
- c) Administrează averea Colegiului, aprobă bugetul întocmit de Comitetul executiv, precum și bugetele secțiilor județene;
- d) Alege pe președintele și membrii Comitetului executiv;
- e) Alege pe membrii Comisiunii de control financiar și pe cei ai Comisiunii centrale de disciplină;

f) Fixează cotizațiile anuale obligatorii pentru membrii Colegiului;

g) Pronunță asupra chestiunilor de ordin material sau moral care interesează profesiunea medicală și ia măsuri de ordin general cu privire la îndrumarea și conducerea Colegiului.

Art. 29. — Comitetul executiv se compune dintr'un președinte și 4 membri. Președintele Comitetului județean și județului Ilfov este drept președinte al Consiliului superior și al Comitetului executiv.

Membrii Comitetului executiv sunt aleși prin vot secret și cu majoritate absolută de Consiliul superior, dintre membrii săi, în sesiunea ordinară.

Durata mandatului este de 3 ani.

Comitetul nu poate lucra și lua hotărâri valabile cu mai puțin de 3 membri, inclusiv președintele.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenți. Votul președintelui este decisiv în caz de paritate.

Comitetul ține cel puțin 4 ședințe pe an și poate fi convocat de președinte ori de câte ori nevoia va cere.

Comitetul va avea un secretar, numit la propunerea președintelui care va fi medic și va purta titlul de secretar general.

Art. 30. — Membrii Comitetului executiv al consiliului sunt obligați a asista la toate ședințele Comitetului executiv.

Membrii Comitetului executiv care vor lipsi dela 5 ședințe consecutive, vor fi considerați ca demisionați.

Pentru orice absență trebuie să arate în scris președintelui motivele lipsei.

Vacanțele produse în orice mod se vor completa de Comitetul executiv pentru restul timpului cât durează mandatul prin cooptare și sub rezerva ratificării de către Consiliul superior la prima întrunire.

Art. 31. — Atribuțiunile Comitetului executiv sunt:

- a) Îndeplinește însărcinările date prin delegație de către Consiliul superior, iar

În cazuri de urgență poate lua dispozițiuni din proprie inițiativă, rămânând ca măsurile luate să fie supuse ratificării Consiliului superior;

b) Alcătuește bugetul său și îl execută în limitele aprobării Consiliului superior;

c) Primește 50% din totalul încasărilor de cotizații dela secțiunile județene;

d) Acceptă legatele și donațiunile făcute Colegiului;

e) Încheie acte și convențiuni necesare bunei funcționări a Colegiului și administrării averii acestuia;

f) Editează un buletin al Colegiului, în care se vor publica și deciziunile Comisiunii centrale de disciplină;

g) Poate angaja un secretar administrativ, un avocat, un contabil și alte ajutoare necesare serviciului;

h) Fixează normele după care vor fi ținute gestiunile secțiunilor județene;

i) Judecă apelurile și contestațiunile împotriva hotărârilor de înscriere în Colegiu.

Art. 32. — Președintele reprezintă Colegiul medicilor în fața instanțelor judecătorești și autoritățile administrative.

El rezolvă cererile adresate Colegiului și semnează corespondența care îi va fi totdeauna contrasemnată de secretarul general.

Aprobă cheltuielile în limita delegațiunii date de comitet și ordonancează sumele de plată.

Îndeplinește orice alte însărcinări date de Comitetul executiv în limitele atribuțiunilor acestuia

Președintele Colegiului pe tot timpul duratei mandatului său va avea domiciliul în capitala țării.

În lipsa președin'teului, cel mai în vârstă dintre membrii comitetului îi va ține locul.

Art. 33. — Comisiunea de control financiar se compune din 3 membri titulari și 3 supleanți aleși de Consiliul superior în sesiune ordinară.

Durata mandatului membrilor este de 3 ani.

Art. 34. — Comisiunea centrală de disciplină se compune din 4 membri titulari și 5 membri supleanți dintre membrii Colegiului cu domiciliul în Capitala țării.

Comisiunea centrală de disciplină se alege în fiecare an când are loc adunarea generală.

Comisiunea este prezidată de un președinte al Curții de Apel din București, desemnat de Ministerul de Justiție, la cererea Comitetului executiv și pe termen de 4 ani.

CAPITOLUL VI

Alegeri

Art. 35. — Sunt eligibili:

a) În Comitetul executiv și Comisiunea centrală disciplinară numai medicii înscriși în Colegiu și având o practică profesională de cel puțin 15 ani;

b) În Comitetul de secțiune județeană, în Comisiunile de control financiar și în Comisiunile de disciplină județene, numai cei cu o practică de cel puțin 10 ani.

Art. 36. — Vor putea vota numai medicii care vor fi în regulă cu palata cotizațiunilor anuale, dovedind aceasta cu carnetul de identitate eliberat de colegiul medicilor.

