

D. 6713

TRACTAT

DE

IGIENA PUBLICA

ȘI DE

POLITIA SANITARA

DE

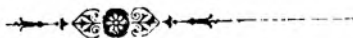
DR. I. FELIX

*Profesor la Universitatea din București,
Membru Academiei Române,
Membru Consiliul sanitar superior.*



PARTEA A DOUA

BOALELE SI BOLNAVII



BUCURESCI

—
TIPOGRAFIA ACADEMIEI ROMÂNE (LABORATORII ROMÂNI)

No. 42.— Strada Colțel.— No. 42

1889.

TRACTAT
DE
IGIENA PUBLICA

ȘI DE
POLIȚIA SANITARA

DE
Dr. I. FELIX

*Profesor la Universitatea din București,
Membru Academiei Române,
Membru Consiliul sanitar superior.*



PARTEA A DOUA

BOALELE ȘI BOLNAVI

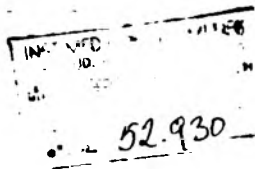


BUCUREȘCI

TIPOGRAFIA ACADEMIEI ROMÂNE (LABORATORII ROMÂNI)

No. 42.— Strada Colțel.— No. 42

1889.



28 MAY 2006

-16.074-

BOALELE
și
BOLNAVII

P R E F A Ț A

Am esitat mult timp a da publicității partea a doua a tractatului meu de igienă publică și de poliție sanitară, care formeză tot-de-o-dată o lucrare de sine stătătoare, independentă de partea d'ântăiū; ea a fost de mai multe ori gata a fi imprimată și în ultimul moment de mai multe ori prelucrată, din cauza insuficienței și nesiguranței a cunoștințelor noastre asupra originei și transmiterii multor bôle, din cauza studiilor noūi, cari probéză inexactitatea multor date, considerate până ieri ca adevăruri științifice.

Cu o repeziciune extraordinară s'aū succedat în cel din urmă 20 ani descoperiri importante, cari aū dărâmat clădirile cele vechi ale etiologiei și ale profilaxiei, zidite pe fundamente ipotetice și revoluțiunea științelor biologice, provocată de Louis Pasteur și de urmașii săi, ne impune datoria a construi un edificiu noū al Igienei și al Poliției sanitare, pe base solide, exacte, positive,

Cartea de față este unul dintre cele d'ânteiu tractate de igienă care se confôrmează cu noua stare de lucruri, cel d'ânteiu care acordă părței epidemiologice locul, însemnătatea și dezvoltarea ce i se cuvine. Cu tôte acestea am cređut că nu trebuie să mai ascept cu imprimarea ei, până când unii dintre igieniștii străini, mai autorisați, fiind sémă de juna sciință bacteriologică, vor alcătui un sistem nou de igienă, și vor înavuți literatura cu o scriere mai perfectă de cât cea de față.

Rog dar pe cititori, ca să primescă cartea de față cu aceeași bună voință și indulgență, cu care au primit publicațiunile mele anteriore.

I. FELIX.

București, Decembre 1888.

I N D I C E

	<i>Pag na</i>
Prefața	V
Indice	VII
Literatura	1
Epidemiologia generală	11
I. Bolnavii în fața administrației publice	11
II. Etiologia generală	13
III. Microbii	18
IV. Infecțiunea	36
V. Apărarea în contra bolilor infecțioase	47
VI. Desinfecțiunea	48
VII. Inoculațiunea preventivă	96
VIII. Isolarea bolnavilor	104
IX. Măsurile generale în contra epidemiilor	110
X. Carantinele	129
XI. Poliția sanitară internațională	149
Epidemiologia specială	191
<i>Bolile transmisibile a'e omului</i>	<i>192</i>
XII. Pesta	192
XIII. Cholera asiatică	212
XIV. Febra galbenă	232
XV. Tifus	234
XVI. Febra tifoidă	238
XVII. Febra recurentă	242
XVIII. Vărsatul	244
XIX. Vaccinațiunea	250
XX. Cultivarea vaccinului animal	284
XXI. Scarlatina și Pojarul	304
XXII. Tusea convulsivă	307
XXIII. Difterită	308
XXIV. Crupul	313
XXV. Pneumonia infecțioasă	314

	<i>Pagina</i>
XXVI. Meningita cerebro-spinală epidemică . . .	319
XXVII. Parotita epidemică	321
XXVIII. Disenteria	322
XXIX. Bóelele septice	325
XXX. Febra puerperală	332
XXXI. Oftalmiile contagióse	337
XXXII. Tuberculoza	342
XXXIII. Scrofulosa	355
XXXIV. Bóelele venerice	357
XXXV. Prostitutiunea	367
XXXVI. Ruia	379
<i>Bóelele animalelor transmisibile la om</i> . . .	383
XXXVII. Turbarea.	383
XXXVIII. Dalacul	407
XXXIX. Răpciuga	413
XL. Durerea de gură și de picióre	419
Căutarea Bolnavilor.	421
XLI. Exercițiul medicinei	421
XLII. Móșele.	426
XLIII. Exercițiul chirurgiei dentistice	429
XLIV. Exercițiul micéi chirurgii	431
XLV. Sororile de caritate	432
[XLVI. Ajutorul medical gratuit	435
§XLVII. Spitalele	442
XLVIII. Spitalele rurale.	484
XLIX. Isolarea bolnavilor care sufer de bóle infectióse	491
L. Spitalele de copii.	496
LI. Institutele de nascere	498
LII. Institutele de alienați.	501
LIII. Asilele pentru bătrâni, infirmii și incurabili . . .	512
LIV. Institutele de copii găsiți.	514
LV. Doicele (Mancele).	524
LVI. Ambulanțele rurale	529
LVII. Asilele pentru bețivi	531
LVIII. Coloniile de vacanță	533
LIX. Societățile Crucéi Roșie.	534
LX. Farmaciile	551
LXI. Comerțul cu substanțe toxice. Drogueriele. . .	560
LXII. Apele minerale și stațiunile climatice . . .	561

BOALELE SI BOLNAVII

LITERATURA

I. Séraphim. (né à Bucharest en Valachie). Dissertation sur les fièvres bilieuses. Paris 1815.

St. V. Episcopescu. Mijlôce și lécuri de ocrotirea ciumei. Bucuresci 1824.

N. Kiriakopol. Două-spre-zece învățături pentru femeile cele îngreutate pentru casul născerei și pentru lehuzie. Iași 1827.

P. Vasică. Despre ciurma răsăritului. Pesta 1832.

St. V. Episcopescu. Apele metalice ale Rumâniei. Bucuresci 1833.

Dr. Zotta Protomedicus der Moldau und Mag. Pharmac. A. Abrahamfy. Die Mineralwässer von Slanic. Das Eisenwasser von Charul-Dornei, Borea und Hangu. Das Schwefelwasser von Strunga. In Buchners chemischen Annalen 1834.

C. Vărnăv. Apa minerală de la Văiluța lângă Ești. In Albina Moldovei, 1838.

D. Culcer. De Peste Orientali. Dissertatio inauguralis Pesta 1839.

N. Cretzulescu. Manual pentru îngrijitorii și îngrijitórele de bolnavi. Bucuresci 1842.

Postelnicul G. Cuciuranu. Descrierea celor mai însemnate spitale din Germania, Anglia și Franța. Iași 1842.

- C. Vărnav.* Despre Cholera Asiatică. Iași 1844.
- Dr. I. Cihac* și farm. *F. Humpel.* Isvorele de la Băltătesc. In Albina Românăescă 1844.
- Protomedicul G. Cuciurănu.* Despre măsurile în contra cholerii epidemice. Iași 1847.
- Postelnicul G. Cuciurănu,* Protomedic. Proiectul de legiuire pentru hultuire. Iași 1847.
- C. C. Hepites.* Balta Alba. Bucurescî 1847.
- G. Vărnav.* Apele minerale de la Slănic. Iași 1847.
- A. Fătu.* Despre întrebuințarea apei simple și a apelor minerale din România. Iași 1851. (prima ediție).
- Protomedicul L. Stege.* Apele minerale de la Slănic în Moldova. Iași 1854.
- G. Polyzu.* Cărticica altoiului. Bucurescî 1859.
- Davaine.* Sur le charbon. Compt. rend. 1863.
- A. Marcoviță* și *I. Felix.* Studii asupra epidemiei de febre recurente din St.-Petersburg. Monitorul medical 1865.
- I. Felix.* und *A. Marcovici.* Studien über das recurrirende Fieber. Wiener medicin. Wochenschrift 1865.
- I. Lister.* Carbol pansament. Lancet. London 1867,
- Hallier.* Parasitologische Untersuchungen, Iena 1868.
- St. Vețnu.* Apele sulfuröse de la Olănesci. Bucurescî 1869.
- R. Virchow.* Ueber Hospitälern und Lazarette. Berlin 1869.
- S. Konya.* Chemische Untersuchungen der Mineralquelle Veilutza bei Iassy, Sitzungsberichte der kais. Academie der Wissenschaften. Wien 1870.
- A. N. Bernad-Lendway.* Apele minerale de la Predel și Rosnova. In Românul 1871.
- A. N. Bernad-Lendway.* Studii asupra apelor minerale române. Revista științifică. 1873.
- C. Davila.* Despre Balta Albă, Columna lui Traian. 1873.
- Obermeyer.* Febris recurrens. Medic. Centralblatt 1873.
- G. C. Stănescu.* Studii asupra vacciniei animale. Bucurescî 1874.
- D. Staicu.* Cow-pox sau vaccina animală. Tesa pentru doctorat în medicină. Bucurescî 1875.

A. Sutz. Alienatul în fața societății și a științei. București 1877.

P. Poni. Apa minerală de la mănăstirea Némțului. Iași 1877.

Naegeli. Die niederen Pilze, München 1877.

R. Koch. Die Wundinfektionskrankheiten. Leipzig 1878.

A. Fauvel et E. Vallin. Prophylaxie des maladies contagieuses et infectieuses. Paris 1878.

C. Voelkner. Die ovalbogenförmige Kriegsbaracke der K. K. oesterr. Armee. Wien 1878.

Chassagne. Les hôpitaux sans étages et les pavillons isolés. Paris 1878.

†. Părvulescu. Vaccinul animal. Tesa pentru doctorat în medicină. București 1878.

Naegeli. Theorie der Gaehrung, München 1879.

Bericht der Cholera—Komission. I. Berlin 1879. II. Berlin 1885.

L. Colin. Traité des maladies épidémiques. Paris 1879.

F. Ritter von Gruber. Neuere Krankenhäuser. Wien 1879.

Auzias-Turenne. La Syphilisation. Paris 1879.

Z. Petrescu. Mémoire sur l'épidémie de Peste du gouvernement d'Astrakan. Bucarest 1879.

A. Dechambre. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1879—1888.

A. Wernich. Die Entwicklung der organisirten Krankheitsgifte. Berlin 1880.

A. Wernich. Desinfectionslehre. Leipzig 1880.

I. Catella. Profilassi delle malattie veneree. Torino 1880.

L. Pasteur. Le charbon. Bulletin de l'Acad. de Médecine 1877—1880. Comptes rendus de l'Acad. 1881.

C. Eberth. Endocardit. Ulcer. Virschows Archiv Bd. 62.

Chauveau. Variole et Vaccine. Compt. rend. T. 66.

Letzerich. Typhus. Archiv. f. experim. Pathologie Bd. 9.

Klebs. Typhus. Archiv. f. experim. Pathologie Bd. 12.

Bollinger. Zur Aethiologie der Infectionskrankheiten. München 1881.

Klebs und Tommassi Crudeli. Malaria. Archiv. für experim. Pathologie Bd. 11.

Neisser. Lepra. Virchows Archiv. 1881.

Guide du vaccinateur Publication de la société française d'hygiène. Paris 1881.

Aronovici. Raport asupra băilor de la Slănic. Bucurescî 1881.

St. Velleanu. Apa și nămolul mineral de la Balta Albă. Bucurescî 1881.

Gr. Ștefănescu. Apele termale de la Bivolari. In anuarul biuroului geologic 1882.

N. Popescu-Zorileanu. Apele minerale de la Olănesci. Bucurescî 1882.

N. Pirogoff. Das Kriegssanitätswesen und die Privathilfe auf dem Kriegsschauplatze in Bulgarien. Ins Deutsche übersetzt. Leipzig 1882.

Thorne-Thorne. Tenth annual raport of the Local Government Board. London 1882.

J. Degen. Kranken-Anstalten. Leipzig 1882.

G. Moynier. La Croix-Rouge. Paris 1882.

L. von Stein. Verwaltungslehre. Das Gesundheitswesen. Stuttgart 1882.

A. Corradi. Del contagio della Tisi pulmonare. Milano 1882.

E. Vallin. Traité des désinfectants et de la désinfection Paris 1882.

J. Nowak. Die Infectionskrankheiten Wien 1882.

I. Cohnheim. Vorlesungen über allgemeine Pathologie. II. Auflage. Berlin 1882.

C. Eberth. Ueber den Milzbrand. Leipzig 1882.

John Tyndall. Les Microbes. Traduit par Louis Dollo. Paris 1882.

A. Hirsch. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Stuttgart 1881—1886.

Mittheilungen des Kaiserlichen Gesundheits-Amtes. I. Th. Berlin 1881. II. Th. Berlin 1884.

Comptes rendus et mémoires des Congrès internation

d'hygiène et de démographie. II. Paris 1878. III Torino 1880. IV. Genève 1882. V. La Haye 1884. VI. Vienne 1887.

v. *Pettenkofer* und v. *Ziemssen*. Handbuch der Hygiene. Leipzig 1882—1888.

I. Rochard. Rapport sur la construction des hôpitaux. Paris 1883.

V. Babeş. Le rein et le foie dans la fièvre jaune. Comptes rendus 1883.

C. Flügge. Fermente und Microparasiten. Leipzig 1883.

Chauveau. De l'atténuation des cultures virulentes par l'action de la chaleur. Compt. rend. 1883.

Chauveau. Du rôle de l'oxygène de l'air dans l'atténuation des cultures virulentes. Compt. rend. 1883.

R. Koch. L'inoculation préventive du Charbon. Berlin 1883.

Hans Buchner. Eine neue Theorie über Erzielung von Immunität gegen Infectiouskrankheiten. München 1883.

L. Miquel. Les organismes vivants de l'atmosphère. Paris. 1883.

P. Poni. Analisa Apelor minerale de la Piatra. Iaşi 1883.

D. Apostolidi și St. Predescu. Apele minerale de la Cozla. Piatra 1883.

I. Constantinescu. Noțiunî despre apele chloruro-sodice din țară și despre apa cu nomol din Balta Albă. Thesă de doct. in med. Bucurescî 1883.

I. Felix. Darea de sêmă despre congresul al IV. internațional de Igienă. Bucurescî 1883.

I. Felix. Darea de sêmă despre Esposițiunea internațională de Igienă din Londra. Bucurescî 1884.

D. Apostolescu. Isvórele minerale sulfuróse de la Strunga. Iași 1884.

L. Degen. Die öffentliche Krankenpflege im Frieden und im Kriege. München 1884.

R. Koch. Bericht über die Cholera aus Egypten und Ostindien. Berlin 1884.

H. Bouley. La nature vivante de la contagion. Paris 1884.

G. Balbiani. Leçons sur les Sporizoaires, recueillies par I. Pelletan. Paris 1884.

I. M. Cuninghame. Cholera. Calcutta 1884.

P. Börner. Bericht über die allgemeine deutsche Hygiene-Ausstellung in Berlin. 1885.

A. V. Cornil et V. Babeş. Les Bactéries. Paris 1885.

L. Martincau. La prostitution clandestine. Paris 1885.

N. Popescu-Zorileanu. Igiena și tratamentul bolilor venereice. Bucurescî 1885.

Protocoles de la conference sanitaire internationale de Rome. Rome 1885.

E. Fuchs. Die Ursachen und die Verhütung der Blindheit. Wienbaden 1885.

D. C. Ramello. Preservazione delle malattie infettive. Torino 1885.

Les institutions sanitaires en Italie. Milano 1885.

Darea de sémă asupra primului congres medical român. Bucurescî 1885.

R. Pribram. Chemische Untersuchungen der Arsenquelle zu Dorna-Șara. Czernovitz 1885.

Al. Șabner-Tuduriu. Apele minerale din județul Dimbovița. In Spitalul 1885.

Gutstatt. Krankenhaus-Lexicon für das Königreich Preussen. Berlin 1885-1886.

A. N. Bernad-Lendway. Tabele sinoptice ale lucrărilor hydrochimice ale stațiunilor ba'neare Călimănesci-Căciulata. Govora, Pucioasa, Vulcana, Dorna-Vatra. Bucurescî 1886.

N. Garoffid. Despre apele minerale ale României. Bucurescî 1886.

S. Stricker. Allgenreine Pathologie der Infections-Krankheiten Wien 1886.

L. Pasteur. De la méthode pour prévenir la rage. Comptes rendus de l'Acad. des sciences. 1886.

A. Corradi. Della cecità in Italia e dei modi di prevenirla Milano 1886.

L. Vaillard. Manual pratique de la vaccination animale. Paris 1886.

G. Sormani. La vitalità del bacillo tubercolare. Milano 1886.

Virchow und Guttstadt. Die Anstalten der Stadt Berlin für die öffentliche Gesundheitspflege. Berlin 1886.

A. Lataud et W. Douglas Hogg. Étude sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre. Paris 1886.

B. v. Langenbeck, v. Coler und Werner. Die transportable Lazarethbaracke. Berlin 1886.

N. Manolescu. Oftalmologie practică. București 1886—1887.

D. Sergiu. Raport general asupra serviciului sanitar pe anul 1886. București 1887.

A. Corlieu. La prostitution à Paris. Paris 1887.

Edw. Cowles. Construction et organisation des hôpitaux. (Traduction). Paris 1887.

M. Pistor. Das öffentliche Gesundheitswesen in der Stadt Berlin. Berlin 1887.

Arbeiten des VI. internat. Congresses für Hygiene und Demographie Wien 1887. Raporte D-lor *V. Babeș, I. Felix, K. Böhm, S. F. Sørensen, Richard, F. Löffler, A. Dobrowskwin, A. Proust, G. Ballet, M. Gruber, Ch. Chamberland, Sonderegger, E. Vallin.*

A. Bernad-Lendway. Raport asupra studiilor hidrochimice, hydro-geologice și balneologice făcute în regiunea Slănicului. București 1887.

G. Butel. La Tuberculose des animaux et la Phtisie humaine. Paris 1887.

N. Popescu-Zorileanu. Apele minerale iodate, sulfuröse și feruginoase de la Govora. București. 1887.

S. Konya. Băile de la Slănic. Iași 1887.

D. Cantimir. Les bains minéraux de Bălătesci. Bucarest 1887.

Gr. Romnicanu. Lacul Sărat. București 1887.

G. Cobălcescu. Despre sorgintele minerale de la Călimănesci și Căciulata. În Buletinul Soc. de Med. și Natur. Iași 1887.

Gr. Ștefănescu. Nota asupra secărei Lacului Sărat. In Anuarul Biuroului Geologic. an. V. Bucurescî 1888.

N. Gamalcia. Zur Aetiologie der Hühnercholera. Iena 1888.

D. Negulescu, Medic Veterinar. Vaccinul animal. Tesa Bucurescî 1888.

P. Ștăvrescu, Medic Veterinar. Vaccinația Pasteuriană și procedeul Babeș. Tesa. Bucurescî 1888.

P. Fürbringer. Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes. Wiessbaden 1888.

A. O. Saligny. Analisa Apelor minerale din județul Buzeu. In Anuarul Biuroului geologic an. V. Bucurescî 1888.

C. Macocey. Les principales sources d'eaux minérales de la Roumanie. Thèse p. l. doct. en méd. Paris 1888.

I. Felix. Darea de sémă asupra Congresului al VI. Internațional de Igienă și de demografie și asupra Expozițiunii de Igienă din Viena. Bucurescî 1888.

G. Otremba, G. Socor et V. Negel. Sur la conjunctivite épidémique. Iași 1888.

I. Felix. Raporturile generale asupra serviciului sanitar și asupra igienei publice a capitalei. Bucurescî 1868-1888.

Th. Philipescu. Raporturile generale asupra serviciului sanitar și asupra igienei publice a orașului Iași. Iași 1880-1888.

Revue d'Hygiène et de Police sanitaire. Paris.

Annales d'Hygiène. Paris.

Journal d'Hygiène. Paris.

Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene. Milano.

Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig.

Zeitschrift für Hygiène. Leipzig.

I. Uffelmann. Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiène. Braunschweig.

Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Berlin.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin.

Annales de l'Institut Pasteur. Paris.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'Hygiène publique de France. Paris.

Rapports généraux sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. Paris.

Berichte über die Versammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig.

Annuaire de l'Observatoire de Montsouris. Paris.

Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Jena.

Beiträge zur Beurtheilung des Nutzens der Schutzpockenimpfung nebst Mittheilungen über Massregeln zur Beschaffung untadeliger Thierlymphe. Bearbeitet vom Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1888.



UWF

EPIDEMIOLOGIA GENERALĂ

I.

Bolnavii în fața administrației publice.

Statul are un interes însemnat, ca fie-care cetățean să-și conserve sănătatea, să desvolle și să perfecționeze puterile sale fizice și intelectuale, pentru ca să pôta contribui la prosperarea țerei și transmite urmașilor săi sănătate trupescă și morală.

De la capul statului până la cel din urmă salaor fie-care individ are misiunea sa în societate și numai cel sănătos își pôte împlini această misiune. Bolnavul consumă fără a produce, unele bóle aduc mórte prematură, altele slăbesc organismul pentru tot-d'ăuna, făcându-l incapabil pentru muncă și pentru procreațiunea copiilor sănătoși, iar altele sunt sorginți de infecțiune pentru cei sănătoși, focare care produc, propagă și înmulțesc germenele bólei, capabile a causa miserie și peire în locuri foarte depărtate de la origina lor.

Nu putem opri nascerea tutulor bólelor, nu le pu-

tem vindeca pe toate, avem însă datoria să le prevenim în limitele posibilității, să împușinăm numărul victimelor lor, să ne opunem lățirii bolilor, să micșorăm astfel pericolitatea lor pentru cei sănătoși, să dăm bolnavilor mijloace pentru restabilirea grabnică a sănătății și să alinăm suferințele acelor bolnavi, cari sunt pierduți pentru societate. Medicul în general și igienistul în parte nu-i este permis a fi pesimist, a rămâne inactiv în fața unor pericole care după aparință nu se pot înlătura, a capitula înainte de a fi început lupta; studiul consciincios al patologiei și al igienei deschide activitățile noastre un câmp vast, și lucrarea noastră nu poate fi lipsită de succes, dacă va fi inspirată de acel devotament pentru împlinirea misiunii noastre, care este o condițiune indispensabilă a apostolatului medical.

Administrațiunea publică are dar misiunea a povățui pe cetățeni asupra cauzelor care produc bolile și asupra măsurilor pentru preîntâmpinarea lor, a înlătura după putință acele cauze ale bolilor, pe care o singură persoană în parte nu le poate înlătura prin măsuri de igienă privată (individuală), a face ca toți bolnavii să găsească ajutor medical, ca acei cari pot deveni soriginii de infecțiune, care pot contribui la propagarea bolii lor, să rămâne nevătămați pentru concetățenii lor sănătoși și ca persoanele sărace care în timpul bolii nu-și pot procura singuri mijloacele de existență, să nu fie lipsite de adăpost și de alimente.

Incepem dar studiul igienei publice a bolilor și a bolnavilor cu cercetarea cauzelor care produc boala, cu etiologia.

II.

Etiologia generală.

Tot-d'a-una când se schimbă condițiunile vieții normale, se alterează sănătatea, se nasc bóle.

Știința mai mănține astăzi împărțirea bólelor, făcută deja de Hippocrate și de Galen, care le distingea după frecuența lor relativă și după modul întinderii lor în *bóle sporadice* care afectă numai câte un singur individ, și în *bóle pandemice* (endemice și epidemice), de care suferă de odată sau în succesiune repede un număr mai mare de indiviși. Numim *endemii* și bóle endemice, afecțiunile care depind de localitate, (de sol, de apă etc.) și care se dezvoltă periodic într-o anumită localitate cu intensitate mai mare de cât în alte localități. Numim *epidemii* și bóle epidemice bólele cele mai diferite, care afectă de odată un număr mare de persoane și care se nasc și se propagă independente de localitate. Epidemiile nu se mărginesc în localitatea unde s'au născut, ci se pot lăși peste o țară întreagă și chiar peste unul sau mai multe continente. În cazuri rare endemiile, mărginite la început în localitatea care le-a dat naștere, se pot întinde sub formă epidemică asupra altor localități.

Unele bóle epidemice și endemice se nasc mai cu osebire sub influența miseriei fiziologice, nu putem

însă privi aglomerațiunea, lipsa de alimente și necurătenia ca singură cauză a acelor bôle, căci neajunsurile igienice menționate există adesea-ori mult timp, fără a produce tifos ori alte bôle contagioase; miseria fiziologică face numai organismul mai primitor pentru contagiul tific. În general se observă endemiile și epidemiile cele mai funeste între populațiunile care trăesc în condițiuni neigienice, cu creșterea civilizațiunei se micșorează intensitatea lor și ele devin din secol în secol mai puțin periculoase.

Tot după opiniuni foarte vechi asupra originei bôlelor, ele sunt împărțite și astăzi în bôle cauzate prin influințe ordinare (precum prin cauze mecanice, prin frig sau căldură, prin lipsa de alimente sau prin intemperanța, prin munca excesivă, prin materii toxice anorganice sau organice și neorganizate) și în bôle virulente, produse printr'o cauză specifică, prin infecțiune, adică printr'un virus. Igiena publică și Poliția sanitară se ocupă mai cu osebire cu prevențiunea bôlelor virulente, combaterea celor-l'alte bôle fiind obiectul igienei private, individuale. Prevențiunea bôlelor alimentare, între care Pelagra este pentru noi cea mai importantă, o tratăm în partea I. care se ocupă de alimente.

Virusul este o materie organică și organizată, produsă în corpul unui om sau animal bolnav, care materie, după ce a fost primită și elaborată în corpul unui om sau animal sănătos, reproduce o bolă identică cu aceea care i-a dat naștere.

Virusul se poate comunica unui individ sănătos prin contactul direct, imediat, prin atingerea bolnavului, sau prin contactul indirect, mediat, printr'un obiect

de care s'a servit bolnavul și care obiect a fost mânjit cu virus, în acest caz virusul se numește contagiu și boala contagioasă; dacă virusul este transmis prin intermediul aerului atmosferic, care-l transportă de la un individ bolnav la altu sănătos, atunci actul transmisiunii se numește infecțiune, boala astfel transmisă infecțioasă și virusul capabil a fi transportat prin intermediul atmosferei se numește efluviu sau miasmă. Materiile infecțioase provenite din ape stătătoare, din paluși se numesc efluviu, cele care emană de la ómni bolnavi, de la animale bolnave sau de la materii animale aflate în descompozițiune se numesc miasme și boala respectivă boala miasmatică, de la *μιασμα* a infecta. Unii patologi mai disting o grupă de bóle ca miasmatico-contagióse sau miasmatico-transportabile. C. D. Naegeli a împărțit bólele infecțioase în anul 1877 în bóle contagióse, miasmatiche și septice, cele din urmă se nasc din materii formate la putrefacțiunea substanțelor organice. Mai mulți autori care consideră virusul ca un ferment și infecțiunea ca rezultatul unei fermentațiuni, au dat bólelor transmisibile numele de bóle zymotice din *ζύμωσις* fermentațiune.

Pettenkoffer, luând de basă locul ipotetic unde se nasce și modul cum se înmușese și se propagă virusul, a împărțit materiile infecțioase în entogene ori endoanthrope și ectogene ori ectoanthrope, cele d'întăiu se nasc și se reproduc în interiorul corpului omenesc și animal, cele ectogene afară de organismul omenesc ori animal; Pettenkofer mai împarte materiile infecțioase entogene și ectogene în transportabile și netransportabile. Ipotezele ilustrului igienis

german aŭ mai primit o dezvoltare ulterioară și astfel s'aŭ născut în Germania în cel din urmă 16 ani două teorii asupra originii bolilor infecțioase: cea monoblastică a lui Pettenkofer, cu un germene, și cea diblastică a lui Naegeli, cu două germeni. Pettenkofer crede că germenii unor boli infecțioase, după ce aŭ fost modificate în stratele superficiale ale pământului, devin capabili a reproduce aceiași boală, Naegeli însă stabilește ipoteza, că pentru producerea unei boli infecțioase concură două germeni: în solul unei localități oarecare se produce un germen, care importat în corpul locuitorilor acelui sol 'i prepară pentru (a doua) infecțiune cu germele adevărat al bolii. Această ipoteză este astăzi adevărată pentru Difteria (Angina difterică), căci la nascerea ei concură două feluri de microorganisme, Streptococii cari prepară terenul, producând Faringita sau Amigdalita, și apoi vin bacteriile specifice ai Difteriei, care așezându-se pe faringele și pe migdalele deja bolnave, produc fenomenele caracteristice ale Difteriei.

Expresiunile virus, efluviu, contagiu, miasmă, cu care desemnăm cauzele specifice ale bolilor transmissibile de la un individ la altul, nu mai corespund cu starea actuală a științei, cunoștințele noastre asupra originii unor boli virulente nu ne mai permit, ca să facem tot-d'a-una distincțiune precisă între miasme și contagii.

Nu posedăm încă destule cunoștințe asupra condițiilor care înlesnesc și care opresc înmulțirea spontană a contagiiilor, nu cunoștem încă cauzele care fac ca o boală contagioasă să rămâie sporadică, ca ea să devie epidemică, ca o epidemie să se stingă.

Scim numai, că fie-care individ afectat de o boală infecțioasă, presintă un sorginte de infecțiune și că micșorând numărul acestor sorginți, contribuim la stingerea mai repede a epidemiei.

Materia infecțioasă nu poate fi un gaz sau un corp anorganic, căci dacă ar fi gaziformă, ea s'ar dilua și difunda în atmosfera în infinit până la inacțiunea absolută, dacă ar fi o materie anorganică, infecțiunea nu s'ar putea opera prin acele cantități minime, în care o substanță toxică nu mai produce nici un efect. Substanțele toxice anorganice, precum și cele organice însă neorganizate, nu se înmulțesc în corpul organismului în care au fost importate, materiile infecțioase însă se înmulțesc prin asimilațiune de materii organice streine. Substanțele toxice produc o acțiune imediată, efectele infecțiunii nu se manifestă însă îndată, ci după trecerea unui timp care variază după natura virusului.

Provocatorii și propagatorii bolilor infecțioase sunt corpuri formate, organisme foarte mici, parasite vegetale, care se presintă sub microscop în diferite forme. Cunoștințele asupra infecțiunii, care până deunăzi constau numai în ipoteze, sunt astăzi pentru mai multe boli binate pe lucrări exacte, executate cu toată rigurositatea după metoda inductivă. Constatarea naturii organizate a unor materii infecțioase, o datorim mai ales cercetărilor marelui L. Pasteur, apoi botanistului C. de Naegeli. R. Koch a perfecționat metodele pentru demonstrarea acestor microorganisme și a descoperit singur paraziții unor boli. Mai mulți alți învățați, mai ales D. D. Klebs, Wernich, Tomasi-Crudeli, Eberth, Colin, Chauveau, Tous-

saint, V. Babeș ș. a. au contribuit și mai contribuiesc astăzi la completarea cunoștințelor noastre asupra microorganismelor patogene.

De și numai fapte demonstrate, ci nu ipoteze, pot servi ca baza acțiunii noastre profilactice în contra bolilor transmisibile, de și nu este încă probată natura parasitară a tuturor bolilor contagiöse și infecțioöse, ci numai a unora dintre ele, trebuie să acceptăm deja astăzi teoria germelor ca idee directrice pentru toate lucrările, care au de scop preîntâmpinarea bolilor infecțioöse.

III.

Microbiu.

Teoria germelor nu dată de astăzi, Leeuwenhoek a vădut deja în anul 1680 celulele drojdiilor de vin, în anul 1765 Spalanzani a combătut ipotesa generațiunii spontanee, acceptate de Buffon în anul 1749. În anul 1836 Cagniard Latour a descoperit germele fermentului al pâinei (al aluatului), un an mai târziu a constatat Schwann, că substanțele organice nu pot intra în putrefacțiune, dacă sunt apărate în contra contactului aerului atmosferic, în anul 1840 patologul german I. Henle a vorbit pentru prima oră despre «Contagium vivum, contagium animatum» și puțin ani în urmă A. Bouchardat a adoptat ipotesa parasitară pentru explicarea acțiunii virusului. Experiențele lui Schwann au fost confirmate prin lucră-

rile importante ale d-lor Helmont, L. Pasteur și I. Tyndall, în anul 1857 Pasteur a găsit, că fermentațiunea berei depinde de viața și de dezvoltarea celulelor fermentului, și ast-fel teoria germelor a încetat a fi o simplă ipotesă, a devenit un fapt adeverit prin experiment.

După ce Laboulbène descriesese deja în anul 1861 un microorganism găsit în pseudo-membranele difterice, a descoperit Davain în anul 1863 bacteridele cărbunelui (ale dalacului) și Pasteur a verificat această descoperire. În anul 1866 Rindfleisch a atras atențiunea patologiștilor asupra organismelor microscopice găsite în corpul persónelor bolnave de piemie și în anul 1867 Lister, introducând pansamentul antiseptic în tratamentul rănilor, a produs în chirurgie acea revoluțiune bine-făcătoare, care permite astăzi operațiunile cele mai îndrăsnețe. L. Pasteur a început lucrările sale asupra microorganismelor acum 25 ani cu fermentele vinului, ale berei și ale oțetului și apoi în anul 1865 cu studiul parazitelor care produc bóla vermilor de mătase, cunoscută sub numele de Pebrină, care a fost importată și în România acum 26 de ani și care constă în dezvoltarea unor microbi în tot corpul acestor insecte, mai ales însă în aparatul de mătase. (Pebrina nu este identică cu o altă bôlă parasitară a vermilor de mătase, cu Muscardina, descrisă de Bassi în anul 1835). Câți-va ani mai târziu Pasteur a descris a treia bôlă parasitară a vermilor de mătase «la flâcherie» și microbul cholerei a găinelor, în anul 1876 d-sa a publicat cercetările sale ulterioare asupra berei și în cei din urmă 10 ani studiile sale geniale asupra atenuării virusului și

asupra inoculațiunii preventive. Insemnătatea descoperirilor d-lui L. Pasteur o arată cuvintele scrise de el însuși acum 20 ani : «Il est au pouvoir de l'homme de faire disparaître les maladies parasitaires, si, comme c'est ma conviction, la doctrine des générations spontanées est une chimère».

În cei din urmă 16 ani cunoștințele noastre asupra paraziților patogeni au devenit mai clare : Hiter a demonstrat în anul 1872, că fără microorganismul supurațiunea este imposibilă, în anul 1873 Obermeier a descoperit Spirilele febrei recurente, în anul 1877 Ponfick Actinomicelul Actinomicosei, Klebs în anul 1878 Bacilul Sifilisului, Neisser a găsit în anul 1879 Bacilii Leprei și în anul 1882 Gonococii ai Uretritei virulente. Bacilul febrei tifoide a fost izolat în anul 1880 de către Klebs și Eberth. După ce Pasteur găsisse Vibrionul septic, Koch a demonstrat în anul 1881 identitatea acestui vibrion cu Bacilul Edemului malignu, observat în spitale în serviciul de chirurgie. Tot în anul 1881 Laveran, Tomasi Crudeli, Klebs și Marchiafava au descoperit Bacilul malaric (palustru), Rosenbach microbul Osteomielitei, Schüller acela al Lupusului, Aufrecht acela al vegetațiunilor venerice (al condilomelor), Röll și Klebs acela al Tifusului bovin (al pestei bovine). În anul 1882 I. Cohnheim a descris parazitul al Endocarditei ulcerose, R. Koch acela al Tuberculozei, Chauveau, Schütz și Loeffler acela al Mollusciumului (al răpciugel) și al unor bôle ale organelor respiratorii observate la pasărilor domestice, Sattler pe microbul rotund al Trachomului conjunctivei. În anul 1882—1884 Klebs, Eberth, Koch, E. Werner și C. Friedländer au gă-

sit Micrococul Pneumoniei omului, I. Poels și W. Nolen Micrococul Pneumoniei contagiöse a vitelor bovine; în anul 1884 R. Koch a constatat Bacilul Cholerei asiatice și Loeffler și Emmerich au verificat și complectat constatările relative la Micrococul Difteriei, făcute de d.d. Eberth, Nassiloff, Oertel Cornil, Klebs, Eppinger, Litzerich, Gaucher, Wood și alții; în anul 1886 Pio Foa și Guido Bordoni-Uffreduzzi au izolat microbulu meningitei cerebro spinale epid. mice, Rosenbach a probat că Tetanul traumatic este o bôlă parasitară, datorită importațiunei unui microb în rana; Tricomi de la Napoli a găsit pe bacilul Gangrenei senile, care are multă asemănare cu bacilul Dalacului; în anul 1887 Fraenkel și Franke din Hamburg și P. Ernst din Heidelberg au cultivat și descris bacilul Xerosei (al Keratitei), Beumer a probat că Trismul său Tetanul copiilor nou născuți se nasce prin importațiunea bacilului Tetanului traumatic în funiculul umbilical său în rana umbilicală și Bordoni Uffreduzzi a descris o bôlă nouă a omului, caracterisată prin emoragii ale membranei mucöse a căilor respiratorii și digestive, datorite prezenței unui microorganism, pe care îl numesce *Proteus hominis capsulatus*, în fine a fost cultivat bacilul Carcinomului în anii 1887 și 1888 de d. d. Scheurlen, Rappin, Freire, Perrin, Barnabei și Sanarelli și în luna Octombre 1888 d. V. Babeș a descoperit pe baccilul Hemoglobinuriei epizootice (a gastro-entero-nefritei a vitelor), bacil care trăesce în interiorul globulelor roșii ale sângelui.

Tôte aceste descoperiri au găsit d. ja întrebuința-

asupra inoculațiunei preventive. Insemnătaea descoperirilor d-lui L. Pasteur o arată cuvintele scrise de el însuși acum 20 ani : «Il est au pouvoir de l'homme de faire disparaître les maladies parasitaires, si, comme c'est ma conviction, la doctrine des générations spontanées est une chimère».

În cel din urmă 16 ani cunoștințele noastre asupra paraziților patogeni au devenit mai clare : Hüter a demonstrat în anul 1872, că fără microorganismul supurațiunea este imposibilă, în anul 1873 Obermeier a descoperit Spirilele febrei recurente, în anul 1877 Ponfick Actinomicelul Actinomicosei, Klebs în anul 1878 Bacilul Sifilisului, Neisser a găsit în anul 1879 Bacilul Leprei și în anul 1882 Gonococul al Uretritei virulente. Bacilul febrei tifoide a fost izolat în anul 1880 de către Klebs și Eberth. După ce Pasteur găsisese Vibrionul septic, Koch a demonstrat în anul 1881 identitatea acestui vibrion cu Bacilul Edemului malignu, observat în spitale în serviciul de chirurgie. Tot în anul 1881 Laveran, Tomasi Crudeli, Klebs și Marchiafava au descoperit Bacilul malaric (palustru), Rosenbach microbul Osteomielitei, Schüller acela al Lupusului, Aufrecht acela al vegetațiunilor venerice (al condilomelor), Röhl și Klebs acela al Tifusului bovin (al pestei bovine). În anul 1882 I. Cohnheim a descris parazitul al Endocarditei ulcerose, R. Koch acela al Tuberculozei, Chauveau, Schütz și Loeffler acela al Mollusciumului (al răpciugei) și al unor bôle ale organelor respiratorii observate la pasările domestice, Sattler pe microbul rotund al Trachomului conjunctivei. În anii 1882—1884 Klebs, Eberth, Koch, E. Werner și C. Friedländer au gă-

sit Micrococul Pneumoniei omului, I. Poels și W. Nolen Micrococul Pneumoniei contagiöse a vitelor bovine ; în anul 1884 R. Koch a constatat Bacilul Cholerei asiatice și Loeffler și Emmerich au verificat și complectat constatările relative la Micrococul Difteriei, făcute de d.d. Eberth, Nassiloff, Oertel Cornil, Klebs, Eppinger, Litzerich, Gaucher, Wood și alții; în anul 1886 Pio Foa și Guido Bordoni-Uffreduzzi au izolat microbulu meningitei cerebro spinale epid-mice, Rosenbach a probat că Tetanul traumatic este o bôlă parasitară, datorită importățiunei unui microb în rana ; Tricomi de la Napoli a găsit pe bacilul Gangrenei senile, care are multă asemănare cu bacilul Dalacului ; în anul 1887 Fraenkel și Franke din Hamburg și P. Ernst din Heidelberg au cultivat și descris bacilul Xerosei (al Keratitei), Beumer a probat că Trismul său Tetanul copiilor nou născuți se nasce prin importățiunea bacilului Tetanului traumatic în funiculul umbilical său în rana umbilicală și Bordoni Uffreduzzi a descris o bôlă nouă a omului, caracterisată prin emoragii ale membranei mucöse a căilor respiratorii și digestive, datorite prezenței unui microorganism, pe care îl numesce *Proteus hominis capsulatus*, în fine a fost cultivat bacilul Carcinomului în anul 1887 și 1888 de d. d. Scheurlen, Rappin, Freire, Perrin, Barnabei și Sanarelli și în luna Octombrie 1888 d. V. Babeș a descoperit pe bacilul Hemoglobinuriei epizootice (a gastro-entero-nefritei a vitelor), bacil care trăesce în interiorul globulelor roșii ale sângelui.

Tôte aceste descoperiri au găsit d'ja întrebuița-

rea lor practică în chirurgiă, în medicina veterinară, în igiena preventivă a bolilor transmisibile, întrebuintare care o vom studia mai pe larg într'un alt capitol.

Cuvîntul de «Microb» nu se mai întrebuintează astăzi în înțelesul lui adevărat, pentru denumirea parasilor animale, a microzoarelor, ci pentru cele vegetale, pentru fermentele în general, pentru organismele care constituie virusul figurat și dintre care cele cunoscute pînă astăzi sunt de natură vegetale, plante de organizațiunea cea mai simplă.

Dintre parasiții animali ultra mititei, puțin studiați pînă astăzi, ne interesăm mai cu sîmă Sporozoarele. Unele dintre ele, Gregarinele (monadele), care represintă saci cilindrici, lunguleți, se găsesc numai în corpul și pe corpul animalelor invertebrate, a vermilor de făină, a limbricilor, a unor coleoptere aquatice, a unor insecte carnivore, coprofage și omnivore; Coccidi, care formă saci mici, ovi-formi, apar deja la mamifere și au fost vedute la om în casuri foarte rare (Hake 1839, Gubler 1858); Sarcospondiele (Psorospermie) formă tuburi lungi și se găsesc în musculatura vitelor bovine, a oilor, a râmătorilor și cailor. L. Pfeiffer afirmă în anul 1888, că ele apar cîte o dată și în corpul omenesc. Mixosporidi au fost veduți în corpul pescilor și Microsporidi în corpul vermilor de mătase. Cunoștințele noastre asupra microparasiților animali sunt însă atît de limitate, în cît ele nu permit deja astăzi utilizarea lor practică pentru scopurile patologiei și ale igienei. Se pare că Coccidi jîcă un rol în etiologia carcinomelor, d. V. Babeș a găsit focare de Coccidi

in tegumentele comune ale persónelor afectate de carcinom. Psorospermii produc o bólă infecțiosă, marastică, prin consumarea unor țesături, diferită de bólele provocate de microorganismii vegetali (bacterii), care sunt datorite unor substanțe toxice (Ptomaine), secretate de bacterii.

Microparasitele de natura vegetală aparțin clasei ciupercilor. Din tóte plantele numai ciupercile sunt lipsite de chlorofil, care jócă un rol important în fisiologia vegetală, căci numai plantele care posedă chlorofil își prepară singure alimentele necesarii din substanțe anorganice. Organele înzestrate cu chlorofil inspiră și descompun acidul carbonic din atmosferă, rețin carbonul trebuincios pentru construcțiunea corpului lor și atrag tot-de-odată cu rădăcinele unele substanțe minerale solute în apa solului. Ciupercile sunt incapabile a se nutri în modul acesta, ași compune singure alimentele din materii anorganice, ele vegetédă numai acolo, unde găsesc alimente organice deja preparate, prin organizațiunea lor ciupercile sunt dar destinate ca să ducă o viață parasitară.

Ne interesédă mai ales acele ciuperci microscopice, care introduse în corpul omenesc sau animal provócă bóle infecțioase. Dintre botaniștii care s'aú ocupat cu studiul lor, Naegeli a adus sciinței medicale serviciile cele mai mari. El imparte acele ciuperci fórte mici, care prin vegetarea și înmulțirea lor cauzéză descompozițiunea materiilor organice, în 3 grupe: în ciupercile mucedinóse, în saharomicete care sunt motorii fermentațiunii și în schizomicete sau schizofite, dintre care unele funcționédă ca materii in-

fecioase (ca virus) și ca motorii ai putrefacțiunii. Lannan împarte schizomicetele în chromogene, zimogene și patogene. Cele chromogene produc în licuidele în care trăesc schimbări însemnate de colorațiune, dând naștere unei materii colorante; schizomicetele zimogene determină numeroase fermentațiuni, diferite de acele ale saharomicetelor, precum fermentațiunea manitică, lactică, amoniacală, butirică, putredă, acetică etc.; schizomicetele patogene sunt cauza diferitelor bôle infecțioase. Naegeli consideră miasmele și contagiile ca schizomicete.

Schizomicetii sunt cele mai mici și cele mai simple din toate ființele organizate, celule fără chlorofil, care dacă sunt de formă globulară se numesc Micrococi, Coci, ori Sferobacterii, dacă sunt lungulețe, cilindrice Bacterii, dacă lungimea cilindrică predomină mult asupra grosimii lor Bacili, dacă cei din urmă sunt la mijloc de grosime mai însemnată Clostridi, dacă au forma spirală Spirobacterii, Spirochaete, Spirile, dacă se prezintă ca ațe scurte, puțin curbate Vibrioni, ca ațe lungi și subțiri Liptorice. Unii schizomicetii trăesc în organismul viu al omului și al animalelor, formând adevărații paraziți care se nutresc în socotela aceluia organism, altele se nutresc numai din organismul mort, din părțile mortificate ale organismului viu și din secretele și excretele lor, cele din urmă se numesc Saprofite, ele provocă putrefacțiunea și alte fermentațiuni ale materiei animale. Unii schizomicetii însă pot exista atât ca paraziți al organismului viu precum și ca saprofiti.

La unii spirobacterii și la unii bacili găsim miș-

cări proprii, datorite ciliilor vibrații situate la extremități; și bacilul cholerei posedă facultatea a se mișca.

Grawitz, Gaffky și Koch au constatat, că sub orice condițiuni și ciupercile mucedinoase pot provoca boale.

Unii schizomicetii se înmulțesc repede la temperatura corpului omenesc, numărul lor se poate îndoi în 20 până la 25 minute. Celula se lungesc și se divide transversal în două celule, care se separă una de alta, sau ele rămân lipite una de alta în formă de mătăni sau de conglomerate legate printr'o substanță gelatinosă, un asemenea conglomerat de bacterii se numește zoogloea, conglomerate neregulate de cocci se numesc stafilococi, asemenea conglomerate lungulețe în formă de mătăni sau lanțuri streptococi, doi cocci alipiți unul de altul diplococi. Cel mai mulți bacterii se înmulțesc însă prin spori. Sporii se formează în interiorul celulei (Endosporii), sau la căpătâiul ei ca un apendice al ei (Artrosporii). Sporii resistă multor influențe externe cu o tenacitate admirabilă, unii conservă mai mulți ani vitalitatea și forța proliferă și nu o pierd dacă 'i ferbem numai câte-va minute în apă; această rezistență a sporilor este de mare importanță pentru profilaxia boalelor infecțioase.

Unii bacterii trăiesc numai în prezența oxigenului atmosferic, ei se numesc aerobii, alții numiți anaerobii nu suportă prezența aerului.

Schizomicetii se înmulțesc numai acolo, unde găsesc alimentele organice necesarii, compuse din apă, azot, carbon, fosfor, potasă sau magnezie. Pentru cultivarea lor artificială ne servim de nutrimente li-

cuide și solide. Cele lichide sunt infuziuni de carne, de fân, de bălgar, de stafide, de prune, de orz prăjit, de tutun, urina. D. Pasteur s'a servit mult timp de o soluțiune nutritivă compusă de Apă destilată 100, sahar cristalisat 10, vinat de amoniac 1 și fosfat de potasă 0,5 părți. C. de Naegeli a experimentat cu soluțiuni analoge, cărora le-a adăogit cantități minime de chlorid de calciū și de sulfat de magne-siū, câte odată el a înlocuit vinatul de amoniac prin albumina solubile, prin asparagina, leucina, lactat de amoniac și acetat de amoniac. Ca materii nutritive solide serve cartofi tăiați, bucăți de sfeclă, diferite gelatine gătite din soluțiuni nutritive lichide menționate mai sus și amestecate cu Agaragar, sau cu gelatina ordinară, sau cu ser de sânge încălđit la 70°C. Gelatina licuidă se varsă într'o epruvetă, care rămâne până la solidificarea gelatinei în pozițiune verticală sau oblică, în cel din urmă cas suprafața gelatinei devine mai mare, asemenea se varsă gelatina pe gémuri mici de sticlă pentru a'i da o suprafață mai mare. Culturile schizomicetilor forméză în lichidele nutritive o turburare difusă sau un fel de nori, pe materiile nutritive solide culturile se pot observa și distinge mai bine, ele forméză picături, pelițe, ațe, pături mucose de măriri și colori diferite, produc pe suprafața gelatinei adâncături și ridicături de diferite forme și topesc chiar gelatina. Aceste semne, precum și iuțela cu care microorganismele se desvóltă și împrejurarea că diferiții schizomiceti trăesc numai pe substanțe nutritive de com-pozițiune determinată, serve pentru distingerea diferiților bacterii patogeni.

Materiele nutritive, destinate pentru cultivarea schizomicetelor patogene, se sterilizează înaintea întrebuințării lor, pentru a se nimici germele altor microorganisme aflate în ele. Pentru acest scop sticlele, (epruvetele), vata și celelalte obiecte de care ne servim la cultivare artificială, se încălzesc într'un scrin metalic special la 150° până la 160°C. apoi se umple repede sticlele cu materiile nutritive, se astupă cu dopuri de vată și se espun în timpul de cel puțin 1 oră unui cerent forte de vaporii de apă de 100°C. Cartofii și sfecele se spală mai întâiu cu o soluțiune de bichlorur de mercuriu de 1:2000, apoi cu apă destilată sterilizată, și în fine se fierbe în vaporii de apă timp de 15 până la 25 minute și se taie cu un cuțit, sterilizat prin încălzire până la incandescență. Bucățele de cartofi sau de sfece, puse pe cesci mici, se introduc în sticle cilindrice, care se închid cu dopuri de vată și se sterilizează din nou prin vaporii.

Schizomicetii sînt aduși pe mediul nutritor sterilizat și depuși pe suprafața lui, se împinși în adîncimea mediului, cu ajutorul de sirmă de platină, purificată prin ardere, deschidându-se numai pentru un moment sticla care conține materia nutritivă.

Calitatea schizomicetelor a se propaga repede, serve ca criteriū sigur pentru distingerea paraziților carei mai trăesc de cel morții. Dacă vom constata viabilitatea acestor microorganisme aflate într'o substanță oare-care, aducem o parte minimă dintr'insa într'un liquid nutritiv limpede la temperatură potrivită, și din turburarea liquidului său din mîntinerea limpidității lui conchidem, dacă acei microbi sînt vii sau morți.

După ce schizomiceții au consumat toate materiile alimentare din mediul în care trăesc, încetază dezvoltarea și înmulțirea lor, sporii conservă însă mult timp facultatea a se dezvolta și se dezvoltă după ce au fost din nou aduși în condițiuni favorabile vieții lor.

Bacterii și bacilii mor după uscarea lor completă, sporii lor însă suportă desicațiunea; micrococii suportă asemenea sustragerea de apă.

Unii bacterii se intoxică prin exces de oxigen și asfixiează când sînt lipsiți de oxigen. Am arătat mai sus, că unii bacterii, precum acela al cărbunelui (al dălacului), nu pot trăi fără oxigenul atmosferic, Pasteur le a dat numele de bacterii aerobi; pe cei cari se dezvoltă și în lipsa oxigenului atmosferic i a numit anaerobi, *Bacterium Termo* și *Clostridium butyricum* sînt bacterii anaerobi.

Pentru mulți schizomiceți temperatura corpului omenesc este cea mai favorabilă, temperatura mai mică decât de $+5^{\circ}$ oprește dezvoltarea lor fără a le omori. Bacteriile cărbunelui amorțesc deja la o scădere mai mică a temperaturii decât până la $+5^{\circ}\text{C}$, ei nu mor însă nici la temperatura de -11°C . *Bacterium Termo*, motorul putrefacțiunii, se dezvoltă bine la temperatura de 30° până la 35°C . Temperatura cea mai favorabilă pentru bacilul tuberculosei este de 30° până la 40°C , la temperatura mai ridicată decât de $+40^{\circ}\text{C}$ dezvoltarea lui se oprește. Cei mai mulți schizomiceți mor în lichidele încălzite până la 100°C , sporiile lor suportă însă o temperatură mai ridicată, unii nu pier nici la căldură uscată de 130° până la 140°C . Bacteriologii se serv pentru cultivarea schizomiceților de

aparate, în care temperatura mediului se menține constantă, fără oscilațiuni, un timp îndelungat.

Desvoltarea schizomiceților încetază, dacă secretele lor proprii n'aũ fost depãrtate din mediul în care trăesc; după ce aceste secrete ajung la o concentrațiune óre care, ele otrăvesc licuidele nutritóre. Ast-fel produsele putrefacțiunii : Indol, Scatol, Fenol, ș. a. sînt toxice pentru bacteriile putrefacțiunii care le aũ produs. Unele dintre secretele microbilor periclitază sãnătatea și viața organismului animal în care s'aũ dezvoltat, precum spre exemplu Leucomainele, alcaloide toxice produse prin fermenți patogeni.

Asemenea se póte opri dezvoltarea și înmulțirea bacteriilor și se póte cauza chiar peirea lor, prin concurența altor paraziți care locuesc în același mediu și care găsesc într'insul condițiuni mai favorabile de cât cei d'ântãiu. D. D. Babeș, Raulin, Duclaux aũ descris acéstă luptă a microbilor pentru existența și D. D. Cantani, Wels, Testi, Marzi aũ încercat a o utiliza pentru scopuri terapeutice, a distruge bacilul tuberculosei, dezvoltat în corpul omului, prin injecțiuni și prin inhalațiuni de bacterium thermo. Experimentele D-lor Sormani, Ballagi, Flora și Maffucci aũ probat ineficacitatea acestor inercãri.

Prin dezvoltarea și înmulțirea lor, schizomiceții sustrag mediului în care trăesc, organismului în care aũ fost importați, substanțele necesare pentru nutrierea lui și 'l pot otrãvi prin secretele și prin produsele descompozițiunii lor. Naegeli afirmă că unii schizomiceți patogeni, importați în corpul omenesc

orî animal, 'i sustrag materiile nutritive cele mai prețioase, iaă globulelor sângelui oxigenul ce conțin, descompun saharul și alte substanțe lesne fermentescibile din dămurile corpului, produc secrete toxice și fermenți apti a transforma substanțele insolubile din organism în substanțe solubile și fermentescibile. Dintre alcaloiđii toxici cari sunt produși de bacterii, cunoșcem astă dî Ptomainele, descoperite de Panum în anul 1856 și isolate de domniî Gautier și Selmi în anul 1870 și pe Leucomainele, descoperite de d. Gautier în anul 1871. Domniî Nicolaier și Rosenbach aă găsit în anul 1884 Ptomainul toxic, care produce Tetanul traumatic și pe care l'aă numit Toxinul specific al Tetanului. D. L. Brieger a isolat în anul 1887 trei asemenea toxine, pe care le a numit Tetanin, Tetanotoxin și Cadaverin. O ptomaină ipotetică, Choleratoxina, secretată de baciliî cholerei, este considerată ca cauza fenomenelor mortale ale acelei bóle.

Prin cultura artificială a microorganismelor, prin alegerea exemplarelor dezvoltate, aducerea lor într'un mediū apt, regularea temperaturii și a celor-lalte condițiuni favorabile pentru înmulțirea lor și prin strămutarea repetată a generațiunilor noi într'un mediū curat, putem mări puterea acestor microorganisme, putem scurta termenul incubațiunei, timpul necesar pentru dezvoltarea lor și pentru consumarea substanței nutritive; acéstă sporire a virulenței este însă limitată. Asemenea putem slăbi puterea unor microbi și putem provoca chiar mórtea lor, prin ferirea lor de aerul atmosferic, prin sguiduituri mecanice, prin curentul electric, prin temperatura

ridicată sau scăzută, prin importarea lor repetată într'un mediū mai puțin apt pentru ei. Microorganismele ast-fel slăbite redobândesc iar forța lor primitivă după mai multe generațiuni, dacă au fost din nou aduse în condițiuni favorabile.

C Naegeli a cređut că numai puține specii de schizomicele sunt cauze ale diferitelor bōle infecțioase, că schizomicele pot schimba forma lor după mai multe generațiuni și după împrejurările externe, că fie-care specie se poate presenta când ca vibriion, când ca spirilă, când ca microcoz, când ca bacteriū, și poate ast-fel provoca diferite bōle. L. Pasteur și R. Koch au rectificat această opiniune eronată și au probat, că fie-care fermentațiune, fie-care bōlă, dintre bōlele infecțioase ale căror virus este cunoscut, este provocată printr'o specie oșebită de microorganisme. Buchner a voit să probeze în anul 1880, că bacteridele cārbului (dălacului) prin cultivarea prelungită se pot transforma în bacili ordinari și inofensivi ai finului (Heubacillen) și că vice-versa, bacili cu totul inactivi ai finului pot primi după mai multe culturi calitățile patogene ale cārbului. Cohnheim și R. Koch au combătut aserțiunile lui Buchner, basate pe lucrări lipsite de precauțiunile necesari. Cohnheim a probat specificitatea diferitelor schizomicele infecțioși prin faptul, că nici o bōlă virulentă nu se nasce spontaneū ci prin infecțiune, după diferita durată a incubațiunei, durata bine determinată pentru diferitele bōle virulente. Morbilit (pojarul, coriul) se manifestă constant 9 până la 11 zile după infecțiune, căci numai după acest timp virusul a ajuns la maturitate. După inocularea spo-

rilor cărbunelui bóla nu apare imediat, și după timpul necesar pentru ca sporii să se transforme în bacterii. Din contra intoxicația putredă sau septice-mia nu este o bôlă parasitară, căci ea apare în organismul animal fără incubațiune, imediat după injectarea licuidului putred, substanța toxică a septice-miei póte să fie dar un alcaloid sau o materie compusă din mai multe corpuri, care provin indirect din bacterii, căci putrefacțiunea nu este posibilă fără prezența de bacterii.

Schizomicetii patogeni mai cunoscuți sunt cei următorii :

Staphylococcus pyogenes aureus, coc mic, cari se prezintă ca diplococ (două coci într'o capsulă comună), în formă de mătăni și în aglomerate neregulate, se găsește în puroi, în abscese acute, empieme, furuncule, în ósele afectate de osteomielită, în cordul bolnav de endocardită ulcerósă, în corpul bolnavilor de piemie, el produce destrucțiune repede a țesăturilor și flegmone supurate, adus pe tegumentele umane el póte provoca furuncul.

Staphylococcus pyogenes albus are aceeași acțiune patologică ca Stafilococul auriu. Prezența amândorura acestor Stafilococi a fost constatată în apa unor riuri necurate ca Wien, Spree, în láaturi (ape menajere), în atmosfera, pe pereții unor săli de operațiunii și săli de bolnavi din spitale, în necurățeniile aflate dedesuptul unghiilor ale mânelor, câte odată pe tegumentele comune și în secretul unor membrane mucóse.

Streptococcus pyogenes, coc globular mai mare decât Stafilococul auriu și alb, forméză lanțuri și a-

glomerate neregulate, se găsește adesea ori în puroi, mai cu osebire în căile limfatice, în țesăturile afectate de gangrena progresivă și în abscesele piemice.

Streptococcus Erysipelatis, sémână cu streptococul piogen, se găsește în țesăturile bolnave de brâncă și produce în unele bóle infecțioase, în Variola, Scarlatina, Difteria, Pneumonia crupósă, Febra tifoidă, o infecțiune generală a organismului.

Streptococcus pyogenes malignus se găsește la Endocardita ulcerósă, la Piemie, la Febra puerperală, la Meningita cerebrospinală.

Streptococcus articulorum se observă în afecțiunile articulațiilor care însoțesc câte o dată Scarlatina și Difteria.

Gonococcus Neisser, micrococul sculamentului, apare ca diplococ pe suprafața și în interiorul celulelor de puroi care se scurge din canalul uretral.

Bacillus Anthracis, bacilul dalacului, are o lungime considerabilă; în interiorul lui, în distanțe egale, se arată mai multe grăunte mititele din cari se nasc spori în formă de ouă. Acest bacil nu se dezvoltă de cât în prezența oxigenului atmosferic și în mediul de reacțiune neutră sau slab alcalină, acidele opresc creșterea și înmulțirea lui. Sporii bacilului dalacului sunt foarte rezistenți, bacilul are o virulență însemnată, inoculat omului el produce carbuncul cu fenomene piemice.

Bacilul Edemului malignu, formedă bețișore mai scurte de cât bacilul dalacului, spori nu se arată ca la cel din urmă în totă lungimea celulei, ci numai la mijlocul său la căpătâiul, care devine atunci

mai lat ; mai mulți bacili lipiți cu căpătâiul unul de altul formeză nisce ațe articulate. Acest bacil este anaerob și nu se pôte cultiva pe suprafața gelatinei, ci numai în adâncimea ei. El se află adesea-ori în humă, la om el se găsește la emfiseumul gangrenos, care însoțesce rănirile profunde infectate prin humă.

Bacilul Febrei tifoide, scurt și gros, se găsește la bolnavii de febre tifoide în focare mici în canalul intestinal, în glandulele mesenterice, în splină și în ficat. Sporii acestui bacil sunt foarte rezistenți.

Bacilul Pneumoniei infecțioase (diplococul pneumoniei) formeză bețișore scurte, aproape ovale, cu căpătâiele rătănțite, adesea ori se observă două ori patru bacili închiși într'o capsulă comună, se găsește la Pneumonia infecțioasă în țesutul plămânilor, în exscadatul pleuritic și în spute.

Bacilul Tuberculosei, se presintă ca bețișor subțire, când drept când puțin încovoiat, cu 2 până la 6 spori în interiorul lui, apare în conglomerate mici în focare tuberculoase prospete, în celule geante, în spute. Sporii acestui bacil au o rezistență extraordinară.

Bacillus Leprae sémână cu bacilul tuberculos, este însă tot-d'a-una drept și se coloréză mai lesne de cât cel din urmă, sporii bacilului Leprei sunt mai puțin proeminenți de cât cei ai Tuberculosei. La leproși acest bacil formeză conglomerate în interiorul celulelor geante.

Bacillus Mallei, bacilul răpciugei, bacil subțire, puțin mai gros de cât bacilul tuberculosei, cu sporii în interiorul celulei, apare în conglomerate în exsudatele morvóse ale ómenilor și cailor.

Bacilul Difteriei al lui Löffler, bacil puțin încovoiat, la căpătâie mai gros, puțin resistant, este probabil că el n'are sporii. Procesele difterice se produc nu numai prin bacilul lui Löffler, ci și prin alți schizomiceti, mai ales prin streptococi.

Bacilul Sifilisului descris de Lustgarten, bacil puțin curb, cu căpătâiele puțin îngroșate; în eflorescențele sifilitice se găsesc mai mulți asemenea bacili închiși în celule sau capsule.

Bacilul Rhinosclerozei, pe care unii experimențatori l' cred identic cu bacilul Pneumoniei, se găsește la bolnavii de Rhinosclerom închiși în nișe celule mari globulare.

Bacilul Tetanului, subțire, anaerobic, formeză când aște, când aglomerate neregulate, sporii se nasc în unul din căpătâiele bacilului, care căpătâiul se îngroșe. Se găsește în humă, s'a vădut la ómeni bolnavi de Tetan traumatic și s'a inoculat cu succes diferitelor animale.

Spirillum Cholerae asiaticae, bețișor scurt, gros, mișcător, apare când în formă de virgulă, când spiral ca un șurup, se găsește în intestinale bolnavilor de choleră la începutul bólei și în scaunele lor, este foarte virulent însă puțin resistant, nu se desvoltă într'un mediū acid, móre din uscare, din încăldire la 60°C, din fierbere în timp de 1/2 oră; se înmulțesce repede la căldura de la 20°C în sus.

Spirochaeta Febrei recurente, are forma unui șurup, produce sporii. Obermeyer a găsit'o în sângele bolnavilor de febra recurente în timpul accesului.

La examinarea microscopică a diferițiilor microbi ne servim de unele materii colorante, care înlesnesc

diagnosa. Licuidul de examinat se întinde într'un strat subțire pe un gém de sticlă, care, după ce s'a uscat licuidul, se trage încet de trei ori prin flama unei lampe de alcool și apoi se aduce într'o soluțiune colorantă de anilină (de albastru de methylen, de violet de gentiana, de fuchsina). Dintr'o soluțiune alcoolică saturată a acestor materii colorante, se pică câte-va picături în apă sterilisată, în care rămâne preparatul trei minute, apoi se spală în altă apă sterilisată, se usucă cu hârtie sugătoare și se pune într'o soluțiune de balsam de Canada, liberă de chloroformiū, pe obiectivul microscopului. Fuchsina și Gentiana aū o putere colorantă mai forte și preparatele tractate cu ele se spală câte odată de mai multe ori cu alcool sau cu acid acetic diluat. Diferențierea bacteriilor se pōrtă la tractarea cu materiile colorante într'un mod diferit, unii se coloréză intensiv prin albastru de methylen, altele resistă colorațiunii și cu gentiana și cu fuchsina și se pot colora numai cu o soluțiune alcalină de albastru de methylen sau cu oleū de anilina diluat.

IV.

Infectiunea.

Este demonstrat, că virusul multor bóle constă în microbi (schizomiceti, schizofiti), că în lipsa lor infectiunea n'are loc, că licuidul infectant după filtrarea și după reținerea microbilor pe filtru pierde calitatea virulentă.

Diferiții microbi se așează pe suprafața corpului omenesc și la marginea orificiilor lui și se nutresc din substanța lui. Germele lor se pot introduce în interiorul corpului și se pot desvolta într'ensul. Numai acei schizomiceți sunt însă periculoși, cari posedă aptitudinea a exista și a se înmulți în corpul omenesc și animal și a produce într'ensul diferite perturbațiuni. Microorganismii care se introduc și se înmulțesc în vasele sanguine sau limfatice sau în țesăturile organismului viu, se numesc microorganismii patogeni. Nu toți microbii patogeni sunt tot-de-odată și infecțioși, ci numai acei cari, după ce au produs boala într'un organism, se pot importa în alt organism, în care produc aceeași boală. Microorganismii care produc Malaria (paludism) sunt patogeni fără a fi infecțioși, bacteridele cărbunelui sunt patogeni și infecțioși.

Infecțiositatea diferiților microorganismii o constatăm prin experiment, prin importarea lor artificială în corpul animalelor, anume prin inoculațiunea virusului, prin introducerea lui în țesutul subcutan, prin injecțiunea lui subcutană, prin transplantarea lui în camera oculară anterioară și prin inhalațiunea lui în căile respiratoriilor. Pentru aceste experimente ne servim de animale de aceeași specie de la care provine virusul, sau cel puțin a unei specii care se rudesce cu cea din urmă. Pentru boalele infecțioase ale omului dăm preferența maimuțelor, ele sunt singurele animale primitoare, spre exemplu, pentru febra recurentă a omului. Să nu uităm însă faptul constatat de către R. Virchow, că în general omul are o mare receptivitate pentru virusul boalelor animale,

de vreme ce animalele sunt puțin primitoare pentru bólele omului.

Infecțiunea se deosibesce de intoxicațiune prin faptul, că intoxicațiunea produce un efect imediat după importațiunea materiei toxice în organism, infecțiunea însă se manifestă numai la finele incubațiunii, adică după trecerea timpului necesar pentru ca microbii cari au făcut invasiune în corpul viu să se pótă așeza într'ensul, acomoda mediului și înmulți, timp care variedă după bólă și după animal.

În atmosferă și în sol precum în corpul animal și omenesc microbii specifici, virulenți, capabili a produce bólă, sunt adesea orî însoțiți de o mulțime de alți microorganismii banali, inofensivi. Este foarte dificil a'i distinge unii de alții și a face la cadavru diagnosa precisă, căci îndată după mórte condițiunile pentru dezvoltarea microorganismelor devin foarte favorabile, sahurul sângelui descompus și demurile musculilor mórte fiind alimente excelente pentru acei parasiți. De și A. Wernich pretinde, că toți microbii cunoscuți ca cause unor bóle infecțioase, se pot găsi și în cadavrele ómenilor cari n'au murit de acele bóle infecțioase, există semne caracteristice prin care recunóscem în cadavru unii microorganismii patogeni. Nu este numai forma a câte unui individ microscopic, ci mai mult gruparea acestor parasiți în colonii, aglomeratele lor, care înlesnesc adesea-orî precisarea diagnosei la cadavru. Mai lesne se face de multe orî diagnosa în viétă, prin examinarea unei picături de sânge, spre exemplu în febra recurentă. Proba sigură despre caracterul patogen al unui microb constă în experiment, în cultura artifi-

cială și în producerea artificială a bôlei în urma im-
portațiunii aceluși microb în organismul animal.

Stratele superficiale ale pământului conțin după D. Miquel cantități prodigiöse de microbi, 700000 până la 900000 microbi într'un gram de humă la adâncime de 20 centimetri, din care $\frac{9}{10}$ sunt bacili. Numai o parte foarte mică a acestor bacili sunt patogeni, cei mai mulți au o misiune salutară, fiind însărcinați cu provocarea descompozițiunii a materiilor azotate, între ei se găsește fermentul nitric (Schloesing, Muntz) și fermentul care produce acid carbonic (C. Wollny), agenți de asanare a solului care însă mor și dispar dacă solul este supra-saturat cu materii organice. Microbii se găsesc în sol mai cu osebire la o adâncime de 25 până la 50 centimetri, la profunditate mai mare ei dispar, la adâncimea de 1 m. 50 nu se mai găsește nici un microorganism viu, afară de cei aduși acolo împreună cu cadavere. Microorganismii sunt mai numeroși în sol în timpul verei decât în timpul iernei, după ploii ei se înmulțesc, în timpul secetei numărul lor scade.

Germii unor bôle sunt aduși în pământ cu cadaverele victimelor acelor bôle (s. e. bacteriilor cărbunelui) și cu diferitele dejecțiuni ale bolnavilor. Găsim câte-odată în pământ, alături unii cu alții, germii a două bôle diferite, precum corpusculi-germii ai bacteriei dalacului alături cu vibrionul septic.

Pentru ca acești germii, aflați în pământ, să producă bôle, ei trebuiesc să iasă la suprafața solului. Care forță îi aduce acolo? Pentru bacteriile cărbu-

nelui d. L. Pasteur a crezut, că rămiți au această misiune, cea ce a fost contestat de d. R. Koch. Este probabil că gazele din interstițiile pământului, care se află în comunicațiune cu atmosfera d'asupra solului, transportă și microorganismii în direcțiune ascendentă. DD. F. Renk, J. Soyka și P. Miquel au demonstrat, că un curent de aer foarte slab străbătând pământul uscat, poate aduce la suprafață o pulvere fină, care conține microbi patogeni. DD. Naegeli și P. Miquel pretind, că de la licuide și de la substanțe solide umede aflate în fermentațiune nu se degajază nici un microb, DD. Renk, Soyka și Brautlecht afirmă din contră, că microbii se pot ridica în atmosferă prin evaporarea licuizelor în care sunt suspendate.

Aerul atmosferic care ne inconjoră, conține obicnuit mulți schizomycefi. D. P. Miquel a găsit în canalele Parisului, în marele colector de desuptul Boulevardului Sebastopol, câte 880 bacterii într'un metru cub de aer, adică de la 8 până la 9 ori mai mult decât în atmosfera parcului de la Montsouris, dar numai cu puțin mai mult decât în stradele metropolei franceze, în care câte-odată, mai ales la începutul lunei Noembre, numărul bacteriilor este mai considerabil (Strada Rivoli 1520 bacterii într'un metru cub de aer). În casele particulare ale Parisului D. Miquel a găsit câte 2000 până la 3000, în spitale 7000 până la 8000 bacterii în fie care metru cub de aer. Nu ne este permis a lua proporțiunea bacteriilor drept măsură a salubrităței aerului, căci ea nu depinde numai de numărul, ci între altele și de specificitatea microbilor. D. Miquel a

numărat bacteriile din diferite atmosfere, n'a cercetat însă câți dintre acei bacterii au conservat sau au pierdut viabilitatea și puterea proliferă. Aceași valoare limitată au cercetările minuțioase ale D-lor Louis și Douglas Cunningham din Calcutta, cari au examinat aerul și pulverea din lazarete și închisori, cele 10000 de experimente ce D-lor au făcut, cu scopul de a găsi un raport între microorganismii din atmosfera și între endemiile și epidemiile de cholera și de alte bóle, au dat rezultatele negative.

În anul 1886 D. Miquel a publicat rezultatul constatărilor sale, asupra variațiunei orare a bacteriilor din atmosferă. În cele 24 ore ale zilei atmosfera conține puținii bacterii pe la 2 ore de dimineață, d'atunci ea se încarcă succesiv cu ei și atinge maximum între 6 și 9 ore a. m. apoi încețază cu încetul impuritatea aerului, numărul bacteriilor ajunge la minimum pe la orele 2 p. m. d'atunci el crește din nou și arată al doilea maximum între 6 și 8 ore p. m.

A. Wernich a stabilit ipotesa, că în cele mai multe cazuri microorganismii dobândesc specificitatea lor în corpul omenesc și animal, că ei devin virulenți prin dezvoltarea lor în diferite țesături, și că virulența lor crește în țesăturile lipsite de aer. Naegeli și Pettenkofer cred din contra, că mulți microorganismii ajung la un grad înaintat de evoluțiune afară de corpul animal, mai ales în sol și că dezvoltarea lor se termină numai în corpul omenesc sau animal.

Aerul din giurul nostru conține dar tot-d'a-una și pretutindenea un număr diferit de bacterii și de germii bacteriilor. I inspirăm; parte din ei este iarăși

eliminată din plămâni, prin mișcarea vibratilă a epitelii care îmbracă căile respiratorii, o altă parte se depune în alveolele pulmonare și este transportată d'acolo în căile limfatice, în glandulele limfatice ale bronchiilor, unde ei pier obiceiuit, căci nu'i mai găsim în condițiunile normale în țesăturile și în lichidele organismului (Cohnheim). Germii bacteriilor importați în căile respiratorii, nu rămân însă tot-d'una inofensivi, ci dacă ei găsesc acolo materii care favorizează dezvoltarea lor ulterioară, ei se înmulțesc și contribuie la descompozițiunea acelor materii, astfel ei pot transforma secretul unei bronchite cronice simple în acela al unei bronchite putrede; Bacilul tuberculozei, care asemenea intră în organismul obiceiuit prin căile respiratorii, poate deveni motorul ftisiei pulmonare. Asemenea se nasc și alte bôle infecțioase prin inspirațiunea aerului infectat; Gripa și Tusea convulsivă, multe Laryngite și Bronchite infecțioase, Difteria, Pneumonia cruposă a omului, Pesta bovină (Tifusul bovin) par a avea această origină. Cohnheim crede că și virusul palustru, acela al Febrei recurente, al exantemelor se împoartă în corpul nostru tot prin căile respiratorii. Incercările făcute în anul 1887 și 1888 în Institutul de Igienă din Zurich probează, că microorganismii pot intra în corp prin mai toate membranele mucose, prin conjunctiva, prin căvitatea bucală și nasală. La al VII Congres de Medicină internă ținut la Wiesbaden în anul 1888, d. Hans Buchner a comunicat o serie de experimente din care rezultă, ca unii bacterii patogeni trec prin membrana mucosă intactă a căilor respiratorii și ajung astfel în curentul sângelui.

Până acum nu s'a constatat într'un mod pozitiv prezența microbilor patogeni în atmosferă.