Art. 37. — Cel ales nu poate refuza mandatul de membru al comitetului decât numai în cazul în care are vârsta de peste 60 ani, sau dacă în ultimul exercițiu al Colegiului județean a avut această demnitate.

Art. 38. — Alegerea este secretă.

Toți candidații se înscriu în ordinea alfabetică pe un buletin ștampilat cu sigiliul Colegiului.

Fiecare membru cu drept de vot primește un asemenea buletin depe care va șterge numele celor pe care nu ar voi să-i voteze.

Numele rămase neșterse se socotesc ca votate.

Buletinele care nu vor cuprinde un număr de candidați votați (adică neșterși depe buletin) mai mare decât cel fixat de lege, sunt nule.
Cele care vor cuprinde un număr de votați mai puțin se vor considera valabile.

Biroul electoral este alcătuit din președintele comitetului sau locțiitorul, sau asistat de 2 membri desemnați de Comitetul Colegiului județean în ajunul alegerii.

Art. 39. — Medicii care doresc să candideze trebuie să declare în scris candidatura cu 5 zile înainte de data alegerii, la sediul Comitetului Colegiului județean, depunând și taxele necesare pentru publicare buletinelor de votare.

Art. 40. — Vor fi declarați aleși ca membri ai Comitetului Colegiului medicilor, candidații care vor fi obținut cele mai multe voturi. În caz de paritate, alegerea se face prin tragere la sorți.

Rezultatul alegerii va fi afișat de către președinte la sediul Colegiului medicilor și prin ziare.

Art. 41. — Abaterile cu prilejul votării și procedeele ilegale întrebuintate, întrucât ar fi putut avea o influență simțitoare asupra rezultatului alegerilor, vor trebui semnalate în scris biroului electoral cu drept de apel la Comitetul Executiv în termen de 3 zile.

Art. 42. — Prima întrunire în ședința membrilor Comitetului se face la cererea fostului președinte și trebuie să aibă loc în termen de 15 zile dela rezultatul alegerilor.

În cazul că fostul președinte nu convoacă comitetul, ele se convoacă singur la sediul Colegiului.

Art. 43. — Fostul președinte prezidează constituirea noului comitet, care se compune dintr'un președinte, un vice-președinte și un casier.

Art. 44. — Numai după constituire, președintele fostului comitet depune mandatul în mâinile noului președinte.

CAPITOLUL VII

Urmăriri, acțiune disciplinară, sancțiuni

Art. 45. — Comitetele județene prin președintele lor, sunt în drept să sesizeze parchetele respective și autoritățile competente, pentru urmărirea și trimiterea în judecată a celor ce își vor atribui sau vor întrebuinta fără drept titlul sau calitatea de medic, care vor practica în mod ilicit medicina, putându-se constitui parte civilă pentru daune morale sau materiale.

Prin practica ilicită a medicinei se înțelege faptul de a administra sau aplica în mod obișnuit medicamente și tratamente, sau de a practica operațiuni chirurgicale fără a fi medic.

Art. 46. — Membrii Colegiului care vor contraveni dispozițiilor privitoare la practica profesională prevăzută în art. 37 al legii, sau art. 60 al prezentului regulament, vor fi trimiși în judecata comisiei disciplinare județene respective.

Art. 47. — Comisiunea de disciplină județeană este sesizată de președintele secțiunii, fie din oficiu, fie în urma unei reclamațiuni.

Președintele secțiunii, primind reclamația, însărcinează cu cercetarea cazului pe un membru din comitet, care va asculta pe medicul învinuit, invitându-l pentru aceasta, prin scrisoare recomandată.

După facerea cercetărilor se va încheia un raport, care va fi înaintat președintelui comitetului județean. Acesta îl va prezenta plenului comitetului care va decide cu majoritate dacă medicul învinuit va fi trimis Comisiunii de disciplină.

Art. 48. — În materie disciplinară sunt admise toate probele conform apărării suverane a comisiei de disciplină județeană.

Art. 49. — Comisiunea de disciplină județeană judecă după convingerea sa liberă, obținută prin examinarea conștințioasă a tuturor dovezilor din dosar.

Art. 50. — Medicul învinuit trebuie să se prezinte personal, chiar dacă el și-a ales un apărător. La nevoie președintele comisiei îl va putea dispune pentru confruntare, prezentarea însuși a reclamantului.

Art. 51. — Recuzarea membrilor comisiei disciplinare județene este ad-

misibilă, în cazuri de suspiciune legitimă. Motivele de suspiciune legitimă sunt lăsate aprecierii suverane a Comisiunii disciplinare.

Asupra recuzărilor pentru legitimă suspiciune, deliberările Comisiunii vor fi secrete.

Art. 52. — Dacă în decursul judecății se ivește bănuială că e vorba de un fapt penal, Comisiunea de disciplină județeană sesizează ministerul public, până la terminarea procedurii judecătorești, procedura disciplinară este întreruptă.