Microbilii patogeni pot intra în organism și prin alte căi, unii sunt importați cu apă de băut și cu alimente în stomac și în celelalte intestine, rănilor și jupuiturile pielii le pot servi drept poartă de intrare și este probabil că ei sunt introduși în corp prin stomatele foliculelor și prin glandulele pielii și ale membranelor mucoase. D. V. Babeș crede asemenea, că unii microbi intră în organism fără leziunea epidermului, D-sa a găsit bacilii Maliasmului (al răpciugel) în foliculele părului unei persoane victima acestei boale. King din Washington afirmă că unii insectii transportă microbi de la un individ la altu și Baumgarten vorbește de transmisiunea microbilor prin spermă. Hirt și alții experimenterii au găsit în apă, încărcată cu multe materii organice, cantități însemnate de bacterii, după ce ei au consumat substanțele nutritive din apă, dezvoltarea și înmulțirea lor încetădă. După Naegeli invasiunea boalelor infecțioase prin apă de băut este puțin probabilă, căci acidele din suc gastric și fierea aflată în intestine micșorădă energia microbilor. După Erisman bacterii apei necurate sunt mai puțin periculoși dacă bem acea apă, și mai mult dacă ne servim de dănsa pentru spălarea diferitelor vase, unelte și a pardoselei, căci după ce aceste obiecte se usucă, bacterii aflați pe ele se comunică atmosferei în formă de pulvere fină, care pulvere potă fi introdusă nu numai în stomac împreună cu alimentele ci și în căile respiratorii. R. Koch a demonstrat însă prezența Bacilului Cholerei indice în apă de băut și raportul ce

există între ingestia în stomac a apei infectate cu Bacilii Cholerei și între nascerea acelei bôle. Din an în an se înmulțesc probele, care confirmă transmisiunea febrei tifoide prin intermediul apei de băut, pe lângă lucrările importante respective ale d-lui Brouardel, menționăm acelea ale d-lor Wolffhügel și Riedel, din care rezultă că bacilii d-lacului și ai febrei tifoide conservă viabilitatea lor mult timp în apă puțin mânăjită cu substanțe organice și că bacilul virgula al cholerei nu pierde capacitatea a se înmulți, după șederea în asemenea apă în timp de șapte luni.

Existența microbilor în organismul omenesc depinde de împrejurarea, dacă ei găsesc înl'rînsul condițiunilor favorabile pentru prosperarea lor, dacă temperatura lui este conformă cu obiceiurile lor, dacă ei găsesc alimente apte în țesăturile în care au fost importate, dacă ei nu întelnesc acolo substanțe, care exercită o acțiune toxică asupra lor, dacă ei pot învinge concurența ce le fac celulele animale. Metschnikoff a descoperit în anul 1887 în unele organe niște celule, numite Phagocyte, care înghit și nimicesc pe bacteriile importați în acele organe, Ribbert și Weigert au vădut, că în jurul microorganismelor patogeni introduși în organism se grupedă o mulțime de leucociți, care'i închid, formând o manta desă care opresce pe parasiții a absorbi alimente și oxigen, că chiar sporiți unor schizomiceti patogeni pot peri printr'o asemenea închidere operată de leucociți. Ribbert admite posibilitatea, că parasiții închiși într'ocutie formată de mulțime de leucociți, mor din cauza secretelor lor proprii, ale căror difuziune este oprită.

Naegeli ȃice cĂ schizomiceȃii virulenȃi devin vĂtĂmĂtorii, fiind-cĂ sustrag corpului substanȃe alimentare Ńi globulelor sĂngelui oxigen, fiind-cĂ distrug glicosa Ńi alte materii lesne de descompus Ńi dau nascere unor fermente, in prezenȃa cĂrora unele ȃesĂturi solide Ńi insolubile se solve Ńi se descompun. AcĂstĂ acȃiune constituie dar o bolĂ, care se manifestĂ prin simptome diferite, dupĂ ȃesĂturile Ńi organele care sunt mai mult afectate prin paraziȃii in cestiune.

Schizomiceȃii intrĂ dar lesne in corpul animal, prosperarea Ńi inmulȃirea lor in corpul viu este in sĂ numai atunci posibilĂ, cĂnd ei pot invinge concurenȃa ce le face procesul nutriȃiunii. Nu toȃii schizomiceȃii pot trĂi in corpul omenesc viu, ast fel spre exemplu bacterii putrefacȃiunii, de Ńi sunt adesea-ori importaȃi in tubul digestiv, nu se mai gĂsesc in sĂnge Ńi in intrul ȃesĂturilor, afarĂ de cazul de necrosĂ a unei pĂrȃi a corpului, ei aflĂ in sĂ condiȃiuni favorabile pentru prosperarea lor in tr'un chiĂg (coagul) de sĂnge care astupĂ un vas sanguin, in tr'un tromb compus diu globule albe mĂrte ale sĂngelui. Cohnheim a observat in trombi numai in casuri mai rari pe adevĂratul motor al putrefacȃiunii, *Bacterium thermo*, obicnuit in sĂ *Micrococi* de dimensiuni fĂrte mici. In trombii resultaȃi din *Endocardita ulcerosĂ* (*Endocardita maligna*) se aflĂ constant *Streptococi piogeni* aglomeraȃi, lipiȃi in tre ei prin tr'o masĂ gelatinosĂ. O importanȃĂ mai mare au schizomiceȃii care produc dupĂ rĂnire *Flebita supurativĂ* Ńi *Piemia*. Unii schizomiceȃii alterĂĂ pĂreȃii vaselor unor organe Ńi provĂcĂ ast-fel inflamaȃiuni. Dintre inflama-

țiunile au origina infecțioasă : Pleuropneumonia cruposă, Pericardita și Endocardita Rheumatismului articular acut, Difteria, diferitele infecțiuni septice, precum Flegmone, supurațiuni ale articulațiilor și ale glandelor, supurațiunile metastatice și secundare ale membranelor seroase, supurațiunile piemice în general, ramolițiunile puriforme ale trombilor, Metrita virulentă, Conjunctivita blenoroică, Erisipelul.

La unele supurațiuni se găsesc în puroiul organismul cu totul diferit de micrococii specifici ai puroiului, precum aște de *Leptotrix*, *Actinomicete*, *Aspergillus glaucus* ș. a.

Maas și Waldeyer au constatat în anul 1872, că *Leptothrix buccalis* este cauza concrețiunilor și a sedimentelor depuși pe dinți, acest parazit posedă calitatea a asimila sărurile calcare din alimente și din substanța dinților denudați de smalțul lor natural. Leber și Rottenstein au probat, că caria dinților este un proces destructiv, provocat prin *Leptothrix buccalis*.

La Erisipelul chirurgical (nosocomial) a constatat Lukomsky aglomerate de micrococi în vasele limfatice cele mai fine ale tegumentelor comune, în Pielonefrita a găsit Klebs coloniile de bacterii în canaliculele urinare, în aceste cazuri mijlocesc dar bacterii propagațiunea inflamațiunii.

Microbiul patogen a să suportă în organism o luptă cu țesăturile corpului animal. În această luptă celulele corpului au avantajul, că mișcarea continuă a lichidelor din corp înlesnesce eliminarea materiilor streine, uii bacterii importați în sânge sunt iarăși scoși din curentul circulatoriu prin rinichi,

În fine iritațiunea produsă prin acești corpi streini provocă o inflamațiune și prin urmare o circulațiune mai viă în părțile afectate, care înlesnesce eliminarea paraziților. Dacă microbii patogeni înving obstacolele ce corpul animal le opune, ei produc leziuni ale țesăturilor, perturbațiuni în circulațiune, ale căror studiu este de domeniul anatomiei patologice și al patologiei experimentale. Igiena are să studieze numai preîntâmpinarea infecțiunii, apărarea omului sănătos în contra acțiunii microbilor patogeni.

V.

Apărarea în contra bolilor infecțioase.

Măsurile apărătoare în contra bolilor transmisibile, în contra epidemiilor și endemiilor, trebuiesc să se bazeze pe faptul, că multe dintre ele se comunică persoanelor sănătoase prin emanațiunile bolnavilor și ale cadavrelor, prin microbi patogeni și prin spori ai acestor microbi, aflați pe corpul bolnavului, în secretele și excretele lui, pe obiectele de care s'a servit bolnavul afectat de o boală infecțioasă, în atmosfera care 'l înconjoară, în locuința lui, pe cadavrul unei persoane decedată de o boală transmisibilă; că germii bolilor infecțioase se transmit dar persoanelor sănătoase adese-ori și prin obiecte, cari n'a fost întrebuințate de bolnavi, care însă s'aș aflat în atmosfera infectată de bolnavi, prin apă de băut și prin alimentele, infectate direct sau indirect de de-

jecțiunile bolnavilor care au suferit de bóla infecțioasă respectivă.

Măsurile profilactice constă dar într'o serie de lucrări, care au de scop :

a. Nimicirea materiei infecțioase care emană de la bolnavi : desinfecțiune ;

b. Supunerea organismului sănătos omenesc și animal la nisce operațiuni nepericuloase, care 'l fac neprimitor pentru infecțiune : inoculațiune preventivă ;

c. Oprirea indivișilor afectați de bóle infecțioase a veni în contact cu persoane sănătoase : isolare ;

d. Luarea de măsuri de igienă generală, pentru a se depărta dintr'o localitate tot ce ar putea înlesni dezvoltarea și multiplicarea germelor bólei după importațiunea lor în localitate ;

e. Inființarea de carantine la fruntare, pentru a se opri importațiunea în țără a unor bóle epidemice apărute în altă țără ;

f. Inființarea de autorități și institute internaționale, care au scopul a preveghia sorginșii unor bóle exotice și a opri importațiunea lor în Europa.

VI.

Desinfecțiunea.

Desinfecțiunea constă în înlăturarea infecțiunii, prin nimicirea acelor materii, care transportă bólele

infecțioase de la un individ la alt individ, prin sterilizarea saŭ cel puțin prin slăbirea virusului, prin omorirea microorganismelor potogeni saŭ prin oprirea înmulțirii lor.

Cuvântul desinfecțiune nu este vechiŭ, el datéză de la începutul secolului nostru. În anul 1750 Pringle a scris tratatul sêu asupra substanțelor antiseptice și în 1801 Fourquoi și Guiton Morveau s'aŭ servit pentru prima óră de cuvântul desinfecțiune, dar *procedeul* este fórté vechiŭ și nu este generațiunea nóstră care desinfectéză pentru prima óră într'un mod radical; găsim la Indi, la Egiptieni, la Ebrei deja diferite moduri de desinfecțiune, dintre care cele mai însemnate aŭ fost aerarea, spălarea și arderea obiectelor infectate. Desinfecțiunea esactă, științifică nu datéză însă de cât de la Pasteur, de când cunoșcem fermentele, de când știm ce avem să desinfectăm.

Ce desinfectăm? O să desinfectăm óre gazele fetide? Nu este de mult de când s'a înlăturat confușiunea, care a existat în știință între desinfecțiune și desodorațiune; din nenorocire însă vedem și ađi practicându-se adese-óri desodorațiunea în locul desinfecțiunii, credem că am nimicit pe inamic când nu'l mai vedem, când nu'l mai constatăm prin odoratul nostru; în realitate nu este așa, tocmai acel inamic care se arată de timpuriŭ nu este așa de periculos, gazele care miros réu, sunt mai puțin vătămátóre de cât pulverea inodoră suspendată în atmosferă; la începutul unei putrefacțiuni se degajéză gaze, dar la începutul acestei fermentațiuni nu se comunică microbi aerului; numai după ce descom-

pozițiunea s'a terminat cu desevârșire, după ce materia care conține microbi s'a uscat, după ce prin sus-tragere de apă a devenit pulverulentă, ea se ridică în atmosferă; de și nu o mirosim, nu o simțim prin odorat, acea materie este mai periculoasă. Trebuie dar să ne ferim a confunda desodorațiunea cu des-iafecțiunea.

Pentru desinfectiune ne servim adî de diferite *materii desinfectante*, asupra căror există diferite a-preciări și care se întrebuintează după diferite me-tode. Avem să omorăm microbii patogeni, avem să-i nimicim prin contact cu diferite materii desin-fectante; nu trebuie însă să uităm, că în practică nu se petrece lucrul așa ca în laboratoriu unde culti-văm microbi, este lesne a omorâ un microb într'o cultură artificială, în natură nu putem să atingem microbul patogen cu aceeași înlesnire cu care 'l a-tingem la experimente. Înainte de toate trebuie să a-legem bine substanța desinfectantă și să dozăm bine cantitatea materiilor desinfectante după specia mi-crobilor; microbul nu mor dintr'o cantitate insufi-cientă de desinfectant, el se obișnuesc cu dînsul precum și noi ne putem obișnui cu otrava; dacă luăm încetul cu încetul pe fie-care dî 2, 3 mili-grame de acid arsenios, ne deprindem cu acest toxic, dar dacă luăm pentru prima oară de o dată numai câte-va centigrame de acid arsenios, ne compromi-tem viața. Tot așa este și cu microbii, unii se o-bișnuesc cu desinfectantele care le introducem în licuidele nutritive în cari cultivăm microfiți patogeni, și cari sunt nimiciți numai prin concentrațiunea mai mare a soluțiunilor desinfectante.

Prima regulă a desinfecțiunii este *curățenia*, înainte de a recurge la desinfectantele toxice, trebuie să depărtăm și să distrugem sorigintii infecțiunii prin aer și prin apă, să izolăm bolnavii și morții, să purificăm obiectele și localele infectate, să le spălăm și să le aerăm.

Substanțele desinfectante cari au o acțiune sigură, și cari prin urmare merită să fie recomandate sunt : acidul carbolic, bichlorurul de mercuriu, apa oxigenată, apa fierbinte, vaporii de apă fierbinți și clorurul de zinc.

Acidul carbolic, (acidul fenic) a fost introdus în practica antiseptică de către Lister ; îl dăm pasu înaintea sublimatului, căci este mai puțin periculos în cas când nu se face abus de soluțiunii mai concentrate ; îl întrebuițăm în concentrațiunii de 5% pentru desinfecțiunea radicală, de 2 până la 3% pentru spălaturii în chirurgie și în obstetrică și pentru plœe fină (pulverisațiune), nu trebuie însă să uităm că acidul carbolic pôte să albă o acțiune iritantă, caustică și chiar toxică, dacă este absorbit în cantitate mai mare, după aplicarea pe suprafețe întinse ale corpului denudat de epiderm, pe membrane mucóse și mai ales după importarea în stomac în cantitate de 1 gram și mai mult în 24 ore. Intoxicațiunea se manifestă prin durere de cap și de stomac, fiori de frig, puls slab, leșin, colorațiune verde saũ négră a urinei expuse aerului. Antidotul cel mai eficace în contra acestei intoxicațiunii este sulfatul de sodă în doze nu purgative. După Jalan de la Croix bacterii patogeni mor într'o soluțiune de acid fenic de cel puțin 5%, germii lor

52.930

însă numai într'o soluțiune de 40⁰/₀. După John Dougall acidul fenic nu este un desinfectant, el nu nimicesce ci opresce, amână numai acțiunea zymotică a fermenților, după volatilisarea lui materia infectantă redobândește acțiunea ei vătămătoare; cu toate acestea întrebuițarea lui în soluțiuni de la 2¹/₂ până la 5⁰/₀ satisface trebuințele practice. Schotte și Gärtner au constatat în anul 1880, că bacterii conținuți în licuide în vase deschise și foarte largi, mor din încărcarea atmosferei care le înconjură cu doze mari de acid fenic, doze de cel puțin 7.50 grame pentru fie-care metru cub de aer. Vestminte și stofe uscate, impregnate cu bacterii, se desinfectă prin evaporarea unei cantități de acid fenic de cel puțin 15 grame pentru 1 metru cub de aer; dacă acele stofe sau vestminte sunt udate, ajunge evaporarea sau pulverizarea de câte 12 grame de acid carbolic pentru câte 1 metru cub de aer pentru desinfecțiunea lor. Procedeu acesta este costitor, căci numai cu un sorginte puternic de căldură se pot volatilisă într'o oră 300 până la 600 grame de acid fenic.

Acțiunea desinfectantă a acidului carbolic devine mai forte, prin adăogirea unui alt acid în cantitate mică, pentru acest scop ne servim de un adaos de acid chloridric, sau mai bine de acid tartric care nu atacă pânzelurile, în cantitatea până la 5⁰/₀ de licuid. Acidul carbolic brut al comerțului, care de multe ori nu conține mai mult de cât 25⁰/₀ acid carbolic pur, este insolubil în apă; îl putem face solubil și transforma într'un desinfectant bun, dacă îl adăogăm o parte egală de acid sulfuric brut.

Al doilea desinfectant este sublimatul, bichlorurul de mercur. El a fost pentru prima dată încercat de Davaine, o soluțiune de 1 parte sublimat în 20000 părți apă omorâ pe spori bacterișilor dala-cului în 10 minute, unii bacili mor într'o soluțiune de sublimat de 1 la 300000 (R Koch). Bichlorurul de mercur este astăzi recomandat în primul loc, instrucțiunile oficiale pentru desinfețiune, publicate de curând în Germania, prescrie întrebuințarea sublimatului pentru desinfețiune în cas de diferită, de cholera, de vârsat și de alte bôle infecțioșe; el a intrat și la noi în obiceiul medicilor și a publicului, întrebuințarea lui reclamă ôre-care precauțiune, el este însă desinfectantul cel mai puternic și cel mai estin; putem întrebuința o soluțiune de 1 la 5000 până la 1 la 1000 pentru desinfectarea albiturilor și a escrementelor; pentru scopurile chirurgicale, pentru spălarea rănilor, a părților genitale după facere se întrebuințază o concentrațiune de $\frac{1}{2}$ la 1000 până la 1 la 1000.

În anul 1887 a arătat d. Angerer din Munic, ca la diluarea soluțiunilor concentrate de sublimat cu apă nedestilată, această sare se precipită; spre a opri această precipitare, D. Angerer propune adăogirea unor aciși, cari descompun carbonatele apei fără a ataca sublimatul, precum acid salycilic, chloridric, acetic. Schillinger mănține bichlorurul de mercuriù în apă ordinară în soluțiune perfectă, prin adăogire de câte 1 gram de chlorur de sodiù la 1 gram de sublimat. D. Emmerich a constatat prin experimente valôrea practică a soluțiunei de sublimat cu chloruru de sodiù și d. farmacist Schillinger din Munic fabrică pastile de

sublimat cu chlorur de sodiu, care inlesnesc prepararea repede și ieftină a unei soluțiuni desinfectante în apă ordinară. Aceste pastile, lesne transportabile, sunt recomandate și pentru tratamentul chirurgical al plăgilor. Precum se mărește acțiunea desinfectantă a acidului carboic, se mărește asemenea și cea a sublimatului prin adăogirea de mici cantități ale unui acid. În regulamentul sanitar al armatei germane (Deutsche Kriegssanitätsordnung) a fost în anul 1888 modificată formula pentru soluțiunea concentrată de sublimat de 10⁰%, care servă pentru compunerea soluțiunilor diluate, această formulă glăsuesce acum :

Bichlorur de mercuriu 10,

Chlorat de sodiu 20,

Apă destilată 70,

însemnază : Soluțiune de sublimat 10⁰%.

Apoi vine apa fierbinte, de care nu ne putem servi în chirurgie, dar de care ne servim cu succes pentru desinfectarea albiturilor, vestmintelor și altor obiecte mânjite cu dejecțiunile bolnavilor.

Alături cu apa fierbinte putem pune și vaporii ferbinții de apă ; dacă întrebuițăm curenții de vaporii de cel puțin 100⁰ C. în timp de cel puțin 15 minute, obținem o desinfecțiune sigură.

În diferite publicațiunile de igienă și de poliție sanitară, în diferite instrucțiunile oficiale asupra desinfecțiunii, figură și temperatura ridicată, adică căldura uscată; aerul cald și uscat nu este un desinfectant sigur, de exemplu sporii bacteridelor dalacului nu mor la căldura uscată de 130⁰ ci numai la 150⁰, apoi ori-ce obiect nu suportă această căldură

ridicată, multe stofe se strică deja la căldura uscată de 120°C ., pelea argăsită devine fragilă la o temperatură mai mică de decât 120°C . Dacă tratăm o saltea cu curenți de aburi de apă de 100°C . 15 minute, am desinfectat-o cu desăvârșire, apoi o expunem la un curent de aer cald, pentru uscarea ei; însă aerul uscat și cald nu intră în interiorul diferitelor obiecte cu aceeași înlesnire, cu care intră vaporii de apă; dacă punem un termometru înăuntrul unei saltele, pe care o desinfectăm succesiv prin vaporii de apă și prin aer cald și uscat, putem constata că dacă aburul are 100°C ., nu vor trece de cât câteva minute și mijlocul saltelei va avea aceeași temperatură, dacă o punem însă într'un aparat de desinfecțiune cu aer uscat încălzit până la 140° , putem vedea că, de vreme ce suprafața va fi încălzită la această temperatură, mijlocul saltelei nu va avea nici 100° . Aerul cald și uscat nu este un desinfectant sigur și așî administrațiunile transformă succesiv toate aparatele de desinfecțiune cu aer uscat, în aparate care desinfecțiază cu vaporii.

Despre metodele de desinfecțiune prin vaporii vom vorbi mai jos.

Chlorurul de zinc a fost întrebuințat mai întâi în Anglia, după recomandăția D-lor Burnett, Parkes și Chaumont, pentru desinfectarea navelor, a casarmelor și spitalelor, mai cu seamă pentru spălarea pardoselei și a latrinelor, în soluțiuni apoase de $0,4\%$ până la 1% .

D. P. Miquel, capul serviciului de micrografie de la observatoriul de la Montsouris (lângă Paris), a constatat valoarea desinfectantă a diferitelor materii toxice și antiseptice, fixând cantitatea necesară pen-

tru desinfectarea unui litru de lichid nutritiv, în care se cultivă diferiți microbi, această cantitate este cea următoare :

Apă oxigenată	grame	0.05
Bichlorurur de mercuriū	»	0.07
Brom	»	0.60
Sulfat de cupru	»	0.90
Chlorur de zinc	»	1.90
Acid thymic.	»	2.0
Acid carbolic	»	3.20
Permanganat de potasă	»	3.50
Alumen (piatră acră).	»	4.50
Acid arsenios	»	6.0
Acid boric	»	7.50
Idrat de Chloral	»	9.30
Salicilat de sodă	»	10.0
Sulfat de fer	»	11.0
Sodă caustică	»	18.0
Borat de sodă (Borace).	»	70.0
Alcool.	»	95.0
Iodur de potasiū	»	150.0

Apa oxigenată a fost întrebuințată de Ténard în anul 1818 ca decolorant, Angus Smith a introdus-o în medicină ca desinfectant în anul 1869, ea se prepară priu înfundarea unui peroxid metalic cu un acid forte, 1 volum apă conține 10 voluml oxigen.

Desinfectantele de a doua ordine, mai puțin active de cât cele menționate mai sus, care însă se mai întrebuințază sunt : Acidul sulfuros, chlorul, acidul boric, oleul rectificat (esența) de terebentină, chloralul, acidul timic, acidul salicilic, iodoformul, permanganatul de potasă, chloratul de potasă, naltalina, chloridul de iod, creolina, antipirina și frigul.

Acidul sulfuros se produce prin arderea de pu-

ciosă pulverisată, se întrebunțeză cantități de 20 până la 300 grame de puciosă pentru 1 metru cub de spațiu ; un metru cub de aer arde 68 grame de puciosă și produce 136 grame ori 47 litri acid sulfuros. Wolffhügel a constatat, că cu o cantitate de un volum acid sulfuros în 10 volume de aer, puși în contact cu sporii bacteridelor cărbunelui timp de 24 ore, n'a putut omorâ acești spori (publicațiunile oficiului sanitar imperial din Berlin). N. Jalan de la Croix din Dorpat a probat, că germele multor bacterii patogene se steriliséză în licidul lor nutritiv, printr'o cantitate de 1 până la 422 părți acid sulfuros pentru 1 până la 135 ale licidului nutritiv. Gazul de acid sulfuros este toxic, dacă localul pe care'l am desinfectat cu acest gaz nu este în urmă bine aerat, locuitorii lui sunt expuși la intoxicațiune. Obicnuit odorea gazului sulfuros mai persistă în local 3 până la 4 zile după desinfecțiune și produce perturbațiuni gastrice. Congresul internațional de Igienă VI., ținut la Viena în anul 1887, a șters acidul sulfuros din lista desinfectantelor, din cauza nesiguranței sale.

Oleul rectificat de terebentină (esența de terebentină) și chloralul servă pentru desinfectarea exsudatelor difterice, prin pensulație adesea-ori repetată a părților bolnave.

Acidul timic (Thymol) este un fenol iritant ca acidul fenic, mai antiseptic de cât el, se solvă anevoc în apă, mai lesne în eter. El se întrebunțeză puțin, din cauză că în apă nu se solvă din el mai mult de cât 3 părți într'o 1000.

Iodoformul este foarte prețuit de chirurși, cari îl

întrebuințeză în pulvere pentru pansamente. Absorbțiunea lui în cantitate mare dă loc la perturbațiuni mult mai grave în organism, de cât cele observate după absorbțiunea acidului carbolic.

Permanganatul de potasă opresce dezvoltarea sporilor schizofitilor în soluțiune apăsă de 1 : 100, acțiunea lui este însă numai la început energică și scade curând. Acest desinfectant mai presintă desavantagiul d'a păta pânzeturile.

Chloratul de potasă se bucură de o reputațiune pe care nu o merită, căci nu este un desinfectant activ și la luarea internă exercită adesea o acțiune toxică.

Naftalina, un carbur de idrogen extras din cărbuni fosili, înso ubil în apă, se întrebuințeză mai rar ca desinfectant.

Sulfatul de cupru s'a recomandat ca desinfectant prin instrucțiunile oficiale franceze ; Flügge și alți experimenterii germani 'i atribue o acțiune nesigură, chiar în soluțiuni apóse de 5⁰/_o.

Unii autori numără și frigul între desinfectante. Frigul, ca și uscăciunea absolută, n'are o acțiune desinfectantă ci antiseptică, frigul amână dezvoltarea microbilor fără a'i distruge. Deja Cagniard-Latour a arătat, că frigul produs prin solidificarea acidului carbonic suspendă vitalitatea unor fermenți fără a'i nimic, și în anul 1880 L. Pasteur a repetat experimentele lui Cagniard-Latour, expunând diferiți bacterii la o temperatură prelungită de —30°C, fără a'i distruge. În anul 1878—1879 profesorul Gamgee din Londra, G. Richardson din Filadelfia și doctorul A. Gibboe din Richmond au construit cu spese enorme un bastiment refrigerant, creșdend că vor putea ni-

mici prin frig germii febrei galbene, și că navea va rămâne imună în contra acelei bôle. Navea a ancorat într'un port al Americii centrale bântuit de febre galbenă; după ce interiorul navei a fost desinfectat prin spălături cu o soluțiune de Chlorur de Magnesiū în apă și glicerină răcită la -18°C , navea a luat direcțiunea spre Europa, străbătând Oceanul Atlantic. După câte-va zile de călătorie a apărut însă febre galbenă între echipagiul bastimentului, și desinfecțiunile repetate cu soluțiunile de Chlorur de Magnesiū răcit până la -35°C n'au putut să'l libereze de endemie, care a reapărut de mai multe ori pe bord. Sporii bacteridelor pustulei maligne, supuse unei temperaturi de -20°C ., nu mor, ci evoluțiunea lor se oprește numai pentru timpul acțiunii frigului.

Frigul se pôte utiliza înfr'un mod practic pentru conservarea cadavrelor. În unele morgue și laboratorii de anatomie se scade temperatura atmosferei pentru acest scop prin evaporațiunea acidului sulfuric licuid, a amoniacului licuid sau a oxidului de methyl licuid, supus unei presiuni de 3 atmosfere. Gazul de Chlor și Apa chlorată se bucură de la finele secolului trecut de reparațiunea de desinfectanți buni, întrebuințarea lor este însă dificilă și costitoare și rezultatul nesigur. O comisiune, însărcinată în anul 1879 de guvernul german cu studiarea desinfectantelor în contra Cholerei, a constatat, că din Ipochloridul de calce infundat cu acid clorhidric și cu puțină apă, gazul de chlor se degagază foarte incomplet, dacă acea masă nu este necontenit amestecată cu un bețișor de lemn, că din mo-

mentul ce încetăm a amesteca, nu se mai degază de cât cantități minime de chlor; că gazul de chlor se degază asemenea dintr'o amestecătură de Bichromat de potasă cu acid chlorhidric bine încălzit, sau de Chlorur de sodiu, de Iperoxid de Mangan, de acid sulfuric și de apă asemenea bine încălzite, căci cu încetarea încălzirii încetează și formarea gazului. Aceste condițiuni sunt greu de împlinit, nu putem degăgia gazul de chlor într'un local ocupat de oameni, căci chlorul ast-fel concentrat ca să pōtă distruge bacterii și sporii lor, irită căile respiratorii și provōcă congestiuni, emoragii și inflamații pulmonare. Sus-numita comisiune din Berlin (Bericht der Deutschen Cholera-Comission. Berlin 1879) pentru a omorā diferiții bacterii și vibrioni, a trebuit să degageze câte 2 litri și 722 centimetri cubi de gaz de chlor pentru fie-care metru cub al localului în care s'aũ aflat acei microorganismii și s'ũ expuie acțiunii chlorului timp de 20 ore. Producerea acestei cantități de chlor a costat câte 4 bani pentru fie-care metru cub de local, preț însemnat în comparațiune cu unele alte desinfectante.

Acidul boric se întrebuințēază cu succes pentru desinfectiunea plăgilor, în soluțiunii de $\frac{1}{4}$ la 100 de apă, fără a fi caustic sau iritant, el este de 10 ori mai activ de cât Boracele (biboratul de sodă, Borax); cea din urmă sare se utilizēază pentru conservarea diteritelor alimente și bēuturi și chiar a cadavrelor. G. Polli a propus în anul 1877, întrebuințarea acidului boric pentru desinfectiunea internă, basându-se pe faptul, că bolnavii pot importa în stomac mai mult timp fără vătămare câte 2 până la

4 grame de acid boric pe zi, și că acest medicament luat pe din năuntru, desinfectă urina descompusă în bășica unor ómeni bătrâni afectați de cystită. O soluțiune de 4 părți de acid boric în 100 părți de apă omórá bacterii importate într'nsa, nu omórá însă germii lor, căci ei învieză din nou după ce sunt scoși din soluțiunea borică și introduși din nou într'un licuid nutritiv apropiat (E. Semmer și I. Neumann din Dorpat 1881. E. Vallin 1881). În apă rece acidul boric se solvă numai în cantitate de 4%, soluțiunii mai forți se prepară în apă caldă și se mănșin la temperatura mai ridicată de cât cea a atmosferei, căci în casul contrariu acidul boric cristaliséză.

Acidul salicilic se solvă în apă rece numai în porțiunea de 1 la 1000, solubilitatea lui devine mai mare după adăugirea de borace, formându-se un salicilo-borat de sodă. H. Kolbe a fost cel d'intěiú care a constatat în anul 1874 calitățile antiseptice ale acestui acid. Bacterii mor într'o soluțiune de acid salicilic de 2 la 100, germii lor nu se steriliséză nici la concentrațiunea soluțiunii la 3 la 100. Acidul salicilic se întrebuintéză în dosă mică pentru conservarea diferitelor alimente și bęuturi; de și organismul nostru îl supórtă lesne în cantitate mică, poliția sanitară nu póte permite amestecarea substanțelor alimentare cu acest medicament.

În anii 1887 și 1888 s'au mai recomandat ca substanțe desinfectante: Creolina, Antipirina și Chloridul de iod.

Creolina este un catran, fabricat din cărbuni fosili prin destilațiune uscată și purificat prin depăr-

larea hidrocarburelor toxice, care picat în apă o transformă într'un lichid lăptos. Neudörfer recomandă soluțiunea de 2 la 100 ca desinfectant și ca lichid de pansament.

Antipirina a găsit până acum o întrebuințare desinfectantă numai în chirurgiă, din cauza prețului său considerabil.

Chloridul de Iod (Trichloridul de Iod, Iodtrichlorid) a fost încercat de d. Riedel în laboratoriele oficiului sanitar central al Imperiului german. Trichloridul de iod omorâă sporii multor bacili în diluțiune de 1 parte în 1000 părți de apă. Această soluțiune de 1 la 1000 are o acțiune egală cu cea a acidului carbolic în concentrațiune de 3 la 100, ea se poate întrebuința și în chirurgie fără pericol de intoxicațiune.

Terminând critica agenților desinfecțanți celor mai importanți, observăm că o substanță desinfecțantă care distruge microorganismii unei bôle, poate fi ineficace pentru nimicirea germilor unei alte bôle."

Venim acum la *metoda desinfecțiunei*.

Pentru ca să aibă desinfecțiunea un rezultat, trebuie să desinfecțăm de timpuriu ; îndată ce se arată o bôlă infecțioasă, trebuie să purificăm tot ce vine de la bolnav ; dacă desinfecțăm târziu, atunci materia infecțioasă a avut deja timp ca să fie transportată departe, ca să formeze mai multe focare de infecțiune și ca să dea loc la înmulțirea bolnavilor. Astfel, spre exemplu, în cas de epidemie de choleră, o să desinfecțăm și dijecțiunile celor afectați de diareea premonitoare și de cholerină.

Ca să putem desinfecța de timpuriu, ne trebuie

óre-care mijlőce administrative, trebuie mai întâi să modificăm organizațiunea noastră sanitară, să introducem și la noi declarațiunile obligatorii ale bőlelor infecțioase ; fără această declarațiune administrația nu va avea cunoștința timpurie despre acele bőle, nu va puté controla dacă s'a desinfectat acolo unde trebuie desinfectat și dacă s'a desinfectat atunci când trebuia. Negreșit că o să trecă un timp óre-care până la realizarea acestei dorințe, până la deprinderea populațiunii cu această măsură, dar nu putem amana mult această inovațiune, trebuie să obligăm pe toți : pe părinți, pe patroni, pe medici, să declare că în familia lor, în casa lor, în clientela lor s'a manifestat o bőlă infecțioasă ; trebuie să introducem această măsură și la noi, pentru ca desinfecțiunea să dea un rezultat óre-care.

Ce desinfectăm ? Desinfectăm tot ce vine de la bolnav și îndată. Excrementele și pânzeturile necurate trebuie să le desinfectăm chiar în camera bolnavului, dacă le transportăm prin 3, 4 camere sau coridore, atunci materia infecțioasă se pőte comunica acestor camere și coridore și desinfecțiunea vine prę târziu ; în camera bolnavului să se afle un vas umplut cu soluțiunea de acid carbolic 3^o/_o, să muem cămașa, cęrșefurile și alte pânzeturi în acea soluțiune fără a le scutura, iar materiile fără valóre le desinfectăm prin foc, le ardem. Vestminte, saltele, plăpămi și alte obiecte le desinfectăm prin vaporii ferbinți de apă, camera prin spělătura pardoselei cu acid carbolic 3^o/_o, prin sporirea päreților precuu și prin aerarea prelungită. Municipality orașului Bruxelles pune gratis la dispozițiunea cetățenilor locu-

ințe mici, în condițiuni bune de igienă, în care ei sunt adăpostiți câte 1 până la 2 zile, în timpul când se desinfectază locuința lor proprie.

Se înțelege că în chirurgie și în obstetrică trebuie să dăm desinfecțiunii întinderea cea mai mare, trebuie să desinfectăm părțile bolnave ale corpului, instrumentele, mânele, obiectele de pansament care vin în contact cu bolnavul, iar obiectele de pansament luate de pe răni să se ardă. Chiar trăsurile care aduc în spital bolnavi de bôle infecțioase, trebuie să se purifice; desinfecțiunea acésta este foarte penibilă acolo, unde nu există aparate pentru desinfecțiune.

Cadavrele le desinfectăm prin bichlorur de mercur în soluțiune de $\frac{1}{2}$ la 1000 până la 1 la 1000.

Desinfecțiunea mânelor, în special a unghiilor mâinei, are o importanță atât de mare, în cât prof. P. Fürbringer, directorul spitalului Friedrichshain din Berlin, a găsit de trebuință a scrie în anul 1888 o broșură întrégă asupra calităților bacteriologice a necurăteniilor aflate sub marginea unghiilor și asupra desinfecțiunii mânelor. Secretul gras al mâinei opresce adesiunea unor soluțiuni desinfectante, și din acéastă cauză spălarea mânelor cu alcool trebuie să precédă pe desinfecțiune cu soluțiuni bactericide.

Se înțelege însă de sine, că în timpul unei epidemii comerțul cu haine vechi trebuie supus la o priveghere extraordinară.

Vestmintele, saltelele, plăpomile, păturile, pernile și alte obiecte, care au venit în contactul cel mai d'apropo cu bolnavii, nu se pot desinfecța cu conservarea probabilă a integrității lor prin alt mediū,

decât prin acțiunea căldurei ridicate umede, adică a vaporilor fierbinți de apă. Eficacitatea acestui agent desinfectant depinde în multe cazuri de la acțiunea lui constantă într'un timp determinat. Această condițiune o putem împlini numai atunci, când dispunem de aparate construite pentru acest scop special, care permit ca temperatura vaporilor să se reguleze astfel, ca obiectele infectate să se desinfecte într'un mod perfect.

Pereții camerelor se pot desinfecta prin frecare cu miez de pâine prăspătă, luându-se precauțiunile pentru culegere și depărtare a bucăților de pâine căzute pe jos, care au servit pentru acest scop. Es-march dă acestui metod preferința înaintea spălării pereților cu soluțiunii de acid fenic sau de sublimat. D. D. Geneste și Herscher din Paris confecționează un pulverisator mare pentru stropirea pereților cu soluțiunii desinfectante, inventat de d. dr. Redard care aparat compus dintr'un recipient pentru soluțiune antiseptică, dintr'o pompă mică de aspirațiune și un pulverisator, legat cu pompă printr'un tub lung de cauciuc, este fixat pe un fel de rōbă și se pune în mișcare printr'o manivelă ; pe la finele lunii Septembre 1888 Primăria Capitalei a comandat un asemenea aparat pentru serviciul ei sanitar.

Secretele căilor respiratorii (sputele) ale tuberculoșilor se desinfectază prin sublimat, prin acid fenic, prin vaporii sau prin apă fierbinte ; d. prof. I. Grancher a inventat un aparat special pentru desinfecțiunea sputelor în spitale, care aparat nu este de necesitate absolută.

Primăriele orașelor principale și spitalele centrale

ar trebui să posedă *aparate de vapori pentru desinfecțiune*, care n'ar împlini numai scopul a distruge germii bacteriilor patogeni, ci în spitale și pe unități parazitare animale, mai cu osebire pe Sarcoptul (pe Acarul) râiei. Numai desinfecțarea radicală a vestimentelor și a obiectelor de ascernut, asigură pe cel vindecat de râie în contra recidivei și înlătură pericolositatea comerțului cu vestimente vechi și cu obiecte de ascernut întrebuințate. Exploatarea unor asemenea aparate nu se poate încredința industriei private, căci funcționarea lor corectă cere garanții, pe care le poate da numai o administrațiune publică.

Aparatele desinfecțante care lucrează numai cu aer fierbinte uscat, nu dau aceleași garanții pentru siguranța efectului ca cele cu abur. R. Koch, Wolffhügel și E. Vallin au probat deja în anii 1880 și 1881, că aerul cald uscat omorâ pe sporii unor bacterii numai la temperatura de 140°C , după acțiunea neîntreruptă în timp de 3 ore, și acesta numai atunci, când obiectele de desinfecțat nu sunt prea voluminoase, prea groase; astfel spre exemplu în interiorul unei saltele de lână introduse în aparat, temperatura rămâne cu mult mai mică de cât în partea exterioară a saltelei. Afară de acesta multe stoffe nu suportă o temperatură prea ridicată. Lâna se strică prin căldură mai lesne de cât bumbacul. După experimentele d-lui E. Vallin, la temperatura de $+ 110^{\circ}\text{C}$ în sus lâna albă devine puțin gălbuie (ceea ce se și observă la prima spălare a flanelii albe), la $+ 158^{\circ}\text{C}$, coloritul galben devine și mai pronunțat și stoffa începe a se rupe lesne.

Administrațiunile spitalelor din Paris și din unele

orașe germane mai posedă unele aparate de desinfecțiune prin aer fierbinte, pe care le înlocuiesc succesiv cu aparate moderne de desinfecțiune prin vaporii de apă.

Aparatele pentru desinfecțiune prin aer fierbinte și uscat se compun dintr'o cameră sau cutie de fier bătut, cilindrică, cubică sau lunguleță, cu diametrul cel mai mare de la 1^{metru}80^{centim.} până la 2^{metri}50^{centim.}, îmbrăcată pe din afară cu lemn, cu beton sau cu zidăria; interiorul ei se încălzește prin țevi spirale, în care circulă vaporii de apă, aparatul se închide ermetic printr'o poartă dublă, se ventilază prin coșuri speciali înzestrați cu clape; apa de condensatiune din țevile spirale se scurge în afară într'un vas. În interiorul lui aparatul are grătare și cârlige pentru așezarea și atârănarea obiectelor de desinfectat. Aparatul de desinfecțiune cu aer cald trebuie să producă o temperatură uniformă în tot timpul, în care obiectele de desinfectat se află într'însul, nu numai pentru ca efectul să fie sigur, ci și pentru ca să prevenim arderea acelor obiecte. Constanța temperaturii se asigură prin termo-regulatorii automatici; tehnica modernă dispune de mai mulți asemenea regulatori, în Franța este acela al d-lui Schloesing mai mult întrebuițat. Partea lui principală constă într'un termometru larg, al cărui tub se află în comunicațiune cu alt tub orizontal; când mercuriul termometrului se dilată prin căldură, el intră în tubul orizontal, care este închis printr'o membrană elastică și lovesce acea membrană, care împinge înainte o placă de cupru, astfel că ea astupă orificiul tubului de gaz care alimentează aparatul.

Pentru ca gazul să nu se stingă cu totul, placa de cupru are o mică fisură, prin care poate trece o mică cantitate aceluși combustibil.

Dintre aparatele de desinfecțiune prin vaporii este cel mai cunoscut, aparatul inventat de fabricantul Oscar Schimmel din Chemnitz (Saxonia), camera aparatului are pereții dubli de tînichia grosă de fier, interstițiile între amândoi pereții sunt umplute cu materii rău conducătoare de căldură, unul dintre pereții este ocupat de o ușă, prin care poate intra în aparat pe railuri un vagonaș încărcat chiar cu un pat complet. Dimensiunile sunt aceleași ca la aparatele de desinfecțiune prin aer fierbinte și uscat descris mai sus. În partea inferioară a aparatului sunt așezate două sisteme de țevi, unele mai largi care ridică temperatura camerei prin acțiunea vaporilor de apă ce circulă în ele, altele mai înguste, înzestrate cu găuri fine, care aduc vaporii fierbinți în aparat; câțiva ventilatori asigură reînnoirea aerului, un coș înlesnește eșirea vaporilor. După terminarea desinfecțiunii prin vaporii, care nu durează mai puțin de cît 15 minute, se închid țevile subțiri și găurite, și se dă drumul numai unui curent forte de aer uscat și fierbinte, pentru uscarea obiectelor udate de aburi. Vaporii și aerul cald uscat se produc în generatorii așezați afară din aparat. Temperatura minimală, necesară pentru desinfecțiune prin vaporii este de 100°C. D. d. Pierron și F. Dehaitre din Paris și I. L. Bacon din Berlin construiesc asemenea aparate pentru desinfecțiune prin vaporii.

În cel din urmă trei ani aparatele de desinfecțiune prin vaporii au mai fost perfecționate, în urma

constatării că acțiunea lor devine mai forte dacă vaporii sunt supuși la o presiune mai mare de cât a unei atmosfere, sau dacă vaporii se află în mișcare repede, dacă desinfectăm prin curenți de vaporii. Presiunea mai mare a vaporilor se produce în aparatul d-lor Geneste și Herscher din Paris (introdus și în noul spital militar central din Bucuresci), prin curenții de vaporii desinfectază aparatul d-lui Reck și acela al d-lui Thursfield. D. Thursfield precum și D. D. Geneste și Herscher construiesc aparate de desinfecțiune transportabile, puse pe roți. În luna Septembrie 1888 Primăria Capitalei a comandat un asemenea aparat transportabil de la D. D. Geneste și Herscher. D. Henneberg din Berlin construiesc aparate de desinfecțiune prin curenții de vaporii de temperatură mai înaltă de cât de 100°C.

D. Dobroslavine a mai mărit acțiunea desinfecțantă a vaporilor de apă, prin adăogire de chlorur de sodiū sau de chlorur de calciū, apa care conține săruri fierbe la o temperatură mai ridicată de cât apa simplă.

Aparatele de desinfecțiune cu vaporii au ventile care permit eșirea aerului conținut în aparat ; aparatele care lucrează cu vaporii supuși la presiune, se încăldesc prin aer uscat înainte de introducerea vaporilor, pentru a se înlesni depărtarea aerului din interstițiile obiectelor de desinfectat, care aer s'ar opune intrării vaporilor în acele obiecte. Aparatele care desinfectă nu cu vaporii singuri, ci cu vaporii fierbinți amestecați cu aer, n'au o acțiune sigură.

În anul 1888 d. prof. G. Van Overbeck de Meyer din Utrecht a construit un aparat de desinfecțiune

prin aburi, mai simplu și mai eficient de cât cele-l'alte, cari desinfectază prin vaporii la presiune simplă însă încălziți la 102° până la 103°C.

Cu toate că dăm preferință aparatelor costisitoare, care lucrează cu curenți de vaporii sau cu vaporii supuși la presiune, nu trebuie să înlăturăm unele aparate mai eficiente, care au asemenea o acțiune relativ sigură. D. prof. G. Wolffhügel recomandă chiar improvisarea unui aparat de desinfecțiune, în lipsa unui desinfector sistematic, care aparat trebuie să însușescă condițiunea, ca legătura între camera de desinfectare (cutia de desinfecțiune) și între căldare să fie ermetică, ca cantitatea vaporilor să fie suficientă, acțiunea lor de durată suficientă și ca cutia de desinfecțiune să se apere în contra perderilor de căldură prin îmbrăcăminte rău conducătoare de căldură. Ast-fel putem compune un aparat de desinfecțiune dintr'o oală mare de fier, dintr'un cilindru de tinichea grosă învâlit cu pae sau cu mucava și bine acoperit cu o pâlnie mare de tinichea, lipind bine interstițiile între aceste obiecte care ar putea permite fugirea aburilor. Să nu scăpăm din vedere, că și aparatul desinfectant cel mai perfect dă rezultate rele, dacă este rău întrebuințat, rău controlat. Temperatura curenților de vaporii de 100°C este suficientă pentru desinfecțiune.

Municipalitatea orașului Berlin a înființat trei *stabilimente publice de desinfecțiune* în trei diferite părți ale orașului, după proiectul d-lui Merke, director administrativ al spitalului Moabit, cel d'întâiu din aceste 3 stabilimente s'a deschis publicului în anul 1886, cele-l'alte 2 în anii 1887 și 1888, fie-care stabiliment de desinfecțiune se compune dintr'o casă și

dită masiv cu 2 curți, una pentru introducerea obiectelor necurate, cea-l'altă pentru scóterea obiectelor purificate. In fie-care din aceste 2 curți se află câte un șopron pentru trásurile destinate pentru transportul obiectelor, ele se deosibesc prin colórea lor, trásurile care aduc în stabiliment obiectele de desinfectat, aũ altă colóre de cât cele care transportă obiectele deja desinfectate. Aparatul de desinfecțiune prin aburi, sistemul Schimmel, are 2 porți opuse, care se pot închide ermetic și care dau în cele 2 curți opuse ale stabilimentului. Obiectele desinfectate se scot prin pórtă, care dă în curtea destinată pentru obiectele deja purificate, acolo se află și o magasie pentru acele obiecte. Camera de desinfecțiune este cubică, cu dimensiune de câte 2^m 85. Desinfecțiunea prin curenți de aburi de temperatură de cel puțin 100^o duréză 35 minute, ventilațiunea (uscarea) ulterióră prin aer cald uscat 10 minute. In stabiliment se află și un cabinet de băi pentru desinfectori.

Sciința ne indică dar un mod sigur de desinfecțiune, n'avem de cât să înființăm aparate de desinfecțiune prin vaporii fierbinți, acolo unde mijlócele o permite, mai cu osebite în centrele populate, să purificăm vestmintele cu care bolnavii aũ intrat în spitale, obiectele de ascernut de care ei s'aũ servit, birjele care i-aũ adus în spital, să punem asemenea aparate la dispozițiunea publicului întreg, pentru sáracii gratis, pentru avuții în contra unei indemnisațiunii, să supunem la desinfecțiune prin vaporii tóte obiectele suspecte din com rș, mai ales însă vestmintele vechi, obiectele de ascernut, pernele de puł. Pentru a se opri sustragerea diferitelor obiecte

de la desinfecțiune, se plătesce pe alocuirea ómenilor săraci valoarea obiectelor care se distrug prin foc pentru scopul desinfecțiunei; ast-fel a despăgubit municipalitatea orașului Triest pe proprietarii acelor obiecte, din casele unde a apărut Cholera în anul 1886, care obiecte au fost arse de către agenții însărcinați cu desinfecțiunea.

Serviciile municipale pentru desinfecțiune reclamă o organizațiune complicată, nu este de ajuns ca să înlesnim publicului desinfecțiunea diferitelor obiecte, ca să prescriem desinfecțiunea obligatorieă pentru casele anume determinate, ci trebuie să asigurăm și transportul inofensiv al obiectelor de la casa bolnavului până la stațiunea de desinfecțiune. Acest transport trebuie să se facă în trăsurile speciale, închise ermetic și prin ómeni speciali. Din cameră până în trăsură să se transporte obiectele infectate sau suspecte în saci impermeabili de cauciuc, gutapercha ori pânză câtrănită, obiecte mari, cari nu se pot închide în saci, să se supue în interiorul casei la o desinfecțiune provisorieă.

Este necesar, ca aparatele de desinfecțiune să se examineze periodic prin experimente bacteriologice, ca să se constate dacă acțiunea lor este sigură, dacă timpul determinat pentru câte o desinfecțiune este suficient, pentru distrugerea complectă nu numai a unor bacterii, ci și a sporilor mai rezistenți.

D. Ingin. A. Koch din Graffenstadt în Alsacia a descris un aparat transportabil pentru desinfecțiunea cu aburi (Révue d'hygiène Août 1884), care se compune dintr'un cazan pus pe róte, înzestrat cu o țevă și cu robinet, din care aparat se póte arunca o dușă

de apă fierbinte și de vaporii de apă d'asupra obiectelor de desinfectat. Acest mod de desinfecțiune se poate admite numai pentru obiecte fixe sau prea voluminoase, care nu se pot introduce în camera de desinfecțiune. În gările căilor ferate, unde se pot lesne organiza dușe de apă fierbinte și de vaporii, se desinfecță în modul acesta vagoanele care au servit pentru transportul vitelor. La Gara de Nord din București acest procedeu este introdus de 2 ani.

Pentru ca un serviciu public de desinfecțiune să poată funcționa într'un mod corect, trebuie să avem siguranța, că toate obiectele infectate care nu se pot desinfecța în casă, sunt aduse la stațiunea de desinfecțiune, pentru a fi supuse la acțiunea vaporilor fierbinți de apă; trebuie să se dar ca toate cazurile de boale infectioase să fie aduse la cunoștința administrațiunii, ca regulamente speciale să prescrie, cine anume este obligat a raporta autorității administrative despre aparițiunea unei boale infectioase într'o casă oarecare.

Trbuie să desinfecțăm și *animalele afectate de boale care se comunică omului*, obiectele care au fost în contact cu ele, grajdurile în care au zăcut acele animale și cadavrele lor; prescripțiunile respective ale legii de poliție sanitară veterinară sunt destul de precise și interesele poliției sanitare generale coincid în această privință cu acelea ale poliției veterinare. Vom mai reveni asupra acestei chestiuni la studiul special al boalelor transmisibile, care sunt comune omului și animalelor.

Subt *desinfecțiunea internă* înțeleg unii autori moderni, mai ales d. E. Vallin, distrugerea sau sterili-

sarea artificială în interiorul corpului omenesc sau animal, a germelor bolilor infecțioase importate în-
tr'insul. Desinfecțiunea internă aparține terapiei in-
dividuale, dacă ea ar fi posibilă igiena publică ar
considera-o ca o măsură profilactică importantă, me-
nită a împușina sorginții infecțiunii. Mult timp
înaintea aparițiunii teoriei germelor, unii medici au
crezut că pot desinfecța interiorul corpului, unii
s'au mulțumit cu pretinsă distrugere a virusului in-
herentă materiilor fecale din intestine, alții au mers
mai departe și au voit a desinfecța toate umorile,
tote lichidele organismului; între cei din urmă ocupă
primul loc Pringle, care în anul 1750 a scris asu-
pra substanțelor septice și antiseptice. În zilele nô-
stre a fost mai ales G. Polli, care în anii 1860 și
1861 a voit distruge fermenții patogeni din interi-
orul corpului prin sulfite (Const. Paul, de l'action
physiologique et thérapeutique des sulfites et des hy-
posulfites, 1865), apoi în anul 1877 prin acidul bo-
ric și prin boratele alcaline. De mai bine decât 15
ani mai mulți medici englezi și francezi au încer-
cat, a micșora în febre tifoidă virulența materiilor
fecale și gravitatea bolii prin creosot și prin acid
fenic în formă de clistire, de poțiuni, de injecțiuni
subcutane, făcându'și o idee cu totul eronată des-
pre probabilitatea unei desinfecțiuni interne. Chiar
consiliul medical superior al imperiului Rusiei a
recomandat întrebuințarea internă a boracelui, până
la doza zilnică de 12 grame, ca desinfecțant și an-
tiseptic intern în contra febrei tifoide, tifusului, vario-
lei, difteriei, pestei și altor boli infecțioase. În anul
1881 D. Vulpian a voit a distruge în intrul intesti-

nelor agentul infecțios al febrei tifoide și a făcut pentru acest scop experimente cu iodoformiū, care n'au dat rezultatul așteptat. Tot în anul 1881 d. Hallopeau a voit a sterilisa prin calomel și prin salicilat de sodă principiul infecțios al febrei tifoide, creștând că aceste medicamente vor lucra într'un mod analog ca sulfatul de chinină în contra infecțiunii palustre, ca mercuriul în contra sifilisului. D. Villemin administrează și astăzi în febra tifoidă câte 4 grame de acid boric pe zi în poziune și D. Siredey în febre puerperale câte 60 centigrame până la 1 gram de acid fenic în formă de pilule, tot pentru desinfectarea internă.

Medicamentele desinfectante, indispensabile pentru tratamentul extern al unor bôle chirurgicale, nu exercită aceeași acțiune la întrebuițarea lor internă, ci produc adese-orî chiar efectul contrariū. Dr. Hans Buchner (*Eine neue Theorie über Erzielung von Immunität in Infectionskrankheiten. Munchen 1883*) explică acest fapt prin împrejurarea, că bacteriil patologeni sunt îmbrăcați cu o membrană rezistentă de celulosă, care 'i apără în contra diferiților agenți externi, de vreme ce celulele țesăturilor animale sunt lipsite de un asemenea inveliș protector, că prin urmare celula animală nu pōte rezista diferitelor substanțe toxice care o distrug pe dēnsa, care însă nu sunt destul de forți pentru ca să nimicēscă pe bacteriil și germiil lor, mai bine protegiați. Chiar pansamentele antiseptice probēză exactitatea acestei explicațiuni. Deja înaintea lui Lister acidul carbo-lic a fost întrebuițat pentru pansarea plăgilor, efectul însă n'a putut fi satisfăcător, căci acel acid

nu distruge numai pe bacterii septici, ci și pe granulațiunile rănilor. Din această cauză Lister a acoperit plaga cu un strat protectiv, impermeabil pentru soluțiunea carbolică, cu silk, și a demonstrat că acțiunea antiseptică caută a fi exercitată mai mult asupra vecinătății imediate a leziunii și nu asupra plăgii, pentru ca să nu oprască procesul vindecării, pe care natura 'l provacă singură. Desinfecțiunea internă nu poate dar reuși, căci pe de o parte materiile desinfectante, întrebuințate în concentrațiunea necesară pentru ca să distrugă orice microorganism aflat în interiorul corpului, atacă și țesăturile proprii ale corpului, iar pe de alta acele materii desinfectante suferă orice prefaceri, în calea lor de la orificiul corpului până la locul destinațiunii, și dacă ajung acolo ele sunt cu totul modificate.

Asemenea n'aū reușit până astăzi experimentele făcute cu *filtrarea aerului atmosferic infectat*. Încercarea a libera aerul prin filtrațiune de diferite substanțe streine nu este nouă, s'aū fabricat deja mai multe aparate filtrătoare, mai ales pentru diferite aședăminte industriale în care aerul este stricat prin pulveri toxice și iritante. Nouă este însă proba asupra eficacității acestor filtre în contra microorganismelor patogeni.

În anul 1884 d. dr. W. Hesse, după îndemnul D-lui dr. Struck, atunci director al oficiului sanitar central al Imperiului german, a experimentat cu diferite materii filtrante și a constatat, că numai vata foarte comprimată și unele feluri de hârtie sugătoare în mai multe foi suprapuse, opresc trecerea

microorganismelor, de vreme ce ei trec prin vată neocomprimată, prin 1 până la 3 foi hârtie filtrătoare ordinară, prin cârpe ude de mai multe ori îndoite, prin bureți uși și prin aparatele respiratorii obișnuite, de care se servă lucrătorii din unele fabrici. Afară de acesta, nici un aparat respirator nu se așază într'un mod perfect pe gură și pe nas, încât să oprescă aerul a trece pe alături, iar pe de altă respirațiunea prin aparate filtrătoare este foarte dificilă și nu este suportată mai mult timp. Până astăzi tehnica acestor aparate este încă foarte imperfectă, suprafața filtrantă aflată în dreptul gurei și a nărilor nu este destul de mare, pentru ca să asigure intrarea unor cantități suficiente de aer filtrat. Cu toate acestea unii igienisți, dintre care și d. Hesse, afirmă că au reușit a apăra pe lucrătorii din fabrici de hârtii, ocupați cu manipularea de cârpe necurate, (de științe, petice) în contra inspirațiunii pulverilor infecțioase care se degază la această lucrare. Incercările de a filtra aerul care este din saloanele spitalelor, n'au dat rezultate satisfăcătoare. D. Hesse nu pierde însă speranța, că va putea construi aparate filtrătoare perfecte, căci după D-sa microbii patogeni nu constituie corpusculele cele mai fine din atmosferă, fiind-că ei nu apar în aer ca indivizi izolați, ci în grupe de mai mulți indivizi, sau lipiți de bucățele unei substanțe nutritive, unei materii de diferită origină. Microorganismii cei mai mici care apar în atmosferă sunt schizomicetii mucedinosi, obișnuit inofensivi. În momentul de față d. dr. Hesse experimentează cu mucava ușoară de lemn rădăcit (de celuloză).

Desinfecțiunea alimentelor este în multe cazuri imperios indicată. Apa de băut poate conține germii unor bôle transmisibile, pentru cholera asiatică și pentru febra tifoidă este constatat că ele se transmit și prin intermediul apei de băut, dacă acea apă a fost spurcată prin dejecțiunile bolnavilor afectați de cholera sau de febră tifoidă. D'aceia este necesar, ca locuitorii acelor comune care nu dispun de apă de băut de o puritate absolută, apărută în contra infecțiunii prin excremente, să nu se serve în timpul unei epidemii de cholera decât de apa fiartă și pēstrată după fierbere în vase bine astupate. Asemenea se pot transmite unele bôle infecțioase prin microbi aflați pe diferite alimente, care au fost fabricate sau conservate în case unde apăruse cazuri bôlei parazitare respective. În timpul unei epidemii poate a fi indicată abținerea de la ori ce aliment crud, care n'a fost de curēnd supus la acțiunea căldurei de 100°C. Acēstă precauțiune este necesariă în contra acelor microbi patogeni, cari fac invasiune în organism prin căile digestive. Unele conserve alimentare de origină animală pot fi fabricate din carnea vitelor bolnave. În anii 1882 și 1883 oficiul sanitar imperial din Berlin a examinat acēstă cestiune, și rezultatul experiențelor respective a fost : că carnea animalelor bolnave de pestă bovină și de turbare pierde virulența prin sustragere de apă, prin uscarea într'o atmosferă caldă și uscată, că virusul variolei, al pleuropneumoniei contagiōse, al tuberculōsei și al maliasmului (al răpciugel) conservă puterea sa mai multe luni după sustragerea apei, că virusul cărbunelui (al dalacului) rămâne

activ și mai mult de cât un an după uscarea perfectă a carnei. Transmisiunea febrei aftoase și a septicemiei prin conserve de carne uscată, provenită de la animale afectate de aceste bóle, este posibilă. Conservele alimentare de origină animală interesază dar atât pe poliția veterinară cât și pe poliția preventivă a bólelor omului, căci dacă provin de la animale bolnave de bóle virulente, ele nu pierd virulența lor, dacă la prepararea ulterioară n'aũ fost încăldite mai mult timp într'un mod perfect, astfel că și interiorul bucășilor de carne să fie expus la temperatura de 100°C. Printr'o asemenea încăldire putem distruge diferiți microorganismii, nu însă ptomainele și alte alcaloide toxice aflate în materiile animale descompuse.

Desinfecțiunea plăgilor (a rănilor) și în general desinfecțiunea chirurgicală (a mâinilor, instrumentelor, obiectelor de pansament, a aerului din giúrul bolnavului) represintă unul dintre progresele cele mai însemnate ale timpului de față. Prin orice plagă microbii patogeni pot intra în corp, mai ales însă rănilor mari și profunde, plăgile penetrante, înlesnesc accesul în interiorul corpului al microorganismelor suspendați în atmosferă, ele perd din pericolitatea lor și se vindecă lesne, dacă oprim contactul lor cu aerul impur. Supurațiunea și febra consecutivă a rănilor, Piemia, Septicemia, Erisipelul vulnerilor, sunt produse prin germii aflați în atmosferă, putem înlătura aceste complicațiuni grave prin protejerea plăgilor în contra contactului cu acești germi și în contra descompozițiunii a secretelor plăgilor. Chirurgia a tras consecințele practice

cele mai importante din cunoștințele noastre asupra microbilor infecțioși. În anul 1866 Lister a transformat metoda tratamentului chirurgical al rănilor, prin introducerea pansamentului de ocluziune, a pansamentului antiseptic, care are scopul a opri infecțiunea plăgilor prin germii suspendați în atmosferă și prin secretele descompuse, a depărta de la plagă toți fermenții, pentru ca procesul vindecării să poată lua cursul său natural. Prin tratamentul riguros antiseptic putem preveni infecțiunea septică, gangrena spitalelor și erisipelul nosocomial.

Metodele antiseptice sunt foarte variate. După Lister tegumentele comune din vecinătatea leziunii, instrumentele, burețile, tuburile de drenaj se spală cu o soluțiune de acid fenic 5⁰/₀; mâinile chirurgului și ale ajutoarelor sale se spală, cu intervențiunea unei perii de unghii, cu o soluțiune de acid fenic 2¹/₂ la 100; în timpul operațiunii și a pansamentelor un nor de acid carbolic dizolvat în apă, în concentrațiune de 2¹/₂ ⁰/₀ și pulverizat (spray) udă regiunea bolnavă, obiectele de pansament și mâinile chirurgului și ale ajutoarelor; (astăzi mulți chirurși fac operațiunile și schimbă pansamentul fără spray). Plăgile proaspete se spală înainte aplicării primului pansament cu o soluțiune carbolică de 3 la sută, plăgile mai vechi, necurate sau situate în vecinătatea țesăturilor gangrenose, cu o soluțiune carbolică de 5⁰/₀ sau cu o soluțiune de chlorur de zinc de 8⁰/₀.

Pansamentul antiseptic Listerian se compune: a. din protectivul (silk), țesătură fină de mătase, făcută impermeabilă pentru lichide prin impregnarea cu gumă și acoperirea cu un strat subțire de bal-

sam copal său de dextrină. Înaintea de a se pune pe plagă protectivul, el se spală cu o soluțiune de acid fenic de 2 până la 3^o/_o. Protectivul acoperă plaga imediat. Peste el se pune *b.* 4 până la 8 foi de gaz antiseptic, adică gaz (tifon, tulpan) impregnat cu parafină carbolisată, udat cu o soluțiune de acid carbolic de 2 până la 3^o/_o. *c.* Un strat mai gros său mai subțire de vată antiseptică (bumbac curățat și impregnat cu acid carbolic, boric său salicilic), său de iută antiseptică, preparată în același mod. Stratul *c.* este o inovațiune, el a fost adăogat de către alți chirurghi pansamentului original al lui Lister. *d.* Mackintosh impermeabil său o fôie subțire de gutaperca. Piesele *a.* *b.* și *c.* se reînnoiesc la fiecare pansament și cele întrebuintate se ard, piesa *d.* pôte servi la același bolnav pentru mai multe pansamente, spălându-se după fiecare primenire cu săpun și muindu-se pentru câte-va ore într'o soluțiune fenicată de 5 până la 10^o/_o. *e.* Pansamentul întreg se fixează prin câte-va bande de gaz antiseptic. Mulți chirurghi înlocuesc acidul fenic prin acid boric, acid salicilic, Timol, Naftalina și chiar prin Chlorurul de zinc, fabricele de obiecte de pansament și administrațiunile spitalelor se servă dar de diferite substanțe desinfectante la prepararea materialului chirurgical. În unele casuri licuidele antiseptice sunt înlocuite prin pulveri, mai ales prin Iodoformiū, care, întrebuintat în cantități prea mari, produce ca și acidul fenic intoxicațiuni. Unii chirurghi se mai servă la pansamente de pulvere de turbă, de muschiū uscat, de rădătură fină de lemn (celulósă), de nisip curățat, de cenușă și de alte

corpuri bine purificate, care posedă facultatea a absorbi secretele licuide ale rănilor. Acidul carbolic și cele-lalte desinfectante chirurgicale cedeză succesiv locul Bichlorurului de mercuriū (sublimatului) în soluțiuni apóse de 0.5 până la 1000, care este cu succes întrebuințat în chirurgiă și în obstetrică. Bichlorurul de mercuriū este desinfectantul cel mai forte, R. Koch a probat că el opresce dezvoltarea bacteridelor ale cărbunelui chiar în diluțiune de 1 parte la 330000 părți apă. Un chirurg care nu este familiarisat cu tratamentul antiseptic, un spital în care pansamentul de oclusiune nu este de rigóre, n'aū rațiune a mai exista. Afirmațiunea că tratamentul chirurgical Listerian este mai scump de cât metodele cele vechi, nu póte a fi luată în serios, el micșorează mortalitatea, scurtéază durata bólei și este ast-fel mai eflic. Bureții întrebuințați pentru spălarea rănilor trebuie să dispară din spitale, irigatorul este astă-đi indispensabil pentru căutarea plăgilor.

Desinfectiunea în lăuzie dá aceleași rezultate strălucite, pe care ni le dá desinfectiunea plăgilor. De la întroducerea rigurósă a principiilor Listeriane în obstetrică, mortalitatea lăuđelor a scăđut într'o porțiune considerabilă și febra puerperală a dispărut din institutele de nascere. Inainte de a examina pe femea care ascéptă nascerea, móșa este datóre a'și curăți unghiile cu ajutorul unei perii, a'și spála bine brațele și mâinele cu săpun și apoi cu o soluțiune de bichlorur de mercuriū (sublimat) de $\frac{1}{2}$ la 1000 sau de acid carbolic de $2\frac{1}{2}$ la 100 și a repeta acéstă curățire inaintea fie cărei examinări

a părților genitale, cu aceeași soluțiune se spală părțile genitale ale femeii născânde și regiunea vecină cu ele. Asemenea se spală imediat înaintea întrebuințării, partea vaginală a tubului irigatorului, a clistirului, sonda uretrală (cateterul) cu o soluțiune de acid carbolic de 3 până la 5⁰/₀, iar după întrebuințare să se spele aceste instrumente din nou și să se moie mai multe ore în aceeași soluțiune. Lăuțele cu dare de mână să fie povățuite, a'și cumpăra irigatorul lor propriu, cu un tub vaginal de sticlă și cu o sondă uretrală (cateter) nou. Instrumentele să se ungă înaintea întrebuințării lor cu oleu carbolizat sau cu vaselina carbolizată (2 părți acid carbolic la 100 părți de oleu sau de vaselină). Indată după nascere să se spele vagina cu ajutorul irigatorului cu 1/2 litru a unei soluțiuni de bichlorur de idrargiru de 1/2 la 1000 sau de acid carbolic de 2 la 100 și să se curățe părțile genitale externe și vecinătatea lor, cu aceeași soluțiune cu ajutorul de vată antiseptică sau de cârpe curate, fără întrebuințarea de bureți. Mōșa se pōte servi de bureți numai în cazul, dacā sunt noi și proprii ai femeii lăuțe și dacā înaintea acestei prime întrebuințări au fost mai multe zile muiați într'o soluțiune de acid carbolic de 5⁰/₀. Spălarea vaginei cu 1/2 litru a unei soluțiuni de acid carbolic de 2⁰/₀ sau de sublimat de 1/2 la 1000, se pōte repeta de 2 ori pe zi în cele d'întâiu 5 zile ale lăuziei, și odată pe zi în cele 3 până la 5 zile următoare. După fie-care spălătură părțile genitale se acopere cu vată antiseptică sau cu o cârpă muiață în soluțiune desinfectantă cu care s'au spălat părțile genitale. Mōșa

care îngrijesce o femeie afectată de febră puerperală, nu p \acute{o} te asista în același timp la alte faceri, ci numai după trecerea de 2 săptămâni și după curățirea repetată a corpului și a vestmintelor. Este necesar, ca să se introducă tratamentul antiseptic al lăușelor în clientela privată într'un mod mai larg și ca să se dea m \acute{o} șelor școlii veche ocaziune a completa cunoștințele lor și a se familiarisa cu acest metod. Pentru acest scop s'ar putea aduna în fiecare județ, la câte 2 ani o dată, t \acute{o} te m \acute{o} șele pentru 2 zile, pentru a li se face conferințe și pentru a se inspecta instrumentele lor.

Despre desinfecțiunea *navelor*, a *mărfurilor*, a *g \acute{e} ntelor postale* și a efectelor *călătorilor* vom vorbi în capitolul asupra carantinelor.

Instrucțiuni oficiale pentru desinfecțiune.

Instrucțiunea pentru căprările de desinfectori ai Prefecturii poliției din Paris. (Iul. 1884).

1. Ori când o căprarie de desinfectori este chie-mată, a desinfecța o cameră care a fost ocupată de un bolnav, ea pl \acute{e} că îndată și ea cu sine obiectele următ \acute{o} re :

O tablă de tuci \acute{u} de 60 centimetri lățime și 60 centimetri lungime ;

un sac cu nisip ;

mai multe pachete de câte 500 grame de pulvere de puci \acute{o} să ;

câte-va sticle de câte 200 grame de alcool metilic ;

o sobă mică sau un număr de cărămizi ;
 chibrituri și aprindători ;
 un metru ;
 o scară de 2 metri lungime,
 o oală cu clei și o pensulă,
 hârtie pentru lipit,
 câte-va sticle cu chlorur de zinc.

2. După sosirea la fața locului se măsoră capacitatea camerei, înmulțindu-se lungimea cu lărgimea și productul cu înălțimea camerei. Acastă măsurătoare se face, pentru a se cunósce cantitatea necesariă de puciosă ce se va arde, care este de 20 grame pentru 1 metru cub de spațiu.

Tóte obiectele care au fost în contact cu bolnavul se întind pe masă sau pe jos. Căminul, ferestrele și ușile se lipesc cu hârtie. Se pune în mijlocul camerei tabla de tuci și pe dinsa mica sobă adusă, luându-se precauțiunile în contra unui incendiu. În lipsă de sobă se va așeza cărămida cu nisipul astfel, că să formeze o excavațiune de diametrul aproximativ de 30 centimetri, puțin adâncă, în această excavațiune se pune puciosă necesariă, care se udă cu alcool, se aruncă câte-va aprindători d'asupra și se aprinde focul.

Apoi desinfectorii părăsesc camera, închid ușa, o lipesc pe din afară și dau cheia portarului. După acesta el varsă în privată și în hasna o soluțiune de 500 grame chlorur de zinc în 10 litri de apă.

3. A doua di desinfectorii se întorc la fața locului, deschid ușele și ferestrele camerei, vearsă din nou în latrină și în hasna licuidul desinfectant, compus din 500 grame chlorur de zinc și din 10 litri

de apă și se întorc la biuroul lor, luând cu sine obiectele aduse, care se vor depune la deposit.

Instrucțiunea pentru desinfecțiune, publicată de Direcțiunea Poliției din Berlin în anii 1884 și 1887.

Introducere.

1. Subt desinfecțiune înțelegem un procedeu bine determinat în contra materiilor infecțioase, care în unele anume bôle emană de la corpul bolnavului, sau care se forméză și se grămădesc în alt mod, în alte locuri.

Scopul desinfecțiunii este, a împiedica materiile infecțioase ca să fie transmise ómenilor sănătoși, a le distruge sau a le modifica ast-fel ca să devie nevătămători, și a le aduce la locul unde ele numai pot infecta pe nimeni.

Desinfecțiunea fórte rigurósă se prescrie pentru Vársatul, Difteria, Cholera, Tifusul, Febrea tifoidă, Febrea recurentă.

Desinfecțiunea mai puțin rigurósă este prescrisă pentru Scarlatina, Pojarul, Disenteria.

Desinfecțiunea este câte-odată necesariă la Tusea convulsivă, Ftisia pulmonară, Pneumonia contagiósă, Conjunctivită contagiósă, Pustula maligna (Dalac), Maliasmul (răpciuga), Turbarea, Febra puerperală, Piemia și Septicemia.

Medii desinfectanți

2. Desinfecțiunea constă în observarea curățeniei scrupuloase a bolnavului, a persoanelor și a obiectelor care îl înconjoară, în aerarea activă a camerei bolnavului, în depărtarea urgentă a materiilor infecțioase și în nimicirea obiectelor infectate fără valoare.

Pentru desinfecțiune ne servim de :

3. Soluțiunea carbolică de 5⁰/₀, care se prepară disolvându-se câte 1 parte acid carbolic în 18 părți apă caldă prin amestecare în timp de 15 minute, și soluțiunea carbolică de 2⁰/₀, preparată din 1 parte acid carbolic pur în 45 părți apă.

4. Soluțiunea de sublimat, care se întrebuintează la bólele infecțioase mai grave și se prepară dintr'o soluțiune forte de 1 la 1000 prescrisă de un medic și încmnată «otravă», care soluțiune se poate dilua cu 1 până la 5 părți apă rece.

5. Pulverisațiunea de acid carbolic se face cu soluțiunea carbolică descrisă la art. 3, cu ajutorul unui aparat de pulverisațiune cu balóne de cauciuc.

6. Fierberea obiectelor infectate în apă în timp de cel puțin $\frac{1}{2}$ oră.

7. Aerarea, prin deschiderea simultană a ușelor, ferestrelor și a ușelor sobei.

8. Curenți de vaporii de apă fierbinți. Desinfecțiunea prin vaporii de apă se operază în stabilimentele publice de desinfecțiune din ordinul Prefecturii. În cas de insuficiența acestor aparate, toate obiectele care se pot spăla se vor opări cu apă fierbinte, păturile de lână se vor mai călca cu fierे forte

calde, puful și fulgii se vor curăți în aparate speciale pentru purificarea de pufl, și în urmă toate aceste obiecte se vor aera mai mult timp.

9. Arderea. Obiectele fără valoare și obiectele arătate la art. 12 se vor arde în sobă. Dacă acesta nu este posibil din cauza volumului prea mare, se va cere ordinul special al comisarului secțiunii polițienesci respective despre modul arderii.

Modul executării desinfecțiunii.

I. În camerele ocupate de bolnavi

10. La începutul bolii se depărtază din cameră toate obiectele care nu sunt necesari bolnavului, cu excepțiunea vestmintelor pe care le a purtat imediat înainte de a cădea bolnav și care rămân în cameră până la desinfecțiunea lor. Albiturile (pânzeturile) și alte obiecte de care bolnavul s'a servit nu pot fi întrebuintate de alții.

11. După premenirea bolnavului și a ascernutului pânțeturile nu se scutură, ele se înmăia îndată în interiorul camerei bolnavului într'un vas umplut cu o soluțiune desinfectantă și se scote din cameră împreună cu acest vas, în care se transportă la spălătorie.

12. Obiectele de pansament de care s'a servit bolnavul se ard. Instrumentele care au venit în contact cu corpul lui se desinfectă prin soluțiune carbolică.

13. Toate excretele bolnavului se adună în vase umplute cu o soluțiune desinfectantă și se varsă în

latrină, cu precauțiune ca să nu se ude scaunul latrinei, care în acest cas se spală asemenea cu o soluțiune desinfectantă.

14. Odorea rea din cameră nu se combate prin fumigațiunii și prin pulverisațiunii de substanțe odorante, ci prin aerare abundantă, înainte de toate însă se depărtază din cameră obiectele care cauzază odore rea.

15. Nu este permis a se conserva în camera bolnavului mâncării și băuturii. Persónele care îngrijesc pe bolnav să nu mănânce nici să nu bea în camera lui. Aceste persóne, când părăsesc camera bolnavului, trebuie să se spele și să curețe părul, barba și vestmintele cu perii muiate în soluțiune carbolică.

II. Go'irea camerei bolnavului

16. Bolnavii de Vêrsat, de Choleră, de Tifus exantematic se transportă la spitale în trásurile speciale ale Poliției, și nu în birje. Trásurile care au servit pentru acest transport se desinfectă îndată. Înainte de a se sui în trásură, bolnavul și vestmintele lui se desinfectă prin pulverisațiune carbolică.

17. După însănătoșire bolnavul se scaldă, dacă acesta este imposibil se spală tot corpul lui cu soluțiune de săpun de potasă și apoi cu apă căldicică și se premenesce. Vestmintele care au fost păstrate în camera bolnavului se desinfectă conform art. 8.

18. Cadavrele se depărtază din locuință curând după mórte, după ce au fost învălitate într'o pânză muiată în soluțiune de sublimat (art. 4) și din când în când udat cu această soluțiune. Dacă cadavrul rē-

mâne în locuința mai mult de cât 24 ore, se acoperă pânțelele cu cârpe muiate într'o parte ipochlorid de calce cu 4 părți apă.

19. Vestimintele purtate de bolnav, obiectele de ascernut care se pot spăla, precum și pânzeturile purtate se vor spăla. Înainte de a se spăla ele nu se vor scutura, se vor face din ele legături (pachete), învelindu-se în cârpe și legându-se. După Vêrsat, Difterie, Tifus exantematic, Choleră, Dalac, Răpciugă, Turbare, legătura se va muia într'o soluțiune de bichlorur de mercuriū (art. 4) și apoi se va fierbe $\frac{1}{2}$ oră în soluțiune de săpun de potasă. După celelalte bôle infecțioase legătura se va muia în soluțiune de săpun de potasă și apoi se va fierbe în apă.

20. Plăpomile, păturile, saltelele, pernele, stofele de mătase, covorele, blănille și toate vestimintele care nu se pot spăla și cari au fost în contact cu bolnavul afectat de Vêrsat, Difterie, Choleră, Tifus exantematic, Dalac, Turbare, Răpciugă, se vor învâli în pânțe muiate în soluțiune de sublimat, în cas de alte bôle infecțioase în pânțe muiate în soluțiune de săpun de potasă și se vor transporta la aparatul de desinfecțiune (art. 8). Pae și erbă marină (Seegras) din saltele se arde, fulgii, pèrul de cal și de vacă, lâna din perne și saltele se scôte din învelișul de stofă și se desinfectă în parte. Obiectele de piele se spală cu soluțiune de săpun de potasă și apoi cu soluțiune carbolică.

21. Obiectele de pansament, paele și alte obiecte fără valóre care se mai găsesc în cameră se ard.

III. După golirea camerei bolnavului

22. Pardoséla, pereții (chiar dacă sunt imbrăcați cu tapete), tavanul, ferestrele, ușele, mobilele și uneltele din camerele în care cine-va a dăcut de Vărsat, de Scarlatină, de Difterie, se frecă cu cârpe, cu bureți sau cu perii muiate în soluțiune de sublimat diluat și apoi se spală cu soluțiune de săpun de potasă. Mobile imbrăcate cu stofe se desinfectează într-un aparat de desinfecțiune (art. 20). Camerele în care cine-va a dăcut de o altă boală infecțioasă de cât cele de mai sus (de cât de vărsat, scarlatină, difterie) se spală numai cu săpun de potasă, tapetele se șterg cu bureți udați cu apă.

23. După ce camera a fost spălată, se desinfectă camera și obiectele aflate într'ênsa prin aerare prelungită.

24. Desinfecțiunea camerilor prin gaz de chlor, recomandată în instrucțiunea din anul 1884, este suprimată în instrucțiunea modificată din anul 1887.

Desinfecțiunea specială.

25. Vărsatul se transmite mai cu sémă prin descuamațiunea și emanațiunea tegumentelor comune ale bolnavului, prin pânzeturile și prin ascernutul de care s'a servit bolnavul, precum și prin inspiraerea aerului din jurul bolnavului. Să se măie dar pânzeturile iute și cu precauțiunea necesariă în soluțiunea desinfectantă (art. 11), atmosfera din jurul

bolnavului să se reînnoiască adesea-ori și să se desinfecte de mai multe ori pe zi prin pulverisațiune de acid carbolic. Cadavrele și obiectele din cameră să se trateze în modul descris la art. 18, 19, 20 și 22.

26. Difteria și Crupul. Germii bôlei se transmit obișnuit direct, prin materiile scóse prin tuse și prin scuipat, depuse pe pânzeturile, pe obiectele de ascernut, pe ștergare și chiar pe persónele aflate în atmosfera bolnavului. Depártarea și purificarea pânzeturilor, tratarea cadavrelor, desinfectarea camerei și a obiectelor aflate într'ênsa, se operéză conform art. 18, 19, 20 și 22 din presenta instrucțiune.

27. Cholera. Nu cunóscem cu siguranță modul transmisiunii ei, bolnavii de Choleră produc însă germii bôlei, cari sunt conținuți în excrementele bolnavilor. Camera în care se află un bolnav de choleră să se acrese adesea-ori și să se desinfecte de mai multe ori pe zi prin pulverisațiune de acid carbolic.

Să nu se conserve în acea cameră alimente și să nu se mănânce într'ênsa.

Pânzeturile, cadavrele, tóte obiectele din jurul bolnavilor să se trateze conform prescripțiunii din art. 18, 19, 20 și 22.

Excrementele să se adune în vase umplute pe jumătate cu soluțiune de sublimat de 1 la 1000. Bolnavii de choleră să nu se serve de latrine, dacă o latrină a fost frecventată de bolnavi de choleră, atunci să se spele radical și să se ștérgă scaunul ei cu soluțiune de sublimat.

28. Tifusul exantematic, Febrea recurentă și Febrea tifoidă. Camera să se ventileze și să se desin-

fecte prin pulverisațiune de acid carbolic. Pânzeturile, cadavrele și cele-l'alte obiecte infectate să se desinfecte în conformitate cu art. 18, 19, 20 și 22. Excrementele să se adune în vase umplute pe jumătate cu soluțiune de acid carbolic. Bolnavii să nu se serve de latrine, în cazul când ei s'au servit de o latrină, să nu se permită ca să fie frecventată de alte persoane, până ce mai întâi nu se va spăla cu multă apă și scaunul ei cu soluțiune de acid carbolic.

29. Scarlatina se comunică numai de rare ori persónelor adulte și copiilor care au suferit deja de această boală. Contactul cu bolnavii de Scarlatină este foarte periculos pentru femeile lăuze. Urina bolnavilor să se adune în vase umplute pe jumătate cu soluțiune carbolică. Cadavrele și cele-l'alte obiecte să se trateze conform art. 18, 19, 20 și 22.

30. Pojarul se comunică anevoe persónelor adulte, foarte lesne copiilor. Ventilațiunea să se facă cu toată precauțiunea și să se completeze prin pulverisarea de soluțiune carbolică. Art. 18, 19, 20 și 22 se referă și la pojar.

31. Disenteria. Pânzeturile să se înmóie în vase umplute cu o soluțiune desinfectantă. Paele din saltele să se reînnoiască. Excrementele să se adune în vase umplute pe jumătate cu acid carbolic. Bolnavii să nu se serve de latrine, dacă ei au frecventat o latrină, să se opréscă alte persóne de a se servi de dânsa înainte de a fi bine spălată și desinfectată și scaunul ei șters cu acid carbolic.

32. Dalacul și Râpciuga. Cu toate că dalacul omului este mai puțin infecțios de cât acela al anima-

lelor, este necesar ca să se desinfecte obiectele de pansament și instrumentele chirurgicale (art. 12 și 21). Cadavrele și obiectele din jurul bolnavului se tratează conform cu art. 18, 19, 20 și 21. Asemenea la răpciugă.

În cazul când un om mîore de Turbare să se procedă conform art. 19, 20 și 22.

33. La Tusea convulsivă, Pneumonia contagioasă și Ftisia pulmonară să se desinfecte acele obiecte, care au fost infectate cu materiile scose prin tuse din căile respiratorii (art. 19). Ventilațiunea să se facă cu precauțiune și să se completeze prin pulverisațiune de acid carbolic.

La Conjunctivita contagioasă să se desinfecte conform art. 12 și 21, obiectele de pansament, lighiénele, bureții, ștergarele, batistele care au fost infectate prin secretul conjunctivei ochilor.

34. Pentru a se opri transmisiunea Febret puerperale, mîșele vor îndeplini instrucțiunile speciale ce le sunt date. Este de rigóre desinfectiunea instrumentelor, a obiectelor de pansament (art. 12), a cadavrelor (art. 18), a altor obiecte și mai ales a pânzeturilor de care s'a servit bolnava (art. 19 și 20).

35. La plăgile însoțite de Erisipel, Piemie, Gangrenă să se izoleze bolnavul, obiectele de pansament să se ardă, instrumentele și alte obiecte care au venit în contact direct cu bolnavul să se mîore într'o soluțiune de acid carbolic 3⁰/₀ și apoi să se ștérgă bine. Infirmierii să'și curețe mâinele cu săpun de potasă și să le spele în urmă cu acid carbolic 2 la 100.

*Instrucțiunile asupra desinfecțiunei publicate de Ministerul
de Interne al Imper. Austriei în anul 1887.*

Aceste instrucțiuni difer de cele germane modificate tot în anul 1887, prin adăugarea unui număr mai mare de substanțe desinfectante, precum gazul de Chlor, de Brom, de acid sulfuric, săpunul de potasă, Potasa caustică și Calcea caustică, prin excluderea soluțiilor de acid fenic mai slabe de cât 5 la 100 și prin recomandarea măsurii, ca în lipsa unui aparat sistematic de desinfecțiune prin curenți de vaporii, să se improvizeze un asemenea aparat în modul următor : se întrebuițeză un butoi solid ca recipient pentru obiectele de desinfectat, fundul butoiului se înlocuesce printr'un grilagiū, butoiul se aședă d'asupra unei căldări umplute cu apă astfel, ca vaporii fierbinți, desvoltați după ce se aprinde focul de desubtul cazanului, să trecă prin butoiū și să iasă printr'o gaură făcută în capacul butoiului; tot în acel capac se mai face o mică apertură pentru fixarea unui termometru ; temperatura aburilor trebuie să fie de 100°C, durata desinfecțiunei 1 oră, pentru saltele, perne și alte asemenea obiecte 2 până la 3 ore.

VII.

Inoculațiunea preventivă.

Unele bôle infecțioase afectă organismul omenesc și animal obișnuit numai odată în viață, individul care a suferit de una din acele bôle, este pentru mai mult timp apărat în contra unei infecțiuni noue de aceeași bôlă. Nu există însă în natură o lege generală, după care toate bôlele provocate prin microbi să nu pôlă afecta un individ de mai multe ori în intervale scurte. Experimentele îndelungate asupra imunităței, dobândite prin producerea artificială a unei bôle infecțioase, spre a se preveni îmbolnăvirea nouă de aceeași bôlă, făcute mai întâi de L. Pasteur și în urmă de Loeffler au probat, că unele bôle bacterice nu afectă același individ din nou într'un timp scurt după însănătoșire, că altele infectă același individ de mai multe ori, că diferite animale reacțază într'un mod diferit în contra infecțiunilor artificiale repetate și că experiențele făcute la o specie de animale, nu permit a se conchide asupra efectului analog la alte specii de animale și la om. Dintre bôlele bacterice ale omului Erisipelul, Uretrita virulentă, Febra recurentă, Febra palustră, ș. a. nu confer individului afectat nici o imunitate în contra invasiunilor repetate.

Imunitatea în contra îmbolnăvirii repetate de aceeași bôlă infecțioasă, a fost explicată în diferite mo-

durî : Klebs și Pasteur au creșut, că microorganismii parasitari consumă una dintre substanțele nutritive aflată în corpul omenesc sau animal și că lipsa acestei substanțe, indispensabile pentru existența microorganismelor patogeni, face pe omul sau pe animalul imun în contra invasiunilor ulterioare ale aceluiași microbi ; Chauveau și Wernich au fost de părere, că excrețiunile unei specii de bacterii, rămase în corpul omului sau animalului, exercită o acțiune toxică asupra bacteriilor aceleiași specii și fac corpul impropriu aî mai adăposti. Nici una din aceste două explicații nu poate rezista unei critice raționale, căci pe de o parte substanțele albuminoide pierdute sunt în corpul animal bine nutrit curând înlocuite, și pe de alta se elimină cu timpul din corp substanțele streine, care nu sunt necesare pentru nutriție. În anul 1883 Doctorul Hans Buchner a inventat o teorie nouă pentru explicarea imunității, care teorie ni să pare asemenea neadmisibilă. Hans Buchner pretinde, că diferiții microbi patogeni produc în diferite organe inflamațiuni specifice și că aceste inflamațiuni provoacă o modifi cațiune în țesăturile acelor organe, care le fac improprii pentru o invasiune nouă de microbi de aceeași specie. Știința nu ne dă dar până astăzi o explicațiune satisfăcătoare a imunității în contra imbolnăvirei repetate de unele bôle infecțioase, și chiar explicația cea mai nouă a imunității, datorită D-lui Metschnikoff, este combătută de alți învățați ; Metschnikoff este autorul teoriei fagocitelor, după această teorie unele celule ale corpului, mai ales leucocitele, nimicesc bacteriile patogene intrate în organism,

acéstă nimicire se operéză saũ prin înghițirea bacterielor de către leucocite, saũ prin încongiurarea lor cu o grupă de leucocite care le închid ermetic, causând ast-fel peirea lor. Flügge afirmă însă că fagocitele consumă numai pe bacteriil morți, că ei nu sunt în stare a nimici pe bacteriil vii, că însă demurile corpului, că mai ales sângele, nimicesc pe unii bacteriil. In fine trebuie să menționăm și teoria tot nouă a D-lui Emmerich, susținută de d. Flügge, după care imunitatea după bólele infecțioase este datorită unei activități mai mari a celulelor propriil ale corpului, acéstă teorie cam vagă ascéptă încă confirmarea ei prin experimente precise.

Observația faptului, că unele bóle infecțioase afectă obicnuit organismul omenesc și animal numai o singură dată, a dat nascere inoculațiunei preventive. Altoirea preventivă cea mai veche este cea în contra vărsatului, care a luat origina într'un timp, când dintre tóte bólele infecțioase variola a fost considerată cu cea mai periculósă. Variolisațiunea există de mai multe secole în China, în Europa ea a fost introdusă în secolul trecut, ea a constat în inoculațiunea virusului al vărsatului adevărat, cu scopul a produce o erupțiune variolică, obicnuit discretă, ușoră, spre a apăra pe persóna inoculată în contra unei infecțiuni grave. Nu tot-d'auna rezultatele acestor inoculațiuni preventive aũ fost inofensive, ci câte-odată ea a produs variolă confluentă și mórte.

La începutul secolului curent Jenner a introdus vaccinația omului cu virusul vărsatului al vitelor bovine, cow-pox, cu un virus apropiat de virusul vărsatului omului, însă mai slab de cât cel din

urmă. Vaccinația Jenneriană este astăzi practică în toată lumea, vaccinăm o persoană cu vaccin, cu un virus slăbit, cultivat pentru acest scop, pentru ca să producem o boală ușoară, care face organismul nu cu desăvârșire imun, dar pentru un timp oarecare mai puțin primitor pentru infecțiunea variolică, adică pentru o formă gravă a unei boli similare.

Sunt acum 30 ani de când Böck în Scandinavia și Auzias de Turenne în Franța au făcut încercări analoge cu altoirea preventivă în contra sifilisului, încercări practicate pe o scară întinsă care n'au reușit. Ei au inoculat virusul sifilitic atât la oameni liberi de sifilis, cu scopul de a-i face imuni în contra infecțiunii sifilitice grave, precum și la oameni deja infectați, cu scopul de a preveni accidente tardive mai grave.

Afară de inoculațiunea preventivă variolică, vaccinală și sifilitică nu s'a executat până deună-zi pe corpul omenesc nici o altă altoire preventivă. Animalele au fost însă supuse la inoculațiuni analoge. Veterinarii inoculează de mai mult timp virusul Peripneumoniei contagiöse a vitelor bovine, a Variolei oilor, a Pestei bovine, pentru a preveni epizootii grave.

Inoculațiunile preventive au luat însă un avânt mai mare după constatarea faptului, că cauza virulenței altoiului sunt microorganismii conținuți într'ensul, ele au dobândit adevărata lor însemnătate prin descoperirea slăbirei virusului (atenuarea virulenței microbilor) prin culturii artificiale de către

Toussaint, Pasteur, Roux, Chamberland, Chauveau, Theilier, Arloing, Cornevin și Thomas.

Virulența bacteriilor se poate slăbi prin cultivarea lor pe substanțe nutritive mörte, prin inocularea lor succesivă la diferite specii de animale vii și prin diferiți agenți fizici și chimici, precum aplicarea de scurtă durată a unei călduri de cel puțin 55°C. și de soluțiunii desinfectante foarte diluate.

Forțe importante sunt încercările D-lui L. Pasteur, de a inocula virusul slăbit al diferitelor bôle. D-sa a făcut succesiv inoculațiunii preventive cu microbi ai cholerei găinelor, ai cărbunelui (dalacului), ai turbării, ai febrei tifoide a cailor, ai tifusului epurilor albi și ai erisipelului rimătorilor.

În anul 1880—1882 D. Pasteur a probat, că virusul cărbunelui (al dalacului) se poate slăbi prin cultură ast-fel, în cât inocularea lui nu produce o bôlă gravă și că această inoculațiune face pe animal imun, în contra unei alte infecțiunii naturale sau artificiale cu virusul natural sau slăbit al aceleași bôle. D. Pasteur și D. Chauveau au micșorat forța virulentă a microbilor cărbunelui, cultivându-l în lichide nutritive la contactul cu oxigenul atmosferic și la temperatura de 42 până la 43°C. și a făcut animalelor câte două inoculațiunii preventive, cea d'întâiu cu un virus foarte slab, a doua cu un virus mai puțin slab. Rezultatele practice ale acestei descoperiri nu sunt încă satisfăcătoare pentru cultivatorii de vite, din cauză că în unele casuri vaccinul cărbunelui, nefiind destul slăbit, a produs o infecțiune mortală și afară de acesta imunitatea produsă prin inoculațiune nu este absolută ci de durată limitată, de multe ori

numai de un an. DD. Nocard și Mollereau au mai perfecționat metoda D-lui Pasteur în anul 1883, slăbind virusul dalacului prin apa oxigenată. În cât privește pe om, el se poate îmbolnăvi de dalac de mai multe ori. Dintre animalele domestice caii nu suportă bine inoculațiunea preventivă cu virusul slăbit al Dalacului.

O însemnătate mai mare are inoculațiunea preventivă în contra Turbării, inventată tot de L. Pasteur. D-lui face două serii de inoculațiuni, pe care nu trebuie să le confundăm unele cu altele: inoculațiuni preventive, pentru a face un animal sănătos imun în contra infecțiunii prin mușcătura unui animal turbat și inoculațiuni curative, terapeutice, (începute în anul 1885) la om și la animale în stadiul incubațiunii Turbării, puțin timp în urma mușcăturei suferite, pentru a opri dezvoltarea turbării și aparițiunea simptomelor rabice. Vădând că saliva animalelor turbate nu este un portator constant al virusului rabic, d. Pasteur a avut fericita idee, a se servi pentru inoculațiunile sale de virusul conținut în substanța cerebro-spinală a animalelor turbate. D-lui a deschis, cu ajutorul unui trepan foarte mic, craniul unui animal sănătos și a introdus sub dura mater a cerebrului o mică bucățică de substanță cerebrospinală, luată de la un animal turbat. În anul 1885 d. Pasteur a modificat acest metod, preparând altoiul prin frecarea bucățelelor mici uscate de măduva spinală a unui animal turbat cu bulion sterilizat și injectarea acestui lichid în sacul durei mater. Pasteur a constatat, că virulența contagiului rabic scade prin inoculațiunea lui de la câine la

măimuşă, că prin inocularea repetată de la o măimuşă la altă măimuşă virusul devine treptat şi mai slab. Animalele cari au fost altoite de mai multe ori cu virusul slăbit, suportă în fine şi inoculaţiunea virusului natural forte. La inocularea virusului Turbări de la un epure alb la altul, de la acesta la un al treilea şi succesiv la mai mulţi, sau în acelaşi mod la o serie de cobaie, creşte succesiv virulenţa. Prin altoirea succesivă a cânilor cu virusul slab, mai puţin slab şi forte, ei devin imuni în contra virusului celui mai forte, cultivat în corpul epurilor albi. În urma inoculării succesive a virusului de la un animal la altul scade durata incubaţiunii. D. Pasteur a făcut asemenea inoculaţiuni succesive în timp de un an întreg, pentru producerea virusului fix, care provăcă turbare la epuri albi după incubaţiune de 7 zile, la câni după 8 până la 10 zile. Dacă substanţa cerebro-spinală a unui animal turbat se usucă în aer atmosferic uscat, prin suspendarea ei într'o sticlă în orificiul căreia se află bucăţele de potasă caustică, virulenţa scade, ea rămâne constantă dacă conservăm substanţa cerebro-spinală în stare umedă într'o atmosferă de acid carbonic.

Pentru altoirea curativă a ómenilor muşcaţi de animale turbate, altoiul se prepara în modul expus, din măduva spinală a epurilor albi inoculaţi cu virusul rabic şi morţi de turbare, tăiată în bucăţele şi uscată în sticle. Altoiul prăspăt este injectat sub piele în regiunea abdominală. D. Pasteur începe cu virusul cel mai slab, preparat din substanţa cerebro-spinală care a fost două săptămâni expusă la ac-

țiunea aerului atmosferic și repetă inoculațiunile pe fie-care ȃi, succesiv cu un virus mai forte, care a fost mai puțin timp expus acțiunii aerului uscat, terminând cu mēduva spinală care a fost uscată numai o singură ȃi. Durata acestui tratament este de la 1 până la 2 sēptēmāni. Vom reveni asupra inoculațiunilor antirabice în capitolul special asupra Turbāri, unde vom vorbi și despre modificațiunile metodului acestor inoculațiuni, introduse de colegul nostru d. V. Babeș în institutul bacteriologic din Bucuresci.

Inoculațiunile preventive cu virusul Cholerei asiatice, executate în Spania în anii 1883 și 1885 de Doctorul Ferran, n'au nici o însemnătate științifică. Incercările de a preveni prin inoculațiunea virusului slăbit a febrei galbine, infecțiunea de această bōlă, n'au dat până acum rezultate pozitive.

În anul 1888 D. dr. N. Gamaleia din Odesa a făcut la diferite animale inoculațiuni preventive cu virusul slăbit al Cholerei asiatice, și speră că va putea face și pe ómeni imuni în contra infecțiunii cholerice prin aceste inoculațiuni. Vaccinul de care se serve D. Gamaleia pentru acest scop, este un vaccin chimic, o cultură sterilisată a bacililor Cholerei, bulion nutritiv cu bacili încălȃit în timp de 20 minute la 120°C.

Chiar dacā am posede vaccini speciali pentru inoculațiuni preventive în contra diferitelor bōle infecțioase, nu este probabil că un număr mare de ómeni s'ar supune succesiv la multe inoculațiuni în contra diferitelor bōle, spre a dobāndi imunitatea în contra lor pentru un timp limitat și a repeta periodic

aceste serii de inoculațiuni. Numai sub amenințarea unei epidemii teribile, populațiunea ar recurge la această măsură profilactică. Pentru om aș deocamdată o valoare practică însemnată, pe lângă vaccinația în contra variolei, pe care o vom studia într'un capitol special, inoculațiunile curative, făcute de D. Pasteur ómenilor deja mușcați de animale turbate, cu scopul de a nimici în interiorul organismului virusul importat prin mușcătură.

VIII.

Isolarea bolnavilor.

Intre măsurile profilactice, destinate a preveni desvoltarea și întinderea bólelor infecțioase și contagióse, izolarea bolnavilor ocupă primul loc. Este natural că, dacă oprim contactul între bolnav și între cel sănătoși, am apărat pe cel din urmă în contra infecțiunei prin emanațiunile celui d'întâiu, capabile a transmite virusul bólei. De și vom da bolnavului tot ajutorul, pentru ca să se aline suferințele lui și pentru ca să'și redobândescă sănătatea, nu vom permite că el să devie un pericol, un focar de infecțiune, pentru familie, pentru conlocuitorii din aceeași casă, pentru vecini, pentru comună și pentru tótă țara.

De și cestiunea izolării persónelor afectate de bóle infecțioase se pare simplă în teorie, ea se arată complicată când suntem chieმაți a o pune în practică.

Articolul 129 al legii sanitare autorisă pe prefectii județelor, ca să ordone secuestrarea caselor și a persoanelor infectate. Metodul acestei secuestrări trebuie să varieze după împrejurările locale și individuale. Un bolnav avut se poate isola în casa sa, dacă ea este în deajuns separată de locuințele vecine, oprindu-se persoanele streine, cu excepțiunea medicului, a intra în casa bolnavului, locuitorii casei a eși dintr'ênsa, și luându-se precauțiuni ca cei din urmă să nu fie împiedicați de a se aprovisiona cu alimente și cu alte obiecte indispensabile. În acest caz vom povățui pe toți cari se află în jurul bolnavului, despre pericolul ce-l amenință și despre măsurile prin care se pot apăra în contra infecțiunei. Isolarea bolnavului în locuință nu este admisibilă, când ea nu este bine separată de alte locuințe, aflate sub același acoperemânt sau în aceeași curte. Isolarea riguroasă se asigură prin paza polițienescă și tot-odată prin inscripțiuni bine vizibile, fixate la intrarea casei, care să arate publicului că ea este închisă pentru el. Persoanele ale căror locuințe se află în condițiuni igienice rele, și în general bolnavii lipsiți de mijlocele necesarii pentru ca să pôtă fi căutați cu înlesnire în locuințele lor obișnuite, locuitorii otelurilor, otelurilor garnite, caselor ocupate de un număr mare de locuitori, militarii din casarme, elevii din internate, se izolază în spitale. Isolarea absolută este de multe ori indicată pentru bolnavii aflați deja în interiorul unui spital, când un bolnav afectat de o boală infecțioasă, ocupă aceeași cameră cu alții cari suferă de o boală netransmisibilă.

Regulamente speciale trebuie să precizeze boatele,

care reclamă izolarea riguroasă și acelea în contra cărora se pot lua măsuri mai puțin aspre. Izolarea riguroasă este necesară la Choleră, Vărsat, Tifus exantematic, Difterie. Izolarea mai puțin aspră, fără paza polițienescă, fără sechestrarea absolută a locuinței, este indicată la Scarlatină, Pojar (Morbill), Tuse convulsivă, Oftalmie contagioasă, Meningită cerebro-spinală. În unele anume bôle izolarea relativă trebuie să se întindă și asupra persoanelor sănătoase, care se află în contact mai d'apropo cu bolnavii, ast-fel o mōșă, care îngrijesce o femeie afectată de Febra puerperală, nu pōte căuta în același timp o altă lăuđă. Copii sănătoși din familii în care se află cine-va bolnav de Scarlatină, Morbill, Tuse convulsivă, Meningită cerebro-spinală, Vărsat, Difterie, se vor opri a frecuenta șcōla pentru un timp anume determinat.

Mai multe bôle infecțioase și contagioase sunt comune omului și animalelor, din acēstă cauză, precum și din cauze economice, secuestrăm tōte animalele afectate de asemenea bôle. Legea de Poliție sanitară veterinară prescrie secuestrarea animalelor care sufer de Pesta bovină, Pleuro-pneumonia contagioasă, Variola, Răie, Febra aftoasă, Paronichia contagioasă, Răpciugă și Cărtiță, Bōla veneriană malignă și benignă, Febra tifoidă a rīmătorilor, Turbare și Dalac, precum și a animalelor sănătoase, care aū fost în contact cu cele bolnave de una dia bōlele susnumite.

Acțiunea Poliției sanitare nu se va mărgini numai în izolarea bolnavilor, și ea se va întinde și asupra locuințelor ocupate de ei și infectate prin e-

manațiunile lor. Asemenea locuințe, mai cu sémă dacă sunt ocupate de multe persóne, se secuestréză până după desinfectarea perfectă. Evacuăm o casarmă în care a apărut Cholera sau Tifusul exantematic, izolăm pe soldații bolnavi și pe cei cari cu probabilitate se află în stadiul incubatiunii bólei și congediám pe cei cu desevârșire sănătoși, evacuám un internat în care s'aú arétat mai multe casuri de Febre tifoidă și trimitem pe elevi în sânul familiilor lor. Dacă Cholera apare într'o casă mai mare, ocupată de multe familii și aflată în condițiuni rele de igienă, vom goli acea casă și vom isola pe locuitorii ei, după împrejurare în altă casă sau în corturi.

Pentru ca izolarea să fie perfectă, nu oprim numai pe cei bolnavi a părăsi localitatea, a transporta virusul bólei în altă localitate, ci oprim și pe cei sănătoși a se apropia de focarele infecțiunii, înlăturăm ocasiunea pentru contactul unei mulțimi de persóne sănétose cu persóne bolnave și cu locuințe infectate. Ast-fel oprim în timpul unei epidemii târguri (bâlcieri), pelerinaje religióse, strămutări de trupe, călători și invasiuni de lucrători streini.

Pentru a se opri importațiunea în țară a unei bóle infecțióse apărută în altă țară, se izoléză la frontarii, la punctele de intrare, călătorii veniți din țara infectată și bănuți a fi purtătorii virusului precum și bagajele lor. Acéstă isolațiune se aplică obicnuit numai în contra bólelor exotice și se execută în aședămintele instituite pentru acest scop, care pórtă numele de carantine. În unele casuri excepționale se institue carantine și în interiorul unei țări, pentru a

se opri importatiunea bolii din partea infectată a țerei în parte încă imună a aceleiași țări. Vom studia într'un capitol oșebit utilitatea carantinilor.

Unii igienisti au crezut, că scopul pe care 'l urmărim prin izolarea absolută, 'l putem atinge adesea-ori mai bine prin *dispersiune*, prin împrăștierea bolnavilor. Ei s'au temut a aglomera în același stabiliment mulți bolnavi de aceeași boală infecțioasă, pentru ca să nu concentreze la un loc mai multe focare de infecțiune, măbind ast-fel pericolul. Pentru a proba utilitatea dispersiunii, mai mulți autori descriu endemiile de Erisipel chirurgical și de Gangrena nosocomială din unele spitale. Tratamentul antiseptic înlătură însă aceste endemii și face transmisiunea aproape imposibilă. Cu toate acestea unii chirurși afirmă și astăzi, că operațiunile chirurgicale mari reușesc mai bine în case private de cât în spitale. Dispersiunea bolnavilor cere precauțiuni serioșe, pentru ca bolnavii împrăștiatii să nu multiplice focarele de infecțiune, să nu le transporte dintr'un loc în mai multe locuri. Dacă congediăm spre exemplu pe soldații afectați de oftalmia contagiōsă cronică, de Trachom, și'li trimitem la căminurile lor, pentru ca boala să nu se întindă într'o trupă, atunci este necesar ca administrațiunile județene și comunale respective să fie informate asupra fie-cărui cas în parte, pentru ca să povățuiască pe familiile acestor soldați asupra pericolului la care sunt expuse prin prezența unui focar de infecțiune în mijlocul lor.

Isolăm și în interiorul unui spital pe bolnavii afectați de bōle infecțioșe, îi separăm de cel-l'alți bolnavi care suferă de bōle netrānsmisibile. Isolăm cu

cea mai mare rigurozitate, în locale foarte bine dezinfectate, pe persoanele pe care le supunem la operațiunii mari, la care se deschide una din cavitățile corpului. Dacă nu dispunem de spitale speciale pentru bolile infecțioase și dacă nu putem dar refuza primirea bolnavilor afectați de aceste bôle în spitalele ordinare (generale), atunci trebuie să-i izolăm cel puțin în pavilione sau barace osebite cu un personal de serviciu cu totul special. Numai la nevoie mare vom permite, ca în spitalele mici să se caute pe lângă bolnavii ordinari și cei afectați de bôle infecțioase, în camere separate, aflate sub același acoperământ cu restul spitalului. În timpul verei vom prefera așezarea lor în corturi în grădina sau în curtea spitalului, încredințând căutarea lor infirmierilor speciali cari nu vin în contact cu alți bolnavi.

Isolarea bolnavilor suferinți de bôle infecțioase face parte dintr'un sistem de măsuri preventive și este numai atunci eficace, când toate acele măsuri sunt executate cu rigurozitate, când dispunem de o organizațiune permanentă care coprinde :

1. Declarațiunea obligatoriă a bôlei infecțioase, făcută la Primărie de capul familiei, de proprietarul sau îngrijitorul casei, de medicul sau de moșa care caută pe bolnav.

2. Controlul izolării în locuință privată, pentru a se constata dacă izolarea în domiciliul bolnavului este reală, nepericuloasă pentru vecini.

3. Strămutarea provisorie a locuitorilor sănătoși, aglomerați într'o casă în care a apărut o bôlă in-

fecțioasă, care locuitorii se așează provizoriu în case, barace sau corturi destinate pentru acest scop.

4. Serviciul de desinfecțiune, îngrijirea ca să se desinfecțe casa, mobilele, ascernutul, vestmintele, încălțămintele și pânzeturile bolnavului și în cas de morțe cadavrul lui.

5. Transportul inofensiv al bolnavului de la locuința la spital.

6. Isolarea într'un spital general sau special, permanent sau provizoriu, în toate casurile când izolarea la domiciliu nu dă garanții suficiente de eficacitate.

7. Transportul inofensiv al morților.

IX.

Măsurile generale în contra epidemiilor.

Experiența a demonstrat, că epidemiile 'și caută victimele lor mai cu osebire în case suprapopulate, necurate, ocupate de oameni inculți, săraci, rău nutriți și supuși la muncă excesivă, că din contra civilizațiunea și bunul traiu se opun lățirii bolilor epidemice. Acest fapt ne indică măsurile, pe care trebuie să le luăm pentru a opri importațiunea și lățirea epidemiilor, pentru a modifica condițiunile locale, spre a face o localitate și o populațiune mai puțin primitoare pentru o bolă infecțioasă adusă din altă parte. Nu putem înlătura sărăcia, putem însă micșora influența ei asupra nascerii epidemiilor.

Înainte de apariția unei epidemii ne incumbă datoria, ca să executăm măsurile generale de igienă, îngrijind de curățenia atmosferei, a apei, a locuințelor, a curților, stradelor, piețelor, hasnalelor și latrinelor publice și private, a canalelor, de depărtarea repede a necurățeniilor din case, curți și strade, de inspecțiunea caselor în care sunt aglomerați mulți locuitori și de aducerea lor în condițiuni igienice, de înlesnirea emigrării vagabonzilor, de buna calitate a alimentelor puse în vânzare, de salubritatea diferitelor edificii publice și private, în care se adună mulți oameni pentru un timp mărginit, sau care le servă de locuință permanentă. Avem să organizăm caritatea publică astfel, ca săracii care pot lucra să găsească lucru, iar cei neputincioși și infirmii să fie ajutați într'un mod direct. Deja în timpurile normale spitalele trebuie să fie înzestrate cu material în abundență, pentru că ele la apariția unei epidemii se pot face față necesității, toate serviciile medicale trebuie să funcționeze într'un mod corect, pentru ca populația să aibă în ele acea încredere, fără de care combaterea unei epidemii este imposibilă.

Dacă o epidemie exotică se apropie de țara noastră, atunci vom înființa, în plășile și orașele mai expuse la prima ei invasiune, comisii administrative speciale, compuse din medici, din reprezentanții administrațiunii locale și ai consiliului de igienă publică și de salubritate, care comisii vor avea misiunea a opri după putință importarea și lășirea bolii, a îngriji de căutarea celor bolnavi, a împărți la cei cu totul săraci alimente și lemne de foc. Administrațiunea va liniști spiritele emoționate, va

combate temerile populației obișnuit exagerate, împrăștiind povețe populare, scrise într'un limbajiu clar, lesne de înțeles, asupra prodromelor și asupra semnelor bôlei, asupra modului de propagațiune a ei, asupra măsurilor apărătoare, asupra regimului recomandat, asupra primului ajutor ce se pôte da bolnavului până la sosirea medicului și asupra organizațiunei ajutorului medical la domiciliul bolnavilor și din spitalele generale și speciale, înființate provisoriu. Art. 130 din legea sanitară ordonă : In cas de epidemie consiliile comunelor urbane, și pentru comunele rurale, comitetele permanente ale județelor, vor îngriji de bolnavi, dând ajutorului medical gratuit la domiciliul bolnavilor săraci întinderea cea mai mare și înființând spitale speciale pentru timpul epidemiei. Administrațiunile locale vor angaja medici auxiliari, cari vor conlucra cu cei aflați în serviciul permanent la combaterea epidemiei, ele vor pune într'un mod gratuit la dispozițiunea locuitorilor săraci și chiar a celor cu mai puține mijloce, medicamentele necesari și substanțele desinfectante, însărcinând cu desinfecțiunea pe sub-chirurgi familiarisați cu procedurile ei. Dacă numărul medicilor o permite, se vor face visite preventive în cartierele sărace și în casele suprapopulate.

Asociațiunile private de caritate nu pot găsi ocaziune mai bună pentru dezvoltarea activității lor, decât timpul epidemiei, aceste societăți sunt chie-mate a împlini neajunsul lăsat de caritatea publică, a provisionând pe săraci cu alimente, cu combustibili, cu vestminte și cu albituri.

Scólele contribue obișnuit la lășirea epidemiei,

din această cauză trebuie să se oprască de frecuentarea școlii, și copiii sănătoși din familiile în care alți copii sufer de bóle infecțioase; comunicăm mai jos o ordonanță a Primarului Capitalei relativă la această măsură. Administrațiunea trebuie să recurgă la închiderea timpurie a școlilor în toate cazurile, când lățirea unei epidemii nu se poate opri prin alte măsuri preventive.

Fie-care cas a unei bóle epidemice, și chiar fie-care cas suspect, caută să se aducă la cunoștința administrațiunii sanitare locale, pentru ca ea să pótă lua măsurile de izolarea bolnavilor, de distrugerea focarelor de infecțiune. Pe de o parte vom obliga dar pe medici, ca să informeze administrațiunea asupra bólelor infecțioase observate în clientela lor îndată după prima vizită, iar pe de alta vom cere, ca fie-care proprietar sau locatar de casă, fie-care stăpân, maestru, fabricant care adăpostesce în casa lui mai mulți servitori, lucrători, călfi sau învățașei, fie-care otelier sau hangiu, să declare de urgență autorităților, că în casa lui a apărut o bółă suspectă. Cu toate că legea sanitară nu cónține o prescripțiune specială, care impune într'un mod clar declarațiunea bólelor infecțioase la ómenii, într'un mod analog ca aceea din legea de poliția sanitară veterinară, această lacună se póte însă implini prin regulamentul art. 12, 13, 129 și 130 din legea sanitară. Comunicăm mai jos două ordonanțe ale Primarului Capitalei, relative la măsurile în contra unor epidemii.

Se înțelege de sine, că primarii comunelor rurale sunt obligați, a raporta de urgență sub-prefectului a-

supra bólelor infecțioase, epidemice și epizootice, și în general asupra casurilor de îmbolnăvire suspectă și asupra deceselor din cauze necunoscute, observate în comuna lor.

După aparițiunea unei epidemii administrațiunea caută să publice în perioade scurte, dări de sémă, buletine asupra localităților bântuite de epidemie și asupra mersului ei. În asemenea timpuri ascunderea adevărului este periculoasă, populațiunea se demoralisază și pierde toată încrederea în autoritate, dacă se convinge că buletinele nu sunt redigiate cu sinceritatea necesară.

Pe lângă căutarea bolnavilor, izolarea lor și desinfectarea locuințelor ocupate de dênșii, administrațiunea va îngriji și de verificarea urgentă a deceselor și de transportarea urgentă a morților la cimitir. Codul civil permite, ca în cas de epidemie să se înmormânteze morții mai curând de cât după 36 ore, în virtutea unor regulamente sau ordonanțe speciale. Mai cu osebire în timpul epidemiilor se arată marea utilitate a caselor mortuare din cimitire, ele permit ca morții să se depărteze din locuință îndată după constatarea decesului, și să se așeze în ele până la înmormântare. Pompele funebre trebuie să se simplifice, și să lipsescă chiar cu totul în cas de mortalitate extraordinară. În ultimul cas administrațiunea va recurge și la măsurile extraordinare, pentru a înlesni transportul morților la cimitir. Pentru unele bóle desinfectiunea cadavrelor este de rigóre, le vom menționa la studiul special al măsurilor profilactice.

De și instrucțiunilor administrative obligă pe Pri

marii comanelor rurale, ca să însciințeze pe subprefecții în cel mai scurt timp asupra morbidității și mortalității excesive observate în comună, și îndatorează pe medicul de plasă și pe medicul primar de județe, ca în cas de epidemie apărută în circumscripțiunea lor să meargă la fața locului, să dea bolnavilor ajutor medical, și să ia măsurile pentru mărghinirea epidemiei, medicul nu sunt tot-d'a-una însciințați destul de timpuriu asupra epidemiilor apărute și comunicațiunea dificilă precum și numărul mare de comune încredințate privighierii sanitare a unui singur medic mai face, ca el să vie de multe ori târziu la fața locului. Lipsa ajutorului medical, condițiunile igienice defavorabile și cultura insuficientă a sătenilor sunt cauzele cari fac, ca obicnuit epidemiile să producă ravage mai mari în comunele rurale de cât în urbi, de și în orașe aglomerațiunea mai mare înlesnesce lățirea mai repede a lólelor contagioase. În localitățile unde se află medicul, constatarea timpurie a epidemiilor este mai facilă, mai cu osebite când există un serviciu regulat pentru verificarea deceselor.

Medicul verificator de decese caută să fie agentul principal al poliției sanitare, el este dator să constate nu numai aparițiunea ci și iminența epidemiilor, să studieze cauzele mortalității excesive într'o circumscripțiune óre-care, și să provóce la timp luarea măsurilor necesare pentru mărghinirea morbilor epidemici. Este o idee eronată, a considera verificarea deceselor ca un serviciu secundar, care se póte încredința agenților sanitari de a doua mână.

Instrucțiї elaborate de consiliul sanitar superior
in anul 1885 asupra mǎsurilor de luat în comunele ru-
rale contra bólelor molipsitoare (lipiciose).

Dispoziții generale

1. Primariii comunelor rurale sunt datorii ca, la ivirea chiar a unui cas de variolă (vǎrsat, bubal), de angină difterică, de scarlatină (cochinadă), de morbilli (pojar, cori) și de tuse convulsivă (măgărăscă), să înștiințeze pe dată și cât mai repede pe sub-prefect, și să cheme pe medicul plășei pentru recunoscerea bólei și pentru luarea mǎsurilor trebuincioase.

2. Medicul de plasă, constatând în veri-o comună una din bólele mai sus arătate, înștiințază îndată și cât mai repede pe medicul-primar al județului și pe sub-prefect despre felul bólei, raportând celui d'înlăiu și despre toate mǎsurile ce a luat.

3. Sub-prefectul raportează prefectului ivirea bólelor molipsitoare și, în plășile unde lipsesc de o cam dată medicii de plasă, el înștiințază îndată și pe medicul-primar al județului despre ivirea bólei, pentru ca acesta să se transporte în localitate spre a constata bóla și a lua mǎsurile trebuincioase.

4. Constatarea bólelor și mǎsurile luate contra lor de către medicii respectivii se vor înscrie într'un proces-verbal, semnat de medic și de primar.

5. Medicul-primar al județului înaintéază, îndată după ce prinesce procesul-verbal de la medicii de plasă, sau după ce l-a format însuși, câte o copie

de pe densusul atât direcției generale a serviciului sanitar cât și prefectului, și le comunică apoi regulat din 7 în 7 zile mersul acelor bóle până la încetarea lor completă, trimițându-le tabele statistice dupe formularul No. 5.

6. Medicul de plasă vizitează comunele molipsite ori de câte ori cere trebuința, cel puțin însă la trei zile odată ; el dă bolnavilor ajutor medical și priveghază dacă primarii și locuitorii execută măsurile luate contra întinderii bólelor, și, când constată neîndeplinirea acelor măsuri din partea primarilor sau a populațiunei, cere îndată intervenirea sub-prefectului, raportând despre acesta și medicului-primar al județului.

7. Sub-prefecții sunt datori, să dea medicilor de plasă tot concursul pentru executarea măsurilor ce iau contra bólelor molipsitoare.

8. Primarii execută măsurile luate de medici contra bólelor molipsitoare.

9. Primarii din comunele bântuite de una din bólele arătate la No. 1 încunoscinteză îndată pe locuitorii despre existența bólei și comunică acesta și primarilor din comunele învecinate.

Dispoziții speciale

Variola (vėrsatul, bubatul).

10. Fie-care locuitor, în a cărui casă sau familie se îmbolnăvesce o persoană de vėrsat (bubat), este dator să încunoscinteze îndată despre acesta pe primarul comunei.

11. Primarul, până la sosirea medicului, pe care 'l va cheme îndată, însciințându-l și de felul bólei, ia următoarele măsuri :

a) Isoléză casa în care se află bolnavul printr'un păzitor anume, care privighéză ca să nu comunice vecinii și mai cu sémă copiii cu bolnavul și cu locuitorii din casa molipsită ;

b) Isoléză pe bolnav de cel-l'alți locuitori ai casei, pe cât va fi cu putință, și mai cu sémă de copii, și opresce pe acei copii din casa molipsită cari urméză la școlă, d'a se mai duce la școlă pe timpul cât ține bóla și două săptămâni după încetarea ei, însciințând despre acés.a și pe învățator ;

c) Aduce la cunoștința locuitorilor comunei de a se pădi, atât ei cât și pe copiii lor, de amestecul cu locuitorii din casa molipsită, ordonându-le de a se realtoi atât dênșii cât și copiii lor cari aũ fost altoiți de mai mult de 7' ani, precum și de a aduce copiii încă nealtoiți spre a fi supuși acestei operațiuni îndată ce vor fi chemați.

12. Medicul, la sosirea în comună, se transportă, însoțit de primar, la casa molipsită, constată bóla și de când s'a ivit ea, dă ajutor medical bolnavului, observă dacă primarul a luat măsurile ce'i sunt prescrise pentru asemenea casuri și ea la rëndul său măsurile următoare :

a) Prescrie menținerea măsurilor luate de primar, coprinse la No. 11 lit. a și b, pentru timpul cât dăinuiesce bóla ;

b) Face vaccinația și revaccinația populațiunei din comună ;

c) Prescrie ca în camera unde zace bolnavul să

nu stea și mai cu sémă să nu dórnmă alte persóne de cât acea care îngrijesce de bolnav, dacă va fi cu puțință ;

d) În camera bolnavului să nu se țină de cât lucrurile neapărat trebuincioase lui, scoțându-se celelalte afară, iar camera să se țină neconținut curată, deschidându-se vara și iarna, după puțință, ferestrele și ușile de mai multe ori pe zi, pentru primenirea aerului din cameră ;

e) Rufele (albiturile) de corp și de așternut ale bolnavului, dosurile de saltele, de mindire și de perine, lâna din saltele și din perine, precum și alte lucruri de pânză, întrebuințate de bolnav, îndată după ce le-a lepădat el să nu le mai întrebuințeze, să se lerbă mai întâiu cu leșie, ținându-se astfel patru ore și apoi să se spele pentru o nouă întrebuințare ;

f) Peticele mai mici de pândă, paele, fânul său foile de porumb din mindire și perine, precum și rogojinele întrebuințate de bolnav, să se ardă ;

g) Vestmintele și alte țesături de lână sau de bumbac, blănăriele și puful, cari nu se pot trata cu leșie, să se scuture bine și să se țină expuse la aer mai multe zile d'a-rëndul ;

h) Camera în care a zăcut bolnavul ori s'a ținut mortul să se curățe radical, spoindu-se pereții cu var, spălându-se cu leșie ferbinte toate lucrurile de lemn și de fer, precum : paturile, scaunele, lăvițe și alte mobile, scândurile pardoselei, ușile, tocurile și cercevelele ferestrelor, tavanurile (când sunt de lemn), polițele, și să se țină mai multe zile cu ușile și cu ferestrele deschise ;

i) Morții se vor așeza în coșciuge (sicriuri) bine închise, și după trecere de 12 ore de la mörte se vor transporta d'a-dreptul și pe drumul cel mai scurt la cimitirul comunei, unde vor fi înmormântați îndată în gropi adânci de două metri;

k) Atât în casa mortuară, cât și în timpul transportului mortului la cimitir precum și acolo, nu se va permite adunarea altor persoane de cât a rudelor de aproape și a personalului neapărat trebuincios pentru serviciul religios;

l) Camera în care a zăcut sau a murit bolnavul să nu se locuiască de nimeni, până ce nu se va curăța precum s'a arătat la lit. *h*; iar toate lucrurile cari au fost în acea cameră să nu se întrebuițeze din nou, de cât după ce vor fi fost tratate cum se arăte la lit. *e*. și *g*.

13. Primarii sunt răspundători de întocmai aducere la îndeplinire a măsurilor prescrise de medic, care controlează modul cum se execută ele.

Angina difterică și scarlatina (cochinadă).

14. Dispozițiile prescrise la art. 10, 11 lit. *a* și *b*, la art. 12 lit. *a*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, *i*, *k* și *l* și la art. 13 se vor aduce la îndeplinire și în contra anginei difterice și a scarlatinei (cochinadel).

Morbili (pojar, cori) și tusea convulsivă (măgărescă).

15. Dispozițiile prescrise la art. 10, 11 lit. *a* și *b*, la art. 12 lit. *a*, *c*, *d*, *e* și *g* și la art. 13 se vor aduce la îndeplinire și în contra morbililor (pojarului, corilor) și a tusei convulsive (măgăresci).

PRIMĂRIA ORAȘULUI BUCURESCI

Serviciul sanitar

Publicațiune No. 15915 din 15 Oct. 1879

Pe lângă epidemia de scarlatină care bântue astăzi Capitala, există în momentul de față și mai multe cazuri de vërsat. Vërsatul n'are de o cam dată în Capitală un caracter epidemic, și sper că nu va deveni epidemic, sub influența însă a anotimpului present, care favorisază lățirea lui, numărul bolnavilor se va putea înmulți, dacă nu se vor lua măsurile pentru limitarea bôlei.

Sub-semnatul Primar, aușind consiliul local de igienă și de salubritate publică, mă grăbesc a aduce la cunoștința publicului pericolul ce ne amenință și a cere concursul tuturor cetățenilor Capitalei pentru înlăturarea acestui pericol.

Măsurile principale, care le recomand de o cam dată tuturor locuitorilor Capitalei, sunt cele următoare :

1. Toți copiii nevaccinați să se vaccineze de urgență, cei vaccinați în prima copilărie, cari se află în etate de la 9 ani în sus, să se revaccineze. D.d. Institutului superior, Directorii și Directrice al școlilor primare publice și private și a Internatelor de educațiune să dea medicilor și vaccinatorilor comunali tot concursul, pentru ca să pôta revaccina toți elevii și elevele.

Vaccinatorii Primăriei sunt la dispoziția publicu-

lui pentru vaccinațiunea gratuită. La fie-care Comisie polițienescă se află în toate zilele la 12 ore amăzi câte un vaccinator comunal, atât pentru ca să vaccineze acel copil ce se vor aduce la Comisia, precum și pentru ca să primescă invitațiunile părinților spre a vaccina copil la domiciliul lor.

2. Bolnavii săraci să ceară imediat ajutorul medical din partea d-lor medici de color, pe care îi pot invita ca să vie la domiciliul lor de la 12 ore amăzi până la ora 1 după amăzi la comisia polițienescă sau de dimineță la domiciliul d-lor, iară în casuri extra-ordinare și urgente la orice oră de zi și de noapte în locuința d-lor. Cei săraci vor primi din partea medicilor comunali de color pe lângă căutarea gratuită și medicamente în contul Primăriei.

3. S'a făcut observațiune, că casele în care zac bolnavii de vârsat sau cadavre de copii decedați de vârsat sunt vizitate de femei și de copii, cari zăbovesc în jurul bolnavului sau mortului. O asemenea urmare înlesnesce molipsirea celor sănătoși și lățirea bolii. Părinții să se ferescă dar pe deșil și pe copii lor de vizitarea bolnavilor de vârsat și de scarlatină și a morților care au zăcut de aceste bóle. Indată după verificarea decesului de către medicul comunal, să se așeze mortul în sicriu și să se transporte de urgență la cimitir. Dacă grópa nu este încă făcută, cadavrul se póte aședa în camera mortuară din cimitir. D-nii oficeri ai stării civile și d-nii medici de color sunt autorizați, a ordona înmormântarea grabnică a celor decedați de vârsat și de scarlatină. Nu este permis a se expune prin biserică sau a se transporta afară din Capitală cadavrele celor

decedați de bôle contagiose ; nu se pôte primi spre expunere în biserici nici un morț fără permisiunea specială a subscrisului.

4. Camerele în cari aũ zăcut bolnavii de vërsat, ascernuturile, rufele și alte obiecte de cari s'aũ servit bolnavii de acea bôlă, să se desinfecte după indicațiunile medicilor. Medicii comunali sunt autorizați a da celor săraci, gratis, materialele pentru desinfecțiune.

PRIMARUL ORAȘULUI BUCURESCI

Serviciul sanitar

Ordonanță No. 17338 din 20 Oct. 1883.

Avënd în vedere că unele bôle contagiose se propagă prin școlarii din casă în casă, că chiar școlarii de o cam dată sănëtoși din familiile bântuite de asemenea bôle, le comunică altor școlarii cu care vin în școlă în contact ;

Avënd în vedere art. 13 din legea sanitară și art. 70 din legea comunală ;

Vëdënd și aprobând propunerea consiliului local de igienă publică și de salubritate coprinsă în raportul No. 748 al vice-președintelui acestui consiliu ;

Am ordonat :

Art. 1. Elevii și elevele din grădinele de copil și din școlele primare publice și private, care aũ fost afectați de Angina difterică, Variola (vërsatu), Scarlatina, Morbili (rubeola, pojar), saũ tuse convulsivă

(tuse măgărăscă) nu vor putea reintra în școală de cât 2 săptămâni după complecta lor însănătoșire ; pentru a fi în asemenea cas admis din nou în școală, copilul în cestiune va presinta institutorului superior sau directorului școlii un certificat medical constatator, că au trecut 2 săptămâni de la complecta însănătoșire a școlarului și că obiectele de ascernut și vestmintele infectate, precum și camera în care a zăcut bolnavul, au fost aerate în timp de 24 ore sau desinfectate într'alt mod. Acest certificat 'l va putea elibera atât medicul care a căutat bolnavul precum și medicul comunal al circumscripțiunei respective.

Art. 2. Când într'o familie un copil va suferi de Angină difterică, vërsat, scarlatină, pojar (rubeola) sau tuse convulsivă, (tuse măgărăscă), atunci nici copil sănătos din acea familie nu pot frecuenta școală sau grădina de copil mai curënd de cât 2 săptămâni după complecta însănătoșire a copilului bolnav. Dacă într'o familie s'au îmbolnăvit succesiv mai mulți copii de una din bólele contagioase enumerate mai sus, atunci nici un copil din acea familie nu va fi admis în școală de cât 2 săptămâni după însănătoșirea completă a copilului care a căduț cel din urmă bolnav. Insănătoșirea acestui copil și desinfectarea obiectelor infectate din casă, se va constata asemenea printr'un certificat medical ca în cazul expus la art. 1.

Art. 3. Dacă unul sau mai mulți copii ai directorului sau directorului școlii, domiciliati în casele în care se află școală, sau ai servitorului sau servitorei școlii s'ar bolnăvi de una din bólele contagioase men-

ționate în articolele precedente, cazul se va aduce de urgență la cunoștința subscrisului său a medicului-șef al Capitalei, pentru ca Primăria să prescrie măsurile necesarii pentru apărarea școlarii în contra infecțiunei.

Art. 4. Părinții și tutorii școlarii cari vor contraveni ordonanței de față, vor fi pasibili de penalitățile prevădute la art. 285 din codul penal.

PRIMARUL COMUNEI BUCURESCI

Ordonanța No. 11331 din 2 Iul. 1884.

În fața căldurilor de vară și a consecințelor grave ce rezultă pentru sănătatea publică din murdăriile de tot felul, ce se fac prin strade sau prin curțile particulare,

În fața pericolului în care s'ar găsi Capitala în cazul vre-unei epidemii,

Vedând că între cele-lalte maladii, epidemia de choleră a făcut invaziune și bântue chiar unele din orașele Europei,

Pentru a garanta pe cât va fi cu putință Capitala în contra unor asemenea pericole,

Auđind Consiliul local de igienă publică și de salubritate,

Noi, Primarul Comunei Bucuresci, găsim de cuviință a repeta și a face cunoscut cetățenilor următoarele dispozițiuni, invitându-i, în interesul general, a lua măsurile în consecință :

Art. 1. In termen de 8 zile de la data aceştia, toţi proprietarii sau locatarii de case, oteluri, hanuri, cârciumi şi altele, sunt obligaţi să cureţe latrinele şi hasnalele locuinţelor lor, asemenea acei cari au depozitele de băligar şi de alte necurăţenii în curţi, să le depărteze afară din raionul Comunei.

Art. 2. In termen de 3 zile să se începă construirea canalelor de scurgere din proprietăţile cari cad pe stradele canalisate.

Art. 3. Este cu desăvârşire oprit aşedarea morţilor în biserici, fără o prealabilă autorisaţiune a Primăriei pentru fie-care cas în parte.

Art. 4. Este cu desăvârşire oprită vinđarea şi consumaţiunea de pome crude. Perceptorii acciselor staţionaţi la diferite barieri, vor opri intrarea în Capitală a pómelor crude. Agenţii poliţiei comunale vor secuestra pomele crude expuse spre vinđare, şi le vor aduce la Primărie.

Art. 5. Proprietarii de case, cârciumarii, hangii şi în genere toţi acei cari închiriază câte o cameră pentru un număr mai mare de lucrători, ori care adăpostesc un număr mai mare de persoane, aflate în serviciul lor, în camere neîncăpătoare, vor îngriji ca nici o cameră să nu fie ocupată de un număr mai mare de persoane, de cât poate încăpea fără veltmarea sănătăţii acelor persoane. Medicii comunali, în unire cu comisarii comunali, vor visita toate asemenea localuri şi vor cere îndreptarea imediat în toate casurile când o vor cere interesele igienei publice.

Art. 6. Sacagii sunt obligaţi a spela sacalele lor în toate zilele într'un mod radical, şi se acordă un termen de 10 zile pentru ca fie-care saca să fie în-

zestrată în partea ei inferioară cu o uscioră, care va înlesni spălarea ei regulată și depărtarea perfectă a materiilor solide adunate pe fundul sacalii.

Art. 7. Agenții Poliției Comunale vor inspecta toate curțile, latrinele și hasnalele, mai ales acelea ale hanurilor, cârciumilor, otelelor și a caselor locuite de multe familii, vor purcede de îndată la recensia-rea în detaliu a tuturor servitorilor olteni de pe la precupeți, precum și a lucrătorilor străini aglomerați în mare parte în locuințe foarte rele, vor cere înlăturarea grabnică a neajunsurilor igienice constatate și vor îndeplini formalitățile prescrise de lege pentru darea în judecată a cetățenilor, care nu se vor conforma prescripțiilor regulamentului municipal. Poliția va constata asemenea dacă toate casele, locuite de mai multe familii, au câte un inspector sau portar însărcinat cu menținerea curățirii curților și latrinelor, în conformitate cu ordonanța Primăriei No. 8,614 din anul 1875, August 18.

PRIMĂRIA ORASULUI BUCURESCI

Serviciul sanitar

Ordonanță, No. 30122 din 10 Sept. 1886.

Având în vedere că cholera asiatică, care bântuie regatul Ungariei, amenință Capitala noastră cu invasiunea ei;

Având în vedere că pentru a se limita bóla, în cas de aparițiunea ei la noi, și pentru a se opri

lăţirea contagiului, este de neapărată trebuinţă ca adminisiraţia sanitară a oraşului să fie informată grabnic asupra fie-cărui cas de choleră ori de cholerină în parte ;

Având ferma convicţiune că d-nii medici din Capitală nu vor refusa Primăriei bine-voitorul concurs al d-lor, pentru ca să fie informată de urgenţă asupra fie-cărui cas de choleră, cholerină ori diaree suspectă ;

Având în vedere art. 12 şi 13 din legea sanitară ;

Auđind pe Consiliul de igienă publică şi de salubritate al Capitalei ;

Sub-semnatul Primar ordonă cele ce urmază :

Art. 1. Toţi domniile medici cari esercită în Capitală, vor însciinţa de urgenţă pe medicul şef al Capitalei asupra tuturor casurilor de choleră, de cholerină şi de diaree suspectă, observată în clientela d-lor. Acastă însciinţare se va face printr'un bilet său prin carte postală, trămisă medicului şef al oraşului la Primărie (cancelaria serviciului sanitar) sau la locuinţa d-séle strada Pensionatu 10, şi va coprinde numele şi adresa precisă a bolnavului, cu data (ziua şi ora) când medicul a văđut pe bolnav.

Art. 2. Proprietarii sau inspectorii otelurilor sau a caselor locuite de mai multe familii, întreprindătorii de lucrări publice, maestrii şi meşteşugarii cari ocupă mai multe călşi şi ucenici, comercianţii şi alţi cetăţeni cari au mai multe persoane în serviciul lor, vor însciinţa de urgenţă, in scris sau prin graiū, pe

medicul șef al orașului său pe medicul comunal al secțiunii asupra casurilor de choleră, cholerină ori urdinare cu vărsături suspecte, observate în casa d-lor.

X.

Carantinele.

Multe bóle infecțioase produc un contagiu fix, ele se transportă de la un loc la altul prin ómeni și animale și prin diferite obiecte, cari au fost în contact cu bolnavii afectați de acele bóle. Aerul atmosferic nu póte transporta contagiul la distanțe mai mari. Oprind comunicațiunea într'o țară sănătoasă (imună) și alta infectată, putem dar opri importațiunea bólei în cea d'întâi. Nu se închid însă nici odată fruntarele unei țări într'un mod absolut, ci se determină câte-va puncte de intrare, pentru ómeni, animale și diferite obiecte, care sunt supuși la observațiune și la desinfecțiune sau numai la o simplă inspecțiune medicală.

Acest sistem preventiv în contra pandemiilor și epidemiilor datéză din secolul XIV. Veneția, care întreținea un comerț întins în Orient, a suferit de epidemia teribilă de Pestă. De la anul 901 până la 1500 ciuma a făcut de 63 ori invasiune în republica venețiană (A. Pronst). Pentru a pune capăt acestor nenorociri, guvernul venețian a înființat în anul 1348 primul biurou de sănătate și în anul 1403 primul lazaret, pentru izolarea celor bolnavi de pestă sau bănuți a fi bolnavi de acea bólă. În alte state municipalitățile au imitat exemplul dat de

Veneția și în anul 1467 s'a înființat un lazaret la Genua, în anul 1527 la Marsilia. De și primele lazarete aũ fost instituțiuni pur municipale, ele aũ primit mai târziu misiunea a apăra un stat întreg în contra importațiunii unor bõle exotice, și li s'a conferit chiar dreptul de jurisdicțiunii în materi anume determinate. Până la anul 1822 navelor venite din Orient erau în Franța deschise numai porturile Marsiliei și Tulonului. Lazaretul Marsiliei a adus servici însemnate, oprind invasiunea ciumei în Franța până în secolul nostru. Numai de la anul 1720 până la 1837 pesta bubonică a fost de 9 ori importată în carantina (lazaretul) din Marsilia și s'a stins în acel aședământ, fără a se lăți în interiorul țerei. De la 1837 încõce nu s'a mai observat în acel lazaret nici un cas de pestă. Carantinele n'aũ putut însă opri în anii 1830—1832 invasiunea cholerei în Franța, cea ce le-a discreditat și a servit lui Chervin și altora ca primul motiv în lupta pentru desființarea lor. Sistemul carantinar frances n'a putut să fie mântinit în urma anexiunii Algeriei, fiind că raporturile multiple între Franța și între noua colonie aũ suferit mult din cauza regimului sanitar, guvernul frances a provocat dar conferința sanitară din anul 1852, asupra căreia vom trata în capitolul următor.

Austria a întreținut și carantine pe uscat în tot lungul frontarielor militare spre vechia Moldovă, Valachia, Serbia și Turcia și până la anul 1853 aũ funcționat acele aședăminte carantinesci la Timișóra, Bran, Turnu Roșu, Orșova și la câte-va alte puncte din apropierea hotarelor nõstre, care aũ făcut comerțul internațional foarte dificil.

Conform cu prescripțiunile Regulamentului organic aŭ funcționat și în România carantine în unele porturi dunărene pînă la anul 1854. Astăzi există un serviciu carantinesc permanent la gurile Dunărei.

Sistemul carantinar a adus și în alte state obstacole grave comerțului, și nu s'a putut găsi un remediu sigur în contra importațiunei bólelor prin nave mici, destinate numai pentru transportul între o schelă și altă schelă a aceleiași țeri și pentru pescuitul, care nave vin adesea ori în contact de aproape cu bastimente venite din depărtare.

Intreruperea comunicațiunei între statele limitrofe, care are scopul a opri importul unei bóle contagioase, se putea executa mai lesne în timpul trecuți, când comerțul era mai restrins, când căile erau mai puțin numeroase și mai puțin frecventate; posibilitatea ei există și astăzi, utilitatea ei nu se póte nega, și legislațiunea noastră (art. 128 al legii sanitare) și a mai multor alte state o prevede și astăzi. Ea dá óre-care probabilitate de succes la fruntarele maritime, nu însă la cele pe uscat, care sunt mai greu de pădit și unde ruperea cordonului și contrabanda sunt mai frecvente. Un fluviu mare ca Dunărea înlesnesce închiderea fruntarielor, pentru oprirea invasiunei a unei bóle epidemice, dacă malurile lui sunt bine păzite. Caută însă să nu scăpăm din vedere un alt neajuns igienic, care se nasce din intreruperea îndelungată a comunicațiunei și a comerciului, adică lipsa de lucru și prin urmare lipsa mijlócelor de subsistență pîntru lucrătorii numeroși, motive care ne vor îndemna ca să nu întrebuițăm acele măsuri severe și periculoase.

Inchiderea fruntarielor maritime este usitată numai în contra importațiunei bôlelor exotice, anume a Pestei orientale, a Cholerei și a Febrelor galbene, pe alocurea și în contra Tifusului naval (a tifusului născut în timpul călătoriei din cauza igienei rele a navei). Relațiunile intime, pe care le întreține comerțul între diferitele state, nu permit o închidere absolută a unuia din acele state nici în timpul epidemiilor pestilențiale, închiderea relativă este însă în unele state regulată prin legi și prin tractate internaționale, care precisază casurile în care se poate opri ori amâna desbarcarea și modul secuestrării temporale (a punerii sub carantină) și a desinfecțiunei călătorilor, a mărfurilor și a navelor. Ea reclamă o organizațiune sistematică a serviciului de carantină și a lazaretelor.

Lazaretele (carantinele) sunt așezăminte aflate la hotarele unei țeri, lângă schelele maritime principale, însărcinate cu observarea sanitară a călătorilor și a mărfurilor care intră în țără, cu secuestrarea și izolarea lor temporală, cu desinfectarea lor în casurile determinate, cu căutarea călătorilor care au intrat în carantină afectați de bóla specială în contra invasiunei căreia s'au închis fruntariile, sau care s'au bolnăvit în timpul observațiunei. Secuestrarea sanitară a călătorilor și a mărfurilor se numesce carantină. Durata secuestrării și a observațiunei carantinesci a călătorilor caută să nu fie mai scurtă, de cât durata meșie a incubațiunei bólei respective. Incubațiunea se numesce starea unui individ infectat, când bóla este încă latentă, și când nu s'a manifestat încă nici un simptom al ei, timpul incuba-

țiunei este dar timpul de la infecțiune (contagiune) până la manifestarea bólei prin semne vizibile.

Pentru ca lazaretele să nu infecte pe locuitorii circumvecinți și să nu se importe prin ele o bôlă contagioasă în țară, trebuie să fie bine isolate, să dispună de un sistem celular perfect, ca comunicațiunea lor cu interiorul țerei să fie bine priveghiată și controlată. Ele trebuie să fie cât se poate de salubre și apărute în contra aglomerațiunii. Desinfecțiunea caută să fie cât se poate de completă, și să se curețe cu scrupulozitate toate efectele călătoriilor și chiar însăși navea; ascernuturile și alte efecte cari au fost în contact intim cu bolnavii, se distrug prin foc, cadavrele se înmormântază într'un cimitir special aflat în apropierea lazaretului.

În lipsa de edificii carantinesci suficiente, carantina se poate face și pe bordul unui bastiment imun.

În unele state cu țermuri mai întinse se prescrie câte odată carantina pentru proveniențe din același stat, în cazul când o bôlă epidemică este limitată într'o mică parte a lui. Ast-fel în anul 1886 guvernul regatului Italiei a prescriș la litoralul occidental carantina în contra Cholerei pentru proveniențele din litoralul oriental.

La fruntarele pe uscat carantinele sunt obișnuit înlocuite prin revisii sanitare. La stațiunile de intrare în țără călătorii sunt supuși la o inspecțiune medicală, cei bolnavi sau bănuși a fi bolnavi de o bôlă infecțioasă sunt reținuși și isolați, toate bagagele suspecte precum și vagoanele se desinfectază, sau vagoanele sosite din străinătate nuși continuă drumul peste fruntare și sunt înlocuite prin altele care n'au

eșit din interiorul țerei imune. Asemenea se desinfectă geantele postale, diferite pachete sosite cu mesageriă și în casuri excepționale chiar scrisori. Nu se permite intrarea în țără a obiectelor capabile a reține contagiul mai mult timp, precum sdrențe (cârpe, petice), vestminte vechi, obiecte de ascernut întrebuintate, pufi, blăni vechi importate ca marfă, ca obiecte de comerț. Se înțelege de sine, că în asemenea cazuri paza fruntarelor ordinare nu este suficientă, că atunci trebuie să înmulțim numărul pichetelor și a patrulelor, că trebuie să închidem într'un mod absolut trecătoarele și schelele secundare, unde nu dispunem de personalul medical necesar pentru inspecțiune, de locale și de un serviciu organizat pentru desinsecțiunea obiectelor și pentru izolarea persónelor bănuite sau bolnave. Trebuie să înlăturăm după puțință pericolele care se pot nasce din importațiunea bólei în pichete, în trupe însărcinate cu paza fruntarelor și în comunele unde domiciliéză soldații grănicerii, din acéstă cauză vom da preferință pentru acest serviciu trupelor din armata permanentă, fără schimb.

În virtutea art. 31 din legea organică a Ministerului afacerilor streine, Căpitanii porturilor sunt însărcinați cu îndeplinirea instrucțiunilor sanitare. Dintre regulamentele care au scopul a opri importațiunea bólelor infecțioase în țară, ne intereséză unele articole ale Regulamentului relativ la Poliția porturilor și malurilor dunărene ale României din 24 Martie 1879 și întregul Regulament al serviciului sanitar al porturilor de la gurile Dunărei din 23 Octombree 1879,

cu modifi a iunile introduse in el in luna Iulie 1884 prin Regulamentul pentru percepea taxelor sanitare din portul Sulina.

REGULAMENTUL

relativ la poli ia porturilor  i malurilor dunărene
ale României

Art. 6. Bastimentele cu patenta brută, vor avea arborat un pavilion galben la catartul d'inainte,  i vor r m nea in  re-care distan a de un alt vas sau de chei  p n  la venirea căpitanului de port.

Art. 7. Căpitanii sau patronii bastiment-lor, pe bordul cărora s'ar afla cadavre aduse din alte state, sunt  inu i a anun a căpitaniei indata după sosirea in port.

Art. 10. Ori-ce bastiment de comerci  intr nd intr'unul din porturile dunărene ale României, este ținut a avea pe bord :

1. Un rol de echipagi  in regulă, constat nd identitatea ómenilor ce s'ar afla pe bord ;

2. Un act liberat de autoritatea sa na ional , indic nd locul  i anul construcțiunii bastimentului, numele proprietarului, ad ncimea tr g nd inc rcat  i neinc rcat, numărul tonelor de capacitate, pavilionul, etc. ;

3. O patentă de sănătate ;

4. Un act, care nu va fi mai vechi  de un an, liberat de autoritatea competente, incr din nd că bastimentul se g sesce in stare bună de navigabilitate.

Plutele vor avea un act cu care să se pótă constata, în regulă, identitatea lor și aceea a ómenilor aflați pe dênsele, și o patentă de sănétate.

Este înțeles că căpitanii, patronii, piloții sau conductorii diferitelor bastimente, practicând navigațiunea maritimă sau fluvială, vor avea lângă dênșii, intrând în aceste porturi, diplomele sau brevetele ce le-aũ fost liberate de autoritățile de care depinde.

Art. 11. Căpitanul, patronul sau conductorul bastimentului sosit în port, este ținut a depune, în cele 24 ore care urméză de la sosire, actele de bord, la oficiul căpitaniei prin mijlocirea căruia se transmite, dacă este trebuință, autorității consulare respective, după confruntarea lor cu interogatoriul de care e vorba în articolul următor. Patentă de sănétate însă, rămâne în oficiul căpitaniei în tot timpul șederii bastimentului în port.

Art. 12. Tot în intervalul prevădut de articolul precedent, căpitanul, patronul sau conductorul bastimentului sosit în port, este ținut să completeze interogatoriul (imprimat) ce i se presintă de căpitanul portului, constatând condițiunile în care sosesc bastimentul.

Art. 30. Căpitanii, patronii sau conductorii bastimentelor staționând, sunt ținuuți a anunța îndatž căpitanului de port ori-ce cas, privind bordul ce comandă : abordagiũ, avarie, furt, mórte pe bord, inecare, etc.

Art. 31. Nicl un bastiment staționând, nu va putea permite acostarea la dênșul, a unei barace sau șalupe venind de la malurile statelor vecine, afară de casuri de forță majoră sau când barca ori șa-

lupa ar avea o espresă permisiune a căpitanului de port.

Art. 32. Când pentru cas de forță majoră, s'a permis unei barace sau șalupe venind de la vre-unul din malurile Statelor vecine, a acosta la un bastiment staționând, căpitanul, patronul sau conductorul acestuia, este ținut a anunța îndată căpităniei de port.

Art. 184. Căpitanii de port sunt ținuiți a se informa, cât mai des, dacă prin părțile malului opus domnesce o perfectă sănătate. În casuri de epidemii sau epizootii, prin acele părți, vor anunța îndată consiliului de igienă publică și salubritate, raportând și ministerului,

Art. 185. În casuri de bôle contagioase ivite afară din țară, căpitanii de port vor observa și esecuta instrucțiunile consiliului medical superior, esercitând poliția pentru a purga carantina bastimentelor cu patenta brută.

Art. 186. Căpitanii de port vor începe liberarea de patente brute, în casuri de bôle contagioase în țară, îndată ce vor primi avisul consiliului sanitar superior și nu vor înceta a libera asemenea patente de cât la primirea unui nou avis, pentru acest sfârșit, al aceluiași consiliu.

Patentele nete sau brute vor fi semnate mai întâi de medicul portului său al orașului.

Căpitanul de port care, în timp de bôle contagioase în țară și având ordinul a libera patente brute, și-ar permite a libera patente nete, va fi trimis înaintea ministerului public ca infractar al legilor chemat a aplica.

Art. 187. Bastimentele cu patentă brută vor fi întâmpinate, la sosirea lor în port, de căpitanul portului însoțit de medic. Căpitanul de port execută instrucțiunile de care e vorba în art. 185 de mai sus, și dispozițiunile ce ar mai lua medicul.

Art. 188. Căpitanii de port vor observa a nu se introduce în țără pește, fructe sau verice alte comestibile fără a fi observate de medicul portului său al orașului.

Art. 214. Contravențiunile la dispozițiunile vreunui din articolele 2 până la 4 inclusiv, sau la vreunul din articolele 7 până la 11 inclusiv, la primul aliniat al art. 12, la al doilea aliniat al art. 13 sau la unul din articolele 20 până la 26 inclusiv, 28 până la 32 inclusiv, 37, 39, 41 până la 49 inclusiv, la art. 58, la al doilea aliniat al art. 59, la art. 64 sau 65, se vor pedepsi cu o amendă de lei 5 cel puțin și de lei 50 cel mult.

**Regulamentul serviciului sanitar al porturilor
de la gurile Dunărei decretat la 23 Octombrie 1879.**

TITLUL I.

Măsuri Sanitare

Art. 1. Orice bastimente, șlepurii și plute (saluri, radeaux), intrând în porturile Sulina, Chilia-Veche sau St. George, sunt ținute a avea o patentă de sănătate, liberată de autoritatea sanitară a portului de plecare originară.

Art. 2. Portul de plecare originar al unui bastiment este acela, unde 'și-a terminat el călătoria conform cu indicația coprinsă în patenta sa de sănătate anterioară, și de unde plecă pentru o altă destinație.

Art. 3. Destinația unui bastiment este portul indicat în patenta de sănătate liberată de la locul de plecare.

Art. 4. Ori-ce bastiment care sosese în raza portului Sulina și voesce a comunica cu țermul, este supus la aceleași regule sanitare ca și bastimentele care intră în port.

Art. 5. Raza portului Sulina coprinde apele mării pe un raion de două mile nautice în jurul capului digului nordic.

Portul Sulina coprinde apele în susul Dunărei până la 3 mile începând de la digul nordic.

Art. 6. Ori-ce bastiment care sosese în portul Sulina, Chilia-Veche sau St. George, trebuie în tot timpul și 'nainte de ori-ce comunicațiune să se supună recunóscerei și interogatorului (arraisonnement) și numai după ce a obținut libera practică póte comunica și opera în port.

Căpitanii bastimentelor sunt obligați a răspunde în persoană sau în casuri excepționale prin locotenenții lor la interogatoriū și a'l subscri.

Persónele de pe alte bastimente sau din oraș nu sunt liberi de a acosta nici de a comunica cu un bastiment neinterogat.

Nu mai piloții brevetați ai portului Sulina vor putea aborda și intra într'un bastiment pentru a'l conduce în port; ei nu vor putea însă părăsi basti-

mentul condus de d \acute{e} nșil de c \acute{a} t numai dup \acute{a} ce a fost recunoscut și admis la libera practic \acute{a} .

Remorcuatorii care fac serviciul interior al portului Sulina, precum și cel care vor remorca bastimentele la eșirea lor din port spre mare p \acute{a} n \acute{a} la o distanț \acute{a} de 2 mile nautice de la bar \acute{a} , sunt scuțiți de ori-ce control sanitar; aceia ins \acute{a} care trec peste raza portului, at \acute{a} t pentru a remorca bastimente în port, c \acute{a} t și pentru alte trebuințe ale lor, sunt obligați a lua un gardian sanitar jurat auxiliar, pl \acute{a} tindu-l o tax \acute{a} de 5 lei pe đi.

Art. 7. Patenta de s \acute{a} n \acute{e} tate liberat \acute{a} la portul de plecare trebuie s \acute{a} se viseze în fie-care port unde abord \acute{e} z \acute{a} bastimentul și s \acute{a} se conserve p \acute{a} n \acute{a} la portul de destinație definitiv \acute{a} .

Ac \acute{e} st \acute{a} patent \acute{a} nu va putea fi reținut \acute{a} s \acute{a} u înlocuit \acute{a} de autorit \acute{a} țile locale s \acute{a} u consulare ale porturilor pe unde abord \acute{e} z \acute{a} bastimentul.

Art. 8. Ori-ce bastiment care pornesce dintr'un port român este obligat a'și procura o patent \acute{a} de s \acute{a} n \acute{e} tate de la autoritatea sanitar \acute{a} a portului de plecare.

Ac \acute{e} st \acute{a} patent \acute{a} este valabil \acute{a} pentru t \acute{o} te porturile rom \acute{a} ne Dun \acute{a} rene și maritime și 'i serv \acute{a} p \acute{a} n \acute{a} la destinație.

Art. 9. Ori-ce patent \acute{a} de s \acute{a} n \acute{e} tate perde valabilitatea ei dac \acute{a} bastimentul n'a plecat din port în timpul maximal de 48 ore dup \acute{a} liberarea patentei.

Art. 10. Visarea patentelor de s \acute{a} n \acute{e} tate este gratuit \acute{a} .

CertIFICATELE DE S \acute{A} N \acute{E} TATE LIBERATE DE OFICIUL SANITAR

se vor face pe hârtie timbrată, fără a se mai percepe ver-o altă taxă pentru dăsele.

Art. 11. Căpitanii bastimentelor vor înscrie în jurnalul lor de bord starea sanitară a echipagiului, a localităților pe unde au abordat și a bastimentelor cu care au avut comunicație.

Art. 12. Bastimentele cu patentă brută sau pe care se va fi ivit ver-o bôlă, vor trebui, la intrare în port, să arboreze un pavilion galben la arborul dinainte.

Art. 13. În timpuri normale vasele comisiunei europene a Dunărei, destinate pentru poliția fluvială, sunt dispensate de regulele sanitare.

Art. 14. Bastimentele de resbel, intrând în portul Sulina, sunt supuse numai la prezentarea patentei de sănătate și la recunoscere.

Ele sunt scutite de interogatoriū și de taxa tona- giului.

Art. 15. Vasele de cabotagiū sunt ținute a avea un livret cu patentă de sănătate valabil pe un an.

Visele sanitare se vor face pe livret la eșirea va- selor din port.

Art. 16. Ori-ce bastiment în genere și de ori-ce proveniență, care intră din mare în portul Sulina, Chilia-Veche sau Sântul George, va plăti o taxă sa- nitară de bani 7 pantru fie care tonă de registru.

Bastimentele care intră în portul Sulina, Chilia- Veche, sau Sântul George, venind din porturi Du- nărene străine, vor plăti asemenea taxa sanitară de 7 bani pentru fie care tonă de registru (1).

(1) Acest art. a fost modificat prin Regulamentul pentru perceperea taxelor sanitare în portul Sulina din anul 1884.

Bastimentele care vor intra în portul Sulina din cauză de forță majoră (relâche forcée) și nu vor face nici o operațiune în port, sunt scutite de plata taxei de tonagiū.

Art. 17. Taxa sanitară se prelevază asupra tonagiului bastimentelor.

Un tabloū de conversiune aci anexat indică raportul între tonele române și între cele din țerile străine.

Tonagiul bastimentelor străine se constată din patenta de sănătate sau de pe cele-alte acte de bord ale bastimentelor (rôle d'équipage) sau certificatul de jaugeage.

Art. 18. Patenta bastimentelor supuse la plata taxei de tonagiū nu se va libera de cât după achitarea acelei taxe.

Art. 19. Bastimentele cari se presintă în porturile Sulina, Chilia-Veche sau St. George, fără patenta de sănătate, cu patenta în neregulă, cu vizele neregulate pe patentă, cu o patentă liberată de o altă autoritate de cât cea sanitară a locului de plecare, în fine bastimentele care plécă dintr'un port român pentru un alt port român fără patentă de sănătate română, sunt pasibile de amendele următoare fără prejudiciul carantinei la care ar putea fi supuse :

a. Bastimentele până la o capacitate de 50 tone la lei 50.

b. Bastimentele de la 50—300 tone capacitate la lei 150.

c. Bastimentele de la 300 în sus tone capacitate la lei 300.

d. Bastimentele cu abur până la o capacitate de 100 tone la lei 150.

e. Bastimentele cu abur de la 100 tone capacitate în sus la lei 300.

Art. 20. Aceia cari vor contraveni dispozițiilor prescrise la art. 6, se vor amenda :

Pentru prima oră cu lei 20.

Pentru a doua oră cu lei 50, iar

Pentru a treia oră cu lei 100.

Art. 21. Pentru toate încasările, fie ele sume provenind din taxa sanitară de tonagiū saū din amen-de, se va libera plătitorilor o chitanță din registru cu matcă.

Art. 22. Taxele de tonagiū precum și amenzile încasate de oficiul sanitar se vor vërsa la casieria generală a districtului Tulcea la finele fie-cărei luni. (1)

Din aceste sume se vor plăti de către casierul gene al al județului după mandatele emise de ministerul de interne cheltuielile acestui serviciū, iar restul se va vërsa din trei în trei luni la casa de depuner) și consemnațiunii spre a forma fondul special al serviciului sanitar al porturilor de la gurile Dunărei, care va servi pentru acoperirea necesităților aceluși serviciū în orice timp și la ori-ce ocasiune.

Aceste necesități sunt construirea oficiilor, a parlatorilor, a lazaretelor-carantinelor, efectuarea cheltuelilor extraordinare pentru constatarea bôlelor de prin vecinătate și în timpuri anormale, precum și

(1) Modificat prin regulamentul pentru perceperea taxelor sanitare în portul Sulina.

subvențiunile care se vor acorda funcționarilor oficiului, când unul din ei ar deveni invalid, sau familiilor acelorora din ei care ar avea nenorocirea de a peri în serviciu.

Art. 23. Regulamentul de față va intra în vigoare din ziua publicării lui prin *Monitorul oficial* al Statului, iar bastimentele intrate până la acea zi în Dunăre și în portul Sulina, Chilia-Veche sau Sântul George, vor continua a fi supuse taxelor sanitare anterioare.

Art. 24. Dispozițiile acestui regulament se vor aplica în tot timpul; în cas însă de ivirea unei bôle epidemice sau contagiöse se vor adăoga și dispozițiunile carantinesci.

TITLUL II.

Oficiul sanitar.

Art. 25. Oficiul sanitar al porturilor de la gurile Dunărei se află stabilit în portul Sulina și depinde de ministerul de interne (direcția generală a serviciului sanitar și consiliul medical superior).

Art. 26. Personalul acestui oficiu se compune de:

1 director, doctor în medicină;

1 secretar-casier;

5 oficianți, din care unul pentru portul Chilia-Veche și altul pentru portul St. George;

1 camerier;

1 șef-luntraș;

10 luntrași.

Art. 27. Directorul, secretarul-casier și oficianții

se numesc prin decret Domnesc după propunerea D-lui ministru de interne.

Camerierul, șeful luntrașilor și luntrașii se numesc de directorul oficiului.

Art. 28. Directorul este capul oficiului, depinde direct de ministerul de interne (directorul general al serviciului sanitar și consiliul medical superior), conduce tot serviciul sanitar al portului Sulina, Chilia-Veche și St. George, și ține corespondența atât cu diferitele ministere cât și cu alte autorități.

Tot personalul oficiului îi este subordonat.

Art. 29. Secretarul-casier ajută pe director în facerea corespondențelor, ține casa și comptabilitatea după legea comptabilității generale a Statului și păstrează archiva.

El va trebui să depună la casa Statului o garanție de 4,000 lei, pe care nu o va putea ridica de cât numai după eșirea lui din serviciu.

Art. 30. Oficianții atașați la portul Sulina ajută pe secretarul-casier în lucrările cancelariei, țin registrele pentru intrarea și eșirea bastimentelor, fac recunoșcerea și interogatoriul acestora precum și alte lucrări cu care vor fi însărcinați de directorul și de secretarul-casier.

Oficianții de la portul Chilia-Veche și St. George vor face recunoșcerea și interogatoriul bastimentelor care vin în acele porturi, le vor înregistra, vor percepe taxele de tonagiū și de timbru și amenziile, vor libera chitanțele și patentele de sănătate care li se vor încredința de secretarul-casier, căruia îi vor preda socotelile și sumele încasate la fie-care 15 zile; vor priveghea starea sanitară atât a localității cât și a-

celora prin prejur și vor raporta directorului oficiului sanitar din Sulina.

Tôte aceste operațiuni efectuate de oficianți se fac în numele directorului și sub răspunderea secretarului-casier.

Art. 31. Șeful luntrașilor va priveghea ca luntrașii să se afle tot-d'a-una la postul lor și ca luntrele și accesoriile acestora să fie tot-d'a-una în stare bună.

Art. 32. Șeful luntrașilor precum și luntrașii vor purta uniforma marinei militare, cu osebire că în loc de pas-poale albe pe colier ei vor purta pas-poale galbene.

Șeful luntrașilor va avea și semnul distinctiv de sergent.



REGULAMENT

—
**pentru perceperea taxelor sanitaro în portul Sulina
 (din luna Iulie 1884).**

Art. I. Casa de navigațiune din Sulina este însărcinată a percepe taxele sanitare, conform cu regulamentele în vigore și cu indicațiunile ce i se vor da pentru fie-care bastiment, de către directorul oficiului sanitar din Sulina.

Acéstă percepere se va face odată cu aceea a drepturilor de navigațiune. percepute pentru comisia europeană, la eșirea bastimentelor din portul Sulina, spre a pleca pe mare.

Plata amendiilor impuse bastimentelor pentru con-

travențiune la regulamentele sanitare, se va face asemenea la casa de navigațiune.

Art. II. Când un bastiment va fi gata a eși în mare și formalitățile sanitare care'l privesc vor fi fost indeplinite, oficiul sanitar va transmite casei de navigațiune un buletin, tăiat dintr'un registru cu matcă și indicând :

Numele și naționalitatea bastimentului și numele căpitanului ;

Acest buletin va mai indica încă :

Câtinea taxei de plătit pe tona de capacitate și suma la care se ridică amenzile la care vor fi fost supuse bastimentele pentru contravențiunii sanitare. Buletinul va av a un număr de ordine, el va fi datat și semnat de către directorul oficiului sanitar.

Art. III. Casa de navigațiune va lichida suma taxei de plătit de către fie-care bastiment, după indicațiunile buletinului transmis de oficiul sanitar și pe baza tonajului care va fi servit la lichidarea drepțurilor da navigațiune, datorite de același bastiment.

Ea va libera căpitanului îndată după achitare, o chitanță reproducând toate indicațiunile buletinului despre care s'a vorbit la art. 2 de mai sus și constatând afară de acésta, cifra la care se ridică sumele plătite, atât pentru taxa sanitară cât și pentru amendi.

Acéstă chitanță, va purta pe lângă numărul său de ordine, numărul stampei aplicată la intrare pe rolul de echipagiü al bastimentului, va fi datată și semnată de directorul casei de navigațiune.

Art. IV. Chitanța liberată de casa de navigațiune va fi tăiată dintr'un registru a cărei matcă va avea

și un talon, destinat a fi remis oficiului sanitar spre a servi de control pentru percepțiunile sanitare făcute de casă.

Acest talon, purtând același număr și dată ca și chitanța, va fi semnat de directorul casei de navigațiune și va conține următoarele indicațiuni :

Numărul de ordine al buletinului format spre executarea art. 2 de mai sus ;

Numărul stampilei casei de navigațiune ;

Numele și naționalitatea bastimentului ;

Numele căpitanului ;

Cifra la care se ridică sumele plătite, atât pentru taxe sanitare cât și pentru amenzi.

Art. V. Casa de navigațiune va înscrie pe registrul său de eșire, în trei colóne destinate anume la acésta și în dreptul numelui bastimentelor :

Totalul taxei sanitare de tonagiù ;

Cifra amenzilor, dacă s a plătit vre-una ;

Numărul de ordine al buletinului oficiului sanitar, despre care e vorba la art. 2.

Art. VI. Cheltuelile oficiului sanitar din Sulina, vor fi plătite de casa de navigațiune, în limita sumelor prevădute în bugetul acestui oficiù, și potrivit mandatelor ce se vor emite de directorele oficiului.

Spre acest sfârșit, bugetul oficiului sanitar, elaborat de guvernul român, va fi comunicat în fiecare an de delegatul țisului guvern, comisiunei europene a Dunărei și de acésta din urmă casei de navigațiune.

Mandatele emise de către directorul oficiului sanitar, vor purta un număr de ordine, ele vor fi da-

tate și semnate de director, vor indica numele persoanei în drept a primi suma ordonanțată, articolul din buget în care se prevede cheltuiéla și în litere suma de plătit.

Ele vor fi achitate de titular în momentul plăței și vor rămâne depuse la casa de navigațiune.

Dispozițiuni transitorii.

Art, VII. Tóte dispozițiunile contrarii regulamentului de față, sunt și rămân abrogate.

XI.

Poliția sanitară internațională

Rapiditatea și facilitatea comunicațiunilor cresce din an în an, progresul acesta aduce însă pericole însemnate, căci popóarele care se vizitează unele pe altele, care schimbă reciproc produsele lor, își comunică tot-de-odată și diferite bóle. Guvernele au misiunea a preveni aceste pericole prin măsuri de poliția sanitară internațională. Măsurile de poliția sanitară internațională au dar scopul a apăra un stat sau mai multe state, în contra bólelor infecțioase care se pot importa în acele state din afară prin comunicațiunea internațională. Organele principale ale poliției sanitare internaționale sunt misiunile diplomatice și comerciale, legațiunile și consulatele, care au datoria a informa pe guvernele lor asupra bólelor

epidemice, apărute în statele în care acele misiuni rezidă.

Dacă mai multe state ieaŭ în acord comun măsuri analoge sau reciproce în contra importaŭiei bolilor, aceste măsuri se întemeiază obicnuit pe convenŭiuni sanitare internaŭionale sau pe convenŭiuni veterinare. Un factor ulterior al poliŭiei sanitare internaŭionale sunt congresele de igienă, la care omeni competenŭi se consultă asupra măsurilor comune, în contra diferitelor pericole care ameninŭă sănătatea publică. Despre un alt obiect al igienei internaŭionale, despre căutarea gratuită reciprocă într'un stat a cetăŭenilor unui alt stat, vom vorbi mai jos.

Poliŭia sanitară internaŭională este o instituŭiune nouă, născută în a doua jumătate a secolului curent. În anul 1847 guvernul francez a stabilit pentru prima oră un număr mic de medici sanitari la câte-va puncte ale Levantului, cu misiunea a-l informa asupra stării sanitare a Orientului. În anul 1851 tot guvernul francez a convocat prima Conferinŭă sanitară internaŭională, care s'a adunat la Paris în anii 1852 și 1853; rezultatul ei a fost convenŭiunea sanitară internaŭională din anul 1853, încheiată între Franŭa, Sardinia și Turcia, la care au aderat mai în urmă și mai multe alte state. Acea convenŭiune internaŭională era menită, a opri importaŭiunea în Europa mai cu osebite a Pesteii, a Cholerei și a Febrei galbene, prin măsuri comune și identice prescrise pentru porturile maritime, rămâind țările contractante libere a înfiinŭa carantine și pe uscat. Convenŭiunea prescria modul liberării patentelor de sănătate (ad-

mițând 2 feluri de patentă : netă și brută), organizațiunea informațiilor medicale și a controlului sanitar din porturi, așeza perceperea taxelor sanitare pe o basă comună pentru toate statele contractante, și stabili un Regulament sanitar internațional, în care se prescria organizațiunea și competența Consiliului sanitar internațional din Constantinopol și a Intendenței sanitare din Alexandria. Dăm la finele acestui capitol o traducțiune a convențiunei sanitare internaționale din anul 1853 și a Regulamentului sanitar internațional anexat pe lângă dânsa, care acte au servit de baza lucrărilor analoge posterioare.

Guvernul Indiei engleze a promulgat în anul 1859 un regulament (Native passenger act) pentru navele care transportă pelerinii musulmani din posesiunile engleze, care regulament prescrie măsurile igienice, menite a opri transmisiunea bolilor epidemice prin acele pelerinaje.

Aparițiunea pandemiei de Choleră din anul 1865 a demonstrat insuficiența Regulamentului sanitar internațional din anul 1853 și a Regulamentului pentru India engleză «Native passenger act» din anul 1859, în contra pericolelor care isvoresc din pelerinajele maometanilor la Meca și în contra transportului germelor Cholerei indice cu ocaziunea acelor pelerinaje. Guvernul francez a luat iarăși inițiativa, pentru ca să se convoce o nouă conferință sanitară internațională, care s'a și întrunit la Constantinopol în anul 1866. Acea conferință, recunoscând că Cholera este o boală exotică, originară în India și importată d'acolo în Hedjaz (Arabia) în E-

gipt și în Europa, a propus măsurile de luat în India, în porturile Mării Roșie și în Egipt, cerând ca să se restrângă după putință pelerinajele la Mecca, ca să se supuiască la o privighiere sanitară severă, ca să se dea serviciul sanitar internațional din Marea Roșie o organizațiune mai perfectă, ca el să cuprindă 3 posturi de medici sanitari la litoralul african (la Koseir, Suakim și Massauah) și 2 la litoralul arabic (la Djeddah și Yambo), 2 lazarete, unul la El-Wesch destinat exclusiv pentru pelerini și cel l'alt la Tor pentru călători ordinari, și o direcțiune sanitară la Suez asistată de o comisiune sanitară internațională; conferința a mai propus din nou desființarea patentei sanitare suspecte și mântinerea numai a patentei nete și brute.

În anul 1871 guvernul austro-ungar a luat inițiativa pentru convocarea unei conferințe veterinare internaționale, cu scopul de a provoca măsuri uniforme în contra Pesteii bovine. Conferința s'a adunat la Viena în anul 1872, România a fost reprezentată la dânsa. Resultatul acestei conferințe n'a fost o convențiune veterinară generală, obligatorie pentru guvernele cari au participat la dânsa, ea a stabilit numai principiile, pe baza cărora guvernul austro-ungar a încheiat mai târziu convențiunile veterinare cu Serbia și cu Italia.

Cererile conferinței sanitare internaționale din Constantinopole din anul 1866 au fost numai în parte îndeplinite, și poliția sanitară internațională n'a dat rezultate practice importante, din cauza lipsei unei autorități centrale sau a unui organ internațional permanent, care ar putea lua direcțiunea lucrărilor

de apărare în contra importațiunei bôlelor exotice. Pentru a se putea înființa un asemenea organ, a fost convocată conferința sanitară internațională din Viena din anul 1874, în care și România a fost reprezentată prin regretatul prof. dr. A. Marcovici. Conferința a studiat cestiunea numai din punctul de vedere teoretic, fără a formula programul pentru o acțiune practică, și din această cauză ea n'a reușit. Conferința din Viena, după ce a studiat din nou cestiunile științifice care au fost deja tratate la conferința din Constantinopol și care se referau la origina, la transmisiunea și la incubațiunea Cholerei, la înființarea carantinelor pe uscat, la malurile fluviilor și pe mare, a propus crearea unei comisii internaționale permanente a epidemiilor, cu sediul la Viena și cu misiunea pur științifică a studia mai cu osebie etiologia și profilaxia cholerei. Conferința din Viena a mai cerut, ca să se înființeze în Persia un Consiliu sanitar internațional, analog cu acela din Constantinopol și din Alexandria.

La începutul anului 1879, când Pesta (ciuma) epidemică a apărut în guvernamentul Astrachan din Rusia, s'a ținut la Viena o conferință pe de o parte între delegații guvernului german și a celui austro-ungar, pe de alta între delegații guvernului austriac și celui român (doctorii St. Capșa și I. Felix) și o altă conferință la Buda-Pesta între delegații guvernului ungar și cei ai guvernului român, pentru înțelegerea reciprocă asupra măsurilor de luat în contra importațiunei Pestei în Germania, Austro-Ungaria și România. Resultatul acestor conferințe a fost, pe de o parte promulgarea în aceste state a regu-

lamentelor sanitare speciale asupra măsurilor de luat la fructaril spre Rusia, iar pe de alta trimiterea de experți la Astrachan și Wytleanca (din partea României D. dr. Z. Petrescu), însărcinați cu misiunea a referi guvernelor lor asupra întinderii și caracterului epidemiei.

Tot în anul 1879 consiliul sanitar internațional din Constantinopol a elaborat un regulament, aplicabil navelor care transportă pelerini, care regulament a fost aprobat de M. S. Sultanul la 10 Februarie 1880. Regulamentul prescrie dispoziții generale de igienă, dispoziții speciale pentru Djeddah și pentru celelalte porturi ale Mării Roșii, și amenzi până la 4600 franci pentru căpitanii și armatorii care vor contraveni prescripțiilor de poliția sanitară.

În anul 1881 Senatul și Camera Statelor-Unite ale Americii, întrunite în Congres, au autorizat pe Președintele Statelor-Unite, ca să convoce la Washington o conferință sanitară internațională, și ca să invite la participare toate statele care au jurisdicțiune în porturile maritime expuse la infecțiune prin Febra galbenă și prin Choleră, cu scopul a înființa un sistem de informații asupra stării sanitare a porturilor și a navelor care pleacă din acele porturi. Conferința a fost convocată, s'a întrunit în timpul de la 12 Ianuarie până la 1 Martie 1882 și a luat o rezoluțiune, prin care a propus organizațiunea informațiilor mutuale asupra stării sanitare a diferitelor state, publicarea buletinelor sanitare săptămânale și centralizarea informațiilor sanitare la două agenții internaționale permanente, stabilite la

Viena și la Havana. Mai multe guverne au pus la cale publicarea buletinelor sanitare internaționale, agențiile sanitare internaționale permanente n'au fost însă înființate.

După ce mai multe congrese internaționale de igienă (Torino în anul 1880, Geneva în anul 1882, Haga în anul 1884) au propus din nou, însă fără rezultat, realizarea cererilor Conferinței sanitare internaționale din Viena din anul 1874, relative la crearea unei comisii sanitare internaționale permanente, a luat guvernul Regatului Italiei în anul 1885 inițiativa pentru înființarea acelei comisii. De la 20 Maiu până la 13 Iuniu 1885 a fost adunată la Roma o conferință sanitară internațională (la care România a trimis ca delegat pe regretatul doctor M. G. Obedenaru). Precum conferința internațională din Washington, a propus și cea din Roma o organizațiune a informațiilor mutuale asupra stării sanitare a diferitelor state, apoi ea a studiat măsurile profilactice în contra Cholerei și a Febrei galbene, valoarea diferitelor metode de desinfecțiune, a cordónelor sanitare pe uscat, a carantinelor, prescripțiunile de impus navelor, regulile speciale de poliția sanitară pentru Marea Roșie, pentru Marea Mediterană, pentru Marea Neagră și pentru Marea Caspică. În unele cestiuni principale opiniunile delegațiilor au fost divergente, și conferința s'a amânat fără a fi dat un rezultat practic.

Congresul internațional al VI de Igienă și de demografie, adunat la Viena în anul 1887, a cerut din nou crearea unui organ internațional pentru studiarea

și propunerea măsurilor sanitare comune în contra pandemiei.

Reproducem traducțiunea convențiunei sanitare internaționale din anul 1853, fiind-că ea este baza tuturor măsurilor sanitare internaționale ulterioare și fiind-că principiile stabilite prin acea convențiune sunt în mare parte și astăzi valabile.

Convențiunea sanitară internațională

încheiată între Franța, Sardinia și Turcia în anul 1853 (în urma conferinței internaționale ținute la Paris în anii 1851 și 1852), la care au mai aderat în urmă și mai multe alte state.

Art. 1. Inaltele părți contractante își rezervă dreptul, a se apăra la frontariile pe uscat în contra unei țări infectate sau compromise, și a pune acea țară în carantină.

Pentru frontariile maritime ele au convenit în principiu.

I. Ca să se aplice măsurile sanitare specificate mai jos în contra pestei (ciumei), febrei galbene și cholerei;

II. Ca să se impună tuturor navilor obligațiunea a poseda patenta, afară de excepțiunile menționate în regulamentul sanitar internațional, anexat pe lângă prezenta convențiune.

Fie-care port sănătos va avea dreptul a se apăra în contra unei nave, având pe bord o boală considerată ca importabilă, precum Tifus și Vărsat malignu. Administrațiunile sanitare vor mai putea adopta, sub a lor responsabilitate, precauțiunile în contra altor bóle.

Măsurile excepționale menționate mai sus nu se vor aplica de cât navelor infectate, și nu vor com-

promite în nici un caz țara de unde ele au venit.

Prin nici o măsură sanitară nu se va putea respinge cu desăvârșire o navă.

Art. 2. Aplicațiunea măsurilor carantinescilor se va regula pe viitor după declarațiunea asupra existenței reale a bôlei, lăcută oficial de către autoritatea sanitară instituită în portul de plecare.

Incetarea acestor măsuri se va determina după o declarațiune analogă asupra stingerei bôlei și după expirarea unui termen fix de 30 zile pentru pestă, de 20 zile pentru febre galbenă și de 10 zile pentru choleră.

Art. 3. De la punerea în lucrare a prezentei convențiuni nu vor exista de cât două patente, patenta brută și patenta netă, cea d'ântâiū pentru prezența constatată a bôlei, cea de a doua pentru absența adevărită a bôlei.

Patenta va constata starea igienică a navei.

O navă cu patentă netă, care se va afla în condițiuni învederate rele și compromițătoare, se va putea asimila prin măsuri igienice unei nave cu patenta brută, și se va supune regimului celei din urmă.

Art. 4. Pentru aplicațiunea mai facilă a măsurilor carantinescilor, înaltele părți contractante au convenit, ca să adopte principiul unui minimum și unui maximum.

În cât privesce pesta, minimum să fixeză la zece zile deplin și maximum la 15 zile. Îndată după ce guvernul Ottoman va completa organizațiunea serviciului său sanitar, în modul prevăzut de regulamentul anexat la această convențiune, și după ce

prin mijlocirea guvernelor contractanți medicii europeni vor fi stabiliți la toate stațiunile, unde prezența lor se va crede necesară, proveniențele din orient cu patentă netă se vor admite la libera practică în toate porturile ale înaltelor părți contractante. De o dată acele proveniențe care posedă patentă netă, se vor admite la libera practică după 8 zile de călătorie, dacă navea are un medic sanitar pe bord, și în cazul când n'are medic după 10 zile. Statelor limitrofe cu imperiul otoman se rezervă dreptul a continua regimul lor carantinesc actual, și a lua în unele cazuri acele măsuri, ce vor crede indispensabile pentru menținerea sănătății publice.

Pentru febre galbenă se fixează minimum la 5 zile și maximum la 7 zile, cu condițiunea ca să nu fi apărut vre-un caz în timpul călătoriei. Minimum acesta se va putea scădea la 3 zile, dacă călătoria a durat mai mult de cât trei-zeci de zile, și dacă navea se va afla în condițiuni igienice bune. Dacă în timpul călătoriei se vor fi întâmplat accidente, atunci se va impune navei o carantină de cel puțin 7 zile și de cel mult 15 zile.

Pentru cholera, proveniențele de la locurile bătute de ea se vor putea supune la o carantină de observațiune de 5 zile deplin, în care se cuprinde și timpul călătoriei. Proveniențele din locurile vecine sau intermediare compromise se vor putea supune la o carantină de observațiune de 3 zile, în care se cuprinde și durata călătoriei. Măsurile de igienă vor fi obligatorii în toate cazurile și în contrăutulor bolilor.

Art. 5. Mărfurile se vor rândui în privința apli-

cauțiunii măsurilor sanitare în trei clase : cea d'ântâi va cuprinde mărfurile supuse la carantina obligatorie și la purificațiune, a doua va cuprinde pe cele supuse la carantina facultativă, și a treia pe cele scutite de carantină.

Regulamentul sanitar internațional va specifica obiectele și mărfurile, care vor compune fie-care clasă și regimul aplicabil asupra lor în contra pestei, febrei galbene și cholerei.

Art. 6. Fie-care dintre înaltele părți contractante se angajază, a menține saū a crea în termenul precizat prin regulamentul sanitar internațional numărul necesar de lazarete, reclamat de cererile sănătăței publice și de interesele comunicațiunii și ale comerțiului, pentru primirea navelor, călătorilor, mărfurilor și altor obiecte supuse la carantină.

Art. 7. Pentru a se introduce o uniformitate în drepturile sanitare percepute, și pentru a nu se impune navigațiunii alte sarcine de cât cele necesare pentru acoperirea cheltuielilor serviciului carantinesc, înaltele părți contractante stabilesc în principiu cele următore, cu reserva excepțiunilor prevăzute în regulamentul sanitar :

I. Ca toate navele fără distincțiune de pavilion, cari vor sosi într'un port, vor plăti un drept sanitar proporționat cu tonagiul lor ;

II. Ca navele supuse la carantină vor mai plăti și un drept pentru fie-care și de staționare ;

III. Ca persoanele care vor șede în lazarete, vor plăti un drept fix pentru fie-care și de ședere în stabiliment ;

IV. Ca mărfurile depuse și desinfectate în laza-

rete vor fi supuse la o taxă după greutate sau după valoare.

Drepturile și taxele menționate în prezentul articol se vor fixa de către fie-care guvern și se vor notifica celor-lalte părți contractante.

Art. 8. Spre a se introduce asemenea cea mai mare uniformitate în organizațiunea administrațiunilor sanitare, înaltele părți contractante au convenit, ca serviciul sănătății publice din porturile statelor lor, pe cari porturi vor desemna ele, să fie pus sub direcțiunea unui agent responsabil, numit și retribuit de către guvern, și asistat de un consiliu care va reprezenta interesele locale. Afară de acesta se va mai înființa în fie-care țară un serviciu de inspecțiune sanitară, care se va regula de către guvernul respectiv.

În toate porturile unde puterile contractante întrețin consuli, unul sau mai mulți dintre acești consuli se vor putea admite la deliberațiunile consiliilor sanitare, spre a face observațiunile lor, a aduce informațiuni și a da avisul lor asupra cestiunilor sanitare.

Înainte de a se lua o rezoluțiune specială în privința unei țări și de a o declara în carantină, agentul consular al acelei țări va fi invitat ca să vie în consiliu, care va auzi observațiunile sale.

Art. 9. Aplicațiunea principiilor generale consacrate prin articolul precedent, și toate măsurile sanitare care recurg din ele, se vor determina prin regulamentul sanitar internațional anexat la prezenta convențiune.

Art. 10. Se rezervă facultatea a participa la pre-

senta convențiune și la anexele ei tutulor puterilor, cari vor consimți la primirea obligațiunilor consacrate printr'ênsa.

Art. 11. Presenta convențiune și regulamentul sanitar internațional anexat, vor avea valóre în timp de 5 ani.

În cazul când nici una dintre înaltele puteri contractante nu va declara oficial, în termen de 6 luni înainte expirării acestui termen, că în cât o privește, ea voiesce să înceteze efectele convențiunei, ea va mai rămâne în vigóre un an, și așa mai înainte din an în an până la denunțare.

Art. 12. Este bine înțeles, că înaltele puteri contractante se angajază reciproc una în contra alteia, pentru tot ce concerne întregul și detaliurile prezentei convențiuni, al cărei protocol va rămânea deschis pentru subsemnătura plenipotențiarilor respectivi.

Art. 13. Presenta convențiune și anexele ei se vor ratifica după legile și obiceiurile fie-cărei din părțile contractante și ratificațiunile se vor schimba la Paris în timpul cel mai scurt posibil.

Spre încredințarea căruia plenipotențiarii respectivi au semnat prezenta convențiune și anexele ei cu subsemnaturile și cu sigiliile lor.

Făcut și încheiat la Paris la 3 Februarie 1853.

Regulament sanitar internațional.

Conform principiilor stabilite în convențiunea sanitară precedentă, înaltele părți contractante au adoptat regulamentul general următor, care se va

pune în lucrare în toate porturile mării Mediterane și ale mării Negre, și care va servi de basă pentru regulamentele particulare ale fie-cărui Stat ; aceste regulamente particulare, ale căror text și-l vor comunica guvernele respective, vor fi formulate într'un mod, care să stabilească uniformitatea cea mai mare posibilă în serviciul sanitar al diferitelor State.

Titlul I. — Dispozițiuni generale.

Art. 1. În conformitate cu art. 1 al convențiunei, măsurile de precauțiune ce se vor putea lua la fruntariile de pe uscat, sunt :

isolarea,

formarea cordónelor sanitare,

înființarea de lazarete permanente sau temporale pentru ținerea carantinei.

Art. 2. Dreptul acordat fie-cărui port sănătos de a se apăra în contra unei nave suspecte sau infectate, se va putea întinde până la izolarea acelei nave, și până la adoptarea acelor măsuri igienice pe care împrejurările le vor face necesare.

Art. 3. Nici o dată nu se va putea respinge o navă dintr'un port, ori care ar fi numărul bolnavilor aflați într'ênsa și natura bólei, ea se va supune însă precauțiunilor comandate de prudență, conciliându-se drepturile umanității cu interesele sănătății publice.

În porturile cari n'au lazarete, administrațiunea sanitară locală va decide, dacă o navă suspectă ori infectată caută să fie dirigită spre un lazaret vecin, sau dacă ea poate rămânea la un loc rezervat și iso-

lat din raza portului sub garda autorității sanitare. Ea nu se va putea dirige spre un alt lazaret, înainte de a fi priimit ajutorul și îngrijirea pe care le reclamă starea ei și a bolnavilor, și înainte de a fi inzestrată cu mijlocele care îi vor permite de a continua cursul ei.

Art. 4. Conform convențiunei, pesta, febra galbenă și cholera fiind singurele bóle care motivă luarea măsurilor generale și punerea sub carantină a locurilor de provenință (locurilor din care pleacă navea), precauțiunile ce se vor lua în contra oricărei alte bóle se vor aplica numai navei suspecte sau infecte.

Titlul II. — Măsurile relative a plecării.

Art. 5. Măsurile relative la plecare vor cuprinde observarea, supraveghierea și constatarea sănătății țerei respective, verificarea și constatarea stărei igienice a navelor care pleacă din acea țară, a obiectelor încărcate, a provisiunilor, a sănătății echipajelor (a mateloților și a altor persoane de serviciu); informarea asupra sănătății călătorilor și în fine serviciul patentelor de sănătate.

Art. 6. Aceste observări, supravegheri, constatări și verificări vor fi încredințate autorităților arătate mai jos. (Titlul VIII).

Art. 7. Înaintea încărcății fie-care nave va fi vizitată de către un delegat al autorității sanitare și va fi supusă, în cas de necesitate, măsurilor igienice ce se vor găsi de cuviință.

Art. 8. Se vor visita toate părțile navei și se va constata starea lor igienică.

Art. 9. Nu se va putea încărca navea înaintea acestei vizații, și înaintea îndeplinirii măsurilor prealabile de curățenie și de salubritate, pe care autoritatea sanitară le va găsi indispensabile.

Art. 10. Autoritatea va cerceta starea alimentelor și băuturilor, mai ales a apei de băut și a mijloacelor pentru conservarea ei. Ea va putea examina și îmbrăcămintea echipajului, și în genere tot ce influențează conservarea sănătății populației din navă.

Art. 11. Căpitanul și patronul sunt obligați a da autorității sanitare informațiile și să prezente justificățiunile cerute.

Art. 12. Dacă autoritatea sanitară va crede necesar, și dacă informațiile date de căpitan nu vor fi suficiente, ea va putea procedea la o a doua vizație după încărcarea navei, pentru a se asigura dacă toate precauțiunile sanitare și igienice prescrise au fost observate.

Art. 13. Personalul echipajului se va visita de către un medic. Autoritatea sanitară va putea opri îmbarcarea acelor care vor fi afectați de bôle transmisibile.

Art. 14. Diferitele vizații se vor face fără întârziere și într'un mod ca să nu amâne plecarea navelor.

Art. 15. În privința navelor cari poartă un alt pavilion de cât al țerei în care staționează (a navelor streine), vizațiile și constatările prescrise prin Art. 9—14 inclusiv se vor face de către autoritatea

sanitară, în înțelegere cu consulul său agentul consular al națiunii căreia aparține navea în cestiune.

Art. 16. Numărul călătorilor cari se pot imbarca pe nave cu pânze sau cu vaporii, dimensiunile locuințelor, cantitățile provisiunilor necesare după durata probabilă a călătoriei, se vor determina prin regulamentele particulare ale diferitelor state cari vor primi convențiunea.

Art. 17. Navele marinei militare nu se vor supune dispozițiunilor arătate în articolii precedenți.

Art. 18. Navele de ori-care tonagiū, destinate pentru transportul călătorilor, și toate navele de o capacitate óre-care, sau al căror echipagiū se compune de un număr óre-care de ómeni, vor fi înzestrate cu o ladă cu medicamentele cele mai indispensabile și cu aparatele ordinare pentru tratarea bólelor și a accidentelor care se întâmplă mai adesea pe bordul navelor.

Administrațiunea sanitară superióră a fie-cărei țeri va redigia câte un catalog de acele medicamente și aparate, și o instrucțiune detaliată asupra întrebunțării lor.

Art. 19. Patentele de sănătate nu se vor putea elibera pe viitor înainte de îndeplinirea formalităților specificate în regulamentul de față.

Art. 20. În timpurile ordinare se vor dispensa de patenta de sănătate : 1. navele pescuitorilor, 2. navele piloților, 3. șialupele serviciului vamal și ale pazei fruntarielor, 4. navele cari fac cabotagiul între diferitele porturi ale aceleiași țeri și cari vor fi determinate prin regulamentele locale.

Art. 21. Fie-care navă va avea numai o singură patentă.

Art. 22. Patentele de sănătate se vor elibera de către autoritatea sanitară în numele guvernului teritorial, se vor putea supune la visa consulilor, și vor fi respectate în toate porturile înaltelor părți contractante.

Art. 23. Patenta va menționa cu exactitate pe lângă numele navei acela al căpitanului său al patronului, arătarea tonagiului, a mărfurilor, a ómenilor de echipagiù, a călătorilor, starea sanitară a locului precum ea rezultă din informațiunile culese de către autoritatea sanitară și starea igienică a navei.

Se va menționa într'ênsa dacă se află bolnavi în navă.

Patenta va mai conține toate informațiunile cari vor putea lumina pe autoritatea sanitară a portului de destinațiune, și care o vor pune în stare de a'și face o idee cât se póte de exactă asupra sănătăței publice a locului de plecare și a raionului care 'l înconjoră, asupra stărei navei, asupra obiectelor încărcate și asupra sănătăței echipagelor și călătorilor.

Se consideră că făcând parte din raionul înconjurător al portului, toate locurile cari se află de ordinar în raport cu el, și cari fac parte din aceeași circumscripțiune sanitară.

Art. 24. Pentru toate națiunile contractante patenta va fi conformă cu modelul anexat la prezentul regulament.

Art. 25. Dacă la locul plecării său împrejurul lui va exista una din cele trei bóle considerate ca im-

portabile și transmisibile, și dacă autoritatea sanitară va fi declarat existența lor, patenta va conține și data acelei declarațiuni. Asemenea ea va arăta data încetării bôlei, dacă va fi fost constatată.

Art. 26. Conform cu dispozițiunea art. 3 al convențiunei, patenta neputând fi de cât netă sau brută, autoritatea sanitară va trebui să se pronunțe tot-d'a-una despre existența sau neexistența bôlei la locul de plecare. Dubiul se va interpreta în sensul prudenței celei mai mari și patenta va fi brută.

Art. 27. Cu excepțiunea sistemului Tescherelelor, dacă el se va găsi necesar în imperiul Otoman, nu se vor cere buletinuri individuale de sănătate pentru călători și pentru ómenii echipagiului. Cu toate acestea autoritatea sanitară va putea cere certificatul unui medic cunoscut autorității, pentru acei călători ai căror sănătate va fi suspectă și va putea deveni compromișătoare, acesta se va menționa în patentă.

Autoritatea sanitară va putea opri imbarcarea unui pasager, al cărui sănătate va fi compromișătoare pentru cel-l'alt.

Art. 28. Patenta de sănătate se va considera numai atunci ca valabilă, când ea va fi eliberată în cele din urmă 48 ore înainte de plecării.

Dacă se amână plecarea, patenta se va visa din nou de către autoritatea care a liberat'o, și se va menționa într'ênsa dacă starea sanitară a rămas aceeași sau dacă a fost schimbată.

Art. 29. Patenta netă se va considera chiar atunci ca netă, când în lazaretul țerei respective va

exista unul sau mai multe cazuri ale unei bóle re-
putate ca transmisibilă și importabilă.

Titlul III. — Măsurile sanitare în timpul traversării mării.

Art. 30. Fie-care navă aflată pe mare se va întreține în perfectă curățenie și se va aera bine.

Pentru acest scop fie-care dintre națiunile contractante va pune la cale în cel mai scurt timp, redigerea unei instrucțiuni practice și destul de detaliate, care va prescrie măsurile de curățenie și de ventilațiune care trebuie să fie observate pe mare.

Art. 31. Toți căpitanii și patronii vor posedea această instrucțiune, și vor fi obligați a se conforma cu dânsa ; în cazul contrariu ei vor putea fi considerați la locul sosirei ca și când ar avea patenta brută și tratați în consecuență.

Art. 32. Navele cu vaporii supuse patentei, care se ocupă cu transportul pasagerilor, vor avea pe bord un medic sanitar. Acest medic va avea misiunea specială a veghia asupra sănătăței echipagiului și a călătorilor, a face ca regulele de igienă să fie executate, și a da sémă la locul sosirei despre cele întâmplare în timpul călătoriei. Afară de acesta el va fi obligat ca să însemneze cu exactitate și după putință pe fie-care zi, într'un registru ad-hoc, toate împrejurările cari prin natura lor pot interesa sănătatea publică, a nota cu osebită îngrijire bólele observate, chiar accidente simple, tratamentul aplicat și rezultatele dobândite.

Guvernele respective vor determina modul numărului medicilor navali.

Art. 33. În lipsa medicului, căpitanul său patronul va culege informațiunile relative la sănătate și le va înscrie într'un registru aflat pe nave. Se vor nota cu exactitate toate comunicațiunile întâmplăte pe mare, pentru ca să se dea sémă asupra lor după sosire.

Art. 34. Fie-care căpitan sau patron, care intră într'un port aflat în drumul lui și se pune cu el în comunicațiune, va supune patenta sa la visa autorității sanitare; în lipsa unei asemenea autorități la visa poliției locale.

Art. 35. Este interzis autorităților sanitare a reține în porturile intermediare patenta eliberată la locul plecării.

Art. 36. În cas de môte după o bôlă suspectă, întâmplată pe mare, se vor arde vestmintele și așternuturile de cari s'a servit bolnavul în timpul bôlei, dacă navea se află într'un port, și se vor arunca în mare cu luarea precauțiunilor ca se nu înôte pe de asupră'i, dacă navea se află făcând cursul ei. Cele-l'alte asemenea efecte cari n'au fost întrebuințate de bolnav, cari însă au fost la dispozițiunea lui, se vor supune imediat la svânturare și la alte purificațiuni.

Titlul IV. — Măsurile sanitare după sosire.

Art. 37. După sosirea fie-care nave va fi supusă formalităților recunôscerii și verificațiunii sanitare (a «arrondissementului»).

[Nota autorului: Recunôscerea este simplă constatarea identității navei și a provenienței sale. «Ar-

raisonnementul» este verificașinnea mai scrupuloșă a stării sanitare a populașionei navei].

Art. 38. Când starea sanitară va fi cu desăvârșire satisfăcătoare, navele cari vin dintr'un port între alt port al aceleiași țeri, vor putea fi dispensate de verificașiunea sanitară («arraisonamentul» sanitar), în virtutea regulamentelor sanitare particulare ale acelelei țeri.

Art. 39. În timpurile ordinare se vor putea asemenea dispensa de verificașiunea sanitară, în virtutea unei declarașionii schimbate între două nașioni contractante, toate provenienșele sau unele provenienșe determinate, cari vin dintr'una din acele două țeri și merg în porturile celei-l'alte țeri.

Art. 40. Recunoșcerea și arraisonamentul se vor face printr'un agent delegat de către autoritatea sanitară. Resultatele se vor însemna într'un registru special.

Art. 41. Casurile dubioșe și informașionile contradicătoare vor fi tot-d'auna interpretate în sensul prudenșei celei mai mari, întocmai ca la plecare. Navea se va ține provisoriu în rezervă.

Art. 42. Ori de câte ori autoritatea sanitară o va crede necesar, navea va fi vizitată înainte de a se admite la libera practică.

Art. 43. Bolnavii cari se vor afla pe nave, se vor debarca, după cererea lor, cât se va putea de iute și vor priimi îngrijirile reclamate de starea lor.

Art. 44. Când agentul sanitar va crede că o navă, deși este dotată cu patenta netă, și de și ea n'a avut nici un bolnav în timpul traversării, se găsește în condișionii susceptibile de a compromite sănătatea

publică, din cauza mărfurilor încărcate, din cauza aglomerațiunii saũ infecțiunii, acea navă se va putea ține în rezervă până când autoritatea sanitară va decide asupra casului. Decisiunea trebuie să fie dată în timp de 24 ore.

Art. 45. După condițiunile de salubritate ale navei autoritatea sanitară va putea ordona măsurile sanitare următoare, dacă le va crede convenabile :

Băi și curățirea corpului pentru ómenii echipagiului ;

Strămutarea mărfurilor aflate pe nave ;

Arderea saũ submersiunea în mare, într'o distanță óre-care, a alimentelor și băuturilor stricate saũ variate, saũ a mărfurilor de natură organică fermentate ori stricate ;

Spălarea pânzeturilor și vestmintelor echipagiului ;

Curățirea calei (părții celei mai profunde a navei) deșertarea completă a apelor și desinfectarea părții celei mai profunde a navei ;

Aerarea navei întregi, ventilarea părților ei celor mai profunde prin pompe aeriene saũ prin alte mijlóce ;

Fumigarea cu chlor, spoirea, frecarea și spălarea navei ;

Trămiterea navei la lazaret.

Dacă aceste diferite operațiuni se vor crede necesare, ele se vor esecuta înaintea admiterei la libera practică, la un loc mai mult saũ mai puțin izolat, după localitatea și dispozițiunea țărmurilor.

Cu excepțiunea recunóscerii și a verificațiunii sanitare, navele de transit ale înaltelor părți contrac-

tante vor fi dispensate în porturile intermediare de formalitățile prescrise la plecare și la sosire.

Art. 46. Cu excepțiunea dispozițiilor transitorii menționate la Art. 4 al convențiunii, toate navele care vor poseda patenta netă, și care nu vor fi avut în călătorie accidente ori comunicațiuni suspecte, și care se vor afla în condițiuni igienice satisfăcătoare, se vor admite îndată la libera practică.

Titlul V. — Despre carantine.

Art. 47. Fie-care navă care va sosi cu patenta brută se va declara în carantină.

Se mai pot pune în carantină navele în condițiunile prevădute prin art. 3 al convențiunii, care le asimilează cu patenta brută.

Art. 48. Nici o proveniență nu se va putea pune în carantină fără decisiune motivată. Acea decisiune se va notifica îndată căpitanului său patronului navei.

Art. 49. Cu excepțiunea casului, când se află pe nave bolnavi afectați de pestă, de febră galbenă sau de cholera, ea va avea dreptul a reîntra în mare înainte de a fi supusă la carantină sau în cursul carantinei.

I se va remite patenta de sănătate, și autoritatea sanitară va menționa în patentă durata și împrejurările șederii în port și condițiunile în care a plecat.

O navă va putea reîntra în mare chiar dacă se vor afla pe bord boale ordinare. Cu toate acestea autoritatea sanitară se va asigura prealabil, dacă bolnavii pot fi îngrijiți după cuviință în timpul călătoriei, cei care vor voi vor avea dreptul a rămâne în lazaret.

Art. 50. Durata carantinei va fi aceeași pentru nave, pentru persoane și pentru mărfurile supuse la dânsa.

Ea se distinge în carantina de observațiune și carantina de rigóre.

Art. 51. Carantina de observațiune va data, pentru năvi și pentru tot ce se află într'ensele, din momentul când un gard sanitar se va posta pe nave și când măsurile de aerare și de purificațiune vor începe.

Carantina de rigóre va data pentru nave, persoane și efecte din momentul când mărfurile supuse la debarcare vor fi scóse; pentru mărfurile debarcate la lazaret saú la un loc rezervat de la începutul purificațiunii; pentru persoanele debarcate de la intrarea lor în lazaret.

Carantina începută pe nave se va putea continua în lazaret.

Art. 52. Carantina de observațiune se va mărgini în observarea într'un timp determinat a navei, a echipagiului și a călătorilor. Ea nu va trage după sine descărcarea mărfurilor în lazaret. Ea se va ține pentru ómeni pe nave saú în lazaret, după voința lor. În timpul carantinei navea pusă la o parte și priveghiată de guardi sanitari în număr suficient, se va supune simplu la aerare convenabilă, la spălare și la măsurile de curățenie generală.

Art. 53. Carantina de rigóre va consista, afară de măsurile de carantină de observațiune, în purificațiunea și desinfectiunea specială, care se va găsi necesară de către autoritatea sanitară. Ea va mai trage după sine, în cazurile specificate prin presen-

tul regulament, debarcarea în lazaret a mărfurilor de prima clasă, și după împrejurările și regulamentele locale și a mărfurilor de prima clasă.

Art. 54. Carantina de rigóre pentru pestă se va putea ține numai într'un port care are lazaret. Carantina impusă unei navei din cauza necurăteniei în virtutea art. 3 din convențiunea sanitară, se va putea ține în orî-ce port la un loc izolat.

Art. 55. Carantina se va putea ține într'un port intermediar între punctul plecării și portul destinațiunii; după aducerea probelor acestei carantine navea va fi admisă la libera practică.

Art. 56. Timpul traversării se va socoti pentru toate navele de la momentul plecării, constatat prin cartea de bord (registruul navei) și atestat prin declarațiunea căpitanului orî patronului navei.

Art. 57. Fie-care navă pe care a apărut în timpul traversării un cas din cele trei bôle reputate ca importabile și transmisibile, va fi de drept considerată ca avënd patenta brută, fără a se lua în sémă patenta ei.

Art. 58. Dacă s'a arêtat unul sau mai multe cazuri de Choleră, în timpul traversării s'aũ al carantinei, atunci carantina va conta din momentul sosirei și execuțiunii măsurilor sanitare, și nu se va ține în sémă timpul traversării.

Art. 59. Afară de excepțiunile timporarii menționate mai sus (Art. 46), mărfurile și materialele de tot felul cari sosesc cu patenta netă într'o navă aflată în bună stare și bine întreținută, care n'a avut nici decese, nici bôle suspecte, vor fi scutite de orî-ce tratare sanitară, și admise îndată la libera

practică precum și navea însăși, echipagiul și călătorii.

Art. 60. Se face excepțiune pentru pei, pěr și cârpe (sdrențe); aceste mărfuri vor putea deveni obiecte măsurilor sanitare chiar când au sosit cu patienta netă. Autoritatea va determina natura, necesitatea și durata acestor măsuri.

Art. 61. Asemenea se face excepțiune pentru mărfurile și obiectele alterate sau descompuse. Conform cu Art. 45 autoritatea va avea dreptul a ordona aruncarea lor în mare sau distrugerea lor prin foc. Formalitățile de îndeplinit în acest cas se vor precisa prin regulamentele locale.

Art. 62. Conform cu art. 5 al convențiunii și pentru aplicarea măsurilor sanitare, mărfurile se vor ranja pe viitor în trei clase:

Vor compune prima clasă și se vor supune dar la carantina obligătoră și la purificațiune: pânđeturile (rufele) și vestmintele întrebuiņate, cârpele (sdrențele), peile, penele și fulgiț, pěrul, rămășițele animale în genere, lâna și mătasea.

Vor compune clasa a doua și vor fi supuse la carantina facultativă: bumbacul, inul, cânepa.

Vor compune a treia clasă și vor fi scutite de măsurile carantinesci: toate mărfurile și obiectele cari nu sunt menționate în cele două clase precedente.

Art. 63. În cas de patentă brută pentru pestă, mărfurile de prima clasă se vor debarca tot-d'auna la lazaret și se vor supune purificațiunilor.

Mărfurile de a doua clasă se vor putea admite îndată la libera practică sau debarca la lazaret pen-

tru purificațiune, după împrejurările și regulamentele sanitare speciale ale fie-cărui stat contractant.

Mărfurile de a treia clasă, fiind declarate libere, se vor putea libera îndată pentru comerțiu sub priveghierea autorității sanitare.

Art. 64. In cas de patentă brută pentru febra galbenă, fără accident în timpul traversării și dacă traversarea a durat mai mult de cât de cece zile, mărfurile nu vor fi supuse la altă măsură igienică de cât la simpla aerare fără descărcare.

Dacă s'aũ întâmplat accidente, saũ dacă traversarea a fost de durată mai scurtă de cât de cece zile, mărfurile vor putea fi supuse la aceleași măsuri ca sub patenta brută pentru pestă, adică la desbarcarea la lazaret și la purificare; măsura acésta va fi însă facultativă și lăsată la aprețierea autorității sanitare.

Art. 65. In cas de patentă brută pentru choleră mărfurile nu vor fi supuse la nici o măsură sanitară particulară, navea va fi numai aerată și se vor observa măsurile igienice cari sunt obligătore pentru toate casurile.

Art. 66. In toate casurile de patentă brută epistolele și hârțiile se vor supune la purificațiunea usitată.

Art. 67. Tóte mărfurile și ori-ce obiecte cari vin dintr'un loc sănetos, conținute într'un plic sigilat oficial și făcut dintr'o materie care nu este supusă la purificațiune, se vor admite îndată la libera practică, ori-care să fie patenta navei.

Daca plicul este făcut dintr'o substanță supusă la

măsurî sanitare facultative, admisiunea ei va fi asemenea facultativă.

Art. 68. Animalele vii vor rămănea supuse la carantinele și la purificațiunile usitate în diferite țeri.

Art. 69. O navă care nu va avea patentă, de și este obligată a o poseda după locul provenienței, se va putea supune, după împrejurări, la carantina de observațiune saū de rigóre.

Autoritatea sanitară va fixa durata acestei carantine. Ea nu va putea întrece trei zile, în casul când navea vine dintr'un loc cunoscut ca sănătos și daca ea se află în condițiunile igienice bune.

Autoritatea sanitară va aprecia casurile de forță majoră și de pierderea fortuită a patentei.

Art. 70. Fie-care patentă cu răsătură și adăogiri se va considera ca nu'ă, și navea va fi pusă în condițiunile prevădute prin articolul precedent, fără prejudiciū pentru urmărirea care se va putea ordona în contra autorilor acelor alterațiuni.

Art. 71. Dacă în timpul duratei unei carantine, ori-care să fie timpul petrecut, se va manifesta un cas de pestă, febră galbenă saū choleră, carantina va reîncepe.

Art. 72. Afară de carantinele prevădute și afară de măsurile specificate în convențiune și în prezentul regulament, autoritățile sanitare ale fie-cărei țeri vor mai avea dreptul a prescrie sub a lor responsabilitate ori-ce altă măsură, ce ele vor crede indispensabile pentru menținerea sănătății publice, în fața unui pericol iminent și neprevădut.

În lipsa edificiilor speciale pe uscat, ele vor putea adapta ca lazaret năvi isolate și supravegiate

intr'un mod care opresce o.r-i-ce comunicațiune cu lumea de din afară.

Titlul VI. — Lazaretele

Secțiunea I. Instituirea și dispozițiunea lazaretelor

Art. 73. Distribuțiunea interioară a lazaretelor va fi ast-fel, ca persónele și obiectele cari aparțin carantinelor de dată diferită să se pótă lesne separa.

Art. 74. Săli de conversațiune vaste și comode vor permite priimirea persónelor din afară, cari vor voi a visita pe carantinați, fără prejudiciul precauțiunilor necesare pentru conservarea sănătății publice.

Se vor suprima grilagele și tot ce ar putea influența moralul incaranținaților într'un mod vătămător.

Art. 75. Clădiri osebite sau părți osebite ale unei clădiri din lazaret vor fi destinate pentru primirea bolnavilor. Ele vor fi dispuse ast-fel, ca să permită separațiunea bolnavilor și ca să asigure tot de odată cele mai bune condițiuni igienice, în special aerarea.

Art. 76. Este interzis visitorilor și persónelor aflate în carantină, a se pune în comunicațiune directă și imediată cu persónele și cu obiectele suspecte sau reputate ca suspecte cari se află în carantină.

Afară de pedepsele prescrise prin legi și regulamente, o.r-i-cine va fi fost în contact cu persóne sau cu obiecte se va declara în carantină, și va fi considerat ca când ar face parte din aceleași proveniențe, afară de excepțiunile pe cari autoritatea sa-

нитарă va crede că le p^ote admite după găsierea ei cu cale.

Art. 74. Fie-care lazaret va fi dotat cu apă sănăt^osă, în cantitate suficientă pentru t^ote necesitățile.

Art. 78 Fie-care lazaret să^u dependințele lui va avea destinat un loc cuviincios pentru înmorm^ontări.

Secțiunea II. Despre personalul, despre priveghierea și despre serviciul interior al lazaretelor.

Art. 79. Porturile și locurile rezervate, destinate pentru carantina navilor, lazaretele destinate pentru carantina călătorilor și mărfurilor, și stabilimentele carantinesci în genere se vor pune sub^t autoritatea imediată a administrațiunilor sanitare.

Art. 80. Fie-care lazaret va avea un director să^u agent responsabil, funcționarⁱ în număr suficient pentru asigurarea disciplinei sanitare și guardⁱ sanitari în sarcinaⁱ a executa să^u a face să se execute măsurile prescrise.

Art. 81. Un medic va fi atașat la lazaret pentru ca să viziteze și să cureze pe încarantinaⁱ, și penca să concure prin consiliile sale la execuțiunea exactă a măsurilor sanitare.

Art. 82. Bolnavii din lazarete vor primi tot ajutorul și t^ote îngrijirile religioase și sanitare, întocmai cum ele se dau bolnavilor ordinarⁱ din cele mai bune stabilimente spitalicesci, cu excepțiunea carantinei pentru medici și pentru persoanele compromise.

Art. 83. Se lasă fie-cărui bolnav facultatea, a se căuta cu alt medic după alegerea sa și nu cu medicul lazaretului; în casul acesta visita medicului

strein se va face în prezența și sub priveghierea directorului lazaretului. Acel medic va adresa tot-d'una oficiului sanitar un raport asupra stării bolii. Cu toate acestea administrațiunea va trimite din timp în timp pe medicul ei propriu ca să viziteze pe bolnav, pentru ca să cunoască natura bolii.

Art. 84. Persónele ale căror sărăcie va fi constatată de către autoritatea sanitară, se vor primi, nutri și trata gratis în lazaret.

Art. 85. Fie-care lazaret va avea o tarifă fixată de către autoritate și revizuită pe fie-care trimestru, în care costul alimentelor va fi regulat după un preț moderat.

Art. 86. Mobilele și alte obiecte de întâia necesitate pentru usul incarcantinaților, se vor da gratis de către administrațiune îndată după intrarea lor în lazaret.

Art. 87. Visitele sanitare ale medicului vor fi gratuite. Incarcantinații vor plăti numai îngrijirile independente de serviciul sanitar.

Art. 88. Afară de aceste regule generale, autoritatea sanitară, veghiând asupra preservațiunii sănătății publice, va lua, după regulamentele speciale și după diferitele localități, toate măsurile cuviincioase pentru a asigura după putință bunul traiu al incarcantinaților.

Secțiunea III. Despre tratarea în lazarete a mărfurilor, efectelor și depeșelor.

Art. 89. Mărfurile vor fi depuse în magazii spațioase și cu desăvârșire uscate, unde vor fi expuse

la libera circulațiune a aerului și din când în când strămutate.

Balote și colii se vor deschide pentru ca aerul să circule prin ele.

Acastă aerare va continua în tot timpul carantinel.

Art. 90. Mărfurile cari aparțin diferitelor periode carantinesci, vor fi separate unele de altele și depuse, după posibilitate, în diferite magazine.

Art. 91. Peile, pèrul, cârpele, rămășițele animal, lâna și mătasea se vor depune în locuri depărtate de camerele ocupate de incarantinași și de locuințele funcționarilor.

În cas de infecțiune cunoscută, de necurătenie sau de alterațiune, toate mărfurile în genere se vor putea supune la măsurile de purificațiune pe cari autoritatea sanitară le va crede necesare.

Art. 92. Nicî o dată nu se vor primi în lazaret substanțe animal ori vegetali aflate în putrefacțiune, ele vor fi arse sau aruncate în mare conform art. 61 din regulamentul de față.

Art. 93. În fie-care lazaret se vor afla magazine osebite pentru depunerea mărfurilor purificate.

Art. 94. Efectele pasagerilor se vor ventila în timpul carantinel sub priveghierea guardilor, în apartamente separate și destinate pentru acêsta.

Autoritatea sanitară va veghia, pentru ca acastă operațiune să nu fiă neglêasă.

Art. 95. Pânțeturile și cele-l'alte efecte de cari s'aũ servit persoanele mörte ori afectate de pestă, se vor supune la purificațiuni mai severe: la fumigațiune cu chlor, la immersiune în apă de mare, la acțiunea căldurei, după împrejurările și după na-

tura obiectelor. Asemenea se va urma la ori-ce altă bôlă contagiôsă.

Art. 96. Scrisorile și depeșile se vor purifica într'un mod, pentru ca să nu se altereze scriptura.

Art. 97. Acéstă operațiune se va executa în prezența directorului lazaretului.

Art. 98. Consulilor și reprezentanților puterilor străine se rezervă dreptul, a fi față la deschiderea și la purificarea scrisorilor și depeșilor cari le sunt adresate, sau cari sunt destinate pentru naționalii lor. Același drept se rezervă administrațiunii poștelor.

Titlul VII. — Despre taxele sanitare

Art. 99. Vor fi scutite de plata taxelor sanitare determinate prin art. 7 al convențiunii: 1. Navile de resbel; 2. navile ale căror staționare intermediară este dictată de forța majoră, chiar atunci când ele sunt admise la libera practică, cu condițiunea ca să nu întreprindă afaceri comerciale în port; 3. navile pentru pescuit; 4. navile scutite de obligațiunea de a avea patenta; 5. copiii mai mici de cât 7 ani și săracii imbarcați în contul său din ordinul guvernului ori consulului lor.

Art. 100. Ori-ce taxă sanitară, care nu este menționată în convențiune, este formal desființată.

Titlul VIII. — Despre autoritățile sanitare.

Art. 101. Cu excepțiunea dispozițiunilor particulare relative la organizațiunea sanitară în Orient (titlul IX) și conform cu art. 8 al convențiunii, care

supune autoritățile sanitare direcțiunii imediate a guvernului, aceste autorități vor fi pretutindeni înființate după base uniforme și se vor compune: 1. de un agent responsabil al guvernului; 2. de un consiliu local.

Art. 102. Agentul va reprezenta puterea centrală. El va fi ales după puțință din corpul medical și va purta titlul de director sanitar.

Art. 103. Directorul sau agentul va fi capul serviciului activ și va avea responsabilitate pentru acel serviciu. Toți ceilalți funcționari vor fi subordonați. El va veghea asupra executării legilor și regulamentelor sanitare, el va recunoște sau va ordona recunoșterea stării sanitare a navelor cari sosesc, el va libera patenta de sănătate celor cari plăcă, el va dirige și supraveghia lazaretele și porturile de carantină.

Art. 104. Consiliul va reprezenta mai ales interesele locale, el se va compune din diferite elemente administrative și științifice, cari vor putea veghea cu mai multă eficacitate asupra mănținerii sănătății publice în fie-care țară.

Art. 105. Directorul sau agentul va face de drept parte din Consiliu.

Art. 106. Consiliul va exercita o supraveghiere generală asupra serviciului sanitar. El va avea în special misiunea a lumina pe director sau agent, a da avisul său asupra măsurilor de luat în cas de invasiune sau de iminență de invasiune a unei bôle importabile sau transmisibile, a veghea asupra executării regulamentelor generale și speciale rela-

tive la poliția sanitară, și a denunța guvernului în cas de trebuință infracțiunile și omisiunile.

El va fi consultat asupra tuturilor cestiunilor administrstive și medicale și va concura cu directorul său cu agentul la redigerea regulamentelor locale și interioare.

Art. 107. Consiliul se va aduna periodic la epocile determinate de către autoritatea superioară, și va fi convocat extraordinar ori de câte ori împrejurările relative la sănătatea publică o vor cere.

Art. 108. Directorul său agentul și Consiliul vor avea datoria, a fi tot-d'auna informați asupra sănătății publice. Din această cauză ei vor întreține, sau direct sau prin delegați, relațiuni frecvente cu administrațiunea comunală, de la care vor primi toate comunicațiunile necesare pentru îndeplinirea mandatului lor.

Art. 109. În cas de disidență între director sau agent și Consiliu, se va referi îndată guvernului central; în casuri urgente directorul său agentul va lua sub a sa responsabilitate măsurile provisorii, cerute de sănătatea publică și de serviciu.

Art. 110. În fie-care țară semnătore acestei convențiuni se va instala un serviciu de inspecțiune sanitară. Acest serviciu se va regula de către guvernele respective, și va consta în visitațiunea porturilor țerei respective, în luarea informațiunilor asupra mersului serviciului sanitar, în notarea neajunsurilor observate și arătarea lor guvernului.

Art. 111. În interesul sănătății publice și a serviciului, autoritățile sanitare ale țărilor semnătore convențiunei sunt autorizate, a comunica între ele

direct, pentru a se informa reciproc asupra tuturilor faptelor importante care au venit la cunoștința lor, fără prejudiciu pentru informațiunile ce ele sunt datorate a da în același timp autorităților competente și consulilor.

Titlul IX. — Dispozițiuni particulare pentru Orient.

Art. 112. Afară de dispozițiunile sanitare comune și aplicabile pentru toate țările signatare ale conferinței, Turcia europeană și Turcia asiatică precum și Egiptul vor fi obiectul dispozițiunilor particulare, destinate a preveni dezvoltarea pestei, a pune stavilă bolii acestia când ea există, a semnala existența ei și a opri introducerea ei în alte țări.

Art. 113. Aceste dispozițiuni, luate în interesul îndoit al Orientului și al națiunilor care se află în raport cu el, vor consta în dezvoltarea instituțiunilor sanitare, înființate de către guvernul M. S. Sultanului, și în prezența medicilor întreținuți în Orient de către națiunile contractante.

Secțiunea I. Dispozițiuni relative la Turcia.

Art. 114. M. S. Sultanul va promulga o lege specială, menită a asigura existența și a regula atribuțiunile autorităților sanitare ale imperiului, și special ale consiliului superior de sănătate din Constantinopole, care va fi menținut în organizațiunea actuală.

Art. 115. Consiliul superior din Constantinopole va fi pus în capul serviciului sanitar, va preveghia

diferitele părți ale lui și va indica pentru tot imperiul măsurile de igienă publică și de salubritate pe care le va crede necesare. El va redigă instrucțiunile și va veghea asupra bunei execuțiuni a măsurilor prescrise, conform cu indicațiunile conferinței sanitare internaționale, și va fixa locurile unde urmază a se stabili diferiți agenți al serviciului sanitar.

Art. 116. Puterile interesate vor fi reprezentate în acest consiliu prin delegați, într'un număr egal cu acela al funcționarilor otoman, și delegații aceștia vor avea vot deliberativ.

Art. 117. Consiliul va menține prerogativa, de a numi și de a revoca singur pe funcționarii sanitari de toate treptele ierarhice.

Art. 118. Delegații străini, acreditați pe lângă consiliu și luați după putință dintre oameni speciali, vor fi numiți de către guvernele lor respective.

Art. 119. Se va menține instituțiunea medicilor inspector, însărcinați cu prevegerea mersului serviciului sanitar. Afară de cei existenți în Syria și în pašalicurile Erzerum și Bagdad se vor mai înființa doi : unul pentru Turcia europeană și cel l'alt pentru Asia-mică. Ei vor avea reședința obicnuită la Constantinopole.

Art. 120. Se vor menține oficiile sanitare și posturile de epistați (« préposés ») după organizarea lor actuală. Numărul, reședința, circumscripțiunea și ierarhia lor se vor regula de către Consiliul superior de sănătate din Constantinopole.

Art. 121. Dreptul de a primi proveniențe cu pa-

tență brută de pestă se restrânge la singurile ofiții centrale care au lazarete.

Art. 122. Epistații (préposés) vor avea ca și în trecut facultatea, a admite la libera practică proveniențele cu patentă netă, în timpul când nu există pestă. Facultatea acésta va înceta în timpul pestei. Cu toate acestea epistații vor avea tot-d'a-una facultatea a admite navele de cabotagiū.

Art. 123. Guvernul otoman va pune la cale, ca să se promulge în Turcia în cel mai scurt timp posibil un codice asupra delictelor și pedepselor în materi sanitară.

Un tribunal special, instituit prin înțelegerea înalțelor părți contractanți, va judeca pe viitor toate infracțiunile de la legile și regulamentele sanitare, sub rezerva expresă a dispozițiunilor consemnate în capitulațiunilor și fără a le atinge.

Secțiunea II Dispozițiuni relative la Egypt.

Art. 124. Intendența sanitară din Alexandria, compusă de aceleași elemente și stabilită pe aceleași base ca consiliul superior din Constantinople, va avea drepturi și prerogative analoge. Ca și acel consiliū, intendența va veghia asupra sănătăței publice a țerei și asupra execuțiunei măsurilor care se refer la dēnsa, atât în interior cât și la litoral.

Art. 125. Se vor înființa și întreține cu cheltuēla guvernului egyptian inspectori sanitari și medici de biurouri, pretutindenți unde necesitatea o va cere, numindu-se în aceste posturi numai medici cu diplome de la Universitățile europene.

Secțiunea III. Dispozițiuni relative la Orient în genere.

Art. 126. Patentele se vor elibera de către oficiile de sănătate și visa de către consuli competenți.

Art. 127. Conform cu art. 21 al prezentului regulament, este interzis orî cărei nave a avea mai mult de cât o singură patentă.

Art. 128. Numărul medicilor sanitari europeni stabiliți în Orient se va mări succesiv până la 26, împărțiți în 4 circumscripțiuni. Puterile semnătore a convențiunei se vor înțelege cu sublima Pörtă pentru executarea comună a acestei măsuri.

Art. 129. Medicii sanitari se împart în medici centrali și medici ordinari. Medicii ordinari vor fi împărțiți după tabela anexată la prezentul regulament.

Art. 130. Se va înființa câte un medic central în urbile Constantinopole, Smyrna, Beyruth și Alexandria.

Art. 131. Medicul central va fi obligat, fără a avé o supremație asupra colegilor săi, ca pe lângă serviciul de medic sanitar, să adune și să coordone într'un raport general raporturile parțiale ale circumscripțiunei sale. Acest raport general se va adresa corpului consular local și consiliului de sănătate în Turcia o dată pe lună, în Egypt de două ori pe lună.

Art. 132. În cas de vacanță medicii centrali vor fi numiți de preferință după vechime dintre medicii sanitari ordinari ai circumscripțiunei.

Art. 133. Medicii sanitari europeni stabiliți în O-

rient vor conserva t tă independența lor vis-a-vis de autoritățile locale, și vor fi responsabili numai inaintea guvernelor care 'i a  numit.

Art. 134. Medicii sanitari vor avea atribuțiunile :

1. a studia din punctul de vedere al sănătăței publice țera, clima și b lele ei și t te cele-l'alte condițiuni și m sur i luate pentru combaterea b lelor.

2. a face excursiuni în arondisementul lor ori de c te ori vor crede util, în Egypt c t se p te de frecuent ;

3. A informa asupra ori-ce intereséză sănătatea publică pe medicul central al circumscripțiunei, pe corpul consular, și la cas de trebuință pe autoritatea locală ale țerei, de două ori pe lună în Turcia și o dată pe s pt m nă în Egypt.

În cas de epidemie sau de b lă suspectă, și în t te casurile extraordinare în genere, medicul sanitar va expedia îndată un raport special către t te autoritățile sus citate, și către toți medicii sanitari și consuli mai depărtați, cărora ac stă informațiune ar putea fi utilă.

Afară de ac sta ei vor fi obligați a se conforma cu instrucțiunile anexate la acest regulament.

Art. 135. În cas de bănuială asupra unei b le contagioase, medicii sanitari vor informa îndată pe oficiul de sănătate și vice-versa ; se va ține îndată o consultațiune medicală a cărei rezultat se va comunica îndată autorităților sus citate.

Art. 136. Din partea lor oficiile de sănătate, posturile, deputațiunile, biurourile, etc., vor fi obligate să dea medicilor sanitari informațiuni scrise regulate asupra tot ce atinge sănătatea publică, și să 'i

priimescă în localele administrațiunei sanitare ori de câte ori aceștia vor crede de cuviință a veni acolo, pentru priimirea informațiunilor și înțelegerilor verbale.

Titlul X. — Dispozițiuni relative la America.

Art. 137. În țerile supuse febrei galbene, care aparțin puterilor semnătore convențiunei și unde nu s'a stabilit încă un serviciu medical regulat, se vor înființa prin îngrijirea guvernelor respective medici sanitarî, cari vor studia acéstă bôlă, modul ei de producțiune și de propagațiune, vor căuta mijlôce a o preveni și a o combate, vor semnala autorităților nascerea și încetarea ei, și vor îndeplini oficial în privința febrei galbene misiunea pe care o îndeplinesc medicii sanitarî din Orient în privința pestei.

Articul transitoriu. După ce serviciul medicilor sanitarî în Orient, așa precum el a fost specificat, va fi regulat și împărțit între puterile contractante, fie-care dintre ele va numi în acele posturi care 'i vor fi însemnate și cu care ea se va însărcina. Cu toate acestea medicii sanitarî înființați de către Franca vor rămâne personal în posturile ce ei ocupă, și nu vor fi înlocuiți cu medici de altă naționalitate de cât în cas de vacanță. Franca 'și rezervă asemenea dreptul a face între medicii actuali schimbările necesare în interesul serviciului.

Dispozițiunile sanitare din Statele înaltelor părți contractante, care nu sunt contrare convențiunei din 19 Decembrie 1851 și presentului regulament internațional, rămân în vigóre.

EPIDEMIOLOGIA SPECIALĂ.



Nu ne vom ocupa aci de cauzele și de prevențiunea tuturilor bôlelor, și vom studia numai acelea, care se transmit mai adesea ori, și în contra cărora Poliția sanitară este chiebată a lua măsuri speciale mai severe. Cercul bôlelor recunoscute ca transmissibile devine din an în an mai mare, și unele afecțiuni care se mai consideră ca necontagiöse, pot fi cu toate acestea datorite unui virus transportabil; epidemiologia se află într'un stadiu de tranzițiune, care nu ne permite a trata deja astăzi ca certe și bine stabilite unele fapte, după probabilitate exacte, care însă mai au trebuință de confirmări ulterioare.

Asemenea nu vom trata aci despre acele bóle toxice și parazitare, care au fost descrise în prima parte a Tratatului nostru de Igienă publică.

BÓLELE TRANSMISIBILE ALE OMULUI

XII.

P e s t a

. (*Ciuma*)

Pesta, ciuma, pesta orientală, pesta bubonică, este o bólă acută, infecțioasă, caracterisată prin inflamațiunea glandelor limfatice externe și interne, complicată adesea ori prin emoragia diferitelor organe, mai ales prin petechii. Ea apare câte odată sub formă fulminantă, cu simptome unei intoxicații generale și cu finit letal după 2 până la 3 zile, înaintea desvoltărei bubónelor, altă dată sub formă tipică cu desvoltarea tuturilor simptomelor generale și locale, și în alte casuri sub formă ușoră, cu buboni fără semne ale unei bóle generale.

Pesta nu se nasce autochton în Europa, ea este originară în Orient, în India, China, Mesopotamia, Arabia și Egipt și a făcut invasiuni frecvente în toate țările ale Europei.

Prima mențiune asupra Pester găsim în istorie pe la finele secolului al doilea înaintea D-lui Christos, prima ei aparițiune în Europa în secolul al șéselea al erei moderne, devastațiunile cele mai mari au

causat pandemiile de Pesta din secolul XVI și XVII descrise sub numire de «môrte nêgră».

România a suferit adesea-ori de epidemii de ciumă. D. Mih. Cogălnicenu și alți istorici menționează epidemiile teribile din anul 1675 și 1770, care au secerat populațiunea Moldovei și Munteniei, și epidemia din Transilvania din anul 1775. Mai trăesc bătrâni cari și aduc aminte de epidemiile de Pestă din anul 1812, 1813 și 1826. În timpul resbelului ruso-turc în anul 1828 și 1829 medicul general rus Witt, prin desființarea carantinelor dunărene în contra Turciei, a înlesnit invasiunea Pestei în Moldova și în Muntenia, care au fost bântuite de această boală până la anul 1832 (Koller, Tractatus de Peste. Dissertatio. Lipsiae 1833. — Witt, Ueber die Eigenthümlichkeiten des Klimas der Wallachei und Moldau. Aus dem Russischen. Leipzig 1844). De atunci Pesta n'a mai apărut în România. De și în anul 1834 totă Bulgaria și mai ales orașul Silistria a suferit de Pestă, carantina severă a apărut pe România în contra importățiunei acestei bóle (Prus, Rapport à l'Académie de Médecine sur la peste et les quarantaines, Paris 1846). Cea din urmă epidemie de Pestă observată în Transilvania datând din anul 1828, în Basarabia din anul 1837, în Egipt din anul 1843 și cele din urmă cazuri sporadice observate în Egipt din anul 1845. În Occidentul Europei Pesta s'a observat pentru ultima oară în anul 1813 pe insula Malta, în anul 1815 în micul port italian Noja, în anul 1820 pe insulele Baleare. În anul 1873 și 1879 o epidemie de Pestă a mai apărut în Rusia, în guvernământul Astrachan, ea a fost stinsă în urma

măsurilor foarte energice luate de guvernul rus, prin izolarea cu ajutorul unui cordon militar și prin arderea caselor infectate.

O publicațiune nouă a Doctorului I. D. Tholozan constată, că în cei din urmă 10 ani pesta bubonică a mai apărut în focare circumscrise în diferite localități ale Persiei, (1881—1887), Mesopotamiei (1880—1881) și ale Rusiei asiatice (Citadela Noul-Merw 1884—1886).

Pesta este o boală foarte contagiösă. Miseria, necurătenia, aglomerațiunea, neglijerea igienei în general înlesnesc transmiterea contagiului. Pesta se transmite prin puroiul bubónelor și carbunculelor specifice, prin sângele bolnavilor, prin obiectele cari au fost în contact cu bolnavi, prin cadavre, probabil și prin atmosfera imediată a bolnavilor. Nu este probat dacă contagiul pestei poate intra în organism prin tegumentele comune intacte. Se pare că incubațiunea pestei durează obicnuit de la 2 până la 7 zile, în casuri excepționale până la 15 zile.

Pentru apărarea Europei în contra invasiunii Pestei (și a Cholerei) din Orient, s'au înființat la țărmurile Mării Roșii, în Egipt și în Imperiul Otoman servicii de priveghiere și de observațiune sanitară, (a vedea capitoul precedent) cari au misiune a semnală existența pestei îndată după aparițiunea ei, pentru ca pe de o parte să se pótă lua măsuri urgente pentru mărginirea bólei în rađa restrânsă în care s'a născut, iar pe de alta pentru ca statele amenințate de invasiunea ei să pot lua de timpuriu măsuri carantinesci în contra proveniențelor infectate sau bănuite.

La începutul anului 1879, când Pesta a apărut în Rusia în guvernământul Astrachan, guvernul român a decretat următorul regulament și a publicat ordonanțele următoare :

Regulament pentru dispozițiunile ce trebuiesc luate la frontariile spre a feri România de invasiunea Pesteii orientale. 13 Febr. 1879.

TITLUL I.

Dispozițiuni generale.

Art. 1. Măsurile preventive se împart în trei gradațiuni, și anume :

- a). În revisia sanitară ;
- b). În stabilirea de carantine ;
- c). În includerea fruntariilor.

Pentru câte-și trele gradele de măsuri preventive se întințeză un cordon sanitar.

Art. 2. Cordonul sanitar se va compune din două lanțuri de trupe la o distanță între dânsese ce se va determina de oficiării statului-major, luându-se în considerațiune configurațiunea solului ; în tot cazul distanțele între cordoane să nu fie mai depărtate de 10 kilometri.

Cordonul întâi se compune de sentinele așezate la depărtare de un kilometru.

Posturile din cari fac parte acele sentinele vor fi așezate din 10 în 10 kilometri.

TITLUL II.

Revisia sanitară.

Art. 3. Revisia sanitară se face tutulor proveniențelor din țările bătuite de pestă la punctele de intrare rămase deschise pentru călători, animale, transporturi postale și mărfuri.

Acastă revisie se face de către căpitanul portului sau comandantul punctului, împreună cu medicul portului sau al punctului.

Art. 4. Revisia sanitară consistă :

a). In constatarea dacă călătorii n'au fost in cele din urmă 20 de zile într'o localitate bătuită de pestă ;

b). Inr'o esaminare medicală a călătorilor :

c). In desinfectarea vestmintelor și a bagagelor călătorilor;

d). In desinfectarea vagónelor, a trăsurilor și a animalelor ;

e). In desinfectarea corespondenței postale și a monetelor ;

f). In desinfectarea diferitelor colete de mărfuri a căror intrare nu este prohibită prin înaltul decret cu Nr. 141, din 25 Ianuarie 1879, publicat prin *Monitorul oficial* cu Nr. 21, din 1879 ;

g). In recunoscerea, in revisia sanitară și in desinfectarea bastimentelor.

Art. 5. Călătorii cari vor intra in România trebuie să aibă pe pasportul lor o visă din partea autorității administrative sau polițienescă, in care visă să se menționeze localitatea sau localitățile in care a stat călătorul in cele din urmă 20 de zile și că in acea sau acele localități nu există pestă orientală.

Acastă visă să fie certificată de un consul român sau, in lipsă, de reprezentatele unui alt Stat.

Art. 6. Medicul va examina pe fie-care călător în parte, desbrăcând numai pe aceia care dau bănuială a fi bolnavi.

Art. 7. Călătorii cari, de și au pasportul investit cu visa sanitară prevădută la art. 5, însă sunt afectați de o bolă suspectă, precum și cei care nu posedă visa sanitară pe pasportul lor, se vor respinge de la punctele de simplă re-vizie sanitară, neputând intra de cât prin punctele unde este stabilită o carantină.

Art. 8. Vestmintele cu care sunt îmbrăcați călătorii se vor desinfec-ta, fără ca ei să se desbrace de cât de baltóne, de blăni, de mantale, de glugi, căciuli, șoșoni, mănuși și manșóne, prin stropirea vestmintelor cu o măturică de paie muială într'o soluție de acid carbolic cristalisat de 2 la 100.

Art. 9. Bagagele, după scóterea lor din gíamantane, co-fere, saci, etc., precum și gíamantanele, coferele, sacii, etc., goi, paltónele, blănille, mantalele, glugele, căciulele, șoșonii, mănușile și manșónele cu cari erau îmbrăcați călătorii, se vor atârna saú întinde într'un local închis, espuindu-le ga-zuluí aciduluí sulfuros, desvoltat prin arderea de sulfur peste cărbuni aprinși în mangale.

Acéstă operațiune va dura o oră.

Art. 10. Vagónele de clasa I și II ale căilor ferate, pre-cum și trăsurile îmbrăcate cu orí-ce materie saú piele, vor fi oprite de a intra în țară, neputându-se desinfec-ta cu efí-cacitate, și nu se va permite decât circulația cu vagónele de clasa III și a vagónelor de mărfuri precum și cu trăsu-rile neimbrăcate.

Vagónele de clasa III și cele de mărfuri, înainte de a continua parcursul lor pe teritoriul României, se vor desin-fec-ta la fruntarii prin spălături cu apă fierbinte, cu aburi de apă saú cu o soluțiune de acid carbolic cristalisat de 2 la 100.

Trăsurile și hamurile se vor spála cu o soluție de acid carbolic crud de 5 la 100.

Art. 11. Animalele se vor spála peste tot corpul cu apă fenicată de 2 la 100.

Art. 12. Corespondența postală se împarte în trei categorii și anume :

- a). În scrisori și imprimare ;
- b). În scrisori cu valori în chârtie, și
- c). În pachete.

Pentru desinfectarea scrisorilor și a imprimatelor, ele se vor împărți în pachete mici, erau scrisorile cu valori în chârtie și pachetele se vor deschide în fața căpitanului portului sau a comandantului punctului și se vor supune vaporilor ferbinți de acid sulfuros, produși în modul arătat la art. 9, ținându-se asupra acelor vapori, cu ajutorul unui clește lung sau a unui grătar, în timp de 5 minute, cu precauțiune ca să nu se ardă.

Desinfectarea este terminată după complectarea lor răcire.

Scrisorile cu valori în chârtie și pachetele se vor închide sigilându-se cu un sigiliu oficial și se vor înainta la destinație.

Art. 13. Monetele metalice se vor muia într'o soluție de acid sulfuric concentrat de 1 la 50 sau dilut de 1 la 10.

Art. 14. Coletele mărfurilor se vor desinfecă prin espunerea lor la aer în timp de o zi și prin stropirea lor repetată cu o soluțiune de acid carbolic cristalisat de 2 la 100.

Art. 15. Medicul dirige operațiunea desinfecțiunii.

Art. 16. După terminarea revisiei sanitare, comandantul și medicul punctului certifică pe pasportul fie-cărui călător că el a fost supus revisiei sanitare, indicându-se precis și data certificării.

Art. 17. Căpitanii porturilor și comandanții de puncte se vor informa despre starea sănătății populațiunii din țările limitrofe, și vor face, în înțelegere cu medicii, ministerului de interne raporturi periodice. În casuri urgente vor raporta imediat prin telegraf.

TITLUL III.

Carantinele

Art. 18. Sub numele de carantină se înțelege izolarea condițională pe un timp determinat, în care se pun călătorii, animalele și mărfurile care vin din locuri suspecte sau bătute de pestă orientală.

Art. 19. Carantinele sunt sub autoritatea imediată a direcțiunii generale a serviciului sanitar.

CAPITOLUL I.

Carantinele pe uscat și pe marginea fluviilor.

Personal

Art. 20. Pentru fie care carantină se va numi un director, agent responsabil, un medic, doctor în medicină, un secretar care va îndeplini și funcția de casier, un copist și un număr de 24 gardieni.

Art. 21. Directorul are direcțiunea generală a personalului administrativ al carantinei: el dirije serviciul și ține corespondența cu direcția generală a serviciului sanitar și cu diferite autorități locale.

Art. 22. Directorul va îngriji ca secretarul-casier să țină comptabilitatea după legea comptabilității generale a Statului și registrele pentru înscrierea călătorilor și a mărfurilor, cu ziua intrării și a eșirei lor din carantină.

Art. 23. Directorul este obligat a primi spre conservare obiectele de valoare și banii ce i vor încredința călătorii pe tot timpul încarantinării lor, după ce mai întâi acestea se vor desinfecța.

Directorul va ține un registru special, în care va înscrie atât obiectele cât și banii ce a primit, liberând tot de o

dată și o chitanță de primire, care i se va înapoia la predarea obiectelor saū a banilor, anulată și semnată de călător.

Art. 24. Directorul va îngriji ca actele de nascere și de deces să fie înscrise de oficerul stărei civile al comunei unde se află stabilită carantina.

Art. 25. Directorul împreună cu consiliul carantinei va alcătui un inventariu de bani, efectele și bagajele călătorilor morți în lazaret după desinfectarea lor, anunțând tot-d'o-dată despre acesta pe direcția generală a serviciului sanitar și le va conserva până la primirea ordinului de urmare.

Art. 26. Pe lângă fie-care carantină va fi atașată o gardă militară comandată de un oficer, care va da tot concursul necesar pentru esecutarea măsurilor carantinești și menținerea buneii ordine în interiorul carantinei.

Art. 27. Directorul, medicul și oficerul gardei formează consiliul carantinei sub președinția directorului.

Acest consiliu va prescrie și va supraveghia esecutarea tuturor măsurilor sanitare, ce se vor crede de cuviință a se lua în privința persoanelor și a mărfurilor din carantină, și se va pronunța asupra infracțiunilor ce se vor comite în interiorul carantinei.

Art. 28. Pentru orî-ce lucrare a consiliului de carantină se va alcătui un proces-verbal ad-hoc, subsemnat de toți membrii și contrasemnat de secretarul carantinei.

CAPITOLUL II.

Lazaretul carantinelor

Art. 29. Dispozițiunea internă a lazaretelor va fi ast-fel, ca persoanele și bagajele lor cari fac carantină cu date diferite, să pōtă fi isolate unele de altele în compartimente separate și mobilate cu efecte de prima necesitate.

Art. 30. Mărfurile să fie depuse în magazii deosebite, cu desăvârșire uscate și dispuse ast-fel, ca aceste mărfuri, cari aparțin la diferite date de carantină, să fie deosebite unele de altele.

Art. 31. Călătorii din fie-care compartiment vor fi sub îngrijirea și paza unui guardian incarantinat d'o dată cu călătorii.

Art. 32. In fie-care lazaret va fi un local special pentru primirea bolnavilor din lazaret.

Acest local va fi dispus in mod, ca să se pōtă separa bolnavii între dēnșii, asigurāndu-le tot d'o dată cele mai bune condițiunūi igienice, mai cu sēmă in ceea ce privesce venilația.

Art. 33. Pentru bolnavii de pestă se va destina un local osebit și pe cāt se pōte mai depărtat de cele-alte clădiri ale lazaretului.

Art. 34. Fie-care spital va avea cāte douăi gardieni pentru serviciul bolnavilor.

Art. 35. In fie-care lazaret se va stabili un restaurant, potrivit cu trebuințele călătorilor, ca un tarif fixat de consiliul carantinei, care va li revisuit din 3 in 3 lunī.

Art. 36. Lazaretele trebuie aprovisionate cu apă potabilă și suficientă pentru trebuințele serviciului.

Art. 37. Se va destina in fie-cere lazaret un loc potrivit pentru cimitir.

CAPITOLUL III.

Tratamentul călătorilor, bagajelor, mărfurilor, a diferitelor alte obiecte și a încăperilor lazaretelor.

Art. 38. Carantina pentru călătorii este de două feluri :

a) De observație și

b) De rigōre.

Art. 39. Carantina de observație este de 11 zile și se impune călătorilor și mărfurilor cari vin din localități suspecte de pestă, sau cari, venind din localități nebāntuite, in parcursul călătoriei lor au avut relațiuni suspecte.

Art. 40. Carantina de rigōre este de 21 zile și se impune călătorilor cānd, in timpul călătoriei lor, sau in tim-

pul șederei călătorilor în carantina de observație, s'a ivit între dênșii vre un cas de bolă sau mörte de pestă.

Art. 41. În cas când între persoanele cari fac carantină se va ivi vre-un cas suspect de bolă sau mörte prin pestă, zilele de carantină de rigöre prevădute la art. 40 se vor numëra pentru toți cei-l'alți cari se află împreună, din ziua de când a fost isolat bolnavul.

Art. 42. Comunicația între persoanele și efectele cari fac carantină cu diferite date este interzisă. Personele cari au comunicat, vor fi imediat declarate în carantină după data carantinei ce face persoana sau obiectul cu care s'au pus în contact.

Art. 43. Călătorii și bagajele lor cari fac carantină de observație, se vor supune în tot timpul unei desinfecțiuni continue prin stropiri repetate de două ori pe zi cu o soluție de acid carbolie cristalisat de 2 la 100 a compartimentelor ce ocupă și a vestmintelor lor, cu esecția obiectelor coprinse la art. 9, cari se vor supune în tot timpul carantinei de observație la desinfecțiunea menționată tot în același articol, o dată pe zi.

Art. 44. Pentru călătorii și bagajele lor cari fac carantină de rigöre, desinfecțiunea compartimentelor, a vestmintelor și a bagajelor lor se va face tot ca la carantina de observație și va dura în tot timpul încarantinării lor de 21 zile.

Art. 45. Călătorii, la intrarea lor în lazarete, vor fi esaminați cu scrupulositate de medicul carantinei.

Acesta, apreciind starea sănătăței călătorilor, va lua măsurile necesarii pentru căutarea celor bolnavi și va veghia ca desinfecțiunea să se efectueze cu scrupulositate.

Art. 46. Medicul va visita, cel puțin o dată pe zi, toate compartimentele ocupate cu călători, informându-se de sănătatea lor și a gardianilor, fără a se pune în contact cu dênșii.

Art. 47. Călătorii bolnavi de afecțiuni obișnuite, vor fi transferați din compartimentul ce ocupă în spitalul lazaretului, unde vor primi ajutorul și toate îngrijirile medicale.

Art. 48. Fie-care bolnav are dreptul d'a fi tratat de un alt medic de cât acela al carantinei; în acest cas însă, vizitarea bolnavului de către medicul străin se va face în prezența directorului carantinei și în condițiunii ca să nu vină în contact cu bolnavul, afară numai dacă medicul ar voi să fie încarantinat.

Art. 49. Medicul străin este obligat, după fie care vizită, să facă directorului carantinei un raport în scris despre starea bolii pacientului său; cu toate acestea administrația este în drept a trimite din când în când pe medicul carantinei spre a visita pe bolnav, pentru a se încredința mai bine despre natura bolii.

Art. 50. În cas când boala de care suferă călătorul este recunoscută ca pestă, acesta se va transfera imediat în spitalul pestiferărilor, iară cei-alți călători din acel compartiment vor fi mutați într'altul.

Art. 51. Compartimentul părăsit se va sapune unei desinfecțiuni continue, în timp de 11 zile, vaporilor de chlor, desvoltați de mai multe ori pe zi prin vërsarea de acid sulfuric peste chlorure de calce, depus în mai multe străchini.

După această păreții compartimentului se vor spoi din noii cu var impregnat de acid carholic, iară lemnăria, mobilierul și ferestrele se vor spăla cu o soluție de acid carholic de 5 la 100.

Art. 52. Cadavrele indivișilor morți de pestă în carantină se vor îngropa, fără coseiuge și desbrăcați, în gropi adânci de 3 metri, acoperindu-se cu un strat gros de 15—20 centimetri de var nestins.

Art. 53. Efectele și rufăria carii au servit bolnavului său mortului de pestă se vor distruge prin foc, iar cele-lalte obiecte sau bagaje ale lui se vor acra și desinfecța continuu în curs de 20 zile cu vaporii de chlor desvoltați cum se prevede la art. 51.

Art. 54. Camera în care a zăcut bolnavul său mortul de pestă se va desinfecța precum se prevede la art. 51.

Art. 55. La eșirea călătorilor din carantină, ei vor fi supuși unei esaminări medicale, și după acesta, consiliul de

carantină va pune pe pasportul fie-căruia o visă sanitară, prin care se va arăta că călătorul supus la carantină a fost liberat în deplină sănătate.

Art. 56. Se va percepe o plată de 2 lei pe zi de fie-care persoană care face carantină, pentru locuință, mobilier, servicii, încălzit și desinfectare.

Art. 57. Persoanele ale căror sărăcie va fi constatată de către consiliul carantinei, vor fi primite în locale osebite, fără a li se pretinde vre-o plată.

Art. 58. Visitele medicului și serviciile intregului personal al carantinei sunt gratuite.

Art. 59. Pe lângă mijlocele de care dispune autoritatea sanitară locală, se pot îngădui înlesniri cuvințioase spre a asigura bunul trai al celor din carantină, profitând de resursele ce presintă diferitele localități, fără însă a se perde din vedere dispozițiunile generale sanitare și prescripțiunile din acest regulament.

Art. 60. Compartimentele la eșirea călătorilor din carantină vor fi desinfectate în timp de 24 ore cu chlor, dezvoltat de mai multe ori pe zi, erva lemnăria și mobilierul se vor spăla cu apă fierbinte.

Art. 61. Latrinele din lazaret trebuie ținute în cea mai perfectă curățenie, având guardianul îngrijire d'a le desinfecta regulat la 2 zile cu o soluțiune de sulfat de fer (calăcan) de 10 la 100.

Art. 62. Mărfurile depuse în magazinele speciale vor fi supuse la libera circulație a aerului și dislocate din când în când.

Baloturile, sacii, lățile, după ce se vor desinfecta pe din afară prin stropirea lor cu o soluție de 10 la 100 de acid carolic crud, se vor deschide pentru ca să pătrundă aerul într'ensele.

Acastă aerațiune va fi continuă în tot timpul carantinei de observație de 11 zile.

Art. 63. Când guardianul însărcinat cu dislocarea mărfurilor dintr'un compartiment se va îmbolnăvi de pestă, mărfurile acestea se vor desface și se vor trata ca obiectele și

bagagele pestiferărilor din carantină, precum se prevede la art. 53.

Art. 64. Substanțele animale și vegetale în putrefacție nu vor putea fi admise în carantină; ele se vor arde.

Art. 65. În fie-care carantină vor fi magazine pentru depunerea mărfurilor purificate.

Art. 66. Revisia vamală a mărfurilor și a bagajelor călătorilor se va face în urma purificațiunii lor.

Art. 67. Vagonele calei ferate clasa III și cele de mărfuri, trăsurile, hamurile, animalele, corespondența postală și monetele metalice se vor trata întocmai cum se prevede la art. 10, 11, 12 și 13 din acest regulament.

CAPITOLUL IV.

Carantinele pe mare.

Art. 68. Măsurile sanitare la sosirea bastimentelor pe litoralul maritim al României consistă :

a). În revisia sanitară.

b). În trimiterea bastimentelor la carantină.

Art. 69. Pe litoralul maritim al țării se vor stabili 2 puncte de carantină : la Sulina și la Constanța, și o autoritate sanitară de revisie la portul Mangalia.

Art. 70. Pentru fie-care port, pe lângă căpitanul portului, singurul agent responsabil, se va numi un medic al portului și un număr suficient de guardiani, pe cât se poate luați dintre marinari.

CAPITOLUL V.

Revisia sanitară.

Art. 71. Orice bastiment, mai înainte de intrarea sa în unul din aceste trei porturi, va fi supus la recunoșterea sanitară, după alăturatul model de interogatoriū :

- a). De unde veniți ?
 b). Aveți o patentă de sănătate ?
 c). Care sunt numele, pronumele și calitatea ómenilor de pe bord ?
 d). Care este numele, pavilionul și tonagiul bastimentului vostru ?
 e). Cu ce este încărcat bastimentul vostru ?
 f). In ce zi ați plecat ?
 g). Care era starea sănătăței publice la epoca plecării vóstre ?
 h). Numérul ómenilor de pe bord este același care a fost la plecare ? Și sunt aceeași ómenii ?
 i). In timpul parcursului, ați avut bolnavi pe bord ? In momentul de față mai aveți ?
 k). Ați avut comunicațiuni in timpul parcursului pe mare ?
 l). Ați primit pe cine-va de pe luciul mării ?

Pe lângă aceste chestiuni, autoritățile sanitare sunt in drept a face și altele, pe cari le vor crede de cuviință, pentru a se lumina mai bine asupra stărei sănătăței bastimentului.

Art. 72. Recunoșcerea sanitară se va face de căpitanul și de medicul portului, însoțiți de un număr suficient de gardieni.

Căpitanul și medicul portului încheiă un proces-verbal, pentru fie-care recunoșcere sanitară, într'un registru special.

Art. 73. Orice bastiment care prezintă o patentă netă (curată), și care n'a avut in parcursul său pe mare nici un accident de bolă sau de mórte suspectă, și nu a avut nici comunicațiuni de natură suspectă, și care se prezintă în condițiuni igienice mulțumitoare, după ce va trece revisia sanitară prevădută în titlul II, se va putea admite la libera practică.

Art. 74. Admisiunea bastimentelor la libera practică va fi precedată de o vizitare medicală scrupuloasă.

Art. 75. In casuri îndoióse, sa dacă din interogatoriū vor resulta informațiuni contradicțóre, bastimentul va fi considerat cu bănuít.

Art. 76. Când se vor afla bolnavi pe bord, aceștia se vor debarca, cu consimțimentul lor, în încăperile cari servă de spital în carantină, unde vor primi ajutoarele medicale, conform cu prescripțiunile acestui regulament.

Art. 77. După condițiunile de salubritate în care se află bastimentul, autoritatea sanitară a portului este în drept a ordona, dacă va crede de cuviință, următoarele măsuri igienice de purificare :

a). Băi și alte îngrijiri corporale pentru omeii de pe bord.

b). Dislocarea mărfurilor de pe bord.

c). Aruncarea în mare, la o distanță depărtată de port cel puțin de 5 kilometri, a substanțelor alimentare, a băuturilor stricate sau avariate, precum și a mărfurilor de natură organică în fermentație și imputite.

d). Spălarea lingeriei și a vestimentelor echipagiului.

e). Curățirea fundului bastimentului (calei), deșertarea completă a apei dintr'ensul și desinfectarea interiorului bastimentului în genere.

f). Reînnoirea aerului din părțile profunde ale bastimentului printr'o pompă aspirantă sau prin oricare alt mijloc s'ar crede de cuviință.

g). Fumigațiunii cu chlor, raderea surfeciei lemnăriei, frecarea cu nisip și spălarea în genere a bastimentului.

h). Trămiterea bastimentului la carantină.

Art. 78. Orice din aceste operațiuni s'ar crede necesare, se vor executa punând bastimentul în condițiuni de completă izolare, după dispozițiunea porturilor și a localității și tot-d'a-una înainte de admisiunea lui la libera practică.

Art. 79. Bastimentele cari abordază în portul Mangalia și ale căror proveniențe sunt bănuite de către autoritățile sanitare ale portului, se vor trămite la portul Constanța, ca să fie supuse la carantină.

Art. 80. La pornirea bastimentelor de la Sulina pentru unul din porturile române în susul Dunărei, ele vor primi un guardian de bord până la portul destinației; acest guar-

dian va raporta căpitanului de port în porturile Tulcea și Galați despre tot ce s'a petrecut în parcursul bastimentului pe Dunăre.

Tot aceeași măsură se va urma și pentru vasele cari se vor urca de la Brăila până la Turnu-Severin și vice-versa, stabilindu-se ca puncte de raportare Oltenița, Turnu-Măgurele și Calafat.

Art. 81. Căpitanul și medicul portului certifică pe patenta bastimentului, care presintă o patentă netă și care a trecut revisia sanitară, că acel bastiment a fost supus reviziei sanitare și că la data pornirii sale echipajului de pe bord se bucură de o sănătate perfectă.

CAPITOLUL VI.

Carantina bastimentelor.

Art. 82. Ori-ce bastiment cu patentă brută va fi declarat în carantină.

Tot asemenea vor li puse în carantină și bastimentele aflate în condițiunile prevădute la art. 75 și 77.

Art. 83. Nicî o proveniență nu pôte li pusă în carantină fără o decisiune motivată, care va fi imediat notificată căpitanului sau stăpânului bastimentului.

Art. 84. Un bastiment va putea părăsi portul, sau înainte d'a se pune în carantină, sau chiar în cursul facerei carantinei, în cas când nu va avea sau nu va fi avut casurî de pestă pe bord.

Patenta de sănătate îi se va inapoia dacă nu a ajuns la punctul destinației sale, și autorisația sanitară va menționa pe această patentă durata și circumstanțele șederei sale, precum și condițiile în cari s'a efectuat plecarea.

Art. 85. Un bastiment va putea părăsi portul, avînd pe bordul său bolnavi nebănuți.

Autoritatea sanitară trebuie să se asigure mai înainte, dacă acești bolnavi vor putea fi tratați cuviincios în timpul că-

țetoriei. Aceștia, dacă vor voi să rămână în lazaret, vor putea profita de această înlesnire.

Art. 86. Carantina se deosebesc în carantină de observație și în carantină de rigóre.

Art. 87. Carantina de observațiune va începe pentru vase și tot ce se află pe bord, în momentul când guardianul sanitar se va instala pe bastiment și când se va începe aerățiunea și purificarea vasului.

Art. 88. Carantina de rigóre va începe pentru bastiment, persoane, animalele vii, mărfurile și obiectele de pe bord, din momentul când mărfurile, obiectele și animalele destinate a fi debarcate se vor rēdica de pe vas; pentru mărfurile, obiectele și animalele debarcate în lazaret său într'un loc rezervat, din momentul începerēi purificațiunei; pentru persoanele debarcate, din momentul intrărei lor în lazaret.

Carantina începută pe bord se pōte continua în lazaret.

Art. 89. Carantina de observațiune consistă în ținerea bastimentului, a echipagiului, a pasagerilor și a animalelor vii, în timp de 11 zile sub observațiune și nu obligă la descărcarea mărfurilor și a obiectelor în lazaret. Se înțelege că în cele 11 zile intră și zilele de parcurs pe mare.

Ōmenii de pe bord pot sta, dacă voesc, său pe bord său pot intra în lazaret. În timpul carantinei bastimentul, ținut de o parte și priveghiat de un număr suficient de gardienii, va fi supus purificațiunei prevăđută la art. 77.

Art. 90. Carantina de rigóre consistă în ținerea bastimentului, a echipagiului, a călătorilor, a mărfurilor și a animalelor pe timp de 21 zile în carantină, supunēnd bastimentul la o purificare și la desinfectare continuă, după cum se prevede la art. 77. Afară de acesta, la carantina de rigóre se vor debarca în lazaret mărfurile, obiectele și animalele a căror intrare în țară nu este prohibită prin înaltul decret cu Nr. 141, din 25 Ianuarie 1879, publicat în *Monitorul oficial* Nr. 21, din 1879.

Art. 91. Carantina de rigóre și de observație nu se va putea face de cât în porturile Sulina și Constanța.

Art. 92. Timpul parcursului se va socoti pentru tōte

bastimentele. din momentul pornirei, constatat prin registrul de pe bord și atestarea căpitanului său a stăpânului bastimentului.

Art. 93. Orî-ce bastiment, pe al cărui bord s'a ivit, în timpul parcursului său, vre-un cas de pestă, se va considera, orî-care ar fi patenta sa, ca avînd patentă brută.

Art. 94. Dacă s'ar ivi pe un bastiment, în timpul parcursului său în timpul carantinei sale, vre-un cas de pestă, carantina se va socoti din momentul sosirei sale și de la începerea executării măsurilor sanitare, fără a se ține socotelă de timpul parcursului.

Art. 95. În toate cazurile de patentă brută, corespondența postală și monetele metalice se vor desinfecța, precum se prevede la art. 12 și 13.

Art. 96. În lipsă de clădiri speciale pe uscat pentru facerea carantinei, ar putea să se întrebuinteze ca lazarete și vase izolate pe mare, și păzite ast-fel ca orî-ce comunicație cu dînsese să fie împedicată.

Art. 97. Osebit de dispozițiunile prevădute în organizairea carantineler pe uscat și pe mare, și în cas de pericol iminent, serviciul sanitar al țerei este în drept a prescrie măsuri mai rigurose ce va crede indispensabile pentru apărarea sănătăței publice.

TITLUL IV.

Inchiderea fruntarielor.

Art. 98. În cas când provinciile imediat limitrofe cu România vor fi bîntuite de pestă, fruntariile țerei despre acele provincii se vor închide cu desăvîrșire, atât pentru călători, cât și pentru mărfuri și expediții postale, lăsându-se liberă numai comunicația prin telegraf.

Art. 99. Comunicația căilor ferate se va intrerupe prin ridicarea șinelor.

Art. 100. Afară de penalitățile prevădute de codul penal și de legea sanitară, guvernul va putea decreta starea de asediu pe totă linia cordonului sanitar.

MINISTERUL DE INTERNE

Dirrecția generală a serviciului sanitar.

Guvernul, luând avisul consiliului sanitar superior, aduce cele următoare la cunoștința publicului călător :

La conferința sanitară internațională, ținută la Buda-Pesta, la 31 Ianuarie și 1 Februarie a. c., între guvernul ungar și între delegații guvernului român, s'a hotărât că guvernul ungar va destina, pentru intrarea călătorilor din România în Transilvania, numai punctele Oituz și Temeș și la Dunăre punctul Orșova, (afară de punctele de intrare din Moldova în Bucovina, cari fac parte din teritoriul austriac);

Că România va destina pentru călătorii din Rusia, un număr cât se poate de mic de puncte de intrare ;

Că călătorii din Rusia, cari trec prin România, nu vor putea intra în Ungaria decât nu vor prezenta un certificat din partea autorităților române, prin care se constată că ei au fost supuși la fruntariile ruso-române tuturor măsurilor sanitare, introduse ad-hoc ;

Că călătorii din România cari nu vin din Rusia să prezinte la fruntariile ungare un certificat al autorităților române, prin care să constată că localitatea de unde vin nu este bătuită de pestă.

Punctele de intrare din Rusia în România cari rămân deschise sunt cele următoare : Rădăuți, Ungheui, Fălciui și Galați. Pe Dunăre vor rămâne deschise punctele de intrare Tulcea și Sulina ; ță pe Marea-năgră porturile Constanța și Mangalia. Punctele de intrare din Bulgaria în Dobrogea se vor aduce la cunoștința generală printr'o publicațiune ulterioară. Intre Bulgaria și România vor rămâne deschise punctele : Călărăși, Oltenița, Giurgiu, Zimnicea, Turnu-Măgurele, Bechet, Calafat și Severin.

MINISTERUL DE INTERNE

Direcția generală a serviciului sanitar.

Având în vedere că în timpul de epidemii contagiöse s'aũ vęđut persoane care saũ de temere, saũ chiar din rea voință, saũ impinse de alte interese, ręspândesc neadevęruri în privința flageluĩ care amenință societatea și care pot alarma opinia publică din țeră și din statele limitrofe.

Ministerul, în basa opiniunei esprimate de consiliul sanitar superior prin jurnalul Nr. 25, aprobat de consiliul de miniștri prin jurnalul No. 1, publică spre sciința comună, că persoanele cari se fac culpabile de svonuri false de natură a alarma opinia publică în privința ivireĩ pesteĩ orientale, vor fi pasibile de penalitățile prevęđute de codul penal.

Nr. 337.

1879, Ianuarie 29.



XIII.

Cholera asiatică.

Cu numele acesta se însemnăză o bôlă contagiôsă, exotică, originară în India, diferită de gastro-enterită indigenă numită Cholerina și Cholera nostras.

Cholera nostras (Cholera europeă) descrisă deja de Hippocrate și Celsu, se nasce și la noi, ea apare sporadic, se caracterisęză ca și Cholera asiatică prin evacuațiuni profuse ale stomaculuĩ și ale întreguluĩ canal digestiv, prin pulsul rar, prin

cianosa și temperatura scădută a tegumentelor comune, prin anurie și prin diferite simptome nervoase, și se distinge de Cholera asiatică prin originea ei, prin mortalitatea mult mai mică și prin caracterul ei sporadic. Bacilul Cholerei al lui Koch, purtătorului contagiului ei, se găsește numai în corpul și în dejecțiunile bolnavilor afectați de Cholera asiatică, microbii găsiți în excrementele bolnavilor care sufer de Cholera nostras, nu sunt identici cu Bacilul virgulă al Cholerei asiatică.

Cholera asiatică sau indică, originară în India, nu se nasce nici o dată autochton în altă parte.

Până la anul 1817 Cholera a existat în India în mod endemic, în timpul de la anul 1817 până la anul 1823 ea s'a întins ca epidemie peste o mare parte a Africei și Asiei, și s'a oprit la Astrachan la limitele Europei. De la anul 1826 până la 1837 Cholera asiatică, a bântuit ca pandemie mai totă Asia, a intrat prin Persia în Rusia, s'a întins d'acolo peste totă Europa și chiar în America. A treia pandemie a Cholerei asiatică ocupă periodul de la anul 1843 până la anul 1863. Astă dată bóla a făcut iar invasiune în Persia și Rusia asiatică, de unde a fost importată în Constantinopoli și d'acolo în totă Europa, America și în Africa. Pentru a patra óră apare Cholera în Europa în timpul de la anul 1865 până la anul 1875, venind, nu ca altă dată prin Persia și Rusia, ci pe cale maritimă din Arabia în Egipt, d'acolo la Malta, Marsilia, Constantinopoli, Ancona, Valensia și în centrul Europei. A cincea invasiune a Cholerei se făcu tot pe cale maritimă, în anul 1882 din India la Mecca, d'acolo

în anul 1883 în Egipt, în anii 1884, 1885 și 1886 în Europa.

În România a apărut Cholera asiatică în anii 1831, 1848, 1855, 1865—66 și 1873.

Istoria diferitelor epidemii de Cholera indică constatată, că întinderea ei atârnă și de elevațiunea solului, că ea se află chiar în proporțiune inversă cu elevațiune, adică că locurile elevate sunt mai apărute, locurile situate mai jos mai expuse propagațiunii rapide a bolii; o influență mult mai mare o exercită însă structura geologică a solului: Cholera indică iea un caracter epidemic numai d'asupra acelor terene poroase, care înlesnesc stagnarea lichidelor în interstițiile lor; d'asupra unui sol vântos, impermeabil pentru apă, precum și d'asupra unui sol poros care permite scurgerea repede a apelor intrate în el, Cholera apare numai ca boală sporadică. Pretutindenea pe unde cholera a apărut ca epidemie, ea a arătat o extensiune și o intensitate mare pe locurile umede, situate prea jos, de vreme ce locurile uscate s'aun bucurat de o imunitate relativă.

Cholera indică este contagiósă. Ea se propagă prin introducerea contagiului în căile digestive. Contagiul emană de la materiile fecale și de la substanțele vërsate ale bolnavilor, și se transmite prin vestminte, pânzeturi și așternuturi pătate cu dejecțiunile bolnavilor, prin cadaverele indivișilor morți de cholera și prin bastimente (nave) infectate.

Persóne afectate de Diarea premonitorie, diarea care constituie stadiul inișial (prodromal) al cholerei, sau de o formă mai ușoră a acestei bóle, pot aseme-

nea transmite cholera. Chiar persoane sănătoșe pot transporta prin vestimentele lor contagiul cholerei. Asemenea ea se poate propaga prin apă de băut infectată prin excrementele bolnavilor, spre exemplu printr'un puț aflat în vecinătatea imediată a unei hasnale n căptușite, săpată într'un teren lesne permeabil. Până acum nici un fapt n'a probat că cholera se poate transmite la distanțe mari prin atmosfera singură. Nici o dată o epidemie de cholera nu s'a propagat de la un loc la altul într'un timp mai scurt, de cât cel necesar p ntru transportul oamenilor la cel din urmă punct. Incubațiunea cholerei durează câte-o-dată numai puține ore, în alte cazuri mai multe zile.

Puterea individuală de a rezista cholerei saū de a o primi este foarte variabilă. Persoane debile, bolnăvicioșe, mai cu osebire cele afectate de diareea și de alte alterațiuni ale căilor digestive, sunt mai expuși de cât persoane sănătoșe.

Partea activă a virusului Cholerei o formează Bacilul Cholerei al lui R. Koch, descoperit în anul 1883, care în realitate nu este un bacil ci un spirit; această împrejurare este importantă, căci spiriții n'au spor, viabilitatea și proliferațiunea lor este dar mai puțin tenace de cât a bacililor și ei se distrug mai lesne de cât bacilii. Bacilul Cholerei produce o materie toxică, o ptomaină, constatată de Pouchet, care mortifică epitelul intestinal și care resorbită intoxicează sângele și paralisează nervii organelor circulatorii. După A. Cantani însuși bacilul este otrăvitor (Congresul medicilor germani din anul 1886). Bacilul virgulă se găsește mai ales în scaunul cho-

lericilor, caracterisat printr'un lichid apos, inodor, în care înnotă nise flocóne (chiéguri) albiciose, ridiforme. Pentru constatarea bacilului se ia o bucățică a unui asemenea flocon ridiform din escremente, se întinde pe o lamelă de sticlă, se usucă și se coloréđă cu violet de methyl sau cu albastru de methylen. Cornil și V. Babeș arată, că bacilul virgulă se găsește mai lesne în casurile de Cholera fără prodome, puțin timp după aparițiunea bólei, și că a doua sau a treia ți constatarea lor devine fórte dificilă. Mișcarea Bacilul Koch în materiile fecale próspete înlesnesce găsirea lui. Bacilii Cholerei obicínuit nu sunt drepti ci puțin curbi, formând segmentii unui arc, marginea lor este netedă, vârfulurile câte o dată puțin ascuțiti, altă dată puțin îngroșați. Bacilii Cholerei sunt mai scurți și mai groși de cât Bacilii Tuberculosei. Câte odată doi bacili cholerici se află cu vârfulurile lor alături, având curbătura fie-care în sensul invers, în cât forméđă litera S. Koch a vedut pe Bacilul Cholerei înmulțindu-se pe pânđeturii (rufe) umede, în lapte, pe cartofi fierți, pe pâine muiată în apă. Bacilii au mai trăit după 24 de ore în excremente, pe brânză, pe diferite legume, în cafea, în ciocolată, în apă saharată, în dêmă de fructe ; după 24 de ore bacilii s'au găsit morți pe fructe, pe legume acide, în vin, în bere, în apă destilată. Temperatura care le convine mai bine este cea de la 30° până la 40°, ei se înmulțesc însă pe gelatină și la 20°. La temperatura mai mică de cât de 16° ei cresc fórte încet. Frigul nu'i distruge. Puși pe humă sau pe pânzeturi umede la temperatura ordinară, mai ales la cea între 18° și

25°, ei se dezvoltă repede și chiar după trecerea de 24 de ore ei predomină asupra altor specii de bacili, după două sau trei zile însă reproducțiunea lor încetează, din cauza altor paraziți care se dezvoltă alături cu ei. Bacilii Cholerei suportă mai multe zile temperatura de 45°, la temperatura de 50° ei mor după câte-va zile. Dacă mediul în care trăesc este încălzit cu încetul la 65° sau repede la 75°, bacilii Cholerei devin sterili. (Cornil și Babeș). Bacilul Cholerei mure dacă se usucă mediul în care trăesc.

Bacilul virgulă este aerobic, el poate trăi în apă destilată până la 12 ore, în apă de băut curată mai bine de cât o săptămână, în apă necurată care conține substanțe organice mai mult timp. Acidul gastric exercită asupra'i o acțiune toxică, Koch admite ca obicnuit bacilul Cholerei se distruge în stomac, că el ajunge însă viu în intestinele subțiri, dacă este înghițit de o dată cu o cantitate mai mare de lichide, trecând ast-fel mai repede prin stomac fără a fi modificat prin sucul gastric, sau dacă sucul gastric, în urma unei indigestiuni, a pierdut caracterul său normal. Ast-fel se esplică aparițiunea Cholerei în urma unei indigestiuni și la persoane care sufer de catar al stomacului.

Vegetațiunea bacilului Cholerei se opresce prin piatră acră în cantitate de 1 : 100, camfora 1 : 200, acid fenic 1 : 400, esență de menta piperată 1 : 2000, sulfat de cupru 1 : 2500, chinină 1 : 5000, bichlorur de mercuriu 1 : 100,000 (R. Koch).

Pentru profilaxia Cholerei este foarte important faptul, că bacilul virgulă mure dacă se usucă mediul

pe care trăesce. Koch a întins pe pânda umedă excrementele cholerice și sucii intestinali luați din cadavrele persoanelor morți de Choleră și a uscat-o, după un timp variabil, câte odată deja după puține ore, bacilii au fost morți, incapabili de a se mai înmulți în un mediu nutritiv. Asemenea moare bacilul choleriei aflat pe humă după uscarea humei.

Mediul principal al propagațiunii Choleriei sunt bolnavii de choleră și efectele lor, apoi apa infectată prin excrementele și prin pânșeturile bolnavilor cari sufer de această boală, mai cu osebire apa stătută, apa conservată în bazine și vase deschise, apa din gârle mai mici care curge încet, apa de mare din porturi. Pulverele uscate transportate prin vânt nu pot servi ca vehicul al virusului Choleriei.

D. R. Koch a constatat prezența bacilului virgulă în India în unele ape stătătoare, care serveau ca apă de băut. În cea din urmă epidemie de Choleră din Ungaria în anul 1886, d. V. Babeș n'a putut găsi acel bacil în apă de băut, cu toate că epidemia a atins cu predilecțiune localitățile aprovizionate cu apă rea, din contra a găsit d. Babeș bacilul Choleriei pe pardosela locuințelor ocupate de bolnavi și pe efectele lor, și a constatat propagarea bolii prin efecte și prin alimente infectate. În ultima epidemie din Austria din anii 1885—1886 d. Max Gruber n'a putut constata că apa de băut ar fi fost un mediu de transmisiune a virusului, el a aflat însă probe numeroase de infecțiune prin oameni bolnavi și prin obiecte mănșite cu desinfecțiunile bolnavilor.

În general sunt epidemiile de Choleră obișnuit mai violente și mai întinse în localitățile necurate, necanalizate.

sate, lipsite de apă bună de băut, locuite de o populațiune incultă, neprimitoare de povețe igienice.

Profilaxia Cholerei rezultă din cele expuse mai sus. In cele mai multe cazuri Cholera a fost importată cu ocaziunea pelerinagelor religioase din India la Mecca și d'acolo în Europa. După ce Cholera a trecut dincóce de Marea Roșie sau de Marea Caspică, este foarte dificil a opri invasiunea ei în Europa, din această cauză trebuie să'i opunem o stavilă în porturile acestor două mări, precum au cerut'o deja A. Fauvel în anul 1866 și A. Proust în anul 1869.

Mai înainte, când călătorii se întorceau din Mecca în Egipt prin desertul Arabiei (și nu pe mare), Cholera n'a fost nici odată introdusă în Europa pe această cale. Din această cauză s'au prescrip, după îndemnul conferinței sanitare internaționale de la Constantinopole din anul 1866, măsurile următoare: In Hedjas (districtul Arabiei d'împrejurul urbei Mecca) s'a stabilit o comisiune medicală, însărcinată cu priveghierea stării sanitare a pelerinilor. In cazul când se ivesce acolo cholera, comisiunea însciințază pe de o parte pe administrațiunea locală și pe guvernul egiptian, pe de altă parte pe comandantul navelor de resbel staționate la Djedda și Iambo, pentru ca să se intrerupă îndată comunicațiunea pe mare între Hedjas și Egipt. Pelerinilor cari nu voesc aștepta încetarea epidemiei, nu le rămâne liberă altă cale în Egipt de cât cea prin desert; înaintea sosirii lor la Suez ei sunt supuși la carantină. La 18 Febr. 1880 guvernul otoman a promulgat un regulament sanitar, aplicabil navelor cari transportă pelerinii, acest regulament conține măsurile necesarii de po-

liția sanitară, menite a opri lățirea Cholerei prin transporturile pelerinilor, din nenorocire însă prescripțiunile regulamentului nu se observă cu rigurozitate.

Carantinele sunt de utilitate incontestabilă, pentru a preveni importățiunea Cholerei din Orient în porturile maritime ale Europei, deși există exemple, că cu toate carantinele din porturile de mare, cholera a fost introdusă în ele, sau prin carantina însăși sau pe uscat. În cas de aparițiunea Cholerei în Marea Roșie sau în Marea Caspică, observațiunea carantinească a călătorilor suspecți sosiți din Orient în porturile Europei trebuie să dureze cel puțin 5 zile, și în casurile prea suspecte, adică când s'au observat casuri de choleră pe nave în timpul călătoriei, sau când starea igienică a navei este rea, 10 zile. Carantina trebuie să nu se mărginească la persoane, ci și efectele călătorilor trebuie să fie desinfectate. Comunicațiunea directă între funcționarii și servitorii lazaretului și între urbe trebuie să fie cu desăvârșire oprită. Cele țise aci se referă la carantinele maritime, carantinele terestre și chiar cele la malurile fluviilor mari sunt ineficace.

Un număr însemnat de igieniști moderni nu împărtășesc însă opiniunea noastră asupra utilității carantinelor. De vreme ce la conferința sanitară internațională din Constantinopole din a. 1866 carantinele au fost considerate ca măsuri profilactice de prima ordine, conferința din Viena din a. 1874 a pus observațiunea sanitară simplă alături cu carantina, iar conferința din Roma din anul 1885 a dat observațiunei sanitare o importanță mai mare de cât carantinei.

La congresul al VI. internațional de Igienă și de Demografie din Viena din anul 1887, doi medici din cei mai competenți în materie, d. Adrian Proust și Gilbert Ballet, au propus măsurile următoare, care ar permite ca carantina de observațiune să se desființeze și ca carantina de rigore să se aplice numai navelor care au sau care au avut pe bord bolnavi de cholera : fie-care nave de călători va fi perfect ventilată și va posedea un aparat de desinfecțiune cu vaporii supuși la presiune ; măsurile de asanare și de desinfecțiune se vor lua atât la punctul de plecare dintr'o regiune infectată, precum și în timpul călătoriei și în fine la sosire ; pe bordul navei se va afla un medic, numit de administrațiunea sanitară și dependente de dinsa, însărcinat cu privigherea desinfecțiunii, și obligat a raporta în portul de sosire despre cele întâmplate în timpul călătoriei.

După ce cholera a apărut deja în interiorul țerei, vom lua măsurile următoare :

1. Distrugerea directă a materiei infecțioase, desinfecțiunea excrementelor, distrugerea sau desinfecțarea radicală a pânzelurilor, vestmintelor și aserniturilor infectate.

2. Depărtarea repede a substanțelor infecțioase din locuința, curățenia scrupuloasă a caselor și curțiilor.

3. Controlarea populațiunii prin oameni competenți, pentru a se putea diagnostica repede primele cazuri ale bolii și stinge astfel epidemia născândă ; izolarea bolnavilor ; oprirea transportului bolii de la un loc la altu ; strămutarea locuitorilor sănătoși din casele infectate.

4. Povățuirea publicului asupra pericolității a-

limentelor crude, a apei necurate, a apei de gârlă sau de puț nefierte, și a pânșeturilor infectate.

5. Privighierea călătorilor cu cale ferată. Călătorii din localitățile infectate se aședă în vagone speciale care pörtă o inscripțiune specială, și se preveghiedă în timpul călătoriei; bagajele acestor călători și vagonele se desinfectedă. Conductorii trenurilor se aprovisionedă cu pulverea lui Dower și cu picături anticholerice, cu instrucții precise asupra întrebuiňării lor în cas de îmbolnăvire a unui călător, fiind obligați a raporta Capilor de stațiune despre casurile de bółă observată în timpul călătoriei.

6. Desinfecțiunea scrupulósă a latrinelor din gări, hanuri, oteluri, cárciumi, și din alte locale frecuentate de un public numeros.

La Conferința sanitară asupra Cholerei, ținută la Oficiul sanitar imperial din Berlin în anul 1885, s'a demonstrat pericolositatea emigrațiunilor din localitățile în care a apărut Cholera, și s'a recomandat la primul loc profilaxia individuală; fie-care individ să se povătuéscă după putința, despre necesitatea iso-lațiunii și despre modul propăgațiunii bólei. Koch recomandă, ca fie-care cameră în care s'a arétat Cholera să se aeréscă și să se ție nelocuită timp de 6 zile.

Pe aceste principii se bazează instrucțiunile, date autorităților administrative de către Consiliul sanitar superior al României în anul 1883 și Instrucțiunile pentru public elaborate în anul 1885 de către Consiliul de igienă publică și de salubritate al orașului Bucuresci, care instrucțiuni le reproducem mai jos.

În anul 1888 d. dr. Gamaleia din Odesa a descoperit un vaccin chimic, vaccin sterilizat, care după

opinia d-sale apără în contra Cholerei. D. Gamaleia vaccină cu virusul Cholerei mai întâiu o cobaie, apoi de la cobaie succesiv mai mulți porumbei, după trecerea prin corpul porumbeilor bacilul virgulă a dobândit o virulență mai forte, acest virus foarte activ se cultivă în bulion nutritiv, și după terminarea culturei se sterilisază prin încălzire la 120° în timp de 20 minute. Cultura ast-fel sterilisată mai conține un corp toxic, este însă liber de bacili virgulă; injectat de odată în doză mai mare, adică de 4 centimetri cubi pentru cobaie, de 12 centimetri cubi pentru porumbei, ea produce mörte, iar dacă aceste cantități ale culturei sterilisate sunt injectate nu de odată, ci succesiv în 3 până la 5 zile, animalul devine imun în contra injecțiunilor nesterilisate ale virusului choleric forte. Acum rămâne, că d. dr. Gamaleia să verifice la om eficacitatea acestei vaccinații preventive.

CONSILIUL SANITAR SUPERIOR

Instrucțiunii pentru autoritățile administrative asupra măsurilor profilactice în contra Cholerei asiatice

Nr. 529 din 27 Iunie 1883.

1. Prefecții de județe și în cele 10 orașe mari primarii lor, în unire cu consiliile locale de igienă, vor lua toate măsurile putincioase profilactice și curative contra cholerei.

Aceste autorități vor veghia asupra esecutării măsurilor espuse mai jos și a altor lucrări cu care vor fi iusărcinate; vor lua din propria lor inițiativă dispoziții în casuri ur-

gente, și vor trimite ministerului de interne raporturi periodice asupra activității lor și asupra stărei sănătății publice.

2. Administrațiunile speciale ale spitalelor, județele și comunele urbane, ale căror mijloce o permite, vor înființa îndată spitale speciale pentru bolnavii afectați de choleră, osebite de spitalele permanente.

Numai în cazul, când mijlocele materiale nu vor permite înființarea spitalelor speciale, se vor adapta pentru bolnavii de choleră despărțiri speciale în spitalele existente, cu totul separate de localitățile pentru cei-l-alți bolnavi. Apartamentele destinate pentru bolnavii de choleră vor avea infirmerii osebite.

Spitalele care nu sunt bine aprovizionate cu materialul necesar, se vor înzestra îndată cu toate trebuințele, mai cu osebire cu pânzeturi (albituri).

Bolnavii de choleră tratați afară din spitale se vor isola după putință.

3. Județele și comunele vor complecta îndată vacanțele din serviciile lor medicale, vor înceta d'a mai da concedii și vor chema la post pe toți funcționarii sanitari aflați în concediu.

Județele și comunele urbane vor îngriji, ca la momentul oportun să aibă un număr suficient de medici auxiliari cari, împreună cu agenții sanitari permanenți, să facă viziite preventive menite a descoperi chiar prodromele cholerei, să caute pe bolnavi și să înruiereze asupra igienei private.

Medicii de plăși vor fi aprovizionați cu medicamentele necesare.

4. Administrațiile respective vor priveghia mai cu osebire curățenia porturilor și a garelor. Latrinele (privatele) și hasnalele din porturi și de la garele calei ferate se vor curăți îndată radical, și se vor desinfecța ținic cu substanțele desinfecțante arătate la art. 10.

Asemenea se vor spăla și desinfecța navele, vagoanele drumului de fer și după putință chiar trăsurile de birje

și căruțele care au servit pentru transportul bolnavilor de choleră.

Otelurile și hanurile se vor ține foarte curate.

Autoritățile prevădute la art. 1 se vor încredința mai cu osebire despre starea igienică a locuințelor săracilor, o vor îndrepta după putință și vor opri aglomerarea prea multor locuitori în case strimte și insalubre.

Latrinele și hasnalele casarmelor și altor clădiri publice vor fi asemenea curățite radical și desinfectate.

5. Administrațiile locale vor veghia asupra executării conștiincioase a regulamentelor relative la salubritatea publică ; în orașe se va face serviciul curățirii stradelor cu cea mai mare îngrijire.

Primăriile vor înlesni după putință și depărtarea necurățiilor din curțile particulare, și nu vor tolera stagnarea diferitelor materii necurate în intrul urbelor.

Se va impune proprietarilor curățenia cea mai scrupuloasă a caselor, curților și latrinelor, golirea hasnalelor, și din momentul când cholera ar apare în țară, desinfectarea sistematică a hasnalelor și a privatelor.

Autoritățile prevădute la art. 1 se vor încredința și în persoană despre stricta executare a acestei măsurii.

Primăriile urbane vor pune la cale curățirea, spălarea și desinfectarea canalelor publice, și vor veghia ca malurile apelor curgătoare precum și apele să se mențină în curățirea cea mai perfectă. Nu se vor tolera în intrul urbelor proprietăți particulare neîmprejmuite.

Latrinele publice se vor spăla și desinfecta în toate zilele; asemenea se vor spăla adesea ori canalele publice prin curenți abundente de apă.

6. Se va opri îndată înmormântarea în intrul urbelor și satelor.

Acolo unde nu s'au creat până acuma cimitire afară din raionul comunei, ele se vor înființa fără amânare în conformitate cu legea din 15 Maiu 1864 ; se vor face în grabă achizițiunile terenurilor necesarii, care se vor împrejmui și se va construi o simplă capela de scânduri.

Cadavrele celor încetați diu viață de choleră se vor transporta la cimitir în cosciuge închise; ele se vor putea transporta îndată la cimitir și înmormente după trecerea de 12 ore, în cas când morțea va fi verificată de către un medic.

Gropile de înmormentare se vor face cât de adânci se va putea. Cosciugele se vor acoperi cu un strat de var nestins.

7. Privegherea sanitară a alimentelor și a băuturilor se va face într'un mod mai perfect și cu mai multă severitate de cât în timpul ordinar.

8. În timpul epidemiei nu se va face nici o strămutare a garnisonelor diu diferitele localități. Asemenea se va restrânge transportul arestaților la minimum posibil; cei oșândiți la ocnă sau la reclusiune în penitenciare centrale și aflați încă în aresturile județelor orî curților, vor mai rămâne în acele aresturi până la stingerea epidemiei. Se înțelege că asemenea strămutări vor fi oprite numai de la localitățile infectate.

Administrațiunea va executa cu severitate prescripțiunile în contra vagabondagiului.

9. Se va povățui publicul asupra modului propagării cholerei, adică asupra pericolității excrementelor și a materiilor vërsate. Se va recomanda publicului desinfecțiunea imediată a acelor materii, provenite de la bolnavii afectați de choleră. În spitalele unde se află asemenea bolnavi, excrementele și materiile vërsate se vor desinfecți chiar în olă aflându-se în cameră, înainte de a se vërșa în hasna. Asemenea se vor desinfecți rufele, așternuturile și toate obiectele cari au fost în contact cu bolnavii de choleră.

10. Dintre substanțele desinfecțante se recomandă mai cu osebite sulfatul de fer (calaican). Soluțiunea de 10 la sută se tórnă în olă sau în lighian, în hasnale, în latrine, canale și se amestecă cu conținutul lor; acid carbohic crud (fenilic), 1 parte la 10 părți apă. În lipsa acestor desinfecțante se pôte întrebuința și cenușă. Vagónele în care s'au trans-

portat cholericul se vor desinfecă prin arderea de sulf (puciosă), lăsându-se interiorul vagonelor espus³ acțiunei acidului sulfos cel puțin 6 ore.

Vestmintele, așternuturile și celelalte obiecte care au fost în contact cu bolnavul afectat de cholera, se vor trata în același mod.

Pânzeturile se vor muia în leșie tare și fierbinte, sau într-o soluție 5 la sută de săpun verde (săpun de potasă) în care vor sta cel puțin 6 ore. Camerele în care au răcit bolnavii de cholera se vor desinfecă prin golirea lor, închiderea ușilor și a ferestrelor și degagiarea prelungită a acidului sulfos, produs prin arderea de puciosă.

Cadavrele se vor pune în cosciuge închise, și se vor stropi toate vestmintele și pânzeturile în care sunt învelite cu o soluție de acid carolic de 10 la sută.

11. Se vor imprima într'un număr suficient instrucții populare, pentru public, asupra măsurilor profilactice în contra cholerei.

Acele instrucții se vor trimite îndată prefectilor și primarilor celor 10 orașe mari, care însă le vor da publicității numai atunci, când cholera va apare în țară sau în localitățile limitrofe.

12. Autoritățile prevăzute la art. 1 vor invita pe toți medicii domiciliatii în raionul lor, ca să le comunice îndată toate cazurile de cholera ce se presintă în clientela lor.

Consiliul de Igienă și de salubritate publică al Capitalei București

Instrucțiuni pentru public asupra măsurilor apărătoare în contra Cholerei.

1. Cholera este o boală mlolipsitoare pe care o iați oamenii sănătoși de la bolnavii de cholera, de la morții de cholera, sau de la diferite lucruri care s'au aflat în case unde a răcit cine va de cholera. Cholera se mai produce prin curți,

maidane și strade necurate, unde bolnavii de choleră au depus excrementele și materiile vărsate, precum și prin apa de băut și de spălat amestecată cu asemenea necurătenii; necurătenii bolnavilor nu produc tot-d'auna choleră îndată după ce au fost depuse în acele locuri, ci de multe ori după trecerea de mai multe zile. Ne putem apăra în contra cholerii, dacă ne ferim d'a intra în casele unde au zăcut bolnavi de choleră, de a atinge lucruri care vin din asemenea case, precum și morții de choleră, dacă ținem casa, curtea și strada curată și dacă nu întrebuițăm apă necurată.

2. Omenii cari trăesc regulat, cari se culcă de vreme, cari nu mănâncă lucruri crude, ci bucate fierte, calde, în cățătime moderată, cari locuesc în case luminoase și bine aerate, cari nu beau multe băuturi spirtose, sunt mai puțin espuși la choleră, de cât aceia cari trăesc neregulat, mâncând multe pome, murături și alte alimente crude, cari sunt dedați băuturilor, cari locuesc în case strimte, întunecose, necurate.

Să nu se mănânce dar în timpul cholerii lucruri crude, negătite, precum salată, castraveți, ardei, pome, ci numai bucate gătite la foc, lapte fiert, pome făcute compot. Să nu mâncăm și să nu bem nimic dintr'o băcănie, dintr'o brutărie, dintr'o cârciumă ori bragagerie în care se află un bolnav de choleră.

3. Omenii deprinși cu viața regulată cată să nu schimbe obiceiurile lor.

Nimeni să nu se expuie la răcelă, să nu iasă de dimineță din casă pe nemâncate, ci să mănânce ori să bea ceva cald.

4. Apa stătută, apa de gărlă necurată, apa din puțuri din apropierea grajdurilor, hasnalelor și a altor locuri din cari se pot strecura necurătenii în puț și ori ce apă care este turbure și cu miros, pôte deveni vătămătoare. Apele de gărlă în care s'au scurs necurătenii din private, din spălătorii și alte lături sunt foarte periculoase.

5. Apa necurată devine bună de băut prin ferbere. Apa

din isvóre aflate in depártare de oraş se póte bea fără pericol. Cine este însă silit să bea apă de puţ orî de gârlă, va face bine să o fêrbă şi să o pue să rēcescă într'un vas bine acoperit într'un loc curat, orî să o umple în sticle care le va ţine bine astupate.

6. Pe cât se póte să nu şedă mulţi ómenî într'o singură cameră, şi familiile care posedă multe încăperî, să le ocupe tóte, spre a nu se strica aerul prea mult din necontenita şedere şi dormire într'o singură cameră ; să se deschidă de mai multe orî pe ǎi ferestrele şi uşile pentru aerarea casei.

7. Camerile, intrările, coridórele, scările, plimbătorile şi curţile caselor să se ţină cu desăvârşire curate, gunóele şi alte necurăţeni să nu zăbovescă mult timp în curţi, lăturile să nu şedă în curţi formând baltace.

8. Ceî sănătoşi să nu mănânce şi să nu bea in camera bolnavului ; să nu mănânce bucate care s'aũ aflat în acea cameră, să nu bea apă care s'a aflat acolo într'un vas deschis. Ceî carî îngrijesc pe bolnav să şî spele mâinele de mai multe orî pe ǎi, mai ales înaintea mánçării, să schimbe vestmintele când sunt mánjite de la bolnav şi să le desinfecteze în modul arêtat la art. 11. Dacă sunt siliţi a merge în alte case, să se cureţe mai întâiũ şi să schimbe vestmintele.

9. Dacă o familie locuesce într'o singură cameră şi cineva din familie se bolnăvesce de choleră, este necesar ca să fie transportat la un spital îndată, nu numai din cauză că acolo va fi mai bine căutat, ci şi pentru ca să nu se bolnăvescă şi ceî-l'alţi membri ai familiei.

10. Obicînuít cholera începe cu dureri micl de inimă orî cu urdinare fără nicl o durere. Dacă asemenea bolnavi se caută îndată, ei se vindecă mai tot-d'a-una, dacă însă ei nu opresc urdinarea, atuncî se arată adevêrata choleră, cu vêrsăturî, cu eşire afară necontenită, cu cârcei la pulpe, cu stingerea glasului, cu incetarea udului, cu sudorî reci ; dar şi tóte aceste suferinţe aũ léc, bolnavi de choleră nu trebuesc să móră toţi, ci ceî care chiamă medicî de timpuriũ scapă în mare parte. Ceî săraci să chieме dar îndată

pe medicul comunal al secțiuneii în care locuiesc. Bolnavii să nu pierdă timpul cu lécuri băbescé și cu doctorii de casă, ci să cêră ajutorul unui medic de la începutul bólei, când scăparea este încă cu puțină.

11. Dacă cine-va s'a bolnăvit de choleră, trebuie să se curețe (să se desinfecteze) tot ce vine de la acel bolnav, tot ce el a atins, pentru ca să nu se molipsescă locuitorii aceleii case, precum și alte persoane. Acéstă desinfectiune trebuie să se facă cu cea mai mare grabă.

Excrementele și materiile vêrsate să se desinfecteze chiar în camera bolnavului, înainte de a se vêrsa în latrină (în hasna), cu acid carbolic (acid fenic) pur o parte topit în 20 părți apă, turnându-se acéstă amestecătură în ólá, spălându-se cu dênsa óla, lighianul, patul și alte mobile, precum și pardoséla mánjită, asemenea se vor desinfecta cu acid carbolic o parte la 20 părți apă (5 la 100) tóte pânzeturile (rufele) pătate cu excremente ori cu materii vêrsate. Pânzeturile necurate, înainte de a se scóte din camera bolnavului și înainte d'a se da la spêlat, se vor muia într'un vas umplut cu 5 părți acid carbolic topit în 20 părți apă; dacă nu se ia acéstă măsură, spêlătorésa se bolnăvesce cea d'întăiu de choleră, de vreme ce spêlarea pânzeturilor ast-fel desinfectate este cu desăvârșire nevătémătóre. Scaunul privateii și pardoséla privateii se vor spêla asemenea cu acid carbolic 5 părți la 100 părți apă, nu numai în cas de adevêrată choleră, ci și la ori-ce urdinare în timpul molimeii (epidemiei) de choleră. În hasna se va vêrsa în fie-care și prin gura fie-căreii latrine (pe la scaunul latrineii) cel puțin câte 1 litră de calaican (sulfat de fier) topit în apă, să nu se verse în latrină ori în hasna materiile cari vin de la un bolnav de choleră fără a se desinfecta, căci atunci se otrăvesce tóată hasnaua și ómenii sănêtoși cari intră în acea latrină se pot molipsi.

În lipsă de acid carbolic óla de nópte, excrementele și materiile vêrsate se pot desinfecta cu chlorur de zinc, 5 părți la 100 părți apă, sau cu piatră vinată (sulfat de cupru), sau cu calaican (sulfat de fier) o parte la 10 părți apă,

turnându-se în olă ori lighian în cățătime mare, pentru ca materiile să fie cu desăvârșire acoperite.

12. Cadavrele celor morți de choleră se vor desinfecța asemenea îndată după morțe, învelindu-se într'un cêrșef muiat în acid carbolic, o parte topit în 20 părți apă. Ascernutul lor nu se va scôte din cameră înainte de a fi desinfecțat în modul arêtat la art. 13. Mortul se va pune în grabă într'un sicriș (cosciug), care se va mai stropi pe din intru și pe din afară cu acid carbolic 5 la sută și se va închide. În lipsă de acid carbolic cadavrul se pôte desinfecța cu chlorur de zinc 5 părți în 100 apă ori cu ipochlorid de calce, puindu-se în cosciug și acoperindu-se cadavrul cu praf de ipochlorid de calce. În mormântarea se va face îndată după ce medicul comunal va fi verificat morțe. Nu se va aduce în biserică nici un mort de choleră.

13. După scôtirea mortului din casă și după însănătoșirea bolnavului, se vor desinfecța camerile în care au zăcut în timpul bôlei ori în care a fost aședat sicriul. Mobilele se vor depărta de la pereți, pentru ca aerul să tragă bine și în jurul mobilelor. Diferitele lucruri cari au trebuință a fi desinfecțate, precum vestminte, saltele, plapomi, perne, covore, se vor pune pe scaune sau se vor atârna pe fringhiî întinse prin cameră, se vor aduce în acele camere mangale cu cărbunî aprinși, cari se vor acoperi cu cantitate mare de puciosă (pentru o cameră de mărime mijlocie 2 până la 3 oca puciosă) și apoi se vor închide ferestrele și ușile, lăsându-se închise cel puțin 8 ore, în care timp trebuie să vadă cine-va prin ferestă închisă dacă nu se aprinde ceva spre a preveni la timp un incendiș. După isprăvirea desinfecțiunei se vor deschide ușile și ferestrele și se va aera casa mai multe zile.

14. Birja în care s'a transportat la spital un bolnav de choleră trebuie să se desinfecțeze bine prin udarea pernelor, covorelor, burdufului și a tot interiorul ei cu acid carbolic 5 la 100, sau priu alumarea cu puciosă într'un șopron bine închis. Este periculos pentru cei sănătoși d'a se servi de o

birjă necurată, mánjită cu materiile vęrsate de un bolnav de cholera.

15. Cei sęraci vor priimi de la Primăria gratis acidul carbolic, puciósa și oric-ce alt material pentru desinfectiuni.

Bolnavii sęraci vor fi căutați în casele lor fără plată, de medicii comunali ai secțiunii în care locuiesc, care le vor da și medicamente fără plată.

XIV.

Febra Galbenă

Febra galbenă, caracterisată prin decurs răpede, prin simptome tifoide și uremice, prin vęrsaturi biliöse și emoragice, prin coloritul galben al tegumentelor comune, prin albuminurie și prin contagiositatea eminentă, endemică în insulele Antilelor, în Mexic, în Brasilia, în litoratul nord-vestic al Africei, a fost adeseori importată în Europa, anume în Portugalia, Ispania și în unele porturi ale Italiei și Franciei, fără a se întinde peste o parte mai mare a acestor țeri. În regiunile temperate febra galbenă epidemică se arată în vecinătatea mării numai în lunele căldurose și dispare în timpul iernii, pe bordul corăbiilor bóla încetădă asemenea când ele vin în mările mai recoroșe. Până astă zi febra galbenă n'a fost nici o dată importată în România, din an în an se măresce însă numărul porturilor Europene accesibile acestei bóle, și din acéstă cauză trebuie să facem cunoscinta cu măsurile preventive în contra febrei galbene.

Contagiul febrei galbene se transportă mai cu ose-bire prin apa din calea (partea cea mai profundă) corăbiilor, și infectă cu predilecțiune pe lucrătorii ocupați cu descărcarea mărfurilor din navă. Aerul din părțile inferioare ale unei nave infectate poate să infecte și persoanele din navele vecine, cu ocaziunea descărcării. Contagiul inheră mult timp așternu-turilor, pânzeturilor și vestmintelor care au fost în contact cu bolnavii. Dintre animalele domestice sunt și câinii priimitorii pentru contagiul febrei galbene.

Incubațiunea febrei galbene durează de la puține ore până la câte va zile.

Domingos Freire a descris în anul 1880 pe micro-bul febrei galbene, *Cryptococcus xanthogenus* (Gony, Histoire de la fièvre jaune au Brésil. Thèse. Paris 1884). Freire și Rebougeon au găsit acest cripto-coc în materiile vărsate și în excrementele bolnavilor de febre galbenă, 'l au slăbit prin cultură și au produs astfel un «virus atenuat» pentru inocula-țiuni preventive. Descoperirea doctorului Freire a fost constatată de doctorii Granizoy-Ramirey și Finlay din Havana, este însă prudente a se mai adăsta confirmări ulterioare a faptelor relatate de dr. Freire, Ramirey și Finlay. D. V. Babeș nu atribue nici o valoare lucrărilor doctorului Freire, d-sa a avut ocaziune a examina numai rinichiul și ficatul persoanelor morțe de febre galbenă, și a găsit în aceste organe nise filamente compuse din diplococi, din bălișore foarte scurte cu spori terminali. Alvarez a găsit bacterii analogi în urina bolnavilor de febre galbenă. Babeș crede, că cu mare probabilitate paraziții febrei galbene au sediul lor în intestine.

Profilaxia în contra importațiunei febrei galbene constă în curățenia extremă a corăbiilor, în desinfecțiunea apelor infecte din partea cea mai profundă a navei, și în supunerea la măsuri carantinesci a navelor suspecte, sosite din țările unde febra galbenă este endemică. Conferința sanitară internațională din Roma din anul 1885 a recomandat în contra febrei galbene aceleși măsuri profilactice, ca în contra cholelei asiatice.

XV.

T i f u s u l.

Cele d'ântéiū sciri positive ce posedăm despre Tifosul, (Tifus exanthematic, Tifus petechial) datédă de la anul 1501, când această bôlă, încă necunoscută medicilor italiani, fu introdusă din Cypru în Italia (Fracastoro. Lib. de contagione Lugd. 1554). Prima întindere pandemică dobândi tifusul în secolul al XVI. D'atunci 'l vedem făcând concurență pestei orientali, urmând armatele în resbele numeroase, devastând și în timp de pace multe țări, și însoțind mai cu osebite miseria fizică. Medicii și cronologii diferitelor națiuni 'l dau diferite numiri, precum : febre maculosă, febre ungarică, febre putredă, lingôre, febre lentă, febre irică, febre navale. Cu încetarea resbelor împăratului Napoleon I. (a. 1814) încetédă și ultima pandemie de tifus. În cele din urmă decenii mai vedem în Europa, când epidemii

de tifus mai mărginite într'o comună sau într'un district, când epidemia întinse peste provinciile întregi. Ultima epidemie mai mare de tifus era cea din anii 1867 și 1868, care însoți fîmetea din nord-estul Prusiei și care infecta chiar districtele Rusiei limitrofe cu acea parte a Prusiei. Endemia de Tifus s'a observat cîte o dată în corăbii necurate și aglomerate cu mulți călători.

În mod epidemic mai găsim astăzi tifusul în provinciile baltice ale Rusiei, în Polonia și mai cu osebire în Irlanda. Irlandezii l'aș și transportat în America.

Pînă acum 20 ani s'a observat la noi adese-ori endemia mărginită de tifus în închisorii, și cîte o dată mici epidemii în garnisioanele militare. În unele penitenciare tifusul era boala predominantă. Vechiul penitenciar central de la Curtea-arsă din București era mulți ani un focar deleter de infecțiune tifică, care a cauzat mîrte mai multor medici ai acelei închisori, în anul 1867 și autorul acestui tratat, însărcinat cu serviciul medical al penitenciarului în timpul unei endemii tifice foarte întinse, și ocupat cîte 4 pînă la 5 ore pe zi în atmosfera necurată a stabilimentului, s'a bolnăvit asemenea de un tifus grav; în acel penitenciar endemia tifică nu s'a putut stinge prin alt mediu, de cît prin strămutarea stabilimentului într'un edificiu salubru, la Văcăresci. Casurile sporadice de tifus exantematic s'a mai observat în capitală în cei din urmă ani, în unele locuințe miserabile, ocupate de óimeni foarte necurați, precum măturătorii de stradă, bragagi, servitorii olteni ai unor precupeți. Strămutarea locuitorilor în

case salubre și curățirea radicală a locuinței a oprit tot-d'a-una lățirea contagiului.

Tifusul se dezvoltă mai lesne în atmosfera stricăată a localităților suprapopulate, necurate și neventilate, în închisorii, casarme, hanuri. Ignoranța, sărăcia, necurățenia, miseria fizică în general și lómetea în parte, sunt condițiuni cari predispun la nascerea lui.

Tifusul este contagios. Nu cunoșcem până astă-đi micro-organismul care produce Tifus. Contagiul inheră atmosferei imediate a bolnavilor, păreților camerilor în cari au zăcut tifoși, diferitelor obiecte cari au fost în contact cu dênșii și cadavrelor lor. Murchison menționeđă casuri de contagiune tifică prin pânđa de corturi. Contagiul se póte transmite și prin vestmintele persónelor cari vin din atmosfera tifică, fără ca să fie singuri bolnavi, spre exemplu prin arestații dintr'o închisóre unde tifusul este endemic.

Indiviđii rău nutriți sunt mai primitorii pentru contagiul, de cât cei cari trăiesc în condițiuni igienice perfecte.

Incubațiunea contagiului tific duréđă de la puține ore până la mai multe đile.

Preintêmpinăm nascerea tifusului prin preveghearea înteligență a igienei publice, prin luarea măsurilor în contra aglomerațiunii multor locuitori în localități insuficiente, în contra necurățeniei locuințelor, în contra suprapopulațiunei închisorilor, casarmelor, navilor, și mai cu oșebire prin nutrirea suficientă a populațiunei închisorilor.

Casele suprapopulate în cari a apărut o endemie de tifus, căută să se goléscă și să se desintecte. În

spitale să se isoleze după putință bolnavii afectați de tifus. Infirmeriile sunt foarte expuse la infecțiune, ei se pot apăra prin curățenia scrupuloasă, prin ventilarea neconținută a camerelor în care se află bolnavii. Intrebuițarea respiratorului de bumbac recomandat de către Griesinger, adică legarea unei bucăți de vată curată d'inaintea nasului și a gurei, prin care bumbac să se filtre înaintea inspirațiunii aerul din localele ocupate de bolnavii de Tifus, are o valoare foarte dubioasă.

Nu numai localele ocupate de bolnavi de tifus, ci și dejecțiunile lor și toate obiectele aflate în acele case trebuie să se desinfectă cu scrupulositate.

Localele în care se află bolnavi să se aerească neconținut. Excrementele bolnavilor să se desinfecte printr'o soluțiune de sublimat 1 la 1000 sau de acid carbolic 5%, care soluțiune se varsă în vasele de noapte, cu aceeași soluțiune să se spele latrinele frecventate de bolnavi. În hasna se va vărca o soluțiune de sulfat de cupru de 5% sau de Bichlorur de mercuriu de 1 la 1000.

Pânzeturile intrebuițate de bolnavi să se măie chiar în camera bolnavilor, într'o soluțiune de sublimat sau de acid carbolic de concentrațiunea indicată mai sus. După însănătoșirea bolnavului sau după mórtea lui să se desinfecteze obiectele de ascernut și vestmintele prin apă fierbinte, sau prin vaporii fierbinți de apă și prin aerare prelungită. Pereții camerilor să se spoiască cu calce sau să se spelă cu o soluțiune de acid carbolic de 5%; cu aceeași soluțiune să se spele pardoséla, ușele, ferestrele și mobilele. Obiecte de valoare mică se vor arde,

cele lalte obiecte să se desinfecte prin aerare prelungită. Cadavrele să se învelască îndată după morțe în pânđe muiate în soluțiune de acid carbolic 5^o/_o, sau de Bichlorur de mercuriũ 1 la 1000 și să se ude cu aceași soluțiune, apoi să se transpörte de urgență la casa mortuară a cimitirului.

XVI.

Febrea tifoidă.

Febrea tifoidă (Tifoidul, Dothienteria, Tifusul abdominal, Ileotifusul) este bóla infecțioasă cea mai respândită peste tótă fața pământului, obicnuit endemică ea apare câte o dată într'o localitate în mod epidemic, fiind caracterisată prin febre continuă, prin ulcerațiunea placelor lui Payer și a foliculelor închise ale intestinelor, prin umflătura gangliónelor limfatici ai mesenterului și ai splinei, câte o dată și prin bronchita și prin lesiuni ale parenchinului al ficatului și al rinichilor. În scrierile medicale ale antichității și ale evului mediũ nu gäsım nici o descrițiune, nici o mențiune a acestei bóle, cea ce nu ne dă dreptul a conchide că în acele timpuri febra tifoidă n'a existat. Febra pestilențială și febra putredă malignă din secolul XVI și XVII se par a fi fost febra tifoidă; febra nervoasă, febra intestinală și febra mucosă a secolului XVIII și febra ataxică descrisă la începutul secolului curent, sunt absolut identice cu acéstă bóla. Diagnosa ei a

devenit sigură în urmă progreselor anatomiei patologice, în urma lucrărilor clasice ale medicilor francezi Cloquet, Andral, Bretonneau și Louis, ale lui Schönlein din Berlin și Rokitansky din Viena. Louis a fost cel d'ântâi care s'a servit de numele de « febra tifoidă » (1829), Schönlein cel d'ântâi care prin denumirea de « Abdominal—oder Ganglien-Typhus » a desemnat localizațiunea bôlei. Klebs și Eberth au cultivat și au descris în anul 1880 pe bacilul febrei tifoide, bețișor scurt cu extremități rotunđite, găsit atât în membrana mucosă a intestinului subțire precum și în sângele bolnavilor de febră tifoidă, în glandulele limfatice ale mesenterului, în splină, ficat, și rinichi.

Febra tifoidă a cailor nu este identică cu cea a omului.

Febra tifoidă se nasce în cele mai multe cazuri din cauza locală, ca o bôlă endemică, între locuitorii unei singure case sau unui complex mai mic de case. Ea nu este o bôlă exclusivă a săracilor, aglomerațiunea, miseria fizică și morală nu predispun la nascerea ei. Purtătorii contagiului tifoid sunt excrementele și țesăturile mortificate ale intestinelor, provenite de la bolnavii cari sufer de febra tifoidă. Depărtarea vițiosă și incompletă a excrementelor din locuințele și din vecinătatea lor, înlesnesce nascerea febrei tifoide. Este probabil că contagiul tifoid se pôte comunica atmosferei, se pôte importa din atmosferă în alimente și în bêturi, se pôte transporta prin intermediul vestmintelor, pânđeturilor și obiectelor de ascernut, mânjite cu dejecțiunile bolnavilor de febră tifoidă. Ca vehicul principal al con-

tagiului servă însă apa de băut, apa cu care gătim alimentele noastre, apa infectată cu care s'a falsificat laptele din comerț. Excrementele bolnavilor au destulă ocaziune a infecta apa, ele se infiltră dintr'o hasna rău construită într'un puț vecin, dintr'o latrină situată la marginea unei gârle în apa ei, și se varsă direct în apele curgătoare de care se servă locuitorii din vecinătatea lor. Unii autori afirmă, că contagiul febrei tifoide se poate propaga și prin excrementele persoanelor afectate numai de gradele cele mai ușoare ale febrei tifoide, de diareea tifoidă fără febre, care nu le oprește a umbla și a călători. În nici un caz însă nu putem admite ca exactă arătarea lui Murchison, că excrementele omenesci în general, ca și materiile fecale ale omienilor sănătoși, pot prin fermentațiunea lor să nască contagiul tifoid, căci în cazul acesta febra tifoidă ar fi cu mult mai frecventă de cât este în realitate, din cauză că prea mulți oameni se servă de apă infectată prin dejecțiuni omenesci. Este însă probabil, că bacilul febrei tifoide se înmulțesce cu predilecțiune în prezența excrementelor, că o hasna în care a fost importat bacilul tifoid, devine un focar de infecțiune prin înmulțirea bacilului, care găsesce în hasna nutrimentul cel mai apt pentru dezvoltarea lui; numai ast-fel putem explica faptele raportate de August Hirsch, că prezența dejecțiilor organice aflate în putrefacțiune, că mai ales excrementele omenesci descompuse, infiltrate în sol, aflate în hasnale, în latrine rău întreținute, în canale nespălate, jocă un rol însemnat în etiologia febrei tifoide.

Bacilul febrei tifoide n'are spor, ci se înmulțesce

prin divisiune, din această cauză contagiul tifoid este mai puțin tenace, de cât spre exemplu acela al dactilului și se distruge mai lesne de cât cel din urmă.

Profilaxia febrei tifoide constă în depărtarea perfectă a excrementelor din locuințele și din vecinătatea lor, în construcția corectă a latrinelor, în canalizațiunea orașelor, în alimentarea comunelor cu apă curată, în oprirea infecțiunii atmosferei, a apei de băut și a alimentelor prin excrementele bolnavilor cari sufer de această boală, prin urmare în izolarea bolnavilor, în aerarea neconținută a camerilor ocupate de ei, în desinfectarea perfectă a excrementelor lor și a tuturilor obiectelor cari pot fi mănjite cu acele excremente. Desinfecțiunea excrementelor, a latrinelor și hasnalelor, a pânșeturilor, vestmintelor și obiectelor de ascernut, precum și a patului, a pardoselei camerei și a tuturor obiectelor cari pot fi infectate prin excremente, să se opereze întocmai ca la Tifus (cap. precedent XV). Scaunele de noapte și vasele pentru excremente să se supuie la o purificațiune radicală prin spălare repetată cu Bichlorur de mercuriū în soluțiune de 1 la 1000. Cadavrele să se desinfecte asemenea prin învălire în pânșe muiate într'o soluțiune de acid carboic ca la Tifus.

Febra tifoidă este mai frecventă în orașe de cât la țară. În Bucuresci febra tifoidă a devenit mai puțin frecventă de odată cu bólele palustre, grație îmbunătășirilor igienice introduse succesiv în oraș, dintre care cea mai importantă este desecarea solului, prin adâncirea și prin regularea albiei Dâmboviți și prin canalisarea multor strade. În anul 1875 aū mai murit în Bucuresci de febră tifoidă 378 per-

sóne, acest număr a scăzut în anul 1884 la 114, în anul 1885 la 107, în anul 1887 la 97 casuri letale. În oraşele spaniole şi franceze această boală este mai frecventă, în cele engleze şi germane mai rară de cât la noi. În anul 1887 au murit de Febră tifoidă la Paris 1356, la St. Petersburg 825, la Londra 623, la Marsilia 482, la Hamburg 465, la Roma 204, la Budapesta 155, la Bucureşti 96, la Viena 79, la Bruxelles 70, la Stockholm 40, la Amsterdam 21, la Christiania 9 persoane.

XVII.

Febră recurentă.

Febră recurentă, Typhus recurrens, Relapsing fever, Typhus à rechutes, Rückfallfieber, a fost pentru prima oară observat în secolul al XVIII-lea, Ratty o menţionează pentru prima oară în descripţiunea epidemiei din Dublin din anul 1739; după dânsul au mai observat alţi autori ai secolului trecut febră recurentă în Marea Britaniă şi în Irlanda, în alte ţări însă ea n'a fost constatată înaintea secolului curent. Prima descripţiune a acestei bóle afară de teritoriul Marel Britanii, este aceea a epidemiei din Odessa din anul 1833 şi din Moscova din anii 1840 şi 1841. Epidemia de febră recurentă cea mai întinsă apărută în secolul curent, este cea din Rusia din anii 1864 şi 1865, observată şi de regretatul prof. A. Marcovici şi de autorul acestui tractat; apoi s'au

vădută epidemiile de febră recurentă în Germania, Austro Ungaria, Malta, Cypru, Egipt, India, China, Statele-Unite, și cazurile sporadice în Scandinavia, Belgia, Grecia și Constantinopole. La noi nu s'a observat până astăzi febră recurentă, cu toate că în rebelul din 1877—78 boala s'a arătat între trupele rusești din Bulgaria (Maximovitsch 1879).

Febra recurentă este o boală febrilă, infecțioasă, cauzată printr'un microorganism parasitar, caracterisată printr'un acces febril de 5 până la 7 zile, urmat de un period apiretic de 6 până la 10 zile, după care vine un nou acces febril de 6 până la 10 zile, care poate fi urmat de alte perioade apiretice și de alte accese. Prognosticul nu este tot-d'auna grav. Febra recurentă fiind foarte contagiösă, formedă obicnuit epidemiile locale care copriind o familie, o casa, o grupă de case. Ca și Tifusul exantematic, febra recurentă se nasce mai cu osebire acolo, unde miseria socială 'i pregătesce terenul, aglomerațiunea și alimentațiunea rea inlesnesc lățiirea ei.

Microorganismul care causază febra recurentă și care se află în sângele bolnavilor este Spirilul său Spirochaeta, descoperit de Otto Obermeier în anul 1873, el se găsește în sânge numai în timpul accesului; după mörte se poate constata prezența lui în splină, el formedă nise filamente lungi, undulate, cu câte 8 până la 12 spirale egale și se mișcă în sânge prin oscilațiuni în diferite direcțiuni.

Mai mulți autori, mai cu osebire Griesinger, August Hirsch, Ponfick și Obermeier, consideră febra tifoidă biliösă ca identică cu febra recurentă. Fe-

bra tifoidă biliōsă a fost observată ca endemică la cōstele orientale și meridionale ale Mărei Mediterane și pe la litoralul Mărei Negre, ea se caracterisēză prin accese febrile, prin colorațiune icterică a pielii, prin petechii, printr'o umflătură considerabilă a splinei și prin fenomene intestinale și se termină cu simptome analoge ca icterul grav. Identitatea acestei bōle cu febra recurentă n'a fost însă până astă-zi constatată prin probe bacteriologice.

Profilaxia febrei recurente este aceeași ca a tifusului. ea constă dar principal în combaterea mizeriei fiziologice și a aglomerațiunii și în izolarea strictă a bolnavilor. Măsurile speciale de desinfecțiune pe care le recomandăm sunt dar aceleași ca cele descrise în cap. XV.

XVIII.

Vērsatul (*Variola*)

Vērsatul (variola), originar în India, în Arabia, în Egypt, în Nubia și în Africa centrală, este una dintre bōlele cele mai vechi ale omenirei. Găsim descrițiunea lui deja în cărțile indice sanscrite și în cărți chineze scrise cu 12 secol înaintea Domnului Christos. Vērsatul era cunoscut lui Hippocrate, Aetiu și Celsu, în secolul VI el era foarte respândit în părțile meridionale ale Europei, cruciadele contribuīră la importarea lui în centrul și în nordul Europei, și în secolul XII, s'a observat în Anglia

cea d'întâiu epidemie de vërsat. De atunci încoace 'l vedem ca pandemic întinđându-se preste tot pămîntul. În America variola a fost importată din Europa după descoperirea Americii prin Cristof Columb.

După generalisarea vaccinaţiunei vërsatul a devenit în secolul curent mai rar, a pierdut caracterul scûu pandemic, şi apare numai în epidemii.

După ultimul război franco-german (1871) centrul Europei a mai fost bătuit de o epidemie de vërsat foarte malignă.

Vërsatul este o boală febrilă, contagioasă, inoculabilă, caracterisată prin erupţiuni de pustule pe pielea şi pe membrana mucosă a gurei, a nasului şi a conjunctivei ochilor ; ea se transmite de la om la animale.

Mară de contactul direct cu puroiul şi cu scórtele pustulelor, vërsatul se mai transmite prin atmosfera imediată a bolnavilor, prin vestimintele, pânđeturile, aşternuturile şi prin cadavrele lor. Incubaţiunea durează de la 3 până la 14 zile. Numai în cazuri foarte rare vërsatul afectă aceeaşi persoană în mai multe rânduri. Variola este astăzi considerată ca o boală parasitară, Weigert, Klebs, Cornil, Babeş au descris pe microbul vërsatului, care însă până astăzi n'a fost izolat prin cultură.

Profilaxia vërsatului nu se mărginesce, ca aceea a celorlalte bôle contagioase şi epidemice, în măsuri de poliţie sanitară generală, în izolaţiunea şi în dezinfectiune, ci dispunem de un mijloc specific pentru preveniţiunea vërsatului, anume de vaccinaţiune şi de revaccinaţiune.

Bolnavii de variola să se isoleze după putinţă,

atmosfera închisă (confinată) a bolnavilor să se re-inoască, locuința, așternuturile, vestimentele să se desinfecte și să se aerăscă cu consecință, pânzeturile să se fierbă în apă, desinfecțiunea să se execute întocmai ca la Tifus și la Choleră și să se prelungească în cas de mörte până după depărtarea cadaverului, care se va desinfecța asemenea imediat după mörte. În urbile mai mari, în cari nu se pöte destina un spital osebit pentru primirea bolnavilor de variola, să fie ei izolați într'un pavilion separat, sau cel puțin într'o aripă separată a spitalului, cu intrare (scară) osebită și cu material și personal osebit. În cas de epidemie de vörsat să se facă revacinațiuni pe o scară förte întinsă.

Vörsatul negru nu este o bölă osebită, provocată printr'un contagiu diferit de acela al vörsatului ordinar, ci un vörsat mai malign prin intensitatea și natura lui, care face ca pustulele să devie confluențe și să se verse sânge în cavitatea lor. În cas de asemenea epidemii există pe lângă vörsatul negru și cel ordinar, și vice-versa se pöte observa în epidemicele de vörsat ordinar, că la indiviđi prea debili pustulele devin confluențe și emoragice.

Mai există și astă-đi controverse, despre identitatea virusului al vörsatului celui mare (variola) cu acela al varicelei (vörsat de vönt). Altoirea limfei de varicela n'a produs însă nici o dată pustule caracteristice de vörsat. Vaccinațiunea copiilor afectați de varicela în stadiul incubațiunei, dă aceleași rezultate ca vaccinarea copiilor sănătoși. Bouchut a observat în spitalul Necker din Paris o epidemie de varicela, într'un timp când nu exista variola. Ace-

eași observațiune a făcut-o Fleischmann la Viena în anul 1870. Copiii afectați de varicela și așezați în spitale unde se afla bolnavi de variola, s'aș infectat și s'aș bolnăvit de variola îndată după uscarea pustulelor de varicela. Virusul varicelei este dar diferit de virusul variolei, varicela nu este o građiune inferiōră a variolei, ci o bōlă sui generis, caracterisatā prin simptome osebite. La varicela se observă erupțiunea vesiculelor în timpul când febra de invasiune se află în culmea ei, la variola ele apar după remisiunea acelei febre ; la varicela de multe ori febra este atāt de mică, în cât abia se iese în sēmă, bōla se termină cu uscarea vesiculelor cari nu supurēđă, vesiculele varicelei nu lasă nici un semn, afară de cazul când maltratarea a provocat o supurațiune mai profundă.

Vaccinarea apēră numai în contra Variolei și nici de cum în contra Varicelei. Persōne afectate de varicela să nu se așede în spitale în aceeași cameră cu bolnavii de variola.

În România vērșatul apară ca epidemie mai mare numai în județele unde vaccinațiunea și revaccinațiunea a fost negligētă. În anul 1884 aș murit în tōtă țera 429 persōne de variolă, din care 147 în județul Bacău, 74 în județul Nēmțu, 37 în județul Gorj, 34 în județul Sucēva, 26 în județul Iași. În anul 1885 aș murit de Variolă în tōtă România 529 persōne, din care în județul Argeș 346, în județul Iași 67, în județul Dimbovița 34, în județul Tulcea 24.

În anul 1886 variola a apărut în 16 județe și s'a întins în 181 comune, numărul bolnavilor de vari-

olă s'a ridicat, după raportul general al D-lui Dr. Sergiū, Director general al serviciului sanitar, la 4969 din care au murit 1046. Județele care în anul 1886 au avut un număr mai mare de comune lovite de variolă au fost : Teleorman cu 31 comune rurale și 4 urbane, Buzău cu 27 comune rurale și 2 urbane și Tulcea cu 17 comune rurale și 1 urbană. În anul 1887 Direcțiunea generală a serviciului sanitar a fost informată despre 6690 persoane bolnave de vârsat din toată țera, din care au murit 1471. În orașul București au murit în anul 1886 10, în anul 1887 21 persoane de variolă. Ca în multe alte orașe mari, sunt și în București imigrații nevaccinați din județe și din străinătate, care dau variolei un contingent numer 3.

Orașele mari din străinătate, care în anul 1887 au suferit mai mult de variolă sunt : Varsovia cu 668, Lisbona cu 491, Milano cu 442, Roma cu 424, Paris cu 389, Budapesta cu 373, Triest cu 282, Scheffield cu 279, Praga cu 259, Saragosa cu 252, St.-Petrsburg cu 224, Genua cu 219 decese de vârsat.

Nu cunoșcem numărul persoanelor din țera noastră care au perdut vederea din cauza vârsatului, în această privință numai Italia posedă o statistică exactă, din care reiese că numărul orbilor se află în raport invers cu numărul celor vaccinați, că în provinciile regatului italian în care numărul celor nevaccinați este mai mare, se află și mai mulți orbi (A. Corradi. Della Cecita in Italia. Milano 1886).

Statistica ne arată o frecventă și mică mortalitate de vârsat, în țerile și în armatele în care vaccina-

ția și revaccinația este obligatorieă. În rebelul franco-german din anii 1870—71 armata germană a pierdut 261, cea franceză 23469 militari prin vârsat. Tot în anul 1871 vârsatul a fost importat în Bavaria și a suferit de această boală 30742 persoane, din care 95,7% au fost vaccinați; cei vaccinați au avut o mortalitate de 13,6%, cei revaccinați de 8.2%, cei nevaccinați de 60,1%. În cei 8 ani de la a. 1873, de când se revaccină toți militari prusieni fără excepție, până la a. 1880, s'au bolnăvit în armata prusiană numai 11 soldați de vârsat, din care numai 1 a murit. (Statist. Sanitaetsbericht der Kgl. Preuss. Armee und des XIII. (wuertemberg:) Armeecorps 1882). În armata italiană a scăzut asemenea mortalitatea de variolă în urma introducerii generale a revaccinației, în anul 1885 au murit de vârsat numai 3 militari italieni. În armata franceză mortalitatea de variolă scade succesiv de la anul 1879 încôce, de când revaccinațiunile s'au generalizat în armată. Până atunci au murit în termen mediu de vârsat 200 militari pe an, în anul 1880 au murit numai 73, în anul 1881 numai 41 sau 7 din câte 100000 oameni (Vallin). În armata belgiană se mai bolnăvesc de vârsat pe an 200 militari, cari dau o mortalitate în termen mediu de 20 pe an. (Riemslog).

În Austria au murit de vârsat în anul 1884 11521 persoane sau 53 din câte 100000 locuitori, provinciile care au dat un contingent mai mare la aceste decese au fost Triest, Tirol, Galiția, Boemia și Carintania.

XIX.

Vaccinațiunea.

Vaccinațiunea sau inoculațiunea vaccinului (altoirea, hultuirea) este o operațiune, la care se pune virusul vaccinal (altoiul) în contact cu vasele absorbitoare ale pielii, prin mici tăieturi, înțepături sau chiar prin sgârieturi, prin care se depărtază epidermul pe o mică suprafață a pielii. Scopul acestei operațiuni este apărarea persoanelor vaccinate în contra vërsatului.

Vaccinul este virusul specific, care după inoculațiune produce pustule vaccinale, virus luat din vesiculele specifice ale vacilor bolnave de vaccina (vaccin animal) sau din vesiculele copiilor vaccinați (vaccin umanizat). Vaccina este o bolă pustuloasă și contagioasă a vacilor.

Vaccinațiunea modernă nu este identică cu *inoculațiunea*, (variolisațiunea, variolațiunea, inocularea vërsatului adevărat, a variolei omului) usitată în secolii trecuți; unele popore din Asia au exercitat o în antichitate, Lokhard scrie că Chinesii au cunoscut-o în anul 1014, că din India variolisațiunea a fost introdusă în Siria și în Caucas, asemenea ea se exercită de mult în Africa centrală, în Nubia și Abisinia. În Europa s'a usitat variolisațiunea în timpul papei Gregoriu XIII, în Constantinopol ea a fost introdusă din Tesalia în anul 1672, în anul 1713 a descris'o

medicul grec Thimoni, în anul 1721 s'a făcut la Londra experimentul variolisațiunei la 7 criminali condamnați la mörte și reușita încercărei a provocat introducerea acestei operațiuni în practica zilnică. Din nenorocire variolisațiunea a dat naștere la multe epidemii de vërsat și din această cauză Parlamentul engles a interzis-o în anul 1723. În anul 1783 variolisațiunea a fost în Anglia din nou încercată și practicăată chiar după invențiunea vaccinațiunei până în anul 1840, când o decisiune a Parlamentului a oprit-o din nou. În secolul trecut variolisațiunea a fost răspândită în toată Europa, mai cu sēmă prin exemplul ce au dat diferiți suverani, unii istoriografi înregistrează că în anul 1756 a fost variolizat ducele de Chartres, în anul 1774 regele Ludovic XVI, în anul 1760 prințul ereditar al Danemarcei, în anul 1764 familia ducelui de Toscana, în anul 1768 împărătesa Rusiei Caterina II cu marele duce Paul în anul 1769 familiile regale a Prusiei și a Suediei. În România variolisațiunea a fost adesea ori operată pe la finele secolului trecut, repositul Protomedic Gusi (care a funcționat în Muntenia până la anul 1860) a aflat de la părintele său descrițiunea procedurii variolisațiunei, introdus în țera de practicanți greci și albanesi.

Pericolul inoculațiunei (variolațiunii) a fost slăbit prin faptul, că limfa pentru inocularea nu s'a mai luat direct de la bolnavii afectați de variola spontană, ci de la cei la care bóla a fost provocată artificial prin altoire și care obicinuit a dat un virus slăbit. Prin repetarea acestui procedeu, prin slăbirea succesivă a virusului, vaccinatorii au ajuns deja

pe la finele secolului trecut a înlătura erupțiunii variolice grave și obicinuit nu s'au arătat în urma operațiunii de cât simptome locale la locul inoculațiunii, însoțite de febre foarte slabă. Unii medici recomandă variolisațiunea ca o măsură preventivă utilă în toate timpurile, alți numai în timpul pericolului, când vërsatul epidemic apăruse deja în localitate; Hufeland sprijini în anul 1798 cea din urmă opinie. Cu toate că mortalitatea celor inoculați (variolisați) era foarte mică, după Gregory în termen mediu 3 la 1000, ei formau focare de infecțiune pentru cei nealtoiți, și Pringle probă prin statistica medicală a orașului Londra din secolul trecut, că variolațiunea a mărit mortalitatea de variola.

Pe la finele secolului trecut, în urmă descoperirii vaccinei prin Jenner, profilaxia vërsatului a fost în Europa cu totul reformată și inoculațiunea variolică a făcut loc *vaccinațiunii*. Proprietatea preservativă a vaccinului (a cow-poxului, vërsatului vacilor) a fost observată deja înaintea lui Jenner, o carte sanscrită foarte veche conține o descrițiune corectă a operațiunii vaccinale cu vaccinul de la ugerul vacilor, și Alexandru de Humbold povestese că locuitorii Americii meridionale au cunoscut vaccinațiunea cu vaccinul original de la vacă mult înaintea lui Jenner. În Europa un agricultor engles, Benjamin Jesty din Dewonshay, a vaccinat în anul 1774 pe femeia și pe două copii a-și sîi cu cow-pox pentru a-și conserva de variola. Edw. Jenner însă, care n'avea cunoștință de vaccinațiunea operată de Jesty, a avut meritul însemnat a experimenta cu cow-

poxul (vêrsatul apărut pe ugerul vacilor) și a generalisa vaccinațiunea.

Edw. Jenner, născut la Berkeley în Anglia în anul 1749, elev al marelui Chirurg John Hunter, a început studiile sale asupra vaccinei în anul 1775 și a luptat mulți ani în contra neîncrederii cu care colegii săi primiră această inovațiune. În anul 1788 Jenner a arătat mai multor medici din Londra dessemne ale vaccinei de pe ugerul vacilor și de pe degetele persoanelor infectate de la vacă cu ocaziunea mulgerii, în anul 1796 el a vaccinat un copil cu vaccinul luat de la pustule vaccinale apărute pe degetele unei fete ocupate cu mulgerea vacilor, care vaccinațiune a reușit pe deplin, căci copilul a devenit imun în contra variolisațiunii încercate la el de două ori. În anul 1798 Edw. Jenner a publicat scrierea lui importantă «An inquiry into the causes and effects of the variole vaccine», (cercetări asupra cauzelor și efectelor variolei a vaci), care a introdus în toate țările civilizate noul sistem al prevențiunei vêrsatului. În anul 1799 a fost creat de către guvernul engles un institut vaccinal la Londra, în anul 1800 la Dublin, Anglia trimitea vaccinătorii în toate coloniile sale, și tot în anul 1800 a fost deschis la Paris un stabiliment vaccinal public prin munificența d-lui de la Rochefoucauld; în Austria vaccinațiunea a fost introdusă și generalisată prin Hufeland, Heim și Zenker, în Italia prin L. Sacco.

Jenner a considerat cow-poxul, vaccina, ca o boală originară, specială a vacilor, ca vêrsatul vacilor, însă identică cu horse-poxul, cu vêrsatul cailor, și în lipsa de cow-pox el a inoculat vacilor limfa luată

din pustule de horse-pox, pentru a produce artificial vaccina și a vaccinat copil chiar direct de la cal. Transmisiunea horse-poxului (a variolei ecuine) pe ugerul vacilor a mai fost practică în Anglia de Tanner (în anul 1800), în Franța de Loy (1801), în Italia de Sacco (1803). În acelaș timp s'a făcut adesea-orî retrovaccinațiunea, transmițându-se virusul de la pustula vaccinală a ómenilor pe ugerul vacilor, și vaccinul umanizat (limfa din pustulele ómenilor vaccinați) a fost adesea-orî întrebuițat de o potrivă cu cow-poxul originar. Tot-de-odată unii medici aũ făcut încercări isolate cu inocularea virusului luat din pustulele variolice ale oilor și caprelor (Sacco, Trattato di vaccinazione con osservazioni sul giavardo e vajolo pcorino. Milano 1809). De la începutul secolului corent cele mai multe vaccinațiuni s'aũ făcut în Europa cu vaccin umanizat; în Franța se numesce vaccin Jennerian virusul luat de Jenner de la ugerul vacilor, inoculat copiilor și transmis de la anul 1796 fără întrerupere din copil în copil. Acest vaccin a fost în Franța improspetat prin cow-pox în anul 1836 prin Bousquet (vaccinul de Passy) și în anul 1870 prin Depaul (vaccinul de Beaugency), în Italia el a fost asemenea reînnoit prin vaccin animal originar în mai multe rânduri de la anul 1870 încócc.

Consecințele salutare ale vaccinațiunii aũ produs scãderea succesivă a mortalității din vërsat, care era exorbitantă pe la finele secolului trecut. Littsom a calculat, că în Europa mureaũ pe an de variolă 210,000 persoane. P. Lorain afirmă că pe la ince-

putul secolului curent variola a cauzat în totă Europa pe an câte 70 decese la 1000 locuitori.

Succesele vaccinațiilor au fost apreciate cu un entusiasm prea mare; cu toate că însuși Edw. Jenner și apoi Hufeland au consiliat la moderație pe acel, care credea că în urma introducerii vaccinației variola a dispărut din lume, deja în al doilea deceniu după introducerea vaccinației Jenneriane s'a manifestat o desiluziune la medici, care acceptau că vaccinația va conserva pe cel vaccinat pentru totă viața. Ast-fel s'a impus *revaccinația* ca rezultatul unei observații mai calme a faptelor, și diferiți autori au atribuit vaccinației o durată preservativă diferită, unii au revaccinat dar după 5, alții după 7, iar alții după 10 ani de la prima vaccinație.

Revaccinația obligatorie a fost succesiv introdusă în diferite armate, în anul 1829 în armata württembergesă, în anul 1833 în cea prusiană, mai târziu în cea engleză și italiană, în anul 1848 în cea franceză. În anul 1874 revaccinația a devenit obligatorie în totă Germania pentru totă populația în virtutea unei legi speciale, care prescrie revaccinația pentru copil în etate de 12 ani. Efectele acestei legi au fost de curând demonstrate printr'o lucrare statistică a oficiului sanitar german din Berlin. În Austria, unde numai vaccinația este obligatorie, au murit de variolă în deceniul de la 1875—1884 câte 62 persoane din 100000 locuitori, în Germania au murit de variolă în același period numai 2 persoane din 100000 locuitori. Mortalitatea de variolă a fost în anul 1886 în comunele urbane

din Anglia de $1\frac{1}{2}$ ori, din Belgia de 39 ori, din Elveția de 44 ori, din Austria de 65 ori, din Ungaria de 486 ori atât de mare ca în Germania.

Dintre teoriile asupra modului cum vaccinațiunea face pe organismul omenesc imun în contra variolei, vom menționa numai cele noi, mai mult sau mai puțin adaptate cunoștințelor moderne asupra naturii parazitare a vîrsatului :

a. Teoria sleirei materiei care predispune corpul pentru infecțiune, bacterii vaccinei distrug prin dezvoltarea lor acea materie ; această teorie a fost sprijinită de Pasteur și combătută de Chauveau.

b. Teoria antidotului, basată pe faptul constatat de Bouley, Klebs și Salkowski, că în bôlele infecțioase acute se găsește în urină unele produse ale descompozițiunii organice, care dacă se acumulează în corpul omenesc infectat, exercită o acțiune toxică asupra unor microorganismii.

c. Teoria adaptațiunii inventată de Gravitz, care și-a imaginat că vaccinațiunea provocă o luptă între celulele organismului și între microbii importați.

d. După I. Pohl-Pincus produce vaccinațiunea în jurul leziunii vaccinale un obstacol al circulațiunii și o înmulțire a virusului vaccinal, acest virus provocă în celulele și în demurile din vecinătatea leziunii vaccinale formarea unui corp specific, care modifică receptivitatea organismului. Pe acest corp specific Pohl-Pincus l-a numit Morbillina, Anthracina, Tuberculina etc. și a evaluat chiar cantitatea lui, care este de mai multe grame la un vițel vaccinat. (L. Pfeiffer. Die Vaccination. Tübingen 1884).

Nici una din aceste teorii nu ne poate satisface

și trebuie să renunțăm de o cam dată la explicațiunea unor procese organice, asupra cărora nu posedăm cunoștințe destul de clare și numai ipoteze, în acceptare că patologia experimentală ne va arăta adevărul, înlocuind teoriile prin fapte bine studiate.

De la primele încercări ale lui Edw. Jenner până în timpul de față vaccinațiunea a fost combătută ca inutilă și vătămătoare. Fiind-că știința n'a dat până astăzi o explicațiune satisfăcătoare a imunității celor vaccinați în contra vârsatului, fiind-că nu cunoștem prefacerile din organism provocate prin inoculațiune și raportul între aceste prefaceri și între starea refractară ce corpul a dobândit prin ele în contra infecțiunii variolice, unii au negat valoarea vaccinațiunii, afirmând că și fără vaccinațiune epidemiile de variolă ar fi devenit mai rare și mai puțin periculoase, în urma progreselor igienei generale, alții, de și au admis acțiunea preventivă a vaccinațiunii, s'au temut că vaccinul umanizat, care până deunăzi a fost întrebuințat în totă Europa în marea majoritate a vaccinațiunilor, și care și astăzi mai predomină în multe țări asupra vaccinului animal, că acel vaccin poate comunica persoanelor vaccinate, de odată cu limfa preservativă în contra vârsatului și germele diferitelor boale. Afirmățiunea că vaccinațiunea ar fi inutilă este eronată, cacl statistică modernă ne probedă utilitatea ei, prin extincțiunea aproape generală a variolei în armatele în care revaccinațiunea este obligatorie și în care ea se operează cu o corectitudine absolută (armata germană), și frecuența variolei în țările unde vaccinațiunea este numai facultativă. Avem să dăbovim însă la acusa-

țiunea a doua. Este adevărat că vaccinul umanizat poate comunica virusul unei bôle grave, în casuri foarte rare, când vaccinatorul neglijă regulile elementare, prescrise de instrucțiunile pentru vaccinațiunii din mai toate țările civilizate.

Sunt mai ales trei bôle despre care unii autori au crezut, că ele se pot transmite de odată cu virusul vaccinal, în cazul când persoana de la care am luat limfa vaccinală este atinsă de una din aceste trei bôle: Scrofule, Tuberculoza și Sifilisul.

Transmiterea Scrofulelor nu este probată, casurile de infecțiune scrofuloasă prin vaccinul luat de la un copil scrofulos au fost de unii autori confirmate, fără probe exacte, de alții negate și explicate astfel, că leziunea tegumentelor comune, produsă prin procesul vaccinal, a provocat manifestațiunea scrofulosei latente în copilul vaccinat, care era scrofulos de mai înainte, fără ca până atunci scrofuloasa să fi apărut într'un mod vizibil. După teoria microbică nu putem exclude într'un mod absolut transmisiunea scrofulosei, dacă în limfa vaccinală se află și o picătură de sânge de la un copil scrofulos. În anul 1883, când Parlamentul german primi o petițiune în contra vaccinațiunii obligatorii, cancelarul imperiului numi o comisiune tehnică sub președința d-lui R. Koch, însărcinată cu studiarea motivelor invocate în contra vaccinațiunii; această comisiune a admis posibilitatea transmisiunii scrofulosei prin vaccin umanizat, ea a conchis însă, că toate infecțiunile accidentale care însoțesc vaccinațiunea și ale căror număr este minim, nu pot invalida valoarea imensă a vaccinațiunii obligatorii.

Asemenea a admis comisiunea germană din anul 1883 posibilitatea transmisiunii Tuberculosei prin limfa vaccinală, luată de la o persoană tuberculoasă sau de la un animal tuberculos, ea recomandă însă, ca să se vaccineze cu vaccin animal controlat asupra originii sale de la un vițel sănătos, prin tăerea vițelului după recoltarea vaccinului și prin examinarea scrupuloasă a diferitelor organe, pentru constatarea absenței tuberculelor. Lotar Meyer a constatat însă în anul 1883 prin experimente repetate, că pustulele vaccinale ale persoanelor tuberculoase nu conțin nici odată pe bacilul Tuberculosei, că prin urmare transmisiunea Tuberculosei prin limfa vaccinală este imposibilă.

Cel mai funest dintre toate accidentele vaccinației este transmisiunea virusului sifilitic, prin limfa vaccinală de la un copil sifilitic. Ea a fost observată, se poate însă lesne preîntâmpina prin măsurile ce vom arăta mai jos. Cele d'întîi casuri cunoscute ale sifilisului inoculat cu ocaziunea vaccinării, sunt cele descrie de Mosly în Anglia și de Monteggia în Italia din anul 1807. În cele din urmă trei decenii s'a observat chiar mici epidemii de sifilis vaccinal, anume în Bavaria, la Rivolta (Italia), la Bezières (Francia) și la Schleinitz (Styria). Depaul a numărat în anul 1860 și asemenea Viennois în anul 1865 300 casuri, Pissin în anul 1874 500 casuri de sifilis vaccinal. D. C. Codrescu a constatat în spitalul din Bârlad un asemenea cas în anul 1881.

La unele din aceste infecțiuni s'a constatat că medicul vaccinator, prin introducerea prea profundă a lancetei în pustula copilului de la care lua limfa,

a transmis și sângele lui. Pe lângă casurile de infecțiune sifilitică, care însoți actul vaccinațiunii, literatura ne relatează și casuri, în care vaccinațiunea cu limfă curată a provocat erupțiunii manifeste ale sifilisului latent, adică copiii respectivi, proveniți de la părinții sifilitici, se păreau numai a fi sănătoși, purtau însă germele sifilisului în sânge, și după vaccinațiune se dezvoltă un exantem sifilitic, provocat nu prin altoi, ci accidental prin actul vaccinațiunii, prin leziunea tegumentelor comune sau prin febra eruptivă. Transmisiunea sifilisului prin vaccinațiune se constată prin afecțiunii sifilitice locale la locul inoculațiunii.

Transmisiunea sifilisului se preîntâmpină: prin vaccinarea cu vaccin animal (cow-pox), de la vițel, căci sifilisul este o boală specifică a omului pentru care vitele bovine nu sunt primitoare; prin curățirea scrupuloasă a lancetei după fie-care vaccinațiune; prin examinarea conștiințioasă a copiilor de la cari se ia vaccin umanizat, spre a nu se altoi cu limfa luată de la un copil afectat de infiltrațiunea glandulelor limfatice, de un exantem óre-care, de place mucóse, ci numai cu limfa luată de la copil sănătoși în etate mai mare de 6 luni; (luarea limfei vaccinabile de la copil sănătoși mai mari de cât de 6 luni, ne dă óre-care garanții, din cauză că sifilisul congenital se manifestă mai tot-d'a-una înainte de luna a 5-a a vieții după statistica lui Diday de Lyon); prin întrebuițarea limfei curate, neamestecate cu sânge (Viennois).

Vaccinarea cu limfa luată de la copil sifilitic nu comunică tot-d'a-una celor vaccinați virusul sifilitic.

Köbner explică transmisiunea sifilisului prin vaccin în modul următor: După vaccinarea unui individ afectat de sifilis constituțional (latent sau manifest), se poate desvolta o pustulă normală de vaccină, iar baza ei se poate acoperi și infiltra cu exsudat sifilitic, formând o infiltrațiune papuloasă. Dacă se transmite pe lângă limfa vaccinală și exsudatul din baza pustulei descrise, atunci sau exulceredă tegumentele comune puține zile după vaccinațiune, sau după cicatrizarea pustulei vaccinale, după aparența normală, cicatricea se transformă într'un ulcer. Explicațiunea lui Köbner nu este nici de cum în contradicțiune cu cunoscințele noastre asupra incubațiunii virusului sifilitic, căci sifilisul inoculat prin secrețiunii secundare și prin sânge are o incubațiune mult mai scurtă de cât cel transmis prin secretul ulcerelor primare. Cu toate acestea cestiunea de față nu este încă bine luminată.

Dintre bólele accidentale cari însoțesc erupțiunea pustulei vaccinale, este Erisipelul (Brânca) cea mai frecventă. Ea se observă atât după vaccinațiunea cu vaccin umanizat, precum și după cea cu vaccin animal. Literatura asupra Erisipelului vaccinal este bogată, dintre casurile descrise cele mai vechi au fost observate de Barbieri și raportate de Bousquet (Nouveau traité de la vaccine. Paris 1848). Barbieri a luat vaccin de la un copil bolnav de erisipel, a vaccinat 21 copii din cari 12 s'au bolnavit de erisipel și 5 au și murit de această bólă. D'atunci s'au înregistrat numeroase casuri de erisipel vaccinal, pe care Pfeiffer le a cules în tractatul său asupra vaccinațiunii (Tübingen 1884). Risel din Halle

a descris în anul 1886 un caz, în care erisipelul a apărut atât la copilul de la care s'a luat vaccin, în urma deschiderii pustulei vaccinale, precum și la copil inoculat cu acel vaccin. Din statistica vaccinațiilor din Germania rezultă, că în Bavaria, în timpul de la anul 1861 până la 1871, din 1242695 vaccinați 96 s'aũ bolnăvit de erisipel vaccinal, din care 10 aũ murit, că în Prusia aũ murit în anul 1880 9 persoane de erisipel vaccinal. Erisipelul constituie complicațiunea cea mai periculoasă a vaccinațiunei. După R. Koch micrococii erisipelului se dezvoltă afară de corpul omului și sunt importați într'ensul cu ocaziunea unei leziuni a epidermului. După Fehleisen acești părașiți nu intră în vasele sanguine, și numai în căile limfatice ale coriului și în vasele limfatice care se află în comunicațiune cu țesutul conjunctival al coriului. În cele mai multe cazuri erisipelul nu se transmite prin vaccin, ci prin intermediul al vestmintelor, al localului, al mâinilor sau instrumentului cu care se vaccină, și germii bôlei intră în rană direct din atmosferă. Areola (cercul roș) dinprejurul pustulei vaccinale, care apare obicinuit a 5-a și după vaccinațiune, nu trebuie să se confunde cu erisipelul vaccinal. Măsurile preventive în contra erisipelului vaccinal constau, în curățenia scrupuloasă a localului în care vaccinăm, a limfei vaccinale, care trebuie să fie prospătă și limpede, în curățirea pielei înaintea vaccinațiunei și a lanțetei în urma operațiunei, în acoperirea vaccinului și a instrumentului, pentru ca să nu se inoculeze pulverea suspendată în atmosfera localelor în care sunt adunate multe persoane. Asemenea caută

să ne ferim, a lua vaccin din pustulele deschise cu mai multe ore înaintea vaccinației și care pot fi deja infectate prin germi streini.

În cel din urmă 2 ani unui autor (Eichstädt, Pogge, Mosler) a descrie un Eczem general (Impetigo contagiosa), transmis cu ocaziunea vaccinației cu vaccin umanizat.

S'a propus înlăturarea Erisipelului vaccinal și al Impetigului contagios vaccinal prin pansarea locului inoculat după metoda aseptice; D. Dr. M. Schulz a experimentat cu acest metod la institutul vaccinal regal din Berlin în anii 1886 și 1887, rezultatele dobândite nu sunt însă încurajătoare pentru generalizarea acestui pansament, la animale pansamentul prin ocluziune oprește dezvoltarea normală a pustulelor și micșorează cantitatea limfei recoltate. D. Dr. M. Schulz recomandă ca vaccinația să se execute în locale libere de pulvere și desinfectate după metodele întrebuintate pentru purificarea localităților în care se execută ovarotomia (Deutsche Vierteljahrschrift für öff: Gesundheitspflege XIX. Band 2. Heft. Braunschweig 1887).

Unii autori au exprimat temerea, că cu ocaziunea vaccinării cu vaccin animal se pot transmite și diferite bôle ale vitelor bovine. Aceste teme sunt exagerate, căci bôlele animalelor transmisibile la om se manifestă prin semne bine pronunțate. Cărbunele (dalacul) este caracterizat printr'un decurs repede, Septicemia și Piemia se recunosc prin temperatura de 40° C și mai mult, și prin prezența unor leziuni vizibile, precum supurațiune umbilicului și alte. Difterita, Erisipelul, Aftele epizootice (durere de

gură și de picior) sunt asemenea lesne de constat. Transmisiunea Tuberculozei prin limfa vaccinală de la vițel n'a fost constatată de nimeni, afară de acesta putem feri pe cei vaccinați în contra transmisiunii a Tuberculozei, dacă înainte de a ne servi de vaccinul luat de la un vițel, 'l tăiem și examinăm bine interiorul corpului său, precum am arătat mai sus.

Chiar în cazul când s'ar constata că equina originară (vêrsatul cailor, horse-poxul) este identică cu vaccina, s'eu când s'ar inocula iepe cu vaccin pentru înmulțirea limfei vaccinale, n'am recomanda acest metod, din cauză că el ar putea da ocaziune la inocularea răpciugei, mult mai periculoasă de cât sifilisul și erisipelul și la începutul ei mai greu de constatat.

Cestiunea naturei și originei vaccinei precum și a identității equinei cu vaccina a fost studiată pe larg de Academia de Medicină din Paris pe la finele anului 1863 fără soluțiune suficientă, apoi de societatea sciințelor medicale din Lyon în anul 1865, cea din urmă societate a numit o comisiune, din care au făcut parte doi specialiști cunoscuți, domnii Chauveau și Viennois și a publicat raportul Comisiunei (Vaccine et Variole, nouvelle étude expérimentale. Lyon 1865). Comisiunea Lyonesă a constatat, că equina nu este identică cu vaccina, căci cea din urmă se slăbește prin inocularea la cai și limfa luată de la cai nu mai produce pustule bine dezvoltate.

Asemenea a afirmat comisiunea Lyonesă că vaccina vacilor nu este identică cu variola omului, că

inocularea variolei umane la vaci produce numai un virus variolic slăbit, nici de cum însă vaccina. Cea din urmă opinie a fost susținută în anul 1883 de către R. Koch și ceilalți membri ai Comisiunii pentru studierea obligativității a vaccinației numită de Cancelarul imperiului german.

Cu totul divergând de aceste opinii faptul, că în anul 1840 Reiter în Germania și Cecly în Anglia au constatat slăbirea virusului variolic al omului prin inoculațiunea lui la vacă, producându-se astfel vaccina perfectă. Scaton, raportorul comisiei numite din ordinul Parlamentului englez pentru studierea cestiunii vaccinației, afirmă în anul 1868, că în Anglia este de mult recunoscută cultura vaccinului prin inocularea vacilor cu variola, că acest procedeu a fost mult timp usitat într-o parte a Marelui Britanii și că nu există nici o diferență între pustulele astfel produse și între pustulele ordinare de vaccina. Dr. Thiele în Casan arată, că și în Rusia s'a practicat mult timp inocularea vacilor cu variola umană pentru producerea vaccinului. În anii 1884 și 1885 doctorul Voigt, directorul institutului vaccinal comunal din Hamburg, a inoculat de multe ori vaci cu virusul variolic al omului, producând pustule cu un virus forte, pe care 'l a slăbit prin altoirea ulterioară pe vaci, repetată de 2 și de 3 ori, și a produs astfel un vaccin perfect pentru vaccinațiile oficiale. Cu ajutorul acestui vaccin Voigt a cultivat în anul 1886 pe microbul specific al vaccinului, identic cu acela al cow-poxului și al vârsatului omului, care diferă unul de altul numai prin gradul virulenței.

Nici cercetările anatomo-patologice nici cele bacteriologice nu arată o deosebire morfologică între pustula variolică și cea vaccinală. În anul 1883 Bareggi a constatat identitatea microbului a vaccinei cu acela al variolei. Depaul, Jules Guérin și Warlomont afirmă asemenea identitatea virusului vaccinei cu acela al variolei. Depaul ține că virusul vaccinal este un virus variolic, modificat și slăbit în urma trecerii sale prin organul unei vaci. A. V. Cornil și V. Babeș arată (1886) că dispozițiunea istologică a pustulei vaccinale este cu totul analogă cu cea a variolei, că nici structura pustulei, nici forma microbilor, nici vr'un alt element nu permit o distincțiune între variola și vaccina. Deja în anul 1868 Chauveau a filtrat vaccinul, separând partea licuidă care a trecut prin filtru de partea solidă, turbure, care rămânea pe filtru, partea licuidă n'adată nici un rezultat la inoculațiune și numai partea solidă este în stare a produce pustule caracteristice. În anul 1872 Cohn și Weigert au descris microbul variolei și al vaccinei. Încercările repetate de a isola pe acest microb, încercări făcute mai ales în cei din urmă ani la oficiul sanitar imperial din Berlin, n'au reușit. Quist din Helsingfors, Voigt din Hamburg și Bareggi din Milano au cultivat cu mai mult succes pe microbul al vaccinei pe gelatina, ei n'au găsit însă până astăzi o compoziție a materiei nutritive, care ar da culturei o virulență constantă și care ar permite a se înlocui prin vaccin artificial limfa vaccinală luată direct din pustulele vaccinale.

La studiul tehnicei a vaccinațiunii nu vom da-bovi la metodele vechi de mult părăsite, precum

muierea de ațe de mătase în limfa vaccinală, conservarea lor în cutii de tinichea și așezarea unei bucățele acelor ațe într'o tăiătură operată într'o parte ôre-care a corpului ; asemenea nu găsim de trebuință a explica cauzele, pentru care nu mai alegem ca locul inoculațiunii nasul, fruntea, urechii, pulpele, locuri de predilecțiune din timpul trecut. Astă-đi vaccinăm la brațe, la amândouă brațele sau la un singur braț, uniil medicii vaccinédă pe copii mai mari și pe adulții de preferință la brațul stâng, care este obicinuit expus la mișcări mai puțin active de cât cel drept. Despre numărul inoculațiunilor variédă opiniunile și astă-đi. Jenner a făcut câte o singură vaccinațiune la persoană, Bousquet făcea la fie-care braț câte 3 vaccinațiuni, și acésta chiar la copii nouă născuți, în Franța se fac astă-đi 4 până la 6 inoculațiuni, câte 2 până la 3 la fie-care braț, regulamentul pentru revaccinațiune în armata germană prescrie câte 12 «întepături» pentru fie-care soldat, regulamentul german pentru vaccinațiunile în serviciile civile, elaborat de comisiunea vaccinală Berlineseă din anul 1884 și aprobat de consiliul federal al Imperiului german, prescrie ca fie-care copil să se vaccineze în primul an al vieței la amândouă brațele cu câte 3 până la 5 tăiături mici, de lungime de câte 1 centimetru. În Danemarca, Norvegia, Italia și în Statele-Unite ale Americel se vaccinédă numai pe un braț ; Doctorul Voigt din Hamburg face 6 mici tăiături de lungime de câte $\frac{1}{2}$ centimetru pe un singur braț ; în Anglia se fac obicinuit 2 inoculațiuni la un singur braț ; regulamentul Suedes ordonă 6 până la 8 tăiături. Regula-

mentul român pentru vaccinațiune prescrie câte 2 inoculațiuni la fie-care braț, depărtate una de alta cel mult cu 4 centimetri. Neajunsurile produse prin vaccinarea amândorura brațe sunt neînsemnate și nu credem necesariū ca să se modifice prescripțiunea respectivă.

Diferiți medici se servă la vaccinare de instrumente diferite. Cele mai bune sunt cele simple, care se pot lesne curăți. Instrumentul cel mai usitat, de care ne servim și noi, este o lanțetă simplă, îngustă și lunguleță, de oțel. Alții întrebuintează o asemenea lanțetă îndestrată cu o mică adâncătură pentru vaccin licuid, iar alții vaccinadă cu lanțete de os pe vârful cărora se află vaccin uscat. Lanțeta vaccinală se poate înlocui prin ori-ce instrument ascuțit și înțepător, chiar printr'un ac simplu. Chassagny a inventat un instrument vaccinal, compus din mai multe ace ascunse într'un tub, care se pot scurta sau lungi după trebuință, vaccinul se aplică pe braț înainte de a se face înțepătura cu acest instrument, care este periculos, din cauză că curățirea lui perfectă este foarte dificilă. Kerstein se servă de un cuțitaș cu lama semicirculară, Risel din Halle de o lanțetă de nikel care nu ruginesce și care se curăță lesne. Inoculatorul lui Macchiavelli sémână cu acela al lui Chassagny, el se compune dintr'un mic cuțit ascuns într'un tub. Trepkina lui Warlomont este o imitațiune a lipitorului artificial inventat de Heurtloup.

La culegerea limfei vaccinale pustula se înțepă cu o lanțetă fină în partea ei laterală și vaccinul care se scurge din înțepătură se adună în pene sau pe lanțete de os și se conservă uscat pe lanțetă.

Börner a inventat o spatulă specială pentru adunarea limfei vaccinale, Wortman se servă de un aparat aspirator pentru a extrage vaccinul din pustulă, acest aparat se compune dintr'o țevă fină de sticlă, dintr'un mic rezervoriu de sticlă și dintr'un balon de cauciuc, prin comprimarea balonului se scöte aerul dintr'ensul și aplicându-se atunci virful aparatului (țeva de sticlă) pe pustula vaccinală, el aspiră limfa.

Pentru cultivarea și culegerea vaccinului animal avem trebuință de alte aparate și instrumente, despre care vom trata în capitolul următor.

Operațiunea vaccinațiunei constă în aridicarea epidermului, prin înțeparea cu virful lancetei introduse oblic de desubtul epidermului, fără a se tăia dermul, saũ în crestarea epidermului cu precauțiune ca să nu curgă sânge, și în introducerea limfei vaccinale saũ d'asupra dermului denudat de epiderm, saũ între derm și epiderm. Se fac mai multe asemenea crestături, pentru a produce 2 până la 3 pustule pe fie care braț; un număr prea mic de înțepături face succesul dubios, fiind-că de multe ori nu prind tóte, un număr prea mare expune pe copil la suferințe mai mari de cât necesitatea reclamă. Lanceta se spală bine după fie-care vaccinațiune, înainte de a se vaccina cu dēnsa altă persónă. Dacă vaccinăm cu vaccin uscat pe virful unei pene, il udăm inaintea aplicării cu o picătură de apă curată. O pană saũ o lanțetă de os nu pöte servi de cât pentru o singură persónă, pentru ca pana ștersă de brațul unui copil să nu transmită sângele lui la alt copil.

Vaccinul cel mai bun este cel prosp t, luat din pustulă imediat inaintea vaccinațiunii, adică la vaccinațiunea direct de la vițel la braț sau de la bra  la braț. Acest metod nu se p te tot d'auna esecuta, căci nici nu putem aduce to i copiii la locul unde se află vi elul afectat de cow-pox sau copilul de la care voim a lua vaccin, nici nu putem transporta acel copil sau vițel din casă in casă ori din comună in comună. De aceea se fac la noi cele mai multe vaccinațiuni cu vaccin conservat. Vaccinul umanizat se ia din pustulă la a 7-a sau a 8-a zi după vaccina iune, când limfa este cu desăvârşire limpede, căci mai târziu ea este amestecată cu puroi . Vaccinul animal se culege la a 4-a p nă la a 6-a zi după vaccina iune.

Dacă cine-va culege vaccin umanizat pentru vaccinațiuni ulterioare, este necesar ca să insemneze cu precisiune numele şi locuin a copilului de la care a luat altoiul, pentru ca in casuri dac  puritatea vaccinului ar fi contestată in urma vaccinațiunii, să se p tă constata adevărul.

Vaccinul se conservă sau pe virful unei pene de g scă curăţată (spălată cu leşie şi cu eter), ascu it  şi băgată intr'o altă pană de g scă, sau intre 2 mici giamuri de sticlă, ale căror margini se lipesc cu c r  jur imprejur ; sau in tuburi capilari de sticlă inchise ermetic. Apărat in contra exceselor temperaturii şi in contra luminei şi inchis ermetic, vaccinul conservă puterea lui mai multe luni. Cel uscat pe pene se altere d  mai cur nd. Mai putem conserva şi vaccinul diluat cu 10 părți glicerină pură sau cu 5 părți glicerină şi 5 p r i apă destilată, in

fiole mici; o diluțiune mai mare alteredă acțiunea vaccinului. Acéstă diluțiune, numită Vaccino-glicerină, este mai cu osebire recomandabilă pentru timpurile de epidemii de vërsat, când trebuința reclamă ca să se facă de odată mai multe vaccinațiuni și re-vaccinațiuni de cât s'ar putea face cu limfa nediluată. In cas de nevoie se pôte prepara vaccino-glicerina din cojile (escarele) cari acoper pustulele uscate de vaccină, prin transformarea lor în pulvere grósă și amestecarea cu glicerină. Mulți medici dau preferință pulpei (magnei) vaccinale, preparate prin pisarea pustulei întregi tăiate din pielea vițelului și amestecarea ei cu glicerină, acéstă pulpă se conservă mai bine de cât limfa licuidă și cea uscată pe virful penelor.

Unii autori aũ cređut, că prin luarea vaccinului din pustula vaccinală a unui copil se micșoredă acțiunea preventivă a vaccinațiunei, că acel copil este mai puțin apărat în contra vërsatului de cât o altă persónă, la care n'am atins pustulele vaccinale. In conformitate cu acéstă opiniune s'a prescris, că la luarea vaccinului de la copil să nu se deschidă tótă pustulele, ci să se lase cel puțin una neatinșă. Alții nu împărtășesc acéstă părere, ci cred că din momentul ce papula saũ vesicula vaccinală a apărut, scopul vaccinațiunei este atins. Deja Hennequin și Bousquet aũ scris în anul 1848, că individul vaccinat este apărat în contra vërsatului din momentul aparițiunei erupțiunei vaccinale și chiar a doua zi după vaccinare, înainte formării florescenței, că pustula cea mai frumoasă n'are o valóre preventivă mai mare de cât o pustulă mică, că o putem

distruge la a 2-a, a 3-a sau a 4-a zi, fără ca să micșorăm efectul ei. În anul 1884 Pfeiffer a constatat prin experiment, că dacă a doua zi după vaccinarea unui vițel depărtăm prin excisiune partea pielii pe care am inoculat, o vaccinațiune ulterioară rămâne fără efect. Acest experiment nimicesce teoria, că vaccinațiunea produce o leziune locală, care rămâne locală până la a 3-a zi și că numai după resorpțiunea limfei din pustulă organismul este apărât în contra vërsatului.

În cei din urmă ani s'a discutat cestiunea, dacă vaccinul animal posedă aceeași acțiune preventivă în contra vërsatului cu vaccinul umanizat. Thiele, Cecly și Gregory au creșut, că vaccinul animal produce o reacțiune mai slabă și că prin urmare acțiunea lui preventivă are o durată mai scurtă, din contra afirmă autorii italieni, Dell'Aqua, Serafino, Pogliani, Trezzi, Breganza, că vaccinului animal incumbă o putere apëratore mai mare în contra vërsatului de cât vaccinului umanizat. Noi credem că durata prevențiunii nu depinde de origina vaccinului, că amëndouë felurile de vaccin sunt identice în acțiunea lor, că ele au în general aceeași virulență și că reacțiunea este la amëndouë felurile de vaccin când mai forte când mai slabă. Cu tôte acestea suntem partisanii al vaccinului animal și dorim ca el să ia în țara noastră locul celui umanizat în tôte serviciile publice și în clientela privată.

De la anul 1814 încóce mulți autori au afirmat, că prin transmisiunea succesivă a vaccinului din persoană în persoană, puterea lui slăbesce și că este necesar a'l premeni, a'l împospëta din când în când

prin vaccin original. În anul 1838 Academia de științe din Franța a publicat un premiu, pentru scrierea cea mai bună asupra degenerațiunii vaccinului și a și acordat acest premiu d-lor Bousquet, Fiard și Steinbrenner, cari au considerat ca degenerat orice vaccin care produce o reacțiune mai slabă. Voigt din Hamburg a exprimat în anul 1882 asemenea părerea, că vaccinul degeneră dacă nu se îmbunătățește prin inocularea la animale, și această împrejurare l-a îndemnat la cultivarea vaccinului animal prin inocularea vacilor cu virusul vârsatului omenesc.

Limba vaccinală conține pe lângă micrococii activi, specifice, și alți microorganismii accidentali, care găsesc în limbă un mediu nutritiv excelent. Cei din urmă sunt în majoritate inofensivi, cu excepțiunea microcociilor parotizului, ai Erisipelului și ai Impetiginii contagioase, după unii experimențatori moderni s'ar afla în cazuri foarte rare și bacilul Tuberculosei în limba vaccinală (L. Pfeiffer 1888). De mai mulți ani se fac încercări, de a se isola prin culturi micrococii specifici ai vaccinului, de a se cultiva nu în corpul viu omenesc sau animal, ci în medii nutritive fără de viață, pentru a se produce astfel un vaccin de puritate absolută, liber de germii altor boli. Dintre multele încercări făcute cu acest scop, merită a fi menționate lucrările d-lor L. Voigt (din anul 1885), Marotta (1886), P. Guttman și Garré (1887), cu toate că ele n'au dat până astăzi un rezultat practic.

Vaccinațiunea se poate opera fără pericol chiar în prima săptămână după naștere. Obicnuit se vaccinează copil după ce au intrat în a doua sau a treia

lună a vieții. De la anul al 8-lea al vieții revaccinațiunea este folositoare, ea nu dă însă tot-d'a-una rezultate în această etate, copiii cari n'au fost revaccinați în etate mai mică, să se revaccineze negreșit între anul al 10-lea și al 12-lea. La noi revaccinațiunile nu s'au generalizat ca în Germania, unde ele se operedă cu aceeași regularitate ca și vaccinațiunile. În armata română însă revaccinațiunile se fac cu exactitate și cu succes satisfăcător.

Evoluțiunea vaccinei, la brațele copiilor și la adulții cari se vaccinează pentru prima oră, este cea următoare :

De la 1 până la a 3 zile nu se observă nici o reacțiune.

Între ziua a treia și a patra, mai curând în timpul verei mai târziu ierna, se observă la locul corespunzător cu înțepăturile vaccinale câte un punct roșiu, mai lesne de constatat prin pipăitul de cât prin vedere ; acesta este începutul formării a papulei.

La a 5-a zi după inoculațiune sevă la a doua zi după aparițiunea punctului roșiu, nodulețul este mai pronunțat și la pipăitul simțim o mică umflătură circumscrișă. Papula este formată.

La a 6-a zi nodulețul roșiu se lărgesce și se turtesce, la centrul lui se formează o mică adâncătură, colorea lui devine albă, bătând puțin în albastru sevă în argintiū ; basa nodulețului este înconjurată de un cerc roșiu care se lărgesce din zi în zi. Papula s'a transformat în vesicula. Acest timp (ziua a 6. și a 7.) este cel mai potrivit pentru luarea limfei vaccinale prin înțepături fine ale vesiculei.

Între a 6-a și a 8-a zi copil sunt obicinuit în-

dispuși și se manifestă o mică febră, care dispare după 2 până la 3 zile.

La a 7-a și a 8-a zi aceleși semne dezvoltate mai bine. Vesicula are diametrul de 7 până la 8 milimetri, un colorit mai albastru, aureola roșie care o înconjoară este mai largă, centrul vesiculei este mai scufundat de cât marginile capacului ei, care sunt duri și mai proeminenți de cât centrul. Vesicula se transformă în pustula.

La a 9-a și a 10-a zi aureola care înconjoară pustula devine mai largă și mai roșie, partea respectivă a brațului este unflată.

La a 11-a zi aureola devine mai îngustă, roșea ei scade, pustula începe a se vesteji, coloritul ei argintiū dispare și bate în brun (cafeniū).

Ziua 12. și 13. pustula se usucă și se transformă într'o scórță (cójă) tare, brună seū négră, această scórță cade la a 20-a până la a 25-a zi și lasă o cicatrice permanentă.

Copii nu se supun după vaccinațiune la nici un regim special, ei pot eși din casă și pot fi spălați pe tot corpul cu excepțiunea brațelor vaccinate. Singura precauțiune necesară este pađa, pentru ca pustulele vaccinale să nu fie strivite saū maltratate într'un alt mod. În cas de spargere a pustului se aplică un pansament antiseptic.

În România vaccinațiunea este obligatorie ; Art. 131 din legea sanitară prescrie că ea este gratuită pentru tótă populațiua rurală, de fapt ea este gratuită și pentru populațiunea urbană ; regulamentul român asupra vaccinațiunii (și nu legea sanitară)

prescrie și revaccinațiunea obligatorie în timp de epidemie de variolă.

Statul (județul, comuna) generalisază la noi vaccinațiunea, nu numai prin întreținerea serviciilor speciale pentru vaccinarea gratuită, ci și prin cererea actelor de vaccin de la copii cari voiesc a fi priimiți în diferitele școle publice. Asemenea în multe alte state vaccinațiunea este obligătoare pentru toți copii. În special în Anglia, unde libertatea individuală este respectată și garantată că în nici o altă țară, legea prescrie vaccinațiunea obligătoare și pune în această privință pe copii sub tutela Statului.

Cine este competente a vaccina? Operațiunea vaccinațiunei nu este greu de executat, și vedem la noi sub-chirurgi și mōșele ocupați cu vaccinațiunea; manipulațiunea operativă nu este însă actul cel mai important al vaccinațiunei, ci examinarea copilului care se vaccinédă și mai mult alegerea copilului de la care se ia vaccin reclamă cunoscințe perfecte ale medicinei. Vaccinațiunea cu vaccin umanizat nu se pōte încredința de cât medicilor saũ cel puțin sub-chirurgilor și mōșelor supuși controlului din partea medicilor.

În România numărul vaccinațiunilor este aprōpe egal cu numărul nascerilor; în anul 1884 s'aũ vaccinat în tōtă țara 176139, în anul 1885 194747 persóne.

În anul 1886 saũ născut în tōtă țara 212820 copii, s'aũ vaccinat 201346 și s'aũ revaccinat 23665 persóne, în anul 1887 s'aũ vaccinat în tōtă țara după statisticele oficiale 241181 și s'aũ revaccinat 34675 persóne.

În armata română revaccinațiunea este obligatorie și se execută în mare parte cu vaccin animal. Dintre vaccinațiunile și revaccinațiunile făcute la noi la populația civilă numai o mică parte se execută cu vaccin animal, cele mai multe cu vaccin umanizat. Proporțiunea cea mai mare de vaccinațiuni cu vaccin animal ne arată statistica în orașul București, unde în anul 1886 40% din numărul total al vaccinațiunilor și revaccinațiunilor au fost operate cu vaccin animal și 60% cu vaccin umanizat; în anul 1887 această proporțiune a fost de 71% cu vaccin animal și de 29% cu vaccin umanizat.

În armata Austro-Ungară s'a introdus în anul 1886 revaccinație obligatorie. În luna Octombrie 1886 s'au făcut 112669 vaccinații și revaccinații cu vaccin animal, 71% ca succes, 29% fără succes. În anul 1887 revaccinația obligatorie a fost prescrisă și pentru miliții (Landwehr) și marina.

În spitalul pentru variolici din Budapesta s'au cautat în timpul de la 1 Ianuarie până la 31 Decembrie 1886 2144 bolnavi de variola din care mare parte nevaccinați, din cei din urmă au murit 63% din cei vaccinați 18%. În anul 1886 a fost în Ungaria introdusă vaccinația obligatorie în virtute unei legi speciale.

În Anglia s'au vaccinat în anul 1883 94.9% din numărul total al copiilor obligați la vaccinațiune (Report of the medical Departement of the Local Governement Board pro 1883).

În imperiul german în anul 1882 din 1338464 copii obligați a fi vaccinați s'au vaccinat cu succes 1195901, fără succes 158696, cu rezultat ne-

cunoscut 5773. Din numărul total al acestor vaccinațiuni s'aū operat 1103467 sēu 91.4⁰/₀ cu vaccin umanizat și 91941 saū 7.62⁰/₀ cu vaccin animal. In acelaș an s'aū revaccinat cu succes 898601 persōne și fără succes 119972 persōne. (Arbeiten aus dem kaiserlich deutschen Gesundheitsamte I. Berlin 1885). In armata prusiană s'aū făcut in anul 1880 122100 revaccinațiuni din cari 106264 cu succes și 15836 fără succes (Der Militärarzt 1885).

Regulament pentru vaccinație și revaccinație.

publicat la 5 Mai 1875.

Art. 1. Vaccinația este obligatōre pentru tōtă populațiunea.

Art. 2. Orī-ce copil se va vaccina in primul an al vieței, cu esceptia celor bolnavi și bolnāvicioși, pentru care vaccinația este facultativă.

Art. 3. Revaccinația se face de la etatea de 7 ani in sus.

In timp de epidemii de variolă, revaccinația devine obligatoriă.

Art. 4. Pentru vaccinația generală obligatoriă se fixeză anual 2 termine : unul de la 1 Aprilie până la 30 Iunie, ear altul de la 1 Septembre până la 30 Novembre.

Aceste termene nu esclud vaccinația și in cele alte luni pentru întreținerea vaccinei.

Art. 5. In cas de isbucnire a unei epidemii de variolă, chiar când cazurile de inbolnāvire n'ar fi numerōse, se vor aplica in localitățile infectate imediat și afară de termenele fixate mai sus, și regulele prescrise la art. 2 și 3 de către prefectii județelor și primarii celor 8 urbii mari, prin înțelegere cu consiliile de igienă publică și salubritate respective, care se vor pronunța in fie-care caz special, dacā

acastă măsură trebuie aplicată și asupra comunelor vecine, sau chiar asupra plășei ori a județului întreg.

Art. 6. Elevii și elevele din școlile publice și pensiunile particulare, elevii din seminare, din stabilimentele de meseriași, individele din monastirile și penitenciarele de ambe sexe, copiii din institutele de orfanii, în fine individele din ori-ce stabilimente și localuri publice sau private, tare populate, urmează a fi supuse vaccinației și revaccinației obligatorii.

Art. 7. Persoanele care nu vor înfățișa bilete doveditoare că au fost vaccinate cu bun succes, nu vor fi primite în nici un serviciu public.

Art. 8. Părinții și epitropii copiilor sunt datorii a aduce pe copii atât pentru vaccinație cât și pentru revaccinație, precum și pentru control la locul destinat pentru această, iar dacă au fost absenți în timpul fixat pentru această operație, atunci sunt datorii a proba cauza acestei absențe prin certificat legal.

Scutirile definitive sau temporale ale copiilor de vaccinație, care se vor constata de către medicul vaccinator direct sau după bilete liberate de alți medici, se vor trece în regula de observații a listei generale celor destinați pentru vaccinație.

Pentru vaccinația școlărilor, vaccinatorul se va transporta în școală și îi va vaccina acolo.

Art. 9. Scutirea definitivă de vaccinație va fi :

a). Când copilul a fost vaccinat cu succes bun ;

b). Când unul și același copil a fost vaccinat trei ani pe rând fără efect.

Acastă condițiune nu exclude însă de loc pe copil de la datoria revaccinării la etatea de 7 ani ;

c). Când a zăcut copilul de variola naturală.

Art. 10. Scutirea temporală va avea loc dacă starea sănătății sau constituția copilului nu permite de a fi supus acestei operațiuni. Indreptându-se însă se va supune vaccinației în termenul cel mai apropiat.

Art. 11. Primarii comunelor atât urbane cât și rurale

sunt datorî a forma listele tuturor născuţilor pe fie-care an, estrase din registrele stăreî civile, alcătuindu-le în urbe după despărţirî, iar în comunele rurale după cătune, şi însemnând în rigla de observaţii pe cei morţi şi pe aceia care s'aũ permutat cu părinţii în altă comună.

Primarul acestei comune este obligat a cere nouilor veniţi în comună, prezintarea biletelor de vaccină ale copiilor în lista celor destinaţi pentru vaccinaţie în termenul cel mai apropiat.

Art. 12. Copii care din cauze neprevădute uu s'a putut vaccina într'un an, urmază a fi înscrişi de primari în lista anului viitor.

Art. 13. Primariî urbelor comunică medicilor de urbe, cel mult până la 1 Februar al fie-cărui an, listele prevădute la art. 11 şi fixéză prin înţelegerea cu dônşii zilele şi locurile destinate pentru vaccinaţie.

Primariî comunelor rurale înaintéză aceste liste, în termenul fixat mai sus, prefectului judeţului, care prin înţelegere cu medicul primar, fixéză zilele şi locurile destinate pentru vaccinaţie în comunele rurale.

Art. 14. Spre a asigura prezentarea părinţilor cu copii, primariî comunelor urbane şi prefectii judeţelor vor comunica autorităţilor administrative locale cu 15 zile mai înainte zilele, orele şi locurile destinate pentru vaccinaţie, iar aceste autorităţi reguléză la rândul lor publicarea imediată a acestor termene în fie-care despărţire saũ cătun.

Art. 15. Dacă cătunele care compun o comună rurală sunt prea depărtate de reşădinţa primăriei (locul concentrării copiilor) pentru ca mamele copiilor să nu fie nevoite a veni cu ei mai departe de 5 kilometre, primarul respectiv, prin înţelegere cu medicul vaccinator, imparte acésă comună în mai multe ocôle, destinéză cătunul din centrul fie-cărui ocol ca loc de strângere al copiilor şi fixéză termene deosebite pentru vaccinaţie şi pentru control.

Art. 16. Controlul vaccinaţiei se va face după opt zile de la ziua vaccinării.

Medicul vaccinator comunică chiar în ziua operaţiei atât

primarului comunei cât și mamelor copiilor, spre a se prezenta cu dârșii în localitate la ora și ziua fixată pentru control.

Art. 17. La operația vaccinării și la control, medicii vaccinatori vor fi însoțiți în urbe de un agent al poliției locale, iar în comunele rurale de primar său de un delegat al său.

Art. 18. Vaccinația se va face în urbe de medicii de urbe, iar în comunele rurale de medicii de plăși, a căror datorie este a indica dacă copiii se află în condițiunile cerute spre a fi supuși acestei operații și a alege pe copii de la care urmază a se lua limfa necesarie pentru vaccinații subsecuente.

Acastă operație se poate face și de subchirurgi ori vaccinatori numiți într'adins; copiii vaccineri nu se vor putea însă alege și vaccina de cât de către medicii.

Art. 19. Prenoirea vaccinei prin inocularea vaccinei originale se va face în urbe de către medicii urbei în persoană, iar pentru comunele rurale de către medicii primari ai județelor și de către cei de plăși de două ori pe an, la epocele fixate mai sus.

Art. 20. Pentru vaccinațiile subsecuente se va lua limfă numai de la copii care să nu fie mai tineri de un an; să nu aibă în gură, nas, urechi, orificiul anal, precum și pe părțile genitale nici o urmă de boale sifilitice: asemenea să nu aibă pe pele erupțiuni, glande sau ulcere scrofuloase; cu un cuvânt să fie cu desăvârșire sănătoși, de o constituție bună și de un temperament sanguin, adnotându-se în lista vaccinațiilor, în dreptul numelui lor, că au servit de vaccineri.

Art. 21. Asemenea se va nota în lista vaccinațiilor pentru fie-care copil în parte, cu ce fel de limfă s'a vaccinat, cu limfă originală sau cu vaccină umanizată, și în cel din urmă caz de la care copil a fost luată limfa.

Art. 22. Limfa se va lua pe cât se poate numai din pustule bine dezvoltate între a 6-a și a 8-a zi, când acestea

nu conține încă puroi. Asemenea se va feri de a face să sângereze pustulele la luarea limfei.

Art. 23. Vaccinatorul va face câte două inoculații la fie care braț în distanță nu mai mică de 4 centimetre una de alta.

Art. 24. Medicul sau vaccinatorul va fi aprovizionat la operațiune cu mai multe instrumente de vaccinație și înaintea fie-cărei vaccinații în parte, va curăța bine instrumentul cu un lichid alcoolic.

Art. 25. Medicul este obligat a face cel mai exact și cel mai conștiințios control vaccinațiilor. El va inscrie în liste osebite atât pe vaccinații cu cow-pox, cât și pe cei cu vaccină umanizată, notând la facerea controlului atât vaccinațiile făcute cu succes, cât și pe cele fără succes pentru fiecare specie de vaccină în parte.

După terminarea controlului, în conformitate cu art. 9, 10 și 11, revizuește pe copii scutiți definitiv și temporal, și dacă găsește în regulă atestatele despre care tratază art. 9. emite celor d'intăi certificatul de scutire definitivă, iar pe cei l'alți îi trece în lista generală a celor destinați pentru vaccinațiune în termenul cel mai apropiat.

Art. 26. După terminarea definitivă a vaccinației în fiecare comună în parte, medicii de urbe sunt datorii a comunica primarilor; iar medicii de plăși sau vaccinatorii medicilor primari de județe rezultatul obținut, trimițându-le tot d'odată listele nominale ale vaccinațiilor și revaccinațiilor, alcătuite după model adevărite de autoritățile administrative locale și însoțite de procese verbale, constătătoare acea lucrare, precum și lista nominală a copiilor care nu au îndeplinit îndatorirea stipulată la art. 8, iar copii de pe acele liste rămân: una la medicul vaccinator și alta la primărie.

Art. 27. Listele nominale originale de vaccinați se vor înainta de către medicii de județe și de către primarii celor 8 urbe mari la consiliile de igienă publică și salubritate, spre a se comunica rezultatul ministerului de interne.

Art. 28. Părinții copiilor vaccinați de medicii particulari

vor prezinta certificatele acestora medicilor însărcinați cu vaccinația obligatorie la epocile vaccinațiilor periodice, pentru a fi trecuți în listele generale.

Art. 29. Vaccinația generală obligatorie urmează a se face sub priveghiarea prefectilor de județe, a primarilor celor 8 urbe mari și a consiliilor de igienă publică și salubritate.

Art. 30. Controlul mai de aproape al vaccinației obligatorii prin județe, privește pe medicii primari ai județelor, iar în cele 8 urbe mari pe vice-președinții consiliilor de igienă publică și salubritate.

Art. 31. Părinții și epitropii copiilor, directorii și direcțiile școlilor publice și private, directorii internatelor și pensionatelor Statului și private, directorii azilelor, grădinițelor de copii, seminariilor, stabilimentelor de meseriași, de creșterea copiilor, învățătorii școlilor de prin comunele rurale, superiorii și superiorii monastirelor sunt datorii a îngriji de vaccinarea persoanelor aflate sub autoritatea lor; iar în cas contrar vor fi pasibili pentru prima oră de penalitate prevădută la art. 385, alineatul 9 din codul penal și în caz de recidivă de aceea prevădută la art. 388 din același cod.

Art. 32. Autoritățile administrative locale, care nu au format listele exact, care nu au publicat la timp ziua și locul fixat pentru vaccinație, care nu au dat ajutorul polițienesc absolut necesariu medicului vaccinator și nu au strâns la termenile fixate pe mame cu copii, sunt pasibile, pentru fie-care categorie în parte, de penalitatea prevădută la art. 68, din legea sanitară, publicată în *Monitorul oficial* No. 131, din anul 1874.

Art. 33. Medicul vaccinator, care s'ar dovedi că a neglijat datoria d'a veni la termenile fixate, este pasibil de penalitatea prevădută la art. 22, din regulamentul de față.

Art. 34. Medicul vaccinator, care s'ar dovedi că a vaccinat cu limfă luată de la copii sifilitici, contrar art 20, sau că a contravenit dispozițiilor articolelor 22 și 24 din acest regulament, se va da în judecată corecțională și i se va ridica dreptul d'a mai ocupa o funcțiune sanitară.

XX.

Cultivarea vaccinului animal

Vaccinul animal este limfa culésă din vesiculele vaccinale ale vitelor bovine, mai cu osebire ale vițelilor.

Vaccinațiunea animală este operațiunea prin care inoculăm virusul vaccinal în pielea pântecului vițelilor, pentru ca să producem un număr mare de vesicule vaccinale și prin urmare o cantitate mai mare de vaccin animal. Ne servim pentru inocularea vițelilor saū de vaccin animal (vaccinațiune animală) saū de vaccin umanizat (retrovaccinațiune). Retrovaccinațiunea este admisă ca un procedeu corect de sciință și de multe administrațiuni sanitare, ea s'a practicat și sub direcțiunea noastră pentru producerea vaccinului animal în serviciul sanitar al Capitalei; uniī autori francesi sint însă în contra retrovaccinațiunei. Mijlôcele moderne de conservațiune a vaccinului ne permit a dispune tot-d'a una de vaccin animal, ast fel nu vom fi siliți pe viitor a recurge la retrovaccinațiune.

Vaccinațiunea animală a lost experimentată deja la începutul secolului curent de Troja în Neapoli și în anul 1810 în acelaș oraș de Galbiati. În anul 1840 Negri din Neapoli a început a practica vaccinațiunea animală pe o scară mai întinsă. În anul 1864 Lanoix a introdus'o în Franța, înființând

cu sprijinul lui Depaul și sub auspiciile Academiei franceze un institut privat pentru cultivarea vaccinului animal, exemplul lui a fost urmat după puțin ani la Bruxelles de către Warlomont, la Berlin de către Pissin.

În România răposatul profesor dr. Vasile Vlădescu a înființat în anul 1874 un mic institut privat pentru cultivarea vaccinului animal, astăzi există în țară mai multe servicii oficiale pentru vaccinarele vițelilor și producerea vaccinului animal pentru vaccinațiunile oficiale. Primăria orașului București și Institutul Gregorian din Iași posedă astăzi mici edificii speciale pentru stabilimentele lor vaccinale.

În străinătate s'a creat numeroase institute pentru cultivarea vaccinului animal, destinat a înlocui succesiv vaccinul umanizat, cea mai mare întindere s'a dat vaccinațiunii animale în Italia, apoi în Olanda și Elveția. În Rusia vaccinatorii din serviciul guvernămintelor se transportă din comune în comune la zile determinate, vaccinându în fie care comună câte un vițel și se întorc regulat după 4 până la 5 zile spre a vaccina copiii din comună cu vaccinul animal astfel cultivat. În Belgia s'a creat în anul 1881 la Bruxelles un Institut central al Statului și la Anvers un institut vaccinogen militar pentru cultivarea vaccinului animal. În Franța există astăzi numai institute private pentru vaccinațiunea cu vaccin animal, cele mai însemnate sunt cele două din Paris unul al d-ilor Lanoix și Chambon și altul al Societății franceze de Igienă, și cele din Lyon, Montpellier și Bordeaux, în unele corpuri de armată medici și veterinarii produc singuri vaccinul animal

pentru revaccinația recruților ; în momentul când scriam aceste rânduri administrațiunea asistenței publice din Paris studiează proiectele, pentru crearea unui institut vaccinal public mai mare. În Germania funcționează astăzi institute publice pentru cultivarea de vaccin animal la Berlin, Halle, Kiel, Bremen, Bernburg, Cassel, Hamburg, Dresda, Darmstadt, Munic, Nürnberg, Bautzen, Frankenberg, Strassburg, Metz, Hanover, Anhalt, Lipsca, Stuttgart, Kannstadt, Pforzheim, Schwerin, Weimar, Lubeck. În Austro-Ungaria vaccinul animal se cultivă numai în câteva institute private, la Viena, în arhiducatul Austriei de sus, în Moravia, în Stiria, în Ungaria și în Transilvania. În anul 1886 s'a modificat regulamentul sanitar al armatei austro-ungare, prin introducerea obligațiunei pentru comandamentele militare, ca să vegheze ca revaccinațiunile recruților să se facă cu vaccin animal. O prescripțiune analogă există pentru armata germană.

În anul 1884 guvernul german a convocat din nou o comisiune pentru studiarea cestiunii vaccinațiunii, care comisiune a lucrat în înțelegere cu oficiul sanitar central, drept rezultat al acestor lucrări Oficiul sanitar central din Berlin a supus Cancelarulul imperiului în anul 1885 un memoriu în care conchide, că vaccinațiunea și revaccinațiunea obligatorie se poate menține numai cu condițiunea, ca să se înlătore pericolul infecțiunei cu sifilis și cu alte bôle, că vaccinațiunea cu vaccin umanizat nu presintă destule garanții în contra unor asemenea infecțiuni, și că este necesar ca în viitor vaccinațiunile și revaccinațiunile să se facă de preferință

cu vaccin animal. Acest memoriu a determinat pe guvernul german ca să generalizeze succesiv vaccinațiunea animală, și de fapt în unele părți ale Imperiului se vaccinădea deja exclusiv cu vaccin animal.

Autoritățile noastre administrative au asemenea obligațiune morală, ca să dea vaccinațiunei animale întinderea cea mai mare posibilă și ca să părăsască cu totul vaccinațiunea cu vaccin umanizat.

Un mic institut pentru cultivarea vaccinului animal n'are trebuință de locale spațioase, el se poate instala într'o casă modestă și chiar în dependențele unei prefecturi ori primării. Cu puțină bună voință medicii primari și medicii veterinarii de județe și orașe vor găsi lesne acele locale, și vor putea începe a cultiva vaccinul animal chiar în locuințele lor proprii. Ast-fel a început în Bucuresci doctorul V. Vlădescu în casele sale, și ast-fel s'a întreținut 4 ani (1884—88) serviciul vaccinogen al Primăriei Capitalei, fără a avea un personal special și un local al său propriu. Cu toate acestea dorim ca să se asigure funcționarea regulată a institutelor vaccinale prin așezarea lor în locale curate, sănătoase, compuse din un grajd cu mai multe despărțiri, din o cameră de operațiune, (laboratoriu), din o cancelarie care poate servi și ca deposit de vaccin și ca local de împachetare și din locuința unui servitor însărcinat și cu îngrijirea vițelilor. Un institut vaccinal mai mare reclamă și spese mai mari; dăm de exemplu institutul vaccinogen din Darmstadt, însărcinat cu producerea vaccinului animal pentru vaccinațiunile oficiale din marele ducat Hessa, în număr de aproximativ 52000 pe an; institutul vaccinădea 400 vițel pe

an și are un budget anual de cheltuieli de 18900 mărci. În anul 1887 d. medic veterinar L. Vincent de la serviciul sanitar al Primăriei Capitalei a cultivat cu o cheltuielă de aproximativ lei 1000, o cantitate de vaccin animal suficientă pentru aproape 7000 vaccinații și revaccinații oficiale și 350 până la 400 vaccinații private.

Cu toate că se pot vaccina vițeii fără aparate speciale, se înlesnesce această lucrare dacă dispunem de o masă construită pentru legarea și imobilizarea vițelului. Diferitele institute vaccinale se serve de mese construite după diferitele modele, unele cu tabla fixă, altele cu tabla mobilă. Cele din urmă sunt de preferit. Tabla mesei se poate resturna, ea se învârtesc în jurul unor articulațiuni de fer (șarniere), poate astfel eși din poziția orizontală și se așează vertical până aproape de pământ, vițelul care stă în picioare alături cu masa, se leagă în această pozițiune de tabla mesei (scoborâtă și așezată vertical), și apoi tabla se aduce iar în poziția orizontală. Pentru acest scop sunt fixate pe tabla mesei mai multe inele de metal și mai multe curele cu cataramă. Afară de această tablă mai are două aperturi, pentru a înlesni scurgerea urinei și a materiilor fecale. Asemenea mese se pot vedea în serviciul vaccinal al orașului București. Desemnele unor asemenea aparate se găsesc în manualele de vaccinațiune ale D-lor L. Vaillard (Paris 1886) și L. Pfeiffer (Tubingen 1884).

De și putem vaccina vițelii cu lanțeta ordinară cu care se inoculează oamenii, se întrebuițează obiceiul pentru vaccinația vițelilor instrumente speciale. Spre

a produce pe pânțelele vițelului o suprafață vacci-nogenă cât de mare, vaccinăm nu prin înțepături, ci prin tăieturi sau prin raderea epidermului său prin scarificare, căci pustulele vițelilor dau în general o cantitate mai mică de limfă licuidă de cât pustulele copiilor. Peiffer a inventat un tăietor vac-cinal compus din 3 până la 5 lanțete paralele, a-cesse instrumente se găsesc în fabrica D. C. Hell-wig din Halle a. S. Un instrument mai bun este cel fabricat de d. Charrièr la Paris din Nickel, el se curăță și se ascute mai lesne de cât tăietorul Pfeif-fer-Hellwig.

Pentru culegerea vaccinului animal ne servim de pințete speciale, drepte sau curbe, menite a com-prima pustula și a stôrce limfa, și de lingura as-cuțită a lui Volkmann, cu care se scôte limfa din pustulă și se rade chiar fundul pustulei. Pințeta de compresiune se pôte înlocui și printr'o pințetă emostatică.

În unele institute vaccinale vițelii vaccinați sunt la gură legați cu o botniță, pentru ca să nu lingă părțile inoculate. Noi nu întrebuițăm botnița și le-găm numai pânțelele vițelului cu un șorț de fla-nelă, permițând animalului ca sa se plimbe liber prin grajd și prin curte.

Vitele bovine de ori-ce sex și etate pot servi ca vacciniifere, preferim însă pe vitele tinere, fiind-că tu-berculosa este lôrte rară la vițel. În casuri excep-ționale se întrebuițedă și vaci, ast-fel în institutul vaccinal al armatei belgiane din Anvers se vacci-nedă vacile destinate pentru aprovizionarea trupelor cu carne. Dăm preferință animalelor de sex femi-

nin, fiind-că dispoziția organelor genito-urinare la vite masculine nu permite aplicarea după vaccinațiune a unui șorț sau a unei păturī, destinate a protege părțile vaccinate în contra infecțiunii prin urina și prin alte necurățenii. Animalele vaccinate se examinédă bine înaintea vaccinațiunii și nu se admit de cât cele cu desăvârșire sănétose. Chiar o simplă diarrhea a animalului este un motiv suficient pentru respingerea lui ca vaccinifer. Constatăm mai cu osebire dacā buricul este cu desăvârșire cicatrizat și curat, dacā animalul este bine nutrit și dacā are pofta de mâncare, în cazul contrariu 'l respingem.

Unele institute vaccinale cumpără vițelele necesare și le vinde iar măcelarilor după vaccinare, cu condițiune ca să le taie imediat după luarea vaccinului și să permită examinarea scrupulosă a organelor interne, altele ieaū vițelī cu chirie, plătind măcelarilor un preț fix pentru permisiunea de a utiliza animalul pentru cultivarea de vaccin. Dacā la examinarea organelor interne ale vițelului se constată prezența tuberculozei sau a unei alte bóle transmissibile, vaccinul recoltat de la acel vițel se distruge.

Nutrețul vițelilor în timpul șederii lor în institutul vaccinal este acela cu care sunt obicinuiți, vițelī mai tinerī se nutresc cu lapte încăldit și cu ouă, în unele institute vaccinale se aduce vițelul împreună cu vaca care 'l alaptédă.

Înainte de a inocula pe vițea o fixăm pe măsă descrisă mai sus, radem și spălăm partea de îndărăt a pântecelui între buric și între orificiul anal, practicăm 60 până la 180 scarificațiuni sau incisiuni regulate, de lungimea unui centimetru până la

1, cm. 50 pe o suprafață cât de mare posibil, (doctorul Vaillard și alți medici inoculează totă regiunea abdominală și chiar parte din regiunea toracică) apoi stergem sângele care se scurge din părțile lezate și introducem vaccinul în aceste plăgi mici, întinzând pielea pentru ca să intre vaccinul mai lesne în rănă. Este indiferent dacă vaccinăm cu vaccin animal sau dacă operăm retrovaccinațiune servindu-ne de vaccin umanizat, vitele bovine fiind imune în contra sifilisului, pustulele vaccinale ale animalului nu pot conține virusul sifilisului, chiar dacă vaccinul cu care el a fost inoculat ar proveni de la un copil sifilitic.

La vițel pustulele vaccinale se dezvoltă mai repede de cât la om. Două zile după vaccinațiune se arată erupțiunea, simțim cu degetul o papulă care la a treia până la a patra zi începe a se transforma în vesiculă și a cincea până la a șasea zi în pustulă. Pustulele vițelului dau mai puțină limfă licuidă de cât cele ale copilului. De la vițel se ia limfa vaccinală la a patra seară la a cincea zi, cel mai târziu la a șasea zi; în acest timp limfa licuidă este infiltrată în țesătura pustulei și nu se scurge în urma unei simple înțepături fără întrebuițarea unei presiuni mai forte, din această cauză la culegerea vaccinului se comprimă pustula cu pințeta de compresiune. Evoluțiunea tuturilor pustulelor n'are loc în acelaș timp, unele ajung mai curând, altele mai târziu la maturitate, ast-fel culegerea vaccinului de la un vițel nu se poate termina într'o singură zi și se operează obicinuit în 2 zile.

Vom renunța la culegerea vaccinului, dacă ani-

malul vaccinat s'a bolnăvit de diarrhea sanguinolentă seû de febră și dacă termometrul introdus în orificiul anal arată o temperatură de 40° C și mai mult.

La recoltarea vaccinului fixăm din nou vițelul pe masa, spălăm regiunea inoculată cu o soluțiune de acid carbolic 2 $\frac{1}{2}$ 0/0 și apoi cu apă căldică, strepungem cu lanțeta capacul pustulei, strângem baza ei cu pințeta de compresiune și culegem limfa care se scurge, în tuburi capilare de sticlă, seû pe pene de gâscă curățite și ascuțite pe care le băgăm în alte pene tăate, seû pe vârful de lanțete de os, seû în fine adunăm limfa vaccinală într'un mic vas curat pentru a o amesteca cu glicerina, singură ori tot-de-odată și cu țesătura pustulei scôsă cu lingura și cu materia ștôrsă din fundul pustulei deschise.

Vaccinul umanizat remăne mult timp licuid, vaccinul animal însă coagulează lesne, și din această cauză aspirarea lui în tuburi capilare este dificilă. Ne servim de tuburi capilare de sticlă de lungime de 6 până la 8 centimetri și în grosime de 2 milimetri, muiăm una din extremitățile tubului în limfa vaccinală, dind tubului o pozițiune declivă pentru ca să înlesnim aspirațiunea prin acțiunea greutateii. Ne trebuie 8 până la 10 minute pentru umplerea unui asemenea tub. Limfa ast-fel culésă nu este tot-d'a-una incoloră și limpede ci obicinuit roșcată și tulbură, din cauza coagulelor care se forméază într'însa ; tubul capilar umplut se lipesce la extremitățile sale cu cêră de peçetluit, cu prafină seû prin topirea sticlei la flacăra unei lumânări. Dacă

voim să conservăm vaccinul incolor și limpede, atunci golim tuburile, vărsând conținutul lor pe un gém de sticlă, unde o parte a vaccinului coagulează, și apoi aspirăm în tuburile capilare numai parte licuidă cu desăvârșire pură. Vaccinul animal conservat în tuburi capilare rămâne activ 2 până la cel mult 3 săptămâni.

Recolta vaccinului nu este terminată când limfa încetădă a se scurge din pustula comprimată, căci țesătura pustulei mai conține materie vaccinală, și din această cauză operăm amputațiunea pustulei vaccinale și radem cu o linguriță ascuțită fundul pustulei. Substanța vaccinală solidă ast-fel dobândită se adună într'un mic morjar, în care se frécă bine cu glicerină și se transformă ast-fel său într'o pulpă mai grósă de consistența unei alifii (pasta, magma vaccinală), său într'un licuid sirupos, care se conservă său în interiorul unei pene de găscă tăiată, spălată cu leșiă și băgată în altă pană, său între două gémuri de sticlă puțin scobite și lipite la margine cu cêră ori cu parafină, său în tuburi de sticlă mai largi de cât cele capilare și bine închise. Intrebuițarea pustulei vaccinale amputate întregi nu este o metodă nouă, ea a fost practică deja în anul 1805 de Trojan în Neapoli, și în urmă de Galbiati și M. Negri. Margotta în Neapoli a perfecționat această metodă în anul 1884, este însă regretabil că d-sa ține secret modul de conservațiune al vaccinului produs de d-sa. Asemenea și Warlomont face un secret din modul de conservațiune a pustulelor transformate în pulpa vaccinală în institutul vaccinal al Statului din Bruxelles.

Unii medici adaogă vaccinului substanțe antiseptice pentru a-l conserva mai bine. Vaccinul se amestecă cu o parte egală a soluțiilor antiseptice următoare: Soluțiunea de acid salicilic de $\frac{1}{3}$ la 100, soluțiune de acid fenic de 1 până la 3 la 100, soluțiunea de acid boric de 3 la 100, soluțiune de bichlorur de mercuriū de 1 la 1000. Nu numai vaccinul licid ci și cel uscat și cel în formă de alifie se conservă prin adăugirea de substanțe antiseptice. Pfeiffer adaogă la pulpa vaccinală $\frac{1}{2}$ la 100 acid salicilic, Leclerc (institutul vaccinal din Lyon) formează pulpa prin frecarea pustulei cu glicerină și cu sahar, Vaillard a constatat la școala de la Val-de-grâce că vaccinul din Lyon se conservă chiar până la un an fără a pierde virulența. D. Perron din Bordeaux conservă vaccinul amestecat bine cu 2 părți de vaselină și pus între 2 gémuri excavate, legate cu ață și lipite la margine cu parafină.

Așa numitele lanțete de os încărcate cu vaccin, sunt plăci de os de lungime de 5 centimetri, de lărgime de 6 milimetri, de grosimea unei cărți de joc, la un capăt ascuțite. Pentru a le încărca cu vaccin apăsăm cu ele pustula comprimată, în momentul când limfa se scurge dintr'ênsa, și le aședăm pe marginea unui taler într'un local căldicel pentru ca să se usuce. Unele institute vaccinale posedă aparate speciale pentru uscarea vaccinului, în lipsa acestor aparate este necesar ca vaccinul să se usuce într'un local curat, unde atmosfera este liberă de fermenti. Furst din Lipsca usucă vaccinul într'un dulap construit pentru acest scop, închis ermetic, ventilat printr'un curent de aer cald de 38°C și pu-

rificat prin trecerea prin vată, alte institute se servă de exsicatori în care acidul sulfuric și Chlorurul de Calciū jăcă rolul principal. Dacă lanțeta nu este bine încărcată repetăm procedeul, spre a pune un al doilea strat de vaccin peste cel d'întăi.

După uscarea completă Warlomont mai pune d'asupra vaccinului un strat subțire de soluțiune de gumi arabic, alți învălesc fie-care placă de os în parte în hârtie de staniol fără a o protege prin gumi arabic. Vaccinul pe plăcile de os și pe pene de găscă se conservă mai mult timp de cât acela din tuburi, în general însă vaccinul animal pierde mai curând virulența de cât cel umanizat, în timpul iernei și conservat în locale neîncălzite el rămâne mai mult timp activ de cât în timpul verei și în atmosfera caldă. La noi în timpul verei vaccinul animal, conservat pe pene, a pierdut câte odată virulența sa deja după 10 zile. Pentru a putea generalisa vaccinațiunea cu vaccin animal, va trebui dar ca să protegem vaccinul pe pene printr'un strat de gumi arabic său să'l adăogăm o substanță antiseptică în cantitate minimă. Înainte de a ne servi de vaccinul uscat pe lanțeta de os său pe vârful unei pene de găscă, îl udăm cu o picătură de apă curată și acceptăm 2 minute până când el s'a muiat. Nu este permis a se uda vaccinul uscat cu scuipat său cu alte licuide care pot conține fermenți patogeni.

Riesel din Halle și Pissin în Berlin produc o emulsiune vaccinală prin frecarea vaccinului cu glicerină și cu apă și o conservă în tuburi capilare de dimensiuni mai mari de cât cele obișnuite. Emulsiunea se conservă în general bine, este însă

necesar a o amesteca bine înainte de întrebuințării, căci glicerina fiind mai ușoară, înnoată d'asupra și partea activă, mai grea, cade pe fund. Emulsiunea vaccinală este mai aptă pentru vaccinațiunile oficiale, colective, de cât pentru cele private, isolate, din cauză că nu o putem conserva în cantități mici, în tuburi capilare mai înguste, ci numai în tuburi mai largi, căci tuburile de dimensiune mică fac umplerea și scötarea dificilă.

Frappoli a reușit a transforma vaccinul în pulvere uscată care se conservă bine. Doctorul Verardini din Milan produce asemenea o pulvere vaccinală prin uscarea pustulelor vaccinale sub clopotul unei pompe pneumatice. Procedeu italian a fost în cei din urmă ani perfecționat de Reissner, directorul institutului vaccinal din Darmstadt. Pustulele vaccinale, uscate cu desăvârșire într'un exsicator, sunt transformate în pulvere într'un morjar de ahat și trecute printr'o sită fină. Această pulvere se introduce în tuburi de sticlă sterilizate p'ia încălzire. Înaintea întrebuințării pulv'erea vaccinală se m'oiă cu puțină apă în timp de 5 minute. O cantitate de mărimea unui bob de mazăre este suficientă pentru 50 vaccinațiuni, un centimetru cub pentru 500 vaccinațiuni. Pulv'erea vaccinală este forma în care vaccinul resistă stricăciunii un timp mai îndelungat.

Consiliul federal al Imperiului German a decis în ședința sa din 27 Aprilie 1887 publicarea regulamentului asupra cultivării, conservării și transportării vaccinului animal, reprodus mai jos, și a invitat pe guvernele tuturor statelor germane, ca să oblige pe toate institutele vaccinale, a înainta oficiu-

lui sanitar central al imperiului raporte anuale asupra activității lor și ca să controleze mai d'aproape comerțul cu vaccin exercitat de către farmaciști.

Regulament pentru cultivarea, conservarea și transportarea de limfa vaccinală, valabil pentru tot Imperiul German. (din 28 Aprilie 1887).

I. Alegerea și examinarea animalelor.

1. Pentru cultivarea vaccinului animal se vor alege numai animale, care se pot tăia îndată după luarea vaccinului, pentru a se examina organele interne și controla starea lor sanitară.

2. Ca regulă generală se vor întrebuința viței, numai în cazuri excepționale se pot admite vite bovine mai în vîrstă. Se va da preferința vițelilor în etate de 5 săptămâni, nu se vor admite viței în etate mai mică de cât de 3 săptămâni, nici acela care buricul încă nu este cicatrizat.

3. Animalele vor fi examinate de un Veterinar, cele sănătoase și admise se vor numerota cu numărul corespunzător cu acela al registrului în care se înscriu animalele admise.

4. Atît la inoculare precum și la recoltarea vaccinului se va măsura temperatura animalului; dacă ea trece peste 41°C s'eu dacă se arată alte semne unei bôle, afară de alterații ușore ale digestiunii, atunci animalul nu se va întrebuința ca vaccinifer.

5. După recoltarea vaccinului animalele se vor

lăia și examina din nou de un veterinar, care va cerceta mai cu osebire buricul cu vasele umbilicale, peritoneul, pleura, plămâni, ficatul și splina.

6. Resultatul acestei cercetări se va constata de către Veterinar înscris pentru fie-care animal în parte și ast-fel ca să se cunoscă cu precisiune starea fizică a animalului examinat.

7. Vaccinul recoltat se va împărți și întrebuința numai atunci, când sănătatea animalului vaccinifer a fost constatată.

II. Ingrijirea și hrana animalului vaccinifer.

8. Grajdul în care se țin animalele vaccinifere trebuie să fie luminos, uscat, lesne de aerat, de curățat și de desinfectat, în institute vaccinale mai mari el trebuie să posede aparate de încălzire.

9. Ingrijirea animalelor se va încredința unor persoane consciincioase, deprinse cu un asemenea serviciu.

10. Paele și alte materii de ascernut vor fi curate și netrebuințate, tot grajdul și în deosebit ieslele se vor întreține cu curățenie scrupuloasă.

11. Vițeii de țâță se vor hrăni cu lapte încălzit și cu supă de făină.

III. Vaccinarea și recoltarea vaccinului.

12. Animalele care au fost transportate din depărtare, se vor odihni înaintea inoculațiunei cel puțin o zi.

13. Localul destinat pentru inoculațiunea și pentru recoltarea vaccinului va fi luminos, aerat, lesne

de curățit și de desinfectat și în institute mai mari lesne de încălzit.

14. Tote aparate, instrumente și alte obiecte întrebuițate pentru inoculare, pentru recoltarea vaccinului precum și pentru tratarea vițeilor, trebuie să fie pasibile de curățire și de desinfecare radicală; ele nu se pot întrebuița pentru alte scopuri și se vor desinfecă înainte și după fie-care întrebuițare.

15. Se va inocula la animalele tinere pînțele de la perineu pînă la buric, precum și scrotul, suprafața internă a cōpsel, la animale mai mari scrotul și ugerul și vecinătatea lor imediată.

16. Suprafața destinată pentru inoculațiune se rade, se spală cu apă caldă și cu săpun, se desinfectează cu soluțiune de sublimat 1 la 1000 sêu de acid carbolic 3% și se spală din nou cu apă fiartă și răcită.

17. Inoculațiunea se execută prin înțepături, sêu prin tăieturi scurte ori lungi, sêu prin scarificațiuni întinse pe suprafețe mai mari ori mai mici. Suprafețele scarificate mai întinse se vor inconjura de inoculațiuni isolate, pentru a se putea controla evoluțiunea.

18. Animalele se inoculază :

a. cu limfa umanisată luată de la persoane vaccinate, cu observarea precauțiunilor necesare. Numai în cas de lipsă absolută de asemenea limfă se pôte utiliza limfa de la persoane revaccinate, care nū fost bine examinate de medic.

Limfa vaccinală umanisată se va întrebuița neamestecată, direct de la brațul persoanei vaccinate, sau conservată în starea licuidă, închisă în tuburi

capilare, seû uscată pe lanţete, ori amestecată cu glicerină pură şi conservată în tuburi, capilare ori în sticlute ordinare bine astupate.

b. cu limfa animală, recoltată în conformitate cu prescripţiunile regulamentului de faţă.

c. cu materia solidă sau licidă ale vaccinului natural, genuine ale vacilor.

19. Limfa vaccinală se recoltază înainte supuraţiunii pustulelor şi înainte formării unui cerc roşu în jurul pustulei.

20. Înainte de a se culege vaccinul pustulele se curăţă cu scrupulositate, spălându-se cu săpun şi apă caldă, depărtându-se crustele (scórţele) care acoper pustulele şi vecinătatea lor.

21. Vaccinul se ia numai din pustule bine dezvoltate. Nu este permis a se lua vaccin din una şi aceeaşi pustulă în două sau mai multe zile.

22. La luarea vaccinului se pot întrebuinţa afară de lanţetă : aparate de compresiune (de stórcere), lingura ascuţită şi spatulă, depărtându-se prin raderă tóată ţesătura pustulei.

23. Se pot întrebuinţa atât părţile licuide precum şi cele solide ale pustulelor, nu se pot întrebuinţa crustele (scórţele) care acoper pustula.

IV. Conservarea şi transportarea vaccinului.

24. Este oprit a se transporta materia brută, nepreparată, luată din pustule pentru a servi la vaccinarea de ómeni.

25. Vaccinul destinat pentru conservarea şi transportarea se va prepara din materia întrógă a pu-

stulei prin amestecare. Este permis a se amesteca materia vaccinală de la mai multe animale, dacă a fost recoltată în aceeași zi.

26. Se va procedea la conservarea (la prepararea) vaccinului îndată după recoltarea lui.

27. Vaccinul se conservă :

a. Uscat îndată după recoltare, formând o pulvere fină ;

b. în formă de pulpă (magma) de consistența de extract séu de sirop, preparată prin amestecarea și frecarea intimă într'un morjar a materiei pustulei cu glicerină singură séu cu glicerină și cu apă destilată ;

c. In forma licuidă, dobândită prin frecarea materiei pustulei cu glicerină și decantare licuidului după ce parte solidă s'a așezat pe fundul vasului ; în acest caz partea solidă se întrebuințează ca pulpa vaccinală.

28. Vaccinul se conservă și se transportă numai în sticle capilare închise ermetic séu în sticlute ordinare închise cu dop. Tóte obiectele destinate pentru conservarea vaccinului se vor desinfecța înaintea întrebuințării lor prin muiare în apă fierbinte.

29. Este util ca înainte de a se expedia, să se examineze vaccinului asupra eficacității prin vaccinări de probă.

30 Fie-care expedițiune de vaccin va fi însemnată cu numărul registrului și va fi însoțită de o mică instrucțiune asupra modului întrebuințării și de cererea de răspuns asupra eficacității.

V. *Registre.*

31 Registrul în care se înscriu vaccinațiunile animalelor va cuprinde riglele următoare :

- a) numărul curent ;
- b) rasa, sexul, colórea, etatea animalului ;
- c) ziua aducerii animalului în institut, a examinării lui și a eșirei lui din institut ;
- d) ziua și ora inoculațiunei și a recoltării vaccinului ;
- e) felul și origina vaccinului întrebuintat pentru inocularea animalului ;
- f) temperatura animalului la inocularea și la recoltarea vaccinului ;
- g) sănătatea animalului atât la primire în institut precum și la dezvoltarea pustulelor ;
- h) starea organelor interioare, constatată de veterinar la tăerea animalului după terminarea recoltării vaccinului ;
- i) rezultatul vaccinațiunei ;
- k) modul conservațiunei a vaccinului ;
- l) osebite observații.

32. Registrul special de expedițiune vaccinului va cuprinde următoare :

- a) numărul curent ;
- b) numele și profesiunea primitorului ;
- c) domiciliul lui ;
- d) ziua comandel ;
- e) ziua expedițiunei ;
- f) origina și etatea vaccinului ;
- g) modul conservațiunei a vaccinului ;

- h) cantitatea vaccinului expeditat ;
 i) rezultatul vaccinației cu acel vaccin dacă a fost comunicat.

VI. Examinarea științifică și practică a vaccinului animal.

33. Institutele vaccinale publice au datorie a lucra pe terimul științific pentru progresarea vaccinației și a face pentru acest scop studii experimentale și clinice.

A N E X E

A. Instrucțiune pentru întrebuințarea glicerino-vaccinului animal

Vaccinul se conservă la un loc răcoros și întunecos, unde rămâne mai mult timp nealterat. La întrebuințarea lui se ia cantitatea necesară pe lanțeta sașu pe un gém de sticlă curat. Ca regulă generală se face inoculațiunea la brațe, prin tăieturi și nu prin înțepături, depărtate una de alta cel puțin 2 centimetri. La persoane vaccinate pentru prima oară se fac pe fie-care braț 3 până la 5 tăieturi superficiale, de lungimea maximală de un centimetru, la revaccinațiune se fac pe fie-care braț 5 până la 8 asemenea tăieturi. Se vor lua măsuri pentru ca să nu curgă mult sânge din tăieturi. Vaccinul se va întrebuința în stare naturală, neamestecat, introducându-se prin frecare în rană, deschisă prin tragerea ușoară a tegumentelor cu mune. Este oprită să se inoculeze cu pensula. Vaccinul rămas neîntrebuințat nu se poate vërșa înapoi în vas.

B. Instrucțiune pentru întrebuințarea vaccinului animal uscat în pulvere.

Vaccinul în pulvere se conservă într'un exsicator. Înaintea întrebuințării pulverea se pune pe un gém curat și se amestecă cu glicerină pură sau cu apă destilată pură, formându-se o pulpă (magma). Se introduce în tăietură o cantitate mică din această pulpă. Întrebuințarea pensulei este oprită. Pulpă rămasă neîntrebuințată nu se mai poate conserva.

XXI.

Scarlatina și Pojarul

Până în a doua jumătate a secolului trecut autorii au confundat scarlatina cu pojarul, cu febra miliară și chiar cu difteria, bóle care au apărut adese-ori ca epidemii în Europa în tot evul mediu ca și în timpul modern. Nu cunoștem origina și patria acestor bóle.

Scarlatina (Coracă) este o febră eruptivă specială, contagiósă, însoțită de o inflamațiune a faringelui, mai ales a tonsilelor, mai mult sau mai puțin violentă și caracterisată pe pielea prin puncte roșii, la început isolați, mai târziu uniți între dânșii spre a forma pete mari, roșii, ce acoper pelea în total sau în parte; erupțiunea este urmată de descuațiune a epidermului. Scarlatina se deosibesce de

pojarul (de coriul) prin prodromii sei, (prin inflamațiunea faringelui), prin caracterul erupțiunii, prin fenomenele ce o însoțesc, prin modul descuamațiunii, prin nefrita consecutivă și prin prognosa care este la scarlatină în general mai gravă.

Prima descrițiune corectă a scarlatinei este cea a lui Sydenham și cea a lui Morton.

În România, în Austro-Ungaria, Germania, Scandinavia, Rusia și Anglia scarlatina este astăzi frecventă.

În toată România au murit de scarlatină, după statistica direcțiunii generale a serviciului sanitar, în anul 1886 550, în anul 1887 1088 persoane; în realitate numărul deceselor de scarlatină este mai mare de cât acela care se declară prin raportele oficiale și care conțin numai casurile epidemice și nu cele sporadice, căci numai în capitală au murit de scarlatină în anul 1886 161, în anul 1887 46 persoane. Au mai murit de scarlatină în anul 1887, la Londra 1438, la St.-Petersbourg 470, la Viena 380, la Liverpool 321, la Varșovia 277, la Berlin 238, la Paris 224, la Budapesta 152 persoane.

Scarlatina este contagiösă, femeile laude și în general persoanele afectate de leziuni chirurgicale se infectă cu mult mai lesne de cât cei sănătoși.

Despre micro-organismul care este cauza scarlatinei, posedăm cunoștințe imperfecte. În urina bolnavilor se găsesc la începutul nefritei scarlatinöse nise bacterii, asemenea câte o dată în ganglionele limfatice inflamate, în licuidul infiltrat în pielea bolnavă.

Contagiul scarlatinei se transmite prin atmosfera

imediată a bolnavilor, prin epidermul exfoliat în ultimul stadiu al bolii și în convalescență, prin vestimente și așternuturile, și prin alimente care s'aù aflat în localele ocupate de bolnavi, precum lapte crud nefiert.

Măsurile profilactice în contra transmiterei contagiului constau în separațiunea sănătoșilor de cei bolnavi, în ventilațiunea prelungită și în desinfecțiunea localelor unde ei au zăcut, a așternuturilor, pânzeturilor și vestimentelor de care s'aù servit, a cadavrelor persoanelor care au murit de scarlatină, în oprirea copiilor convalescenți de scarlatină de a frecventa școala în cea d'intîi lună după terminarea bolii, în oprirea în general de la frecventarea școlii a copiilor din familiile în care se află alți copii afectați de scarlatină.

Pojarul (Ilerul Coriul, Rubeola, Morbilli), bóla contagioasă, febrilă, cunoscută peste tot pămîntul, se nasce dintr'un contagiu foarte tenace. Ea se deosebesce de scarlatină, în studiul invasiunii prin congestiune și secrețiune catarală a conjunctivei ochilor și a membranei mucóse a nasului și a organelor respiratorii, în stadiul erupțiunii prin pete caracteristice, mici, circulare, separate unele de altele. D. Babeș a cultivat pe bacilul pojarului, care se găsește în sânge, în secrețiunea nasală, în țesutul pielei și la pneumonia rubeolică în pleura și în țesutul pulmonar. Pojarul se transmite în acelaș mod ca scarlatina, se întinde însă mai lesne și mai răpede. În România numărul victimelor ale pojarului este în general mai mic de cât în alte țeri. În totă România au murit de pojarul epidemic în anul 1886 323, în anul 1887

1291 persoane (după rapórturile oficiale). În Bucuresci
 aũ murit de pojar în anul 1886 154 în anul 1887
 219 persoane, tot în anul 1887 s'aũ înregistrat la Lon-
 dra 2894, la Copenhaga 593, la Munic 547, la
 Stockholm 300, la Roma 355, la Paris 1636, la
 Liverpool 661, la Berlin 198, la Viena 490, la St.
 Petersburg 378 decese de pojar. Măsurile preven-
 tive în contra pojarului sînt identice cu acelea în
 contra scarlatinei.

XXII.

Tusea convulsivă

Tusea convulsivă (Tusea măgărăscă) este o bolă
 contagioasă a copiilor, care de multe ori devine epi-
 demică. În istorie o găsim pentru prima óră men-
 ționată într'un mod clar, care nu lasă nici un du-
 biũ asupra naturei bólei, în anul 1578, când Bail-
 lou a descris o epidemie de tuse convulsivă din
 Paris (*Tussis quinta seu quintana. quod certis ho-
 ris repetit*). Tusea convulsivă este astăzi frecventă
 în tótă Europa. Contagiul se găsește în materiile
 expectorate de bolnavi și în aerul expirat de ei.
 Deja în anul 1867 Paulet a găsit în aerul expirat
 de bolnavi nisce bacterii patogene, în anii 1870-73 și
 1874 Letzerich a descris un micrococ aflat în spute
 și pe membrana mucosă respiratorie a bolnavilor și
 care transmis pe căile respiratorie ale epurilor albi
 provocă tuse și focare pneumonice. Constatările d-lor

Paulet și Letzerich n'aũ fost verificate de alți experimenter, în anul 1887 însă Afanassiew a cultivat un bacil scurt și subțire, aflat în sputele bolnavilor de tuse convulsivă, și a produs artificial la animale această bõlă prin injecțiunea culturilor în trachea.

Singura mësura profilactică ce putem lua în contra tusei convulsive epidemice, este oprirea copiilor afectați de dânsa de la frecuentarea școlei, și în stabilimentele unde sunt aglomerate multe persoane, separarea consecuentă a bolnavilor de cei sănătoși.

În totă România aũ murit de Tuse convulsivă în anul 1886 183, în anul 1887 332 persoane (după statistica oficială), în Bucuresei aũ murit de această bõlă în anul 1886 90, în anul 1887 75 copii; tot în anul 1887 aũ murit de tuse convulsivă la Londra 2928, la Paris 417, la St.-Petersburg 292, la Copenhaga 217, la Hamburg 123, la Amsterdam 106 copii.

XXIII.

D i f t e r i a

Cuvîntul «Difteria» precum și cunoștința acestei bõle aparține timpului modern. Medicii periodului Hippocratic aũ tratat toate bõlele gâtului sub numele colectiv de «κρυζίχη». Galeniũ și discipolii sãi aũ înțeles sub acest cuvînt numai bõlele laryngelui, și aũ cuprins toate bõlele faringelui sub numirea de

συνάγγη și παρασυνάγγη. Scrierile medicilor evului mediu asupra bôlelor faringelui și ale laringelui au fost asemenea lipsite de claritate, și chiar în prima jumătate a secolului curent observăm o confușiune generală în stabilirea diagnosei acestor bôle, până când Bretonneau a precizat caracterele Difteriei, prin scrierile sale clasice despre inflamația difterică și despre epidemia de Difteria de la Tours.

Difteria, Difterita, Angina difterică, Angina membranósă, este o bôlă infecțioasă, epidemică sau endemică, care afectă cu preferința copil, caracterisată prin infiltrațiune fibrinosă și prin false membrane fibrinóse pe faringele (Amigdalita și Faringita difterică). Țesăturile infiltrate superficiale sunt adesea ori mortificate, gangliónele limfatice ale gâtului sunt asemenea coprinse în procesul patologic și bolnavii mor adesea-ori cu fenomenele unei intoxicațiuni septică, unei asfixii, sau cu accidente nervóse. Intoxicația generală a organismului se mai póte manifesta prin Laryngita difterică (Croup), prin Broncho-pneumonie, prin Difterita cavității nasale, prin Difterita pielii și prin Albuminurie. Difterita este fórte contagiósă, ea atinge adesea-ori pe părinții, pe infirmierii și pe medicii cări au căutat pe bolnav. Inoculațiunea falselor membrane difterice pe membranele mucóse ale unor animale dă rezultate positive.

Difteria este provocată printr'un schizomycet, care a fost pentru prima óră descris de Klebs în anul 1873 ca *Microsporon diphthericum*, cultivat și izolat de Loeffler în anul 1884. După Loeffler Difteria constituie la început un proces local și superficial, mai târziu profund și apoi generalizat. Babeș a con-

statat în anul 1885 că bacilii difteriei se înmulțesc prin sporii. Temperatura cea mai scădută, la care bacilul difteriei poate trăi și se înmulți, este după Loeffler 22°, după Babeș 18°C, iar sporii difteriei suportă chiar temperatura de 100°C, ceea ce explică marea tenacitate a virusului difteric. Loeffler și Babeș au arătat, că de odată cu bacilii difteriei se dezvoltă în jurul lor o substanță toxică. Virusul difteric transmis pe o membrană mucosă sănătoasă nu produce nici o infecțiune, numai persoane bolnave de faringită sau de inflamația migdalelor sunt periculoase pentru contagiul difteriei.

Emmerich și alți observatori au constatat în unele cazuri identitatea difteriei omului cu cea a pasărilor, și transmisiunea bolii de la porumbel la om și vice-versa.

Difteria afectă mai multe specii de animale, natura și sediul ei diferă însă la animalele de la Difteria omului. Se pare că Difteria pasărilor este mai puțin gravă de cât difteria omului și că cea din urmă nu este contagioasă pentru om. În cât privește difteria vițelilor, afirmă unii autori că ea se poate comunica omului. Difteria omului, inoculată mai multor specii de animale, produce la ele leziuni mortale.

Difteria este astăzi endemică în toată Europa. În România ea a apărut pentru prima dată în anul 1868. În anul 1870 orașul București a fost bătut de o epidemie violentă de Angină difterică, care a cauzat 1164 decese, d'atunci ea a rămas endemică în Capitală și în mai toată țara, malignitatea și intensitatea ei sunt însă astăzi cu mult mai mici de cât după prima ei invasiune. În toată țara au murit de

Difteriã, dupã statistica oficialã. în anul 1886 1366, în anul 1887 1098 persoane. În Bucuresti au murit de Difteriã în anul 1886 106, în anul 1887 136 persoane. În cele-lalte orașe mari ale Europei au murit de Difteriã în anul 1887 : la Christiania 439, la Berlin 1395, la Hamburg 652, la Paris 1570, la Breslau 494, la Petersburg 656, la Londra 1558, la Viena 442, la Marsilia 545, la Budapesta 511 persoane.

Contagiul Difteriei se transmite obișnuit prin scuipatul, prin muci și prin pseudomembranele bolnavului, prin aerul expirat de bolnav precum și prin excrementele lui. Germele bõlei se põte dar transporta de la un loc la altu, prin persoanele care au fost în contact cu bolnavu, care au petrecut în camera lui, prin pânșeturile (rufele) întrebuișate de el, prin ascernutul lui, prin cadavrele persoanelor decedate de Difteriã, prin excrement le lor.

Mãsurile profilactice ce trebuie sã se ia în contra Anginei difterice sunt cele urmãtoare : cãutarea regulatã a tuturilor bolnavilor, întinderea cea mai mare a ajutorului medical gratuit, separarea rigurosã a bolnavilor de la cei sãnãtoși în case particulare și în spitale, respândirea poveștelor populare asupra celor d'înteiũ semne ale bõlei, desinfecțiunea strictã a tot ce a venit în contact cu bolnavu, ce vine de la el, a cadavrului, a dejecțiunilor și secrețiunilor lui ; în epidemia întinse închiderea școlilor.

Obiectele farã valõre de care s'a servit bolnavul se ard. Albiturile (rufele) bolnavului și acele dintre vestmintele și obiectele de ascernut care se pot

spăla, se lăgă în camera bolnavului, fără a se scutura. într'un prostir muiat într'o soluțiune de bichlorur de mercur de 1 la 2000 și se transportă la spălătoriă, unde se opăresc de mai multe ori cu apă fierbinte în care s'a topit săpun de potasă (săpun verde) în cantitate de 2 la 100. Obiectele care nu se pot spăla, precum perne de puf, saltele, plopomi, covóre, klăni, vestriante de lână se desinfectă într'un aparat de desinfecțiune, și în lipsa unui asemenea aparat se udă cu o soluțiune de acid carbolic 5⁰/₀ cu ajutorul unui pulverisator chiar în camera unde a zăcut bolnavul, și apoi ele se expun la aerarea îndelungată în timp de mai multe luni. Camerile spoite său colorate se spoiesc din noă cu calce, camerile îmbrăcate cu tapete de hârtie se spală cu o soluțiune de acid carbolic 4 la 100, ferestrele, ușele, pardoséla și mobilele se spală cu aceeași soluțiune, în cas de lipsă de pardosélă său de pava-giú se udă camera pe jos tot cu soluțiune de acid carbolic 4⁰/₀.

Cadavrele se învêlesc într'un prostir muiat în soluțiune de bichlorur de mercuriú 1 la 2000, se udă bine cu acéstă soluțiune și se transportă îndată după constatarea decesului în casa mortuară a cimitirului.

Excrementele bolnavului (atât materiile fecale precum și urina), se adună în vase umplute cu o soluțiune de bichlorur de mercuriú de 1 la 2000 său cu o soluțiune de acid carbolic 30 la 10.

• XXIV.

C r u p u l

(Gușterul, Coraca).

Istoria Crupului este întunecată ca și istoria Difteriei. Medicii antichității, precum și cei ai evului mediu, au descris boalele cele mai diferite sub numirile colective de «*κονάγχη*» și «*Angina*». Prima descripțiune precisă a crupului este cea a lui Home din Edinburg din anul 1765, el îl numește «*sufocatio stridulă*» și descrie cu deplina claritate pseudomembranele crupoase observate atât în clinică precum și în sala de anatomie.

Crupul, coraca, gușterul, laryngita crupoasă, laryngita difterică, este o inflamațiune a membranei mucoase a laryngelui, la care exsudatul se află infiltrat în țesutul ei, formând și membrane false pe suprafața mucoasei, întocmai ca la Difteria. Majoritatea autorilor moderni consideră procesul patologic al crupului ca identic cu acela al anginei difterice, astfel ca toată diferența constă numai în sediul anatomic al afecțiunii locale. Cu toate acestea se atribuie crupului o contagiositate mai mică de cât Difteriei. Klebs a găsit că virusul amândora acestor boale diferă unul de altul, că microorganismul crupului este un alt bacil de cât acela al Difteriei, iar Cornil, Babeș și Loeffler nu recunosc această diferență.

În România crupul este mai puțin frecvent decât Difteria. În București a murit de crup în anul 1886 68, în anul 1887 58 copii.

Măsurile preventive în contra crupului sunt cu totul identice cu acelea în contra anginei difterice, descrise în capitolul precedent.

XXV.

Pneumonia infecțioasă.

Pneumonia acută, primitivă, lobară, (Pneumonia genuină fibrinosă), este o boală generală, produsă prin infecțiune și devine câte o dată epidemică.

Primele sciri asupra Pneumoniei epidemice le găsim în literatura medicală a secolului XVI, când asemenea epidemii au fost observate în Italia, Germania, Olanda, Elveția și Franța. Dacă însă am avea un dubiu asupra exactității diagnosticului din secolul trecut, când auscultațiunea și percusiunea n'au fost încă cunoscute, descrițiunile epidemiilor de Pneumonie din cei din urmă 3 decenii stabilesc într'un mod cert, că unele Pneumonii se pot lăți și transmite în mod epidemic. Ast-fel menționăm epidemiile de Pneumonie din casarmele militare din St. Cloud în anul 1865, din Wesel în anul 1875, din Colonia în anul 1879, din Schwerin în anul 1882, din Helder în anul 1883, epidemia apărută pe bastimentele de rebel ale marinei engleze, ancorate în marea mediterană în anul 1860, epidemiile din

penitenciarele din Kentucky din anul 1874, din Christiania din anul 1875, din Frankfurt din anii 1875-1887, din Amberg 1880, din internatul de educație din East-Scheen din anul 1874, din Spitalul Salpêtrière din anul 1882, mai multe endemii de Pneumonie limitate într'o singură casă, și mici epidemii de Pneumonii observate în sate și descrise în tesele D-lor Demmler (Paris 1882) și Halme (Paris 1886).

Cestiunea despre contagiositatea Pneumoniei a fost discutată deja în secolul XVII. În timpul modern a explicat Laennec contagiositatea probabilă și malignitatea unor pneumonii, admitând că în atmosferă există oare care miasme, care intrând în organismul prin absorbție de către plămâni, exercită o acțiune directă, malignă asupra lor. Apoi a afirmat Schrotter în anul 1852 cu apodictitate, că unele Pneumonii sunt contagioase, că virulența contagiului este slabă și că vehiculul lui este aerul expirat de bolnav. Brison a descris o epidemie de Pneumonie, observată în spitalul din Malta și importată prin bastimente engleze de reșbel.

În anul 1875 Klebs a descoperit un micro-parazit, pe care îl a considerat ca purtător al contagiului, această descoperire a fost confirmată și modificată în anul 1880 de Eberth, în anul 1881 de R. Koch, în anul 1882 de Friedlaender, apoi în cel din urmă 5 ani de Talamon, Babeș, Afanassief, Matray, Giles și Salvioli. După Cornil și Babeș microbul Pneumoniei reprezintă o specie particulară din grupa Bacterium, un displococ oval său lanceolat, când incapsulat când liber, el se fixază lesne

în plămânil persoanelor slabe, care trăesc în rele condițiuni, cei sănătoși resistă lesne invasiunii acestui microparasit. După A. Weichselbaum (Wiener mediz. Wochenschrift, 1886 No. 41) nu putem să atribuim răceleii un alt rol în etiologia Pneumoniei decât acela, că ea produce o perturbațiune în circulațiunea pulmonară și face ast-fel plămânil mai primitori pentru adăpostirea bacteriilor virulenți, răcéla nu este dar cauza Pneumoniei, ea predispune numai la dobândirea ei.

În anul 1884 Emmerich a cules pulverea aflată pe pardoséla și dedesuptul pardoselei unei închisori, în care se observase o endemie de Pneumonia fibrinosă, a făcut cu dânsa culturii, a dobândit un diplococ încapsulat analog cu acela descris de Friedländer ca diplococ al Pneumoniei, 'l a inoculat și inhalat diferitelor animale și a produs ast-fel artificial Pneumonia. Pawlowsky a găsit în anul 1886 în atmosfera pe diplococul Pneumoniei și 'l a cultivat. Mai mulți experimenterii au produs la iepuri, câini și șoricii Pneumonia circumscrisă și Pleurită prin injecțiune de culturii al diplococului pneumonic.

Liebermeister (a. 1883) admite două forme ale Pneumoniei fibrinoase, una provocată prin răcéla și nu prin infecțiune, cea l'altă astenică și infecțioasă. Hayem (a. 1884) distinge pe Pneumonia francă, care este rezultatul unei inflamațiuni simple, de la Pneumonia infecțioasă. Cornil și Babeș, de și ei admit că acesta diferență se referă mai mult la gradul infecțiunii, la cantitatea microparasiților importați în organism, fac aceeași distincțiune ca Hayem, între

Pneumonia francă care se vindecă obicnuit spontanee la ómenii tineri, ocupând în majoritatea casurilor un singur lob, producând un exsudat fibrinos pe Plevra dacã hepatisaþiunea a atins suprafaþa plãmânului, și între Pneumonia infecþiosã, care este mai gravã, adesea ori mortalã, mai întinsã, trecând lesne la plãmânul opus, producând acolo Pneumonia lobarã și Pleurita; cea din urmã Pneumonia este câte-o-datã însoþitã de Pericarditã, de Endocarditã valvularã, de Meningitã, de Parotiditã, complicaþii de aceeași naturã, provocate prin același microorganism ca și Pneumonia, care microorganism a fost introdus în curentul circulatoriu și eliminat prin rinichi unde a produs Nefrita acutã și Albuminurie.

Dd. Cornil și Babeș mai admit, cã Pneumonia póte fi causatã prin douã varietãþi de microbi incapsulaþi, care sémãnã uni cu alþi, care se disting însã prin calitãþile lor patogene, prin diferenþa acþiunii ce exercitã asupra diferitelor animale; unul dintre acești micrococi se gãsesce în saliva omului sãnãtos. A. Weichselbaum (1886) afirmã asemenea, cã Pneumonia acutã în general și în parte Pneumonia fibrinosã (cruposã) póte fi causatã prin mai multe specii de schizomiceti; Diplococul Pneumoniei este cauza cea mai frecuentã a Pneumoniei, de mai rare ori bacilul lui Friedlaender.

Pneumonia infecþiosã și tóte pneumoniile în general apar cu preferinþã în timpul iernei.

Cu tóte cã astãdãl numãrãm pe Pneumonie între bólele transmisibile, nu cunóscem încã modul transmisiunii a virusului, și medicina preventivã nu exercitã o acþiune energicã în contra Pneumoniei.

Singura măsură admisă astăzi constă în desinfec-tarea sputelor expectorate de bolnavi, a albiturilor și a ascernuturilor infectate cu acele materii. O inter-vențiune mai activă nu s'a părut până astăzi indi-cată, căci virulența contagiului pneumoniei este în general considerată ca slabă. Este însă probabil că aceste vederi optimiste vor fi curând modificate, în urma descoperirii D-lui Netter și a altor experimen-tatori, care au constatat că contagiunea pneumo-nică mai este posibilă mult timp după vindecarea bolnavului, din două cauze, pe de o parte contagiul resistă desicațiunii și conservă mult timp activita-tea sa pe suprafața diferitelor obiecte, pe de alta persoanele vindecate mai conservă în gură mult timp pe Pneumococi activi. (Netter, chef du laboratoire d'hygiène de la fac. de méd. de Paris, Contagion de la Pneumonie. Archives générales de médecine 1888).

Desinfecțiunea materiilor expectorate se poate o-pera printr'o soluțiune de acid carbolic 3^o/_o seû de sublimat 1 la 1000, cea a pânșeturilor printr'o so-luțiune de săpun de potasă 2^o/_o și fierberea în apă, cea a obiectelor de ascernut care nu se pot spăla prin vaporii fierbinți și, în lipsă de aparate speciale, prin stropirea cu o soluțiune de acid carbolic 5^o/_o și aerare consecutivă prelungită în timp de mai multe săptămâni.

XXVI.

Meningita cerebro-spinală epidemică

Meningita epidemică apără în literatura medicală pentru prima oară în anul 1805, când Vieusseux a descris o epidemie de Meningită observată la Geneva. De la anul 1805 până la 1830 s'aū vëdut în diferite puncte ale Europei epidemii limitate de meningită, de la 1837 până la 1850 s'aū observat epidemii mai întinse de Meningită în Franța, în Italia, în Danemarca, în Algeria și în Statele-Unite ale Americii; în periodul de la 1854 până la anul 1875 Meningita cerebro-spinală apare în forma unei adevărate pandemii care bântue o mare parte a Europei, Asiei și Americii; în ultimul, period de la anul 1876 până astăzi, epidemiile de Meningita cerebro-spinală se arată din nou în țările unde ea apăruse deja în perioadele anterioare, ele sunt însă mai limitate. În România s'a arătat până acum Meningita cerebro-spinală o singură dată ca epidemie locală, în iarna anului 1868 spre 1869, când Austro-Ungaria (mai ales Galiția) și Rusia (mai cu osebire Polonia) aū fost bântuite de Meningita cerebro-spinală epidemică, s'aū observat la Iași cazuri mai frecvente ale acestei bôle.

Meningita cerebro-spinală afectă mai cu osebire copiii până la etate de 15 ani, s'aū observat însă epidemii militare în unele garnisioane din Franța și

Austro-Ungaria, în care soldații până la etate de 24 ani au dat contingentul principal.

Meningita cerebro-spinală epidemică este contagioasă, trupe infectate au transportat-o de la un loc la altu, în garnisioane depărtate, unde boala s'a comunicat altor regimente și populațiunei civile.

Autorii moderni disting două forme ale acestei boale, care se observă în una și aceeași epidemie : Meningita abortivă, benignă, cu simptome puțin pronunțate și Meningită trăsnetoră (Meningite foudroyante), care seamănă cu insolatiune și care face ca persoanele afectate de dânsa să cadă jos ca trăsniți de fulger. Boala produce o exsudațiune pe suprafața și la baza creierilor, în ventriculele cerebrale și în măduva cerebro-spinală, exsudatul este la început seros, mai târziu purulent, câte odată exsudațiunea este însoțită de echimose. La Meningita trăsnetoră cantitatea exsudatului este minimă și leziunile se pot constata numai cu microscop. Meningitele contagioase sunt câte odată complicate prin inflamațiunile ale articulațiilor, prin pneumoni, prin leziuni ale ficatului și ale splinei.

Microorganismii, care cu probabilitate constituie virusul Meningitei cerebro-spinale infecțioase, au fost găsite în exsudatele meningeale în anul 1879-1880 de Klebs și Eberth, în anul 1881 de Gaucher care a constatat prezența lor și în sângele precum și în urina, în anul 1883 Leyden a demonstrat că cocii ovali ai Meningitei se înmulțesc prin divisiune. Marchiafava, Bordoni-Uffreduzzi, Cornil și Babeș confirmă că acești cocii sunt ovali sêu lanceolați (în sorma de vârf de lanță), că ei seamănă cu cocii ai

pneumoniei, și Cornil și Babeș i-au găsit nu numai în meningele, în cerebrul și în măduva spinale, ci și în cele lalte organe ale căror leziuni complică bóla, precum în articulații, în plămâni, în rinichi. În anul 1887 a afirmat Leyden, că cocul al Pneumoniei descris de Fränkel este și germele Meningitei cerebro-spinale epidemice, de vreme ce Meningitele traumatiche și erisipelatoase, născute prin imigrațiunea Streptococului piogen, sunt mai maligne de cât cele d'ântăiu.

Până astă-đi nu posedem nici c cunoștință asupra modului de transmisiune a Meningitei cerebro-spinale epidemice și din acéstă cauză tótă acțiunea preventivă trebuie să se limitédă în izolarea bolnavilor, în desinfectarea localelor ocupate de dânși, și a obiectelor de care s'aũ servit.

XXVII.

Parotita epidemică

Parotita epidemică, Parotita polimorfă, Parotita și Adenita submaxilară epidemică, Oreillons, este o inflamațiune a parotidei și a glandulelor submaxilare, complicată câte o dată cu Orchită. obicnuit de caracter benignu, care afectă mai cu osebire copii și adulții în etate până la 24 ani.

Hippocrate a descris într'un mod clasic epidemia de Parotită observată de el în insula Thasos, cel'alți medici ai antichității precum și cei ai evului

mediu au fost asemenea familiarizați cu această boală și au făcut distincțiune între Parotita simptomatică și cea epidemică. În timpul nostru s'au vădit epidemii militare mari de Parotită în resbelul de secesiune ale Statelor-Unite a Americii, când în armata confederată s'au observat în primul an al resbelului 11216, în anul al doilea 13429 cazuri de Parotită și apoi în anul 1883 între trupele austro-ungare din Herzegovina.

Contagiositatea acestei bóle a fost constatată de Duncan, Rilliet, Trousseau, L. Colin. În anul 1881 până la 1883 Capitan, Charrin, Boinet și Vedrènes au izolat un bacteriū, găsit în sângele și în saliva bolnavilor, pe care bacteriū 'l consideră cu virusul parotitei infecțioase. Resultatele cercetărilor d-lor mai au trebuință de confirmațiune ulterioare.

Ne lipsesc dar cu totul cunoscințe asupra modului de propagațiune a Parotiti, și din această cauză singura măsură rațională în contra lățirii ei constă în izolarea bolnavilor.

XXVIII.

Disenteria infecțioasă

Disenteria epidemică era cunoscută deja lui Hipocrate, o găsim descrisă la Aretaeu, Celsu, Archigene, Galenu, Caeliu Aurelianus. De o potrivă cu bólele malarice (palustre) ea posedă o extensitate și intensitate mai mare în țările călduroase de cât în

cele temperate. Medicul englez Annesley, Hunter, Gordon deosibesc și o formă malarică a Disenteriei, care a fost observată și în România și descrisă de M. G. Obedenaru.

Disenteria apare în formă epidemică în timpul resbelilor în armate, în campamente (lagăre), în forțărețe închise, de mai rare ori în timp de pace între populațiunea civilă, în casarme și penitenciare. Istoria Disenteriei epidemice este dar legată de istoria resbelilor, de la marea epidemie din Atena, din timpul resbelului pelopones, până la resbelul franco-german din anii 1870—1871 și până la resbelul ruso-român-turc din anii 1877—1878, în care armata rusă a suferit mult de Disenteria. La noi se observă câte odată epidemii locale de Disenteria în comunele rurale, ocașionate prin alimentațiunea rea.

Apa de băut alterată prin materii organice descompuse, mai cu osebire prin excremente, alimentațiunea rea, insuficientă, indigestă, sunt cause predisponente a Disenteriei epidemice. Formele mai grave ale Disenteriei, mai cu osebire afecțiunile crupose și diferite ale intestinului gros, sunt contagioase. Contagiul inheră materiilor fecali și se transmite prin latrine și scaunele de noapte, și prin asernutul mânjit cu dejecțiunile bolnavilor; transmitiunea prin intermediul aerului atmosferic este dubioasă. Căldura atmosferei și condițiunile igienice defavorabile în timpul resbelilor, mai cu osebire inanițiunea inlesnesc întinderea Disenteriei epidemice.

Hallier a descris deja în anul 1869 un microorganism, pe care l-a considerat ca virusul Disenteriei infecțioase. În anii 1883 și 1884 Ziegler, Prior

și Babeș a găsit în membrana mucosă a intestinului gros și în gangliónele limfatice nisce bacili, căror le atribue același rol. Aceste observațiuni n'aũ fost verificate prin experimente ulterioare.

În anul 1887 Kartulis a găsit în Egipt, în excrementele bolnavilor de Disenterie și în pãreții intestinelor lor Amoebi, pe cari 'i consideră ca motorul al acestei bóle; Uplavic din Praga a aflat asemenea Amoebi în excrementele prospete ale bolnavilor de Disenterie, dar pe lângã acești microorganism și diferiți bacterii. Tot în anul 1887 a găsit Babeș în intestinele bolnavilor de disenterie nisce bacili fini, încovoiați, 'i-a cultivat și a produs la iepurii albi disenteria prin injectarea acestor culturi; cu toate acestea numai repetarea acestor experimente va confirma dacã bacili descriși de d. Babeș sunt germii disenteriei.

Epidemiile de disenterie se preintâmpinã prin înlăturarea cauzelor, în timp de fómete prin procurarea gratuită a alimentelor indispensabile pentru cei săraci, prin instrucțiuni populare asupra alimentațiunii în timpul când bântue disenteria, prin depãrtarea grabnică și desinfectarea imediată a materiilor fecale, prin izolarea bolnavilor. Albiturile și excrementele bolnavilor sã se desinfecte prin soluțiune de acid carbolic 5⁰/₀, bolnavii de Disenteria infecțioasă sã nu merguson la latrinã ci sã se serve de vase speciale. Latrinele pe care le-aũ frecventat bolnavii sã se spele cu soluțiune de acid carbolic 5⁰/₀ sau de sublimat 1 la 1000. Asemenea sã se desinfecte obiectele de ascernut de cari s'aũ servit bolnavii și locuințele ocupate de ei.

XXIX

Bólele septice

(*Bólele vulnerarie infecțiose*)

Bólele infecțioase ocașionate prin plăgi (răni) au fost cunoscute deja în anticitate. În colecțiunea scrierilor Hippocratice găsim deja distincțiunea, între Erisipelul idiopatic și cel traumatic și mențiunea gangrenei rănilor; Ce'siu, Galeniu, Avicenna, chirurgii școlii Salernitane Guido de Cauliaco și de Vigo, chirurgii secolului XVI și XVII, mai ales Paracelsu și Paré, și în secolul XVIII. Mauquest de la Mothe, Ponteau și Dussaussoy au descris bólele infecțioase vulnerarie, în conformitate cu iceile timpului în care au trăit. Campaniile secolului curent au dat ocașione abundentă la observarea acestor bóle, și în timpul nostru, în resbelul franco-german din 1870—1871, în resbelul Rusiei și României cu Turcia din anii 1877—1878, în resbelul serbo-bulgar din anul 1885, ele au fost studiate după metodele moderne de Moty, Roth, de Langenbeck, Leroy, Ponfick, Mosetig-Moorhof și alții. Marea descoperire a lui Pasteur asupra fermentilor organici conducea pe chirurgii la recunoscerea faptului, că și bólele septice sunt rezultatul unor fermentațiuni accidentale, care se petrec la început pe suprafața rănilor, plaga fiind pórtă prin care fermentii se introduc în interiorul corpului, pe care îl otrăvesc, că fermentii sep-

tiel se găsesc în atmosferă, în apă, pe toate obiectele necurate cari vin în contact cu rana. T. Billroth și Weber au constatat cel dintâiu în anul 1874, partea ce au microbii în producerea și în propagarea bolilor vulnerare accidentale, mai târziu a probat Ogston din Londra, Rosenbach din Goettingen, și în anul 1885 Ruijs din Utrecht că chiar supurațiunea este rezultatul unei fermentațiuni și că în lipsa fermentului piogen nu se produce puroiul pe rană.

Microorganismii supurațiunii (stafilococi, streptococi și micrococi) se găsesc dar în abscesele calde, în flegmonele, în limfangita, trombosa și flebita.

Koch, Gaffky și Loeffler au descris și Hesse a cultivat pe Bacilul Edemului malignu, care este identic cu Gangrena gazoasă a lui Chauveau, cu Septicemia acută a lui Pasteur, provocată prin Vibrionul septic descris de Joubert, Chamberland și Pasteur. Acest vibrion produce substanțe chimice solubile, care acumulându-se exercită o acțiune toxică asupra însuși vibrionului; aceste substanțe chimice solubile, introdusă în corpul unei cobaie, o fac imună în contra infecțiunii (obiceiuit letale) cu vibrionul septic. (Comunicația d-lui Pasteur în ședința din 30 Ian. 1888 a Academiei de științe din Paris).

Menționăm dintre bolile septice (infecțioase vulnerare) Erisipelul, Gangrena spitalelor, Piemia, Septicemia, Săpremia, Flegmonele, Limfangita și Flebita vulneraria. Despre febra puerperală vom trata într'un capitol osebuit.

Erisipelul (brânca, orbalț, orbanț) este o inflamațiune infecțioasă a pielii sau a membranei mucoase

din vecinătatea suprafeței exterioare a corpului (a membranei mucoase a gurei, a faringelui, a vaginei, a nasului și ochilor), el se naște în urma unei răni, câte odată foarte neînsemnată, abia perceptibilă, se întinde repede și este însoțit de febre și de alte simptome generale. Dacă Erisipelul nu afectă de cât pielea, el se vindecă obicnuit într'un timp relativ scurt fără perturbațiuni însemnate, el prezintă o gravitate mai mare dacă bóla se întinde în profunditate, coprinde și țesutul subcutan sau submucos (erisipelul flegmonos) și dacă ea provocă supurațiuni întinse și chiar mortificațiuni țesăturilor (erisipelul malignu, gangrenos). Erisipelul poate fi sporadic sau epidemic ori endemic într'un spital sau ospiciu.

Contagiositatea erisipelului a fost pentru prima óră constatată în anul 1819 de medicul englez Wells, Dickson și Weasterhead, mai târziu de Begbie din Edinburg (a. 1852), de Ollier din Lyon (1867), de Borbone din Torino. Aceste constatări au fost confirmate prin descoperirea unui micrococ caracteristic, descris de Fehleisen în anul 1882 ca Streptococ în formă de mătăni, care se găsește constant la erisipel în țesăturile bolnave și în vasele limfatice vecine; prin inoculațiunea culturilor acestui microb se produce erisipel. Contagiunea se mijlocește atât într'un mod imediat prin instrumente chirurgicale și prin obiecte de pansament necurate, precum și prin intermediul atmosferei.

Rosenbach a crezut că Streptococul erisipelului este identic cu Streptococul piogenic care produce flegmonul; Passol, Cornil, Babeș și Hajek nu recunosc această identitate. După Hajek (Deutsche medi-

cin. Wochenschrift 25 Nov. 1886) cocul erisipelului secretedă o substanță toxică, care se introduce în sânge și determină o intoxicațiune generată.

Gangrena spitalelor, Gangrena gazosă, Gangrena traumatică, Emfiseumul gangrenos, Pourriture d'hôpital este o complicațiune a plăgilor și a flegmonelor, care se observă mai cu osebire atunci, când răniții sunt transportați în condițiuni rele sêu aglomerați în spitale insalubre și care apare sub diferite forme, mai cu osebire ca mortificațiune simplă a țesutului din vecinătatea imediată a rănilor, ca difteria a rănilor, ca emfiseumul al vecinătății plăgilor cu gangrena consecutivă. Tot-d'a-una când părțile mortificate ale corpului vin în contact cu aerul atmosferic, bacteriile suspendate în atmosfera provocă putrefacțiunea acestor părți, însoțită de produțiunea de ptomaine, de otrăvuri putride mai mult sêu mai puțin fetide. Acastă descompozițiune se operedă și mai repede, când mortificațiunea țesăturilor a fost ea însăși provocată prin fermenți septici importați în organism. Chauveau și Arloing au constatat în anul 1884, că Gangrena spitalelor este consecința a infecțiunei rănilor prin Vibrionul septic Pasteur. În spitale gangrena rănilor se transmite lesne de la o plaga la alta, de la un bolnav la altu. Transmisiunea se mijlocesce prin mâinele necurate ale personalului de serviciu, prin instrumente și prin obiecte de pansament ne-desinfectate, pôte chiar prin intermediul atmosferei infectate.

Piemia este o bôlă generală, febrilă, de origina traumatică, produsă prin importațiunea în sânge a unor microorganismii patogeni aflați și desvoltați pe

plaga, bóla caracterisată prin formațiune de abscese metastatice și printr'o stare tifoidă, ea se vindecă obicinuít dacá de la începutul bólei am suprimat cauza infecțiunei purulente a sângelui, în casul contrariu ea produce mórte. În vecinátatea ranei se forméđă flebite séu trombose, coagule mici sunt transportați în curentul sângelui, opriți în cord, în venele pulmonare, în arteria pulmonare, și în alte vase sanguine și produc embolii, endocardita, nefrita, abscese miliare în plámâni, în ficat, în splina, în musculi. Aceste abscese piemice (metastatice) sunt cauzate prin intrarea bacteriilor de la rana în curentul circulatoriu și transportarea lor în vasele capilare.

În puroiul plágilor se desvóltă mai multe specií de bacterii; deja în anul 1853 Robin a recunoscut prezența unor microorganismii în puroiú.

Septicemia este o bólă traumatică, generală, febrilă, infecțioasă, fără abscese metastatice, care succedă pe erisipelul, pe gangrena spitalelor, pe flegmonul, pe osteomiélita, limfangita, cistita și pe unele alte bóle infecțioase, ea este rezultatul unei intoxicațiuni a organismului prin introducerea în sânge a unei otrávi septice, a sepsinei și a altor ptomaine, cari se forméđă din descompozițiunea materiilor organice într'un focar putred. Pentru producerea septicemiei prezența bacteriilor în sânge nu este necesariá, ei determină numai putrefacțiã care dă nasceré alcaloiđilor toxici; pátrunđend în curentul circulator acești alcaloiđi otrávesc organismul întreg, intoxicațiunea se manifestă prin febre, prin delir, prin prostrațiune și prin alte simptome. Septicemia

chirurgicale difere dar de Piemia, autorii descriu mai multe varietăți ale septicemiei și unii au admis o formă la care se observă simptomele amândora bôle, Pio septicemia.

Rosenbach deosebesce două forme ale infecțiunei septicice, pe adevărată septicemia, produsă prin materii toxice mörte (Todte Fäulnissgifte) și pe sapremia, produsă prin invasiunea bacteriilor septicilor în organismul bolnav.

Sapremia este o varietate a septicemiei, o intoxicația putredă a organismului prin bacterii septicilor, cari prin înmulțirea lor în plaga produc o otravă de odöre fetidă. Englezii Duncan și Ogston au întrebuițat cuvântul sapremia ca sinonim cu septicemia. Rosenbach a cultivat trei specii de bacterii saprogeni, cari produc descompoziția substanțelor animale și exhală o odöre nesuferită.

Cunoscem dar cauza bôlelor septicice, consecutive ale leziunilor traumatice și înlăturăm aceste cauze prin tratamentul aseptice și antiseptic al rănilor, prin desinfecțiunea lor. Metodul antiseptic constă în observarea curățeniei celei mai scrupuloase, în apărarea rănilor în contra iritațiunilor mecanice și chimice, în contra fermentilor care le ar putea infecta și în întrebuițarea unor medicamente care posedă o acțiune antiseptică, antibacterică. I. Lister a precizat în anul 1867 regulele tratamentului antiseptic, care are un scop îndouit, unul profilactic care tinde a depărta de la început de la rana germii acelor microorganismii patogeni cari produc obicinuit bôlele septicice, și altul curativ, care are misiunea a distruge acei fermentii organisați, cari s'au așădat

deja pe rana și cari aũ infectat'o, a sterilisa rana. Desinfectãm dar tot ce vine în contact cu plaga, localul ocupat de bolnav, atmosfera din jurul bolnavului, apa cu care spãlãm rana, pãrțile corpului imediat vecine cu rana, mâinele medicilor, a inter-nilor, a infirmierelor care pansãză pe bolnav, instrumentele chirurgicale și obiectele de pansament.

Trebue sã introducem metoda antisepticã în tôte spitalele în care el n'a fost introdus pãnã astã-zi, în tôte serviciile medicale pentru cãutarea bolnavilor la domiciliu sau la dispensar și în ambulanțele militare în timp de rebel. Cheltuie la mare ce cauzã materialul antiseptic, este larg respãtitã prin prin succesele strãlucite ale acestui metod, atãt în cât priviște durata mai scurtã a tratamentului precum și mortalitatea fôrte micã a bolnavilor tratați dupã metoda antisepticã. Asemenea este necesariũ ca sub chirurgii sã se familiarizeze cu pansamentele antiseptice și ca metoda antisepticã sã facã parte din invãțãmântul micel chirurgii și din examenul sub-chirurgilor.

Bolnavii afectați de o bõlã septicã trebue sã se isoleze; obiectele de pansament întrebuintate sã se ardã; instrumentele chirurgicale și tôte untele de care s'au servit bolnavii sã se desinfecteze cu o soluțiune de acid carbolic de 5^o/_o. Medicii, infirmierii și tôte persoanele cari pansãză plãgile sã spele mâinele înaintea pansãri și dupã pansare cu sãpun și apoi cu acid carbolic 3^o/_o.

Regulele ale desinfectiunii plãgilor sunt expuse în capit. VI al acestui tractat.

XXX.

Febrea puerperală.

Febrea puerperală este o boală septică, produsă prin introducerea în organismul femeii lăude a unui ferment septic. Nu numai fața internă a uterului, care după eliminarea placentei presintă o rană întinsă, este o poartă largă pentru intrarea în sânge a virusului septic, a microorganismelor care dau naștere unei infecțiuni generale a corpului, ci și contuziunile și rupturile colului uterului, ale vaginei și ale părților genitale externe înlesnesc inoculațiunea materiilor putrede, care este cauza febrei puerperale.

Febrea puerperală era deja cunoscută lui Hippocrate, care a observat-o la Thasos în formă de epidemie. Celsiu, Galeniu, Avicenna și medicul evului mediu n'au adăogat nimic la observațiunile lui Hippocrate. În secolul al XVII găsim pentru prima oară o explicațiune rațională a acestei boale în scrierile lui Willis (*De febris. Amstelod. 1682*), care o pune în raport cu leziunile uterului și cu un miasma veninos. Sydenham o clasifică între febrele putrede. De la finele secolului al XVII, când s'au înființat cele d'întîi maternități, febra puerperală devine mai frecventă, etiologia ei a rămas însă întunecată până la Semmelweis, care în anul 1846 a constatat, că medicul și studentul care, venind din laboratoarele de anatomie în clinica obstetricală din Viena,

aŭ asistat femeile la faceri, fără o curăţire prealabilă radicală a mâinilor, aŭ provocat febra puerperală prin importaţiunea materiilor cadaverice în organele genitale ale femeilor lăuđe. Semmelweiss, în calitate de asistent clinic, a introdus în anul 1847 spălarea obligatorie a mâinilor cu apă chlorată, şi în urma acestei măsuri a scăzut repede frecuenţa febrei puerperale. Semmelweiss a considerat însă infecţiunea cadaverică ca singura cauză a febrei puerperale, ignorând că transmisiunea materiilor septice se mijlocesce nu numai prin mâinele medicului şi ale mōşei, ci şi prin vestminte, instrumente, bureţi, prin pânđeturile necurate, pōte şi prin atmosfera infectată care intră în vagină şi uter, şi prin putredirea ăesăturilor organice rămase în vagină şi în uter. Mai târđiŭ Hervieux, P. Dubois, Depaul, Tarnier, C. de Braun, Gusserow, Schröder şi alţii aŭ arătat diferitele moduri de importaţiune a virusului febrei puerperale şi D. D. Pasteur, Doléris, Chauveau, Arloing, Fraenkel, Cornil şi V. Babeş aŭ descris şi aŭ cultivat microorganismul patogen, care circulă în sângele femeilor afectate de febră puerperală.

Singura măsură prin care prevenim febra puerperală, constă în tratamentul antiseptic al facerii şi al lăuđiei, în curăţenia scrupuloasă a personalului care servă pe lăuđă şi în desinfecţiunea radicală a tuturilor obiectelor, mai ales a pânđeturilor şi a obiectelor de ascernut, întrebuintate de femeia gravidă în momentul facerii saŭ în timpul lăuđiei. Mōşele trebuie să fie povăţuite asupra faptului, că simpla spălare cu săpun a mâinilor şi a instrumentelor

nu depărtedă de la ele materiile virulente, că cantitatea cea mai mică a substanțelor organice descompuse, aflate sub unghiile mâinilor, pe bureți și pe alte obiecte care vin în contact cu părțile genitale ale lăușei, pôte provoca febre puerperală, că vestmintele cu care mōșa era îmbrăcată, în timpul când a asistat o lăușă infectată de febră puerperală, pot transmite acéstă bōlă unei alte lăușe, că soluțiunile desinfectante slabe și desinfecțiunea superficială executată în pripă sunt periculōse, din cauză că provōcā numai iluziuni.

Tratamentul antiseptic al lăușei este costitor, și din acéstă cauză este necesariū, ca materialul antiseptic să se pună la dispoziția mōșelor însărcinate cu cautarea femeilor sārache, plătindu-se din fondurile comunale sau județene.

Mōșele mai vechi nu posed cunoscințe asupra modului de a preveni febra puerperală, d'acea ar fi util ca la câte 2, 3 ani să se adune tōte mōșele dintr'un județ ori oraș mare pentru 2 zile, în care timp să li se facă 2 sau 3 conferințe asupra tratamentului modern al facerilor și al lăușei.

În instituttele de nascere se preîntâmpinā epidemiile de febră puerperală prin curățenia scrupulōsă, prin sterilizarea prostirilor și a altor pânșeturi, imediat înainte intrebuițării, expunându-le acțiunei aerului uscat fierbinte printr'o sobă construită special pentru acéstă (C. Braun), prin izolarea tutelor lăușelor la care a apărut febre, prin desinfecțiunea părșilor genitale.

C. Braun recomandă irigațiuni ale părșilor genitale cu Thymol 1:1000 și în urma lor introducerea

de bețișori de Iodoformiū în cavitatea uterină pentru înlocuirea irigațiunilor de sublimat, de și D-sa admite că injecțiunea unei soluțiuni de 1 : 4000 de bichlorur de mercuriū în cavitatea uterină nu produce accidente periculoase, dacă se iaū precauțiunile necesare și că numai irigațiunii mai forți de 1 la 2000 produc câte o dată intoxicațiunii în cas de atonia uterului. Noi am vădut întrebuițându-se de răposatul St. Capșa precum și de dd. Drăghiescu și Cantacuzino injecțiunii de cea din urmă concentrațiune fără ca să producă accidente, cu toate acestea s'aū observat în altă parte și la noi intoxicațiunii mercuriale letale, produse prin spălături uterine cu soluțiuni de sublimat.

În Prusia un mic tractat de obstetrică, elaborat prin îngrijirea guvernului și impus tuturilor mōșelor, conține regulele de observat pentru preîntâmpinarea febrei puerperale. În regatul Saxoniei guvernul a publicat în 1885 instrucțiunii pentru mōșe foarte precise, de la care împrumufăm articolele relative la prevențiunea infecțiunii puerperale :

Art. 8. Mōșa, înainte de a examina pentru prima oră o femeie aprópe de facere seū o lăuđă, și va spála mai întâiū brațele și mâlnele, mai ales însă unghiile (care trebuie să fie tăeate scurt) cu săpun și apă caldă cu ajutorul unei perii de unghii, și apoi cu o soluțiune caldă de acid carbolic 5%.

Art. 9. Afară de obiectele aflate în aparatul ei, mōșa va pregăti la fie-care facere obiectele următoare : un irigator cu lub uterin, un caleter (sondă), o perie de unghii, o sticlă cu acid carbolic, un borcan cu vaselină carbolisată, wată antiseptică seū

cârpe curate spălate de curând, 2 lighiene, unul pentru spălarea mâinilor, cel lalt pentru muierea instrumentelor și cârpele în acid carbolic.

Art. 10. În timpul facerei mōșa își va spăla mâinile și unghiile cu săpun și cu perie și apoi cu soluțiune de acid carbolic cald 2^o/_o, înainte de fiecare examen și imediat după el.

Art. 11. În timpul facerei cateterul (sonda uretrală), tubul uterin al irigatorului, precum și cârpele destinate pentru curățirea lăuței, vor fi muiate într'o soluțiune de acid carbolic 2^o/_o.

Art. 12. Mōșa va avea tot deună în aparat vaselina carbolisată 2^o/_o pentru ungerea instrumentelor și a degetelor.

Art. 13. Intrebuițarea bureților pentru spălarea lăuței este oprită.

Art. 14. Este interzis mōșei a spăla pânzeturile necurate ale lăuței și ale copilului.

Art. 15. Mōșa este datoră a raporta medicului ocolului verbal sau în scris despre fie-care bōlă febrilă gravă a lăuței, și despre fie-care bōlă pe care un medic ôre-care a declarat'o de febră puerperală.

Art. 16. Asemenea va raporta mōșa medicului ocolului despre fie-care deces al unei lăuțe aflate în căutarea ei.

Art. 17. Dacă o lăuță se bolnăvesce de febră puerperală, mōșa va înceta d'a o îngriji. Nu este permis nici unei mōșe a lua în căutare o lăuță bolnavă de febră puerperală. Mōșa care a îngrijit o femeie în momentul aparițiunei febrei puerperale, se va abține în timp de 5 zile de la ori-ce vizită la femeie în facere sau în lăuțiă. În acest timp mōșa

se va desinfecă radical prin spălarea corpului întreg, prin curățirea repetată a mâinilor și a unghiilor cu acid carbolic 5⁰/₀ cu ajutorul unei peri de unghii, ea va curăți asemenea vestmintele și se va premeni. Asemenea ea va desinfecă radical instrumentele și aparatele întrebuințate la lăudă afectată de febre puerperală, muindu-le $\frac{1}{2}$ oră în acid carbolic 5⁰/₀, iar sonda uretrală (caletor) și tubul uterin de sticlă al irigatorului se vor fierbe $\frac{1}{2}$ oră în acid carbolic 5⁰/₀.

Art. 18. Dacă se mai bolnăvesce o a doua lăudă aflată sub îngrijirea mōșei, în timpul de 30 zile socotite de la încetarea celor 5 zile de abținere și de desinfecăiune, atunci mōșa nu pōte asista nici o femece la facere ori în lăudă în timp de 14 zile.



XXXI.

Oftalmiile contagiōse.

(Conjunctivitele contagiōse).

Diferitele conjunctivite contagiōse sunt bōle inflamatorice locale, provocate prin microorganismii specifici, secretul conjunctivei bolnave este mediul de transmisiunea bōlei de la o persoană la alta.

Conjunctivita purulentă a noilor născuți este rezultatul inoculațiunei conjunctivelor copilului în timpul nacerii, la trecerea prin vagina bolnavă de blenorree. În secretul conjunctivei a acestor bolnavi se găsește micrococul identic cu acela al uretritei viru-

lente, descris de Neisser în anul 1879 și cunoscut ca Gonococul sêu Diplococul lui Neisser. Conjunctivita purulentă a noilor născuți este o cauză frecventă a orbirei prin distrucțiunea corneii; prevențiunea acestei nenorociri constă în intervențiunea timpurie a medicului, în sterilizarea repede a virusului prin instilațiune în sacul conjunctivei de soluțiune de nitrat de argint de 2^o/_o. Este dar de necesitate imperioasă ca mōșele să fie povățuite asupra datoriei, de a controla în tōte ȃilele de la nascere până la a 14-a ȃi, dacā copilul deschide lesne ochi, dacā plōpele sunt lipite printr'un secret cleios, dacā se scurge puroiū din plōpe, dacā ochiul sunt roșii, dacā ei lăcrămédă și a chiema de urgentă pe un medic dacā aceste simptome se manifestă. Până la sosirea medicului mōșa va spāla adesea ori ochiul bolnav cu wata antiseptică muiată în apă curată, și se va feri a transporta contagiul de la ochiul bolnav la cel sãnētos. În institute de nascere se va isola copilul bolnav împreună cu muma sa, și persoanele care 'l îngrijesc 'și vor spāla mâinele cu soluțiunii antiseptice dupā fie-care contact cu copilul.

Ahlfeld (clinica obstetricală din Marburg, 1887) și alți preintâmpinā conjunctivita nou născuților prin spālarea ochilor cu sublimat 1 la 3000 ; Kaltenbach și Nebel afirmă că ea se pōte preveni prin spālarea părților genitale cu sublimat 1 : 3000 imediat înaintea nascerii, și curățirea ochilor copilului cu wata antiseptică și cu apa destilată îndată dupā nascere.

Conjunctivita blonorazică a adulților se nasce din inoculațiunea puroiului a Uretritei virulente, ea este

mai rară la femei de cât la bărbați, microorganismul care o produce este tot Gonococul lui Neisser. Prognosa fiind gravă, profilaxia ca și tratamentul trebuie să fie energice. Bolnavii care sufer de uretrită trebuie să se povățuască asupra pericolității transmisiunii secretului și asupra necesității d'a feri mai ales ochi în contra infecțiunei. Ochiul sănătos se va apăra în contra contagiunii de la ochiul bolnav prin pansament antiseptic oclisiv.

Conjunctivita foliculară, caracterisată prin hipertrofia foliculelor limfatice ale conjunctivei, produce o secrețiune muco-purulentă care este purtătorul contagiului și apare obicinuit în mod epidemic sau endemic într-o casarmă, școală, închisore. Conjunctivita foliculară durează obicinuit mai multe luni, cere un tratament energetic și o profilaxie severă, care constă în curățenie și în desinfecțiune scrupuloasă a localelor ocupate de bolnavi, a tuturilor obiectelor de care ei se serv și în izolarea bolnavilor.

Conjunctivita foliculară se observă și la noi și a fost descrisă în teza d-lui dr. N. Dragulanescu din anul 1886.

În anul 1887 Kucharsky a descris un micrococ găsit în secretul conjunctivei foliculare, care inoculat pe conjunctiva animalelor produce aceeași boală.

Conjunctivita granulată, egiptiană, Trachomul, este o boală cronică a conjunctivei, foarte rebelă, caracterisată prin granulațiunile neoplastice pe conjunctiva și complicată cu panul granulos, cu hipertrofia papilelor conjunctivei și chiar a foliculelor; ea poate cauza

pierderea vederii și reclamă un tratament medical îndelungat. Contagiul Trachomului constă în cocul specific, descris de Sattler în anii 1881 și 1882, de Michel în anul 1886, de Goldschmidt în anul 1887, el se găsește în secretul conjunctivei bolnave și în granulațiunile caracteristice ale conjunctivei, care constituie simptomul principal al bôlei. Trachomul este endemic în Ungaria, Galiția, Bucovina și în partea apusénă a Rusiei; la noi el apare obicinuit numai în mod sporadic, s'aú vëdút însã epidemii de Trachom și în armata nóstră, cele din urmă în mai multe garnisóne în anii 1887 și 1888. Micí endemii de Trachom aú fost observate de d. prof. N. Manolescu în cei din urmă 10 ani în șcôla normală pentru învățatura poporului român din București. În spitalele israelite din unele orașe moldovene, mai ales în acela din Botoșani, se caută mulți bolnavi ambulanți afectați de Trachom.

Epidemiile de Trachom se nasc, dacã un bolnav afectat de acéstã bôlã ocupã aceiaș locuință cu alte persoane aglomerate într'insa, dacã acele persoane se serv de acelaș ștergar (prosop) cu bolnav, dacã el dórme în acelaș pat cu alți. În casarmé, închisorí, internate de educațiune, hanurí, otelurí, bôla se transmite lesne de la o persoană la altă. Profilaxia constă în curățenia scrupulósă, în izolarea bolnavilor, în povățuirea celor sănătoși din aceiaș familie și din aceiaș casă asupra contagiosității bôlei. Dacã Trachomul apare în mod epidemic într'un corp militar casarmat, se dislocéđă obicinuit trupa la țéră, însoțită de un medic care conduce tratamentul medical. În acest cas este asemenea nece-

sariu ca populația civilă să fie povățuită asupra contagioșității bôlei. In cas când militari bolnavi de Trachom se congedieșă, administrațiunei militare incumbă datoria, a informa pe primarul comunei unde se va așeșă bolnavul despre transmisibilitatea bôlei, și a îngriji ca el să nu fie lipsit de căutarea medicală.

In anul 1886 guvernul ungar a prezentat adunării deputașilor din Budapeșta un proiect de lege asupra măsurilor pentru combaterea Trachomului, in virtutea acestei legi cheltueșele căutării bolnavilor suferinși de Trachom sunt suportate de stat, care trimite in comitate bântuite medici oculiști ambulanși, cu însărcinarea a căuta pe bolnavi și a instrui asupra căutării lor pe medici aflași in funcțiunii publice și lipsiși de cunoscinșele asupra Trachomului ; legea autorisă pe administrațiunile a interna in spitale speciale pe bolnavi renitenși, care nu se pot căuta și isola in alt mod, și însărcineșă pe Guvern ca la cas de trebuinșă să înfiinșeșă un curs special, pentru familiarisarea medicilor cu tratamentul Trachomului. In expunerea de motive a legii in cestiune se menșioneșă, că numai in comitatul Torontal din 104631 locuitori 3349 sufer de Trachom.

XXXII.

Tuberculosa.

Tuberculosa este o boală infecțioasă, cauzată prin Bacilul Tuberculozei descoperit de R. Koch în anul 1882, ea se manifestă în diferite organe, mai ales însă în plămâni, prin neoplazii nodulare numite granulazioni, isolate ori confluențe; aparițiunea granulacionilor este însoțită de inflamațiune acută ori cronică a țesăturilor care sunt sediul acestor neoplazii și care suportă alterațiuni ulterioare, precum mortificațiune, degenerescentă caseosă, supurațiune, ulceratiune, formarea de caverne, infiltrațiune calcară.

Tuberculosa este mai frecventă în orașe mari decât la țară. În orașul București mor pe an de această boală în termen mediu 900 persoane, 16% până la 17% din numărul total al deceselor sunt cauzate prin Tuberculosa. Această proporțiune este aproape identică cu cea a deceselor de Tuberculosa constatată la Paris și în alte orașe mari ale Franței. La Buda-Pesta și la Viena Tuberculosa produce mai multe decese (612 și 677 din câte 100.000 locuitori), asemenea la St. Petersburg (cu 553 decese de Tuberculosa din câte 100.000 locuitori). Mai mic este numărul deceselor de Tuberculosa în orașele mari ale Italiei, Scandinaviei și la Londra cu 200 până la 250 decese la câte 100.000 locuitori.

Cunoscințele noastre asupra transmisibilității Tu-

berculosei sunt mai vechi de cât descoperirea remarcabilă a lui R. Koch.

În antichitate ftizia pulmonară (consumpțiunea pulmonară, oftica) a fost considerată ca contagiósă, nu numai în opinione vulgară ci și ca doctrină științifică, care a ajuns în mai multe țări la apogeul ei în a doua jumătate a secolului trecut. În anii 1782 și 1783 s'aun publicat la Veneția și la Neapoli ordonanțe, care amenințau cu pedepse foarte aspre pe persoanele care ar vinde obiecte purtate de ftisici fără desinfecțiune prealabilă, precum și pe medicul care ar neglija a arăta administrațiunei pe un bolnav ftisic aflat în cura sa. În prima jumătate a secolului curent doctrina asupra contagiunei ftisiei a pierdut din importanța ei, din cauză că cercetările anatomo-patologice au înlăturat pentru mai multe decenii studiile etiologice, cu toate acestea tocmai anatomia patologică a adeverit cunoscințele vechi asupra contagiunei ftisiei.

Deja în anul 1826 Laënnec a admis inoculabilitatea virusului tuberculosei, în urma unei inoculațiuni accidentale a cărei victimă a fost el însuși; el a făcut însă numai în anul 1865 cele dintâi inoculațiuni experimentale la diferite animale. Cohnheim, Toussaint și alții au confirmat exactitatea experimentelor lui; Villemin, Klebs și Toussaint au căutat pe microorganismul care produce tuberculoza și n'au reușit, în fine în anul 1882 R. Koch a făcut descoperirea importantă a bacilului tuberculosei și în anii 1883—1888 D. D. R. Koch, Ziegler, Cornil, V. Babeș și Watson Cheyne au constatat, că pe lângă bacilul Tuberculosei concură și alți bacili pen-

tru producerea leziunilor specifice, că adesea-ori Tuberculosa se complică prin bacteriile puroiului, ale Pneumoniei și altele, că la copil Tuberculosa latentă a ganglionelor limfatice devine adesea ori activă prin alți microbi.

Până în anul 1883 experimentatorii s'aũ servit pentru probarea infecțiozitãții tuberculosei de animale, care prin constituția lor sunt prea depãrtate de specia umanã, în acel an D. D. Dieulafoy și Krishaber aũ experimentat cu un numãr însemnat de maimuțe și aũ probat cã tuberculosa pulmonarã se transmite atãt prin inoculațiune precum și prin cohabitațiune. Virusul tuberculos intrã dar prin diferite cãi în economie. Tappeiner constatase deja în anii 1878 și 1880 propagarea Tuberculosei prin inhalãțiune, d-sa pusese însã cu ocaziunea experimentelor sale animalele în condițiunile în care omul nu se aflã mãi nici odatã ; asemenea a fost constatat înainte descoperirei bacilului lui R. Koch infecțiunea tuberculosã prin intermediul cãilor digestive de Chauveau, Gerlach, Klebs, Bouley și alții. Tuberculosa intestinalã se nasce însã obicĩnuit la ómeni afectați de tuberculosa pulmonarã în urma înghițirei repetate a sputelor, și numai de rare ori într'un mod primitiv, în urma ingestieiunel alimentelor care conțin bacilul lui Koch.

Este probabil cã Tuberculosa se póte transmite prin moștenire de la pãrinți la copil, aceste casuri sunt însã rare, mãi frecuentã este transmisiunea prin ereditate a predispozițiunii pentru Tuberculosã. Cestiunea acãsta a fost discutatã la Congresul german VI de medicina internã, Rühle a negat transmi-

siunea Tuberculozei prin ereditate, și a afirmat că în casurile de pretinsă moștenire, Tuberculoza a fost transmisă prin infecțiune postembrionale, mai ales prin contactul intim în familie, prin sărutări. Tot la acel Congres Fräntzel și Ziemssen au constatat infecțiunea frecventă a infirmierilor care îngrijes pe bolnavi tuberculoși.

Rolul ce ocupațiunea jăcă în etiologia Tuberculozei este cunoscut ; statistica confirmă că lucrătorii expuși la inspirațiunea pulverilor minerale se bolnăvesc de Tuberculosă într'un număr mai mare, de cât cei care inspiră pulveri vegetale și animale. Studiul special al Ftisiei profesionale aparține Igienei industriale.

Animalele domestice care ne dau carne și lapte sufer adesea-ori de Tuberculosă, ea este chiar mai frecventă la găini de cât la vitele bovine. Identitatea tuberculozei omului cu cea a animalelor, domestice este bine constatată, modul de transmisiune a bôlei de la animal la om nu este însă identic cu acela de la om la om. De vreme ce materiile expectorate (sputele) ale omului tuberculos găsesc ocașiune multiplă a infecta pe alți ómeni și pe animale, vitele bovine și pasérile nu expectorează, nu scóte afară secretele și exsudatele organelor respiratorii. La vitele bovine Tuberculoza se localisédă mai rar în plămâni și mai adesea ori pe membranele serose, în saccul peritoneal și pleural, asemenea în gangliónele retroperitoneale, bronchiale, mediastinale și în organele parenchymatoase, unde ea presintă conglomerate, nodosități caseose de diferite mărimi, descrise de francesi sub denumire de «Pommelière»

de germani ca «Perlsucht». În carne se găsesc de rare ori bacilii Tuberculozei, d. Nocard a constatat că țesutul muscular digerează și nimicesce cel mult în 6 zile pe bacilii tuberculozei, care au fost aduși în mușchi prin curentul circulatoriu.

Infecțiunea prin carnea vitelor bolnave este posibilă numai în cazul de ingestione a carnei crude, sau preparate într'un mod insuficient, prin încălzirea la mai puțin de 85°C. Carnea și laptele animalelor tuberculoase sunt vehiculele cele mai slabe prin care se transmite Tuberculoza de la animal la om, unii veterinari cred că viscerile sau măruntaele animalelor de consumațiune sunt vehiculele cele mai energice de transmisiune și D. Z. Petrescu conchide, că obiceiul a mânca ficatul, stomacul, creierii, rinichii, splina, plămânii și ganglionii limfatici poate aduce pericole mari. (Z. Petrescu. Raport asupra lucrărilor întâiului Congres pentru studiul Tuberculozei. București 1888). Manipularea cu carnea animalelor tuberculoase poate însă provoca inoculațiunea bacililor tuberculoși, dacă măcelarul sau bucătarul posedă o leziune de continuitate a tegumentelor comune ale mâinilor. Mai lesne se poate infecta tubul digestiv prin laptele crud, care conține bacili, ceea ce se întâmplă în cazul rar, când tuberculoza s'a localizat în ugerul animalului lactifer. Laptele de capră se poate mânca și crud, căci capra este imună de Tuberculosă.

În cât privesce frecuența Tuberculozei la vitele de măcelărie, nu posedăm date statistice nici măcar aproximativ exacte pentru țara noastră sau pentru Capitală în parte. În Germania numărul vitelor de

măcelărie tuberculose este pentru vite cornute mari de 1.5⁰/₀ până la 1.8⁰/₀, pentru vițel de 0,006⁰/₀, pentru rămători 0,017⁰/₀ până la 0,020 ⁰/₀ din numărul total al vitelor tăiate. Unii medici-veterinari francesi au găsit între vitele bovine mari până la 0,6⁰/₀ afectate de Tuberculosă.

Din cele ce preced rezultă, că pentru transmisivitatea Tuberculozei de la animale la om se prezintă ocaziuni mai puțin frecvente și mai puțin înlesnicioase, de cât pentru infecțiunea prin sputele (flegmele) oamenilor ftisici. Este dar util ca să studiem condițiunile sub care bacilul lui Koch conservă viabilitatea în spute după eliminarea din corpul omnesc, impunând ore-care date lucrării principale a d-lui R. Koch asupra acestui subiect (Mittheilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, zweiter Band) precum și lucrărilor posterioare ale d-lor Cornil, Babeș, Malassy, Fischer și Schüller.

Experiența a dovedit, că bacilii Tuberculozei cresc cu mult mai încet de cât alți bacterii, că mediul care le convine este se-ul de sânge și suc de carne la o temperatură de cel puțin 30⁰, de cel mult 38⁰C. Aceste condițiuni se găsesc în corpul omului și al animalelor cu sânge cald, în care bacilii Tuberculozei se înmulțesc, produc spori și după eșirea lor din corpul bolnavului, după eliminarea sputelor expectorate, cea mai mare parte din ei pier, o mică parte însă găsește ocaziune frecventă pentru infectarea altor victime, căci sputele lepădate pe jos, pe pardoséla locuințelor, pe solul curților, precum și cele rămase pe ascernti, pe vestimente și pânzeturî, nu pier îndată după eșire din mediul cald în care

s'aũ nãscut. Parasitul nostru mai conservã virulența 43 zile în flegme putredite și 186 zile în spute uscate. Transformat în pulvere el rãmâne suspendat în atmosferã și intrã în cãile respiratoriĩ, unde se fixeazã dacã prin bronchitã sau prin altã cauzã membrana mucosã este desbrãcatã de epitel, dacã secretele membranei mucose bolnave stagnã în bronchiĩ, sau dacã conformațiunea viciã a toracelui ori adheziunea plãmânilor produsã prin pleuritã impiedicã dilatarea lor corectã. O altã pãrtã de intrare a bacilului lui Koch în corpul omenesc presintã pielea lestatã prin sgãriituri, rãni, exanteme. Bacilii suspendați în atmosferã se aședã pe asemenea leziuni și sunt transportați pãnã în glandulele limfatice cele mai apropiate. Asemenea se pãte infecta atmosfera prin excrementele unui tuberculos, uscate și transformate în pulvere, care adesea ori conțin Bacil Tuberculosei în abundențã.

DD. Cornil și Babeș aratã cã tuberculosa se pãte transmite și prin coit, D-lor aũ gãsit bacilii Tuberculosei în vagina femeilor ftisice.

Unii autori aũ crezut cã Tuberculosa se transmite și prin vaccinul luat de la o persoanã tuberculosã. Domnii Toussaint, Lothar Meyer, Chauveau și Strauss n'aũ gãsit Bacilul Tuberculosei în pustulele vaccinale ale persónelor tuberculose și n'aũ putut transmite Tuberculosa la animalele inoculate cu limfa vaccinalã luatã de la ftisici. Cu tãte acestea trebuie sã ne ferim de întrebuiñarea vaccinului luat de la ómeni tuberculoși seũ de la animale tuberculose.

Animalele tuberculose nu produc spute și în ex-

crementele lor se găsesc bacilii lui Koch numai în cazuri rare.

Am arătat mai sus că ereditatea Tuberculozei este mai puțin frecventă de cât se admite în general, că obicnuit se transmite prin ereditate numai predispoziția pentru tuberculoză, această predispoziție se manifestă prin debilitate generală, prin dezvoltare imperfectă a toracelui, mai ales prin circumferința prea mică a toracelui în raport cu talia.

Tuberculoza se transmite însă adesea ori prin contagiune de la părinți la copii, de la un soț la altu, prin alăptare de la mamă sau doică tuberculată, prin sărutatul pe gură între persoanele tuberculose cu cele sănătoase.

Cornil și Dobroklinsky au constatat, că infecțiunea tuberculată se poate efectua chiar prin epiteliul normal, intact, fără leziune a membranei mucoase.

Bacilii tuberculozei aflați în spute proaspete devin inactivi, dacă le expunem în timp de câte-va ore la acțiunea alcoolului concentrat, a amoniacului caustic, a unei soluții concentrate de acid salicylic, sau dacă le fierbem câte-va minute, sau dacă le lăsam 24 ore în contact cu soluție de acid fenic de 5%. Sputele uscate ale ftisicilor se sterilizează prin vaporii fierbinți de apă. Sublimatul corosiv le desinfectă dacă le fierbem cu soluții ale acestei sări.

Profilaxia Tuberculozei constă în măsurilor următoare :

Povățuirea publicului asupra contagiozității acestei boale ;

Fortificarea prin exercițiul corporal și prin alte

mijloce igienice a constituțiunei persónelor predis-puse pentru Tuberculosa ;

Desinfecțiunea sputelor ale persónelor afectate de ftisia pulmonară, curățirea scrupulosă a localelor ocupate de ei ;

Desinfecțiunea radicală a vestmintelor, ascernu-turilor și a altor obiecte de care s'aũ servit bolnavii tuberculoși ;

Isolarea bolnavilor tuberculoși în spitalele gene-rale, în cât ea va fi posibilă, înființarea de spitale speciale pentru ftisici ;

Excluderea copiilor tuberculoși din scótele și in-ternatele, rămăind ca ei să învețe a casă ;

Luarea de măsuri speciale de Poliția sanitară pro-fesionale (de Igienă industrială) pentru acele in-dustrii, care expun pe lucrători la inspirarea pulve-rilor abundente de diferită natură ;

Excluderea din consumațiune a carnei animalelor afectate de Tuberculosa generalisată și a orga-nelor în care se gădesc tubercule, povățuirea publi-cului ca să nu bea lapte crud și să nu mănânce carne friptă într'un mod imperfect ori gătită într'un alt mod fără încăldirea suficientă ;

Inspecțiunea sanitară a grajdurilor a lăptarilor și excluderea vacilor tuberculóse ;

Oprirea tăerei vitelor afară din abatorii, inspec-tarea consciințiosă a vitelor și mai cu osebite a organelor interióre, excluderea vitelor afectate de Tuberculosa generalisată și a părților afectate de Tuberculosa locală.

În luna Iulie 1888 s'a adunat la Paris congresul pentru studiul Tuberculósei, la care țera noastră a

fost reprezentată prin colegii noştri dd. V. Babeş, N. Kalinderu şi Z. Petrescu; acest congres s'a ocupat cu unele chestiuni relative la prevenţiunea Tuberculóseî, d'acea trebuie să dăm sémă despre lucrările lui, începând cu conclusiunile (dorinţele) votate de majoritatea congresului, ast-fel precum ele au fost recomandate guvernului frances de Preşedintele Congresului.

Congresul a găsit cu cale :

1. Ca în legile sanitare a tuturilor ţerilor să se înscrie Tuberculosa între bólele contagióse, care cer măsuri profilactice speciale, prevădute de legile şi de regulamentele poliţiei sanitare a animalelor.

2. Ca să se urmărească prin toate mijlócele posibile, între care este coprinsă şi îndemnisarea celor interesaţi, aplicarea generală a principiului s'cuestiunii şi nimicirii totale a tuturilor cărnurilor provenite de la animalele tuberculóse, ori care ar fi gravitatea lesiunilor specifice găsite la acele animale.

3. Ca să se supună unei prevevegheî speciale, vâcările consacrate producţiunei industriale a lapte-lui destinat a fi consumat în natură, cu scopul de a se asigura că vacile nu sunt atinse de bóle contagióse, între alte de Tuberculosa, capabiliă a se comunica omului.

4. Ca să se redigeze instrucţiuni simple, care vor fi răspândite cu profusiune prin oraşe şi prin sate, în care instrucţiuni vor fi arătate mijlócele de apă-rare în contra pericolului infecţiunei tuberculóse prin alimente, mai ales prin lapte, şi necesitatea distruccţiunei germilor virulenţi conţinuţi în scuipat

(spute), pe albituri, ascernut și pe alte obiecte ale persónelor tuberculóse.

5. Ca să se înscrie între atribuțiunile consiliilor de Igienă tóte cestiunile relative la bólele contagióse ale animalelor domestice, între care să se coprindă și acelea care astăzi se par a nu fi transmisibile la om, căci pe lângă vaccina, răpciuga, turbarea, dalacul, tuberculosa, se vor puté ajuta mai târziu și alte bóle infecțióse comune, care cer asemenea o protecțiune comună.

6. Comitetul permanent de organizațiune al Congresului se pune la dispoziția diferitelor guverne, pentru darea de informațiuni, menite a înlesni realizarea dorințelor exprimate în conclusiunile de mai sus.

În cât privesce cele d'ântăiū două dorințe votate de Congres, relative la înscrierea Tuberculosei între bólele în contra cărora se iaū măsurī de poliția sanitară veterinară, la despăgubirea proprietarilor animalelor tuberculóse, și la distrucțiunea carnei provenite de la animale tuberculóse chiar dacă tuberculosa ar fi localisată într'un singur organ, ele nu sunt noi, ele aū fost votate deja de congresul veterinar din Bruxelles din anul 1883, congresul internațional de Igienă din Haga din anul 1884 le a găsit exagerate și a opinat ca să se excludă de la consumațiune numai cărnurile vitelor atinse de tuberculosa generalisată și slăbite. Tot în anul 1884 D. prof. medic-veterinar A. Locusténu a adus în deliberațiune congresului medical român o propunere analogă cu cea formulată de congresul veterinar din Bruxelles (1883). Până astăzi nici un guvern n'a

admis în practică poliției sanitare acele concluziuni și în ajunul deschiderii Congresului pentru studiul Tuberculozei, guvernul francez a publicat un decret care autorisă secuestrarea vitelor bovine atinse de tuberculoza constatată și excluderea de la consumațiune a carnei în cazul când tuberculoza este generalisată, adică nu limitată numai în organele viscerale și în ganglionele lor limfatice, sau când leziunile, de și localizate, au coprins o mare parte a unui viscer, sau când ele se manifestă printr'o erupțiune pe părțile pieptului și ale cavității abdominale; acelaș decret prescrie desinfectarea pieilor provenite de la vitele tuberculoze și opresce vânzarea laptelui provenit de la vaci tuberculoze. O măsură analogă a fost prescrisă de guvernul regatului Prusiei printr'un ordin din luna Septembrie 1887, care ține că în general carnea vitelor bovine poate fi vătămătoare, în cazul când se găsesc în carne nodosități tuberculoze (granulații tuberculoze) sau când, cu toate că nu se găsesc în carne conglomerate tuberculoze, animalul a slăbit. Carnea vitelor tuberculoze se poate însă admite la mâncare, în toate cazurile când animalul este bine nutrit, când tuberculele se găsesc numai într'un singur organ, sau când ele se găsesc în două sau mai multe organe legate între ele direct prin vase limfatice sau prin vase sanguine care nu aparțin circulațiunii mari, ci circulațiunii pulmonare sau celei a venei porte.

Concluziunea a treia votată de congresul asupra tuberculozei, relativă la privegherea specială a vacilor care dau lapte pentru comerț, este deja realizată în mai multe orașe mari din Europa, între al-

tele și în Bucuresci în cât privesce vâcăriile aflate în rața orașului, în momentul când scrim aceste rënduri, Primăria Capitalei studiedă măsurile pentru întinderea acestui control și asupra acelor comune rurale care aprovisionedă orașul cu lapte.

Redigiarea instrucțiunilor populare asupra profilaxiei tuberculosei (concluziunea a patra) pôte fi utilă, nu trebuie să asceptăm însă de la ele rezultate imediate, și o să trecă mulți ani până când o nouă generațiune, care a primit la școlă ore-care noțiunî corecte de igienă, va putea da concursul ei administrațiunei pentru limitarea focarelor ale Tuberculosei.

Dorința a cincea privesce în special pe Franța ; la noi consiliile de igienă sunt competente a se ocupa și de bólele animalelor care se transmit la om și a propune măsurî de apărare în contra infecțiunei omului de la animale.

Congresul a admis următoarele moduri de transmișiune a Tuberculosei de la om la om : calea uterină, digestivă, respirătoare, oculară, bucală, cutană sau subcutană.

Intre experiențele noul comunicate congresului, merită atențiunea noastră cele relative la transmișiunea Tuberculosei prin apa de bêtut contaminată. Colegul nostru, d. Z. Petrescu, relatéză în raportul d-sale asupra Congresului pentru studiul Tuberculosei (Bucuresci 1888) despre lucrările d-lor Strauss, Wurtz, Galtier și Cadeac, din care reese că Bacilul Tuberculosei trăesce mult timp în apă și că apa pôte deveni un vehicul energetic pentru transmiterea acestui bacil la om sau la animale. Chantemesse și Vi-

dal aŭ experimentat asupra cŕuratei viabilităŕei a bacilului Tuberculosei în apă ŕi aŭ constatat, că el a trăit 50 de ȕile în apa sterilisată ŕi ȕinută la o temperatură între 8° ŕi 12° ŕi 60 de ȕile în apă sterilisată ŕi ȕinută la o temperatură de 15°—18°C.

D. Z. Petrescu a supus conȕresului pentru studiul Tuberculosei aparatul de care se serve pentru desinfectarea ŕi sterilizarea sputelor în trachea ŕi în bronhiile, înainte expectoraȕiunii, prin inspirarea de substanȕe antiseptice, ca Creosot, Eucalyptol, Iodoformiŭ, Oleŭ de terebentină ; acest aparat are un interes terapeutic, acȕiunea lui preventivă este limitată, din cauză că, admiȕenȕi eficacitatea lui, nu 'l putem impune tutului bolnavilor tuberculoŕi, ŕi nu putem dar să ne dispensăm de desinfectiunea sputelor după expectoraȕiune în limitele posibilităȕii, care desinfectiune pŕole fi mai energică ŕi prin urmare mai sigură de cât cea intrabronchiale.

XXXIII.

Scrofulosa

Scrofulosa a fost cunoscută deja în anticitate ŕi descrisă de Ipocrate ŕi de Galeniu, cuvântul Scrofula 'l găsim pentru prima ôră 'a medicii ŕcolei Salernitane, în special la Constan în Africanul în anul 1586, cuvântul Scrofulosa însă aparȕine timpului modern.

Lugol, Lebert, Billiet ŕi Barthez aŭ recunoscut

identitatea Scrofulosei cu Tuberculosa, R. Koch a probat-o cultivând Bacili Tuberculosei din materia luată din glandule limfatice ale persónelor scrofulóse, și a invalidat ast-fel opiniunea născută deja în secolul trecut și sprijinită de Kortum, Astruc, Hufeland, Alibert și alții, că Sifilisul congenital s'ar putea manifesta ca Scrofulosa, transformându-se prin ereditate diatesa sifilitică în cea scrofulosă. Ereditatea jőcă un rol predisponent în etiologia Scrofulosei, ea se nasce însă și într'un mod independent de ereditate. Grisolle confirmă faptul, că copil născuți din părinți sănătoși, care trăiesc în condițiuni igienice perfecte, se bolnăvesc câte o dată de Scrofulosa.

Scrofulosa este rezultatul invasiunii Bacilului tuberculosei în glandulele limfatice superficiale, de și bóla locală ea póte deveni generală. Scrofulosa afectă mai cu osebite copil.

Profilaxia Scrofulosei constă în înlăturarea tuturilor cauzelor care înlesnesc int area Bacilului Tuberculosei în lesiunile tegumentelor comune și ale membranelor mucóse de la orificule diferitele cavități ale corpului, apoi în întărirea constituțiunii copiilor pentru a li face mai puțin primitori pent u virusul Tuberculosei. Mijlócele de care ne servim pentru combaterea miseriei fiziologice, vor servi până la un punct óre-care și ca măsuri preventive în contra Scrofulosei.

Pe lângă distrugerea virusului tuberculos, prin desinfectarea excretelor și secretelor ale bolnavilor, prin purificarea tuturilor obiectelor care pot fi mánjite cu acele secrete, profilaxia Scrofulosei cere, ca tóte localele ocupate de copil, ca mai ales școlile

să se afle în condițiunile igienice cele mai perfecte, ca atmosfera lor să fie cât de curată, ca aglomerațiunea excesivă a copiilor să fie interzisă cu severitate. O bună igienă a școlii este dar o măsură eficace în contra lățirii a scrofulozei, ea nu este însă suficientă, căci Scrofuloza este frecventă în primul an al vieții, când nu se poate combate de cât prin măsuri de igienă privată; trebuie să luminăm dar publicul prin povește populare asupra igienei private a locuinței, asupra vătămării produse prin camere umede, întunecoase, neaerate, neîncăpătoare, asupra consecințelor necurăteniei și asupra igienei tegumentelor comune.



Bólele venerice.

Cu numirea de bólele venerice, bólele lumesci, Elele, Sfrinția, Frențele, Cel perit, se însemnează mai multe bóle diferite, contagióse, născute din împreunare sexuală necurăată. Le tratăm toate la un loc, fiind-că profilaxia este una și aceeași pentru toate bólele venerice, de și gravitatea lor este diferită; de vreme ce sifilisul devine o bólă constituțională, care afectând organismul întreg se poate transmite prin ereditate, sculamentul rămâne o bólă locală, care de și provóacă câte o dată perturbațiuni destul de grave, nu compromite sănătatea copiilor al bolnavului.

Sculamentul (Blennorrhoea, Blennoragia, Uretrita virulentă, Vaginita contagiösă) cunoscută deja în anticitate, este o bõlă contagiösă, provocată prin Gonococul descoperit de Neisser în anul 1879, care se manifestă la bărbat prin inflamațiune catarală a uretrei și a glandulelor anexe, câte odată și prin inflamațiunea vaselor limfatice ale membrului viril și a epididimului, la femei prin catar al membranei mucöse a uretrei, a colului uterin, a vaginei și a vulvei, el se pöte propaga până și în uter și în trompe și se complică câte odată cu artrita. Transmis la conjunctiva ochilor secretul sculamentului produce o inflamațiune specifică förte gravă, care pöte distruge ochiul într'ua timp scurt. Oftalmia purulentă a copiilor nou-născuți este provocată tot prin microbul lui Neisser, comunicat ochilor cu ocasiunea trecerei copilului prin vagina mamei bolnave de sculament.

' Sculamentul apare ca bõlă acută sau cronică. Sculamentul cronic este numai atunci infecțios, când secretul conține gonococi. Neisser a demonstrat că din tóte sculamentele cronice aproape jumătate mai posedă calitate a infecta.

La femei Blenoragia se constată mai anevoe și se pöte ascunde mai lesne de cât la bărbai, din această cauză există în statisticele noastre o disproporțiune între frecuența acestei bóle în armată și raritatea ei relativă la prostituate. În Capitală s'au găsit în anul 1887 la prostituatele înregistrate 415 cazuri de bóle contagiöse, din care numai 36 blenoragii, acest număr mic este departe a fi expresiunea adevărului.

Măsurile profilactice în contra propagării acestei bôle, pe care le vom expune mai pe larg de odată cu acelea în contra sifilisului, constau în povețe populare, în căutarea gratuită a bolnavilor fără mijloce, în izolarea femeilor prostituate afectate de această bôlă.

În cei din urmă ani au apărut mai multe scrieri asupra *Colpitei infecțioase a fetelor mici* și asupra unor endemii mici de Colpită virulentă, limitate într'o casă, într'un spital sau internat. Pott a atras deja în anul 1883 atențiunea medicilor asupra Vulvo-vaginitei specifice a copiilor, produse prin necurățenia, prin dormirea în comun cu persoane infectate, prin întrebuințarea de lighiene de care s'au servit femei adulte bolnave de Vaginită virulentă. În anii 1881-84 s'a vădut o endemie de colpită infecțioasă la secțiunea copiilor din spitalul general din Hamburg, Cseri menționândă despre o endemie analogă din spitalul de copii din Budapesta, Bouchut și Atkinson descrie asemenea endemii apărute în pensionate de fete, în anul 1886 a observat profesorul Dusch în spitalul de copii din Heidelberg o endemie de colpită infecțioasă și a bănuit că virusul a fost transmis de la un copil la altu prin termometru, (în acel spital se măsoră temperatura bolnavilor prin introducerea termometrului în orificiul anal), prin jucării, prin vase de noapte, prin latrine. Eugen Fränkel (spit. din Hamburg) crede că fetele aflate în convalescență după Scarlatină ar fi mai primitoare pentru contagiul Colpitei.

Este probabil că Colpita infecțioasă a fetelor este de natura gonoroică, produsă prin contactul mediat,

indirect cu isvorul virusului ; mai există însă o controversă asupra originii acestei bôle, de vreme ce Dusch și Cséri afirmă că au găsit constant în secretul Colpitei virulente a fetelor mici pe Gonococul lui Neisser, motorul sculamentului, caracterizat prin sediul în interiorul celulelor de puroi, declară Flügge și Eugen Fränkel că Colpita în etatea infantilă este produsă printr'un alt microorganism, prin Micrococus galben descris de Bumm.

Prevențiunea acestei bôle constă în curățenia scrupuloasă. În spitale trebuie să se izoleze bolnavele afectate de Colpita infecțioasă.

Șancărul môle, ulcerul veneric simplu, este o bôlă locală, care nu trage după sine o infecțiune generală, ci numai buboni. Șancărul môle n'are incubatiune, el este inoculabil, transmisibil mai multor animale, și nu pöte produce de cât iarăși șancăr môle. Cu toate acestea există cazuri intermediare între șancărul môle și între șancărul indurat.

Șancărul indurat, șancărul sifilitic, ulcerul sifilitic primitiv este rezultatul inoculațiunii secretului al unui șancăr indurat. El are o incubatiune de două până la trei săptămâni, este o bôlă exclusiv a speciei umane, și trage după sine o adenopatie indolentă și alte leziuni sifilitice secundare și terțiare.

Până la Hunter nu s'a făcut distincțiune între șancărul môle și cel indurat, el și Ricord au fondat teoria dualismului șancărului, care a fost stabilită definitiv în urma lucrărilor d-lor Bassereau, Clerc, Rollet, Diday, Sigmund, Zeissel și Fournier.

Sifilisul are o gravitate cu mult mai mare de cât sculamentul și de cât șancărul môle. D. profesor Al-

fred Fournier descrie sifilisul ca pestă modernă, ca un pericol care amenință în permanență sănătatea publică, ca o infecțiune stabilă, permanentă, ultrafecundă în felurite manifestațiuni, ca o diatesă care poate afecta tot corpul, toate organele lui, ca o boală dezastrăasă prin multiplele pericole ce cauză, pericole individuale, ereditare și sociale. După d. Fournier Sifilisul și Alcoolismul sunt cele două plăgi sociale ale timpului nostru. Acelora care pretind că Sifilisul este o boală meritată, răspunde d. Fournier, că această boală este departe de a reprezenta un certificat de desfrânare, că ea nu însemnă de cât o contagiune în urma unei întâlniri nenorocite, că în fine pe lângă sifilisul meritat există și contagiuni sifilitice accidentale, contagiuni licite, morale, și în adevăr nu este meritată boala sifilitică pe care femeii oneste o capătă de la bărbatul lor, pe care doica o ia de la sugar și vice-versa sugarul de la doică, pe care medicul și moșa o dobândește în exercițiul funcțiunei. (Rapport à l'Académie de Médecine sur la Prophylaxie publique de la Syphilis. Juin 1887).

Ca sculamentul este și sifilisul o boală foarte veche, cunoscută deja în timpurile mitice; unii autori ai anticității și ai evului mediu, mai ales însă medicul parisian Gérard din secolul XIII au menționat deja pe lângă manifestațiunile sifilitice primare și cele constituționale, alții au confundat Sifilisul cu Lepra.

Pe la finele secolului al XV Europa a fost bătută de o epidemie întinsă și malignă de sifilis, observată mai întâiu în Franța și descrisă ca «morbus gallicus», în secolul al XVI. Sifilisul a perdut carac-

terul epidemic, și d'atunci el nu apare de cât ca bolă sporadică. Afară de Europa a fost observat sifilisul în India și în China în timpuri foarte vechi, în America el a fost importat din Europa.

În România Sifilisul a fost importat cu ocaziunea invasiunilor diferitelor armate streine, el a luat o întindere mai mare pe la finele deceniului al treilea al secolului curent. În Moldova s'a luat primele măsuri pentru priveghierea prostituțiunii puțin timp după promulgarea Regulamentului organic, în Muntenia sub domnia Domnului Barbu D. Știrbei, care a și înființat spitalele județene pentru căutarea bolnavilor afectați de bóle venerice.

Sifilisul se transmite numai prin inoculațiune și prin ereditate. Contagiul sifilisului este fix și se inoculează prin contactul membranelor mucóse sănătóse seú a pielii externe desbrăcate de epiderm cu secretul ulcerațiunilor sifilitice primare, transmis prin ulcerațiunea însăși, prin părțile corpului neulcerate dar pătate cu secretul, prin material de pansament și prin alte obiecte de care s'a servit bolnavul, asemenea se transmite sifilisul prin secretele atecțiunilor sifilitice secundare și congenitale. Contagiul sifilisului constituțional nu inheră laptelui, copilul nutrit de o doică sifilitică se infectă prin secretul ulcerațiunilor ale sfârcului țitei și al placelor mucóse ale gurei și vice-versa un copil născut sifilitic póte infecta pe doică. Despre sifilisul vaccinal am vorbit la vaccinațiune.

L. Colin menționează mai multe infecțiuni sifilitice la femei lăude și la copii nou-născuți, provenite de la o móșă care avea un șancăr indurat la un de-

get al mânel. C. de Sigmund relatează despre infecțiunile sifilitice prin specule vaginale și alte instrumente chirurgicale și obstetricale, prin biberone, prin linguri. Transmisiunea sifilisului prin pipe și țigarete, prin tuburi de suflare întrebuințate în fabricile de sticlă, prin trompete și alte instrumente musicale analoge, a fost în cei din urmă ani adeseori constatată.

Sifilisul inoculat începe cu un șancăr indurat séu infectant, la sifilisul congenital lipsesce această manifestațiune inițială. În urma șancărului apar diferite adenopații și erupțiuni pe piele și pe membranele mucóse, mai târziu diferite afecțiuni ale viscerelor, ale óselor și ale sistemului nervos. Tóte aceste fenomene forméză patru faze distincte : 1. periodul incubațiunii, 2. periodul accidentelor primitive (șancărul și adenitele), 3. periodul accidentelor secundare (sifilide cutane și place mucóse), 4. periodul accidentelor terciare (sifilide viscerale, leziuni sifilitice ale óselor etc.) a cărui durată este nelimitată.

Virusul sifilitic este de natură parasitară. Donné a fost cel d'ântâiū care a găsit în anul 1837 în secrețiunile șancărului un vibrion cărui n'a atribuit nici o importanță. În anii 1878 și 1879 Klebs a încercat cel d'ântâiū a isola și a cultiva un bacil găsit în secretul șancărului și a 'l inocula malmuțelor. Martineau, Neisser, Lustgarten, Babeș și alții au cultivat asemenea bacilii găsiți în secretul șancărului indurat, până astăzi însă nici unul din acești învățați n'a reușit a isola și a inocula cu succes microorganismul care produce șancărul sifilitic, cu tóte acestea se pare că bacilul lui Lustgarten

este adevăratul gerin al sifilisului și adversarul principal al lui Lustgarten, Doutrelepont, admite astăzi ca exacte constatările D-lui Lustgarten.

Nu este probabil că poliția sanitară va putea stârpi cu desăvârșire sifilisul, ea însă îl poate limita, poate împuțina focarele de infecțiune și prin urmare numărul bolnavilor. Măsurile meuite a îndeplini acest scop sunt cele următoare : privegherea sanitară a prostituției, darea ajutorului medical gratuit bolnavilor afectați de bôle venerice, primirea nemărginită în spitale a bolnavilor de sifilis, visitarea medicală a vagabonșilor și a altor persoane aflate în închisorile polițiilor și căutarea celor găsiți bolnavi, povește populare asupra pericolosității afecțiunilor sifilitice și asupra măsurilor pentru prevenirea lor, supunerea soldașilor și sergenților polițienesci necăsătoriți la visitațiuni sanitare periodice și izolarea și căutarea celor bolnavi.

Căutarea gratuită a bolnavilor de sifilis caută să se înlesnască prin toate modurile, prin consultațiuni gratuite cu medicamente gratuite la domiciliu, la dispensar și în spital, prin îndemnarea bolnavilor mai cu sémă din comunele rurale, ca să se supună unui tratament medical sistematic, prin stabilirea timporariă a medicilor de plasă în acele comune rurale în care se află mai mulți bolnavi afectați de sifilis. Spitalele rurale, spitalele județene și spitalele mici de plasă vor contribui la împuținarea sifilisului, dacă medicii acelor spitale vor avea devotamentul necesariu pentru misiunea lor, dacă ei prin purtare umană vor însufla populațiunei rurale acea încredere, care este condițiune indispensabilă pentru

ca aceste instituțiuni să 'și îndeplinescă scopul. Spitalele, mai ales cele din orașele mari și din capitalele județelor, trebuie să aibă un număr suficient de paturi, pentru ca să poată primi toți bolnavii sifilitici care nu se pot căuta în mod ambulant sau la domiciliul lor.

Povețile populare asupra prevențiunei bôlelor venerice trebuie să se adreseze mai cu osebire către militari, marinarii, sergenții de orașe, lucrătorii din fabrici și către populațiunea rurală din comunele în care s'aũ constatat mai multe cazuri de infecțiune sifilitică. Preoții și învățătorii trebuie să iea parte activă la respândirea acestor povețe.

Marinarii sosiți în porturi după călătoriile maritime aduc adesea ori sifilisul în acele porturi, din această cauză Jeannel și alții aũ cerut că nu numai echipele flotei militare, ci și mateloții bastimentelor de comerciũ să fie supuși la visite sanitare în porturile în care desbarcă și să se interneze în spitale cei găsiți bolnavi.

Est lucru natural că în armatele, care în mare majoritate se compun din oameni necăsătoriți, se găsesc bolnavi sifilitici într'un număr mai însemnat, care variază după eficacitatea măsurilor luate pentru împușinarea infecțiunilor sifilitice în diferite state și chiar în diferite garnisóne ale aceluiași stat. După D. Leon Colin în armata francesă în unele garnisóne, în care lipsesce ocasiunea pentru infecțiune, numărul soldaților afectați de bôle venerice este numai de 1 la 1000 de oameni al efectivului pe an, iar în altele el se urcă chiar la 200 la 1000. În armata englesă numărul militarilor cari sufer de

bóle venerice este chiar pânã la 300 la 1000 pe an. In armata italianã numérul bolnavilor de sifilis este pe an de 6.02 la 1000 din efectiv. Statistica sanitarã a armatei Statelor-Unite aratã, cã acolo infecþiunile sifilitice ajung la proporþiuni aprópe atãt de mari ca în armata Marii Britanii, de vreme ce în armata Belgiei numérul bolnavilor de sifilis este mic.

In armata romãnã proporþiunea anualã a bolnavilor afectaþi de bóle venerice a fost în periodul anilor 1879-1883 de 12.5 la 1000 din efectiv, d'atunci a mai crescut acéstã proporþiune și în anul 1887 s'aũ cãutat 4350 militari bolnavi de bóle venerice (1824 în spitalele militare și 2526 în infirmeriile militare). Aceste date statistice nu permit însã o comparaþiune directã cu alte armate, în care nu existã sistemul militarilor cu schimb (al dorobanþilor și cãlãrașilor).

Sunt mai bine de cât 25 ani de când scandinavul Bök și francesul Auzias-Turenne aũ preconizat sifilisaþiunea saũ inoculaþiunea sifiliticã repetatã, ca o mësura preventivã în contra infecþiunii sifilitice. Auzias-Turenne a lãsat o carte posthumã «La syphilisation. Paris 1879» în care apërã acest metod preventiv în contra numeróselor atacuri ce a suferit din partea invêtaþilor celor mai autorisaþi. Inoculaþiunea sifiliticã n'a dat rezultatele asceptate de Bök și de Auzias-Turenne, nu regretãm însã ne-reușita ei, cãci scopul ei principal este, a pune pe cei inoculaþi la adãpost în contra consecinþelor unui coit necurat, prin urmare în contra unui pericol de care ne putem lesne feri. Impreunã cu rãposatul A. Bouchardat credem, cã terórea sifilisului

este utilă pentru conservarea și pentru perfecționarea speciei umane, ea mai opresce diminuarea progresivă a măritişurilor, slăbirea legăturilor căsătoriei, scăderea energiei virile care s'a constatat mai ales la popórele poligame.

XXXV.

Prostituțiunea.

Prostituțiunea este focarul principal al infecțiunilor sifilitice, nu o putem înlătura, trebuie însă să o restrângem, să o priveghem, să o regulamentăm, pentru ca să facem acel focar mai puțin periculos.

Nu împărtășim vederile d-lui A. Corlieu (La prostitution à Paris 1887), care dice că femeile ca'd, fiind-că trebuie să cadă în virtutea fatalității, în contra căreia nu este nimic de făcut; noi credem din contră, că un administrator înțelept este dator a studia și cauzele prostituțiunei, pentru ca să limiteze după putință acéstă bólă socială.

Prostituțiunea este comerțul plăcerii. Prostituată este femeia care se pune la dispozițiunea aceluia care o plătesce.

Precum sifilisul, a existat și prostituțiunea în timpurile cele mai vechi. O putem urmări în istoria Chaldei, a Babilonului, a Egiptului, o găsim în Testamentul vechi, la Feniciani, Persi, Siri, Medi, în Catargine, la Eleni și Romani. Fundațiunea Cristianismului a înlăturat prostituțiunea numai pentru un

timp scurt, ordonanțele rigurose ale regelui Carol cel Mare au limitat-o asemenea numai pentru un timp trecător. În timpul cruciadelor prostituțiunea a luat o înfîndere excesivă, în cât regele Franței Louis IX cel sfânt, vădîndu-se silit a o tolera, a reglementat-o. Succesorii lui au confirmat ordonanța de tolerare a prostituatelor, care a rămas în vîgore și sub Carol IX în anul 1462.

Asemenea a fost în evul mediu prostituțiunea tolerată în Germania, Elveția și Italia. Sub domnia Papei Sixtu IV (a. 1471—1484) a existat la Roma un bordel care plătea statului un impozit. În anul 1510 Papa Iulian a oprit așezarea prostituatelor în centrul Romei și a determinat cartierele în care puteu locui și exercita comerțul lor. În regatul Napoli Ferdinand I, (a. 1458) a prescris în contra prostituțiunei pedepșa de mörte, cu toate acestea prostituțiunea a existat acolo și a fost în fine tolerată pînă în secolul XVI. Republica venețiană a înființat în anul 1421 o casă publică de prostituțiune și a fixat și taxă pentru vizitatori. În Spania prostituțiunea n'a fost tolerată în tot evul mediu. În Anglia au existat în acel timp case de prostituțiune tolerate și stabilimente de băi unde se exercita asemenea prostituțiune. Primul regulament asupra prostituțiunei fu promulgat în Anglia în anul 1161 de regele Enric II. după propunerea Parlamentului, regele Eduard III (a. 1345) și Enric III (a. 1399) au confirmat acel regulament.

În timpul reformațiunei prostituțiunea a fost în Germania limitată, nu însă desființată, în multe orașe germane municipalitățile au fondat case de prostituțiune privilegiate, care le aduceu un venit. De la

resbelul de trei-șeci de ani (1618—1648) prostituțiunea a devenit în Germania mai frecventă. În Țările-de-Jos prostituțiunea a existat asemenea în secolul XVI și XVII, numai cu armata ducelui de Alba s'a adus în Olanda în anul 1567, 12000 femei prostituate. În Franța prostituțiunea a luat o întindere mai mare de la domnia regelui Louis XIV, (1643) și mai cu osebire în timpul revoluțiunei, în Anglia în urma promulgării legii asupra inviolabilității domiciliului «Habeas-Corpus» (1679). Legea engleză din anul 1850, care amenință cu închisore de două ani pe persoanele care vor mijloci comerțul sexual cu fete în etate mai mică de cât 21 ani, n'a fost în stare a limita numărul femeilor prostituate. În Austria s'a înființat în anul 1650 o casă de corecțiune speciale pentru femeile prostituate; Impărătesa Maria Theresia a ordonat în anul 1751, ca femeile prostituate din Viena să se trimită la Temesvar pentru popularea Banatului; legea criminală, promulgată în Austria în anul 1769, pedepsi prostituția cu bătaie și cu exil, și neputând reuși nici cu această lege, Impărătesa a creat la Viena o Comisiune de castitate, compusă de funcționarii superiori și de preoți și îndestrată cu puteri discreționare. Cronicarii relatează că Viena a fost în acel timp populată de 10000 femei prostituate ordinare și 4000 de condițiune mai bună.

Asemenea n'a fost în Austria în secolul curent prostituția tolerată într'un mod oficial și până la anul 1848 bătae, închisorea în case de corecțiune cu exerciții religioase, au fost încercate fără succes ca mijloce de moralizare a prostituatelelor. În anul 1873

s'a făcut în Austria prima încercare pentru regulamentul prostituției. Ca în Austria s'a înființat și în Belgia și în Franța institute religioase pentru aducerea prostituatelor la viața onestă și refugii pentru femeile prostituate pocăite. La Paris mai există astăzi mai multe asemenea case catolice de refugiu și de moralizare, una protestantă și una israelită, femeile din aceste institute sunt așezate în provincie ca servitoare.

În această prescurtare a istoriei prostituției, am expus numai măsurile luate în contra ei în diferite timpuri în interesul moralității publice. Istoria privergherei sanitare a prostituției este săracă în fapte, ea începe cu Moise, care a trimis în exil pe femeile afectate de boale venerice. Regulamentul prostituției în Roma veche era o măsură fiscală și nu sanitară. Împăratul Traian (a. 98—117 după d. Christos) vedând că boalele venerice devin foarte frecvente, a însărcinat pe medicii plătiți pentru căutarea săracilor (Archiatri populares) ca să îngrijescă și de femeile prostituate bolnave. În anul 1347 regina Ióna de Napoli a ordonat înființarea unei case de prostituție afară de incinta orașului, în care femeile au fost vizitate de un chirurg în toate sâmbetele și cele bolnave de boale venerice izolate. Un regulamentul municipal al casei de prostituție din Basel (Bâle în Elveția) din anul 1413 prescrie asemenea izolarea femeilor bolnave. O ordonanță a regelui Carol V de Granada din anul 1539, prin care se sancționează un regulament pentru casele de prostituție din Spania, prescrie ca femeile prostituate să fie supuse la câte 8 zile la vizita medicală. Exa-

minarea medicală a prostituatelor a fost menținută în Spania până la anul 1860, când a fost desființată, astăzi nu există în acel regat nici o priveghere sanitară a prostituției. În Austria s'a creat în anul 1774 primul spital pentru căutarea prostituatelor bolnave. În anul 1780 Petru Frank a cerut regulamentul prostituției într'un mod mai liberal, tolerarea și privegherea sanitară a caselor de prostituție. Consiliile acestui distins medic și igienist n'au fost ascultate. Legea austriacă pedepsește cu închisoare de trei luni pe femeile prostituate, care fiind bolnave continuă a exercita profesiunea lor. Până la anul 1848 femeile prostituate bolnave au fost căutate într'un serviciu special al spitalului general din Viena, supuse unui regim mai aspru și obligate a participa la nise exerciții religioase menite a le moraliza. Guvernul ungar era mai liberal în privința prostituției, după învingerea revoluției de la anul 1850 bordelele au fost la Buda-Pesta tolerate și supuse unei privegheri sanitare imperfecte. În anul 1873 Direcțiunea poliției a orașului Viena a introdus condicțiunile de sănătate a prostituatelor și a început dar a tolera prostituția într'un mod oficial, însărcinând și un număr de medici ca se examineze de două ori pe săptămână pe femeile prostituate. Un serviciu analog s'a introdus în acelaș timp la Berlin. La Paris visitațiunile sanitare ale prostituatelor au fost introduse în anul 1798 ; în anul 1805 s'a creat dispensarul în care fie-care femeie prostituată înregistrată a fost examinată de două ori pe lună, în anul 1822 a fost înființat comisariatul particular al dispensarului și la 1828 a fost organizat ser-

viciul poliției moravurilor, care mai există astăzi și dă loc la plângerii frecvente în contra agenților polițienesci. În Anglia privegherea sanitară a prostituatelor există numai în puține porturi și stațiuni militare. Prostituatele din Londra nu sunt supuse la nici o priveghere sanitară.

În București privegherea sanitară a prostituatelor a fost introdusă în anul 1844, ea a fost pentru prima dată regulamentată în anul 1862. Astăzi mai toate orașele mai importante ale României au regulamentele lor speciale pentru privegherea sanitară și administrativă a prostituatelor.

Regulamentarea prostituției și privegherea ei sanitară a împuținat numărul infecțiilor sifilitice într-o proporțiune mică, femeile prostituate sunt și astăzi în mare parte și în cele mai multe țări focare periculoase ale bolilor venerice, din cauza prostituției clandestine, mai frecventă de cât cea regulamentată.

În Franța a ridicat în anul 1887—1888 D. Fournier vocea sa autorisată în contra toleranței, care permite lățirea prostituției clandestine; în Italia, unde privegherea sanitară a prostituției a trecut de la administrațiunile locale la cea a statului și unde statul cheltuește pentru această priveghere 1,600,000 lei pe an, prostituțiunea clandestină este și astăzi cauza numeróselor infecțiuni și D. Tommăsi Crudeli s'a plâns în anul 1888, că și în Italia prostituatele clandestine știu a'si asigura protecțiunea persoanelor influente și a poliției.

Ni se impune dar datoria a limita, după putință,

prostituțiunea, a împuțina cauzele ei și a face, ca toate femeile care fac comerț cu corpul lor să fie supuse la visite sanitare în intervale scurte. Pentru acesta n'avem trebuință de cea ce se numește poliția moravurilor, instituțiune periculoasă, care nu va putea moralisa societatea, ci care poate deveni ea însăși un izvor de scandaluri, din cauza exceselor de del ale agenților poliției. Măsurile care se vor lua pentru micșorarea numărului femeilor prostituate nu vor da imediat råde. Un administrator patriot nu lucrădă numai pentru succesul momentan, el sémână de și scie că nu el și urmașii lui vor culege fructete muncii sale.

Cauzele care împing pe femeile în brațele viciului sunt : lipsa unei educațiuni morale și a exemplului moralității în familie, seducțiunea din partea bărbaților, ocasiunea pentru prostituțiunea, lenevia, luxul, sárăcia.

Causa principală a prostituțiunii este imperfecțiunea educațiunii. Nicl preoții nicl învățătoarele și institutricele nu se ocupă îndestul cu împlinirea golurilor lăsate de educațiunea în familie, cu crescerea morală a populațiunii, cu indemnarea ei la muncă și la economie. La noi prostituțiunea există și în comunele rurale, preotul rămâne indiferent în fața numeróselor concubinate și a femeilor prostituate, el închide ochi pentru ca să pótă trăi. Invățătorul și învățătórea trebuie sa îndeplinescă prescripțiunea programelor, și nu'î rămíne timpul suficient pentru acea parte a educațiunii, care se sustrage până la un punct óre-care controlului ordinar al revisorului școlar. În orașe adese-orí directora și institutricea

vin în clase îmbrăcate cu toaleta luxosă, care atrage atențiunea fetelor tinere, care ocupă imaginațiunea lor și deșteaptă în ele dorința de a se putea vr'o dată și ele găti și împodobi ast-fel ca institutoarea. După ce fata intră în etate nubilă, ea vede în jurul ei luxul femeilor, nepotrivit cu poziția socială și cu venitul bărbaților, acest lux imputinează pe de o parte căsătoriile, pe de altă el înlesnesce prostituțiunea acelor fete, care n'au principil destul de solide pentru a-i rezista, și care nu sunt reținute prin severitatea părinților în limite corecte. În Bucuresci lucrăda multe fete în diferite stabilimente industriale, puține dintre ele întrețin cu munca lor familia, altele însă cheltuiesc mai tot venit pentru îmbrăcăminte și încălțăminte lucsose, o parte dintre ele este dedată prostituțiunei, atât din cauza ocaziunei facile, care li se presintă fiind că sunt totă ziua absente din casa părintescă, precum și din cauza câștigului, din cauza luxului. Casele de economie, care în altă parte sunt un mediū moralisator, care contribuesc a deprinde populațiune deja în simpul școlariței cu ordine, cu economie și cu muncă, îndeplinesc la noi acestă misiune într'un mod imperfect și aparține viitorului a le da importanța ce merită.

Casele publice de prostituțiune presintă mai multă ocaziune pentru seducțiunea fetelor de cât femeile prostituate care locuesc singurele. Multe fete oneste sunt atrase de aceste case, care dispun de agenți pentru recrutarea victimelor lor. Lenevia singură nu pôte determina o fată ca să se prostituețe, dacă nu i se facilitează viața desfrânată prin bordele, dacă nu

dispune de mijloce ca să-și ia singură o locuință în care să primescă bărbați.

Privighierea sanitară și administrativă a prostituției este mai facilă acolo unde există bordele, mai dificilă în orașe unde există numai femei prostituate singuratice, de sine stătătoare; casele publice de prostituție sunt însă un pericol mai mare pentru moralitatea publică de cât prostituatele singuratice; dacă nu ne preocupă cestiunea, că femeile din casele publice de prostituție sunt exploatate de întreprinzătoare într'un mod neomenos, trebuie să ne preocupăm faptul, că cele din urmă întrebuintează prin agenții lor mijlocele cele mai infernale, pentru a recruta fete pentru stabilimentele lor.

Să nu uităm că în orașe pe lângă bordele există și multe femei prostituate singuratice, că prin urmare dificultățile privighierii există și acolo, unde casele publice de prostituție sunt tolerate. Noi suntem în contra bordelilor, dorim ca e'e să se desființeze și ca să se tolereze numai femeile prostituate care locuiesc singure.

În toate orașele unde prostituția este regulată, există pe lângă femeile înregistrate și un număr de femei prostituate nesupuse, necontrolate; aceste din urmă sunt cele mai periculoase. Statistica probă, că dintre infecțiunile sifilitice cea mai mare parte provine de la prostituate clandestine și numai o mică parte de la cele înregistrate, după Ch. Mauriac din 5000 sifilitici intrați în spitalele și infirmeriile militare franceze 4013 luase boala de la fete neînscrise și 733 de la femei prostituate înregistrate. Funcționarul însărcinat cu înscrierea prosti-

tuatelor aũ o misiune delicatã, ei nu pot înregistra de cât femeile ale cãror prostituþiune este de notorietate publicã sau care sunt prinse la provocare, ei nu vor putea înlãtura cu desãvârþire prostituþiunea clandestinã, dar ei o pot limita þi pot ast-fel micþora pericolul ei.

Unele cãrciume, berãrit þi cafenele, în care óspeþil sunt serviþi de femei tinere, înlesnesc direct sau indirect prostituþiunea clandestinã, administraþia trebuie sã înlãture pericolul ce aduce aceste stabilimente.

Legea comunalã însãrcineã pe primar cu priveghierea prostituþiei, fãrã a' da mijlóce suficiente pentru îndeplinirea acestei inisiuni, cãci poliþia comunalã, unde ea existã, nu dispune de destule organe pentru ca sã póta îndeplini þi acéstã lucrare într'un mod corect. Prefectul poliþiei þi poliþaiul nu depinde de Primar þi nu este tot-d'auna dispus a executa cu sinceritate ordonanþele lui. Este o cesþiune de discutat, dacã ar fi mai bine a se însãrcina poliþia statului, subþ singura raspundere a ei, cu priveghierea prostituþiunii, þi dacã organele ei presintã destule garanþii, cã vor procede la înregistrarea femeilor cu tótã corectitudine.

Unele autoritãþi administrative þi judecãtoresci dau o interpretaþiune eronatã art. 267 din codul penal, creþend cã fete în etate mai micã de cât de 21 de ani nu se pot înregistra ca prostituate, nici atunci când este bine constatat cã exercitã prostituþiunea. O asemenea interpretaþiune înlesnesce prostituþiunea clandestinã acelor femei. Înregistrarea þi visita sanitarã sunt mësuri de siguranþã publicã, luate în

contra fetelor ale căror moralitate este deja pierdută, ale căror prostituțiune este de notorietate publică, aceste măsuri nu constituie dar un atentat la moravuri reprobate de lege. Cu toate acestea este necesar, ca fetelor prea tinere, părăsite de familia lor și date prostituțiunii, să se faciliteze întorcerea la viața onestă, nu prin institute religioase, care n'au reușit în altă parte, ci prin sfaturile părintești și prin așezarea fetelor ca servitoare în familie.

Femeile prostituate înregistrate trebuie să se supună la visitațiunile medicale sistematice de două ori pe săptămână. Aceste visitațiuni trebuie să se facă cu scrupulositate, cu ajutorul unui speculum, examinându-se afară de părțile genitale, orificiul anal, gura, faringele și tegumentele comune. Medicul însărcinat cu această lucrare trebuie să fie familiarizat cu examinările ginecologice. Nu toți medicii cari es din școală posedă cunoștințele practice necesare pentru aceasta, căci nu toți s'au exercitat la clinicele în asemenea examinări. În această privință există la noi o lacună, atât în învățământul medical precum și în programul concursurilor pentru posturile de medici de orașe și de spitale.

Nu este necesar ca examinarea tuturilor femeilor prostituate să se facă la un loc anume destinat pentru aceasta, într'un dispensar, și se poate admite vizitarea și la domiciliul lor. Asemenea concesiuni sunt folosite chiar în interesul igienei publice, o asprime prea mare în aplicarea măsurilor sanitare poate înmulți numărul femeilor, care se sustrag de la

visitațiunile sanitare și exercită prostituțiunea clandestină.

Femeile prostituate bolnave trebuie să se trimită la un spital spre căutare și să se rețină în spital până la viedecare. Serviciul de spital, destinat pentru acest scop, caută să n'aibă un regim mai aspru de cât cele-l'alte servicii, femeile venerice trebuie să fie tratate cu aceeași umanitate cu care se tratădă cel-l'alți bolnavi.

În timpul de față ca și în trecut regulamentul prostituțiunii a fost combătută din punctul de vedere moral. Unii moralisți au pretins, că prin visitele sanitare statul garantădă impunitatea bărbaților dedați desfrânării, că în cazul dacă această garanție n'ar exista, femeile prostituate ar fi mai puțin frecventate. Acest raționament nu ține cont de realitate. La Londra, unde nu există nici o priveghiere sanitară a prostituțiunii, numărul bolnavilor de bôle venerice intrați în spitale face 8,8% din numărul total al bolnavilor căutați în acele aședăminte, iar a Paris, unde prostituțiunea este regulamentată, se caută în spitale bolnavi cu bôle venerice în proporțiune de 3,3% din numărul total al bolnavilor intrați. În Anglia visitele sanitare s'au impus prostituatele numai în unele porturi și garnisone, în virtutea unei legi speciale promulgată în anul 1864 și modificată în anul 1869; mai multe asociațiuni de femei din toate clasele sociale s'au luptat însă pentru desființarea acestei măsuri, agitațiunea s'a propagat până în parlament și în anul 1883 Camera comunelor a desființat legea asupra reglementării prostituțiunii, iar în anul 1885 ea a votat supresiu-

nea caselor de prostituțiune. În Franța partizanii cel mai înfocați ai libertății prostituțiunii sunt Yves Guyot și Lecour, teoriile lor au fost combătute de bărbații cei mai competenți ca Martineau, Desprès