Art. 53. — Un exemplar al deciziei Comisiunii disciplinare județene și centrală se va trimite președintelui Comitetului Executiv.

Art. 54. — Deciziunile vor fi motivate și vor cuprinde mijloacele de apărare invocate. Ele vor fi semnate de președinte și de membrii comisiunii și se vor publica în buletinul Colegiului medicilor.

Art. 55. — Cheltuielile procedurii disciplinare cad în sarcina învinutului în caz de condamnare, iar în caz de achitare trebuie suportate de reclamant. Comisiunile de disciplină centrală și județene vor stabili suma cheltuielilor procedurale prin deciziunile lor.

Art. 56. — Redactarea deciziunilor se va face în cel mult 10 zile dela pronunțare. Comunicarea lor va trebui făcută în cel mult 15 zile dela redactare, atât părților cât și secțiunii județene respective.

Art. 57. — În contra deciziunilor Comisiunilor de disciplină județene se poate face apel la Comisiunea centrală de disciplină în termen de 15 zile dela pronunțare.

În caz că pronunțarea s'a făcut în lipsa celui condamnat, termenul de apel va curge dela comunicarea deciziei care se face prin scrisoare recomandată.

Data poștei fixează acest termen.

Apelul va fi îndreptat către Comisiunea care a pronunțat decizia și care, după primire îl va înainta comisiunii centrale împreună cu dosarul cauzei în termen de 10 zile.

Art. 58. — Ședințele Comisiunii centrale de disciplină nu sunt publice.

Medicul trimis în judecată va fi citat prin scrisoare recomandată cu cel puțin 8 zile libere înainte de termenul fixat pentru judecare. El alți va putea face apărarea înaintea comisiunii de judecată, fie singur, fie asistat de un coleg sau un avocat.

Toate probele legale sunt admisibile în fața comisiunii centrale de disciplină.

Art. 59. — Deciziunile comisiunii centrale de disciplină vor putea fi atacate cu recurs la Înalta Curte de Casație, care va judeca și în fond.

Recursul este suspensiv de executare.

Art. 60. — Sunt considerate ca abateri profesionale în special:

a) Faptul de a profesa în mod obișnuit în altă parte decât în localitatea și județul unde medicul este domiciliat și înscris;

b) Faptul de a avea două sau mai multe cabinete. Se exceptează sanatoriile și clinicele particulare;

c) Atragerea clientelei prin mijloace incompatibile cu demnitatea profesională, precum ar fi: întrebuițarea de intermediari, reclame prin ziare și anunțuri cu conținut altul decât cel prevăzut de regulamentul deontologic, circulații și conferințe cu scopuri lucrative;

d) Faptul de a anunța și întrebuița așa zise leacuri sau medicamente secrete ori de a recomanda locul de procurare a medicamentelor;

e) Faptul de a uza de firme cu conținut și dimensiuni diferite de cele ce se vor fixa de comitetul executiv prin regulamentul privitor la deontologia medicală;

f) Atribuirea de titluri de specialiști, altele decât cele obișnuite și prevăzute în lege și regulamentele în vigoare;

g) Faptul de a uza de titluri pe care nu le posedă în mod legal;

h) Divulgarea secretelor profesionale fără autorizație legală;

i) Neplata cotizațiilor fixate de organele colegiului.

Art. 61. — Comisiunile de disciplină vor putea pronunța, după gravitatea faptelor, următoarele sancțiuni:

a) Avertisment oral;

b) Avertismentul scris și publicat;

- c) Ridicarea dreptului de a alege și a fi ales în vreuna din demnitățile profesionale, dela 1 până la 3 ani;
 d) Interdicția temporară a practicii medicinei, dela o lună la 1 an;
 e) Excluderea din colegiu cu pierderea drepturilor profesionale și a funcțiilor publice, pentru medicii care sunt funcționari publici.

Pedeapsa excluderii din colegiu se va da numai în cazuri de recidivă.

CAPITOLUL VIII

Dispozițiuni finale și transitorii

Art. 62. — Colegiul medicilor din România, astfel cum este organizat prin legea publicată în Monitorul Oficial Nr. 92 din 17 Aprilie 1940 și Asociația generală a medicilor din România, recunoscută ca persoană juridică prin legea promulgată cu înaltul decret regal cu Nr. 1479 din 23 Martie 1900, se contopesc și integrează într-o singură organizație profesională, sub denumirea Colegiul medicilor.

Art. 63. — Intreg patrimoniul fostei Asociații generale a medicilor din România trece asupra Colegiului medicilor.

Art. 64. — Până la noile alegeri, potrivit legii, și care vor avea loc în cursul lunii Iulie 1940, organele actuale vor continua a funcționa și îndeplini atribuțiunile lor respective.

Dat la 2 Iulie 1940.

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Prof. D-r N. Hortolomei. CAROL
Nr. 2241.

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

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)



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

București: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102
Cluj: Drogueria „ROYAL“
Piața Unirii 26

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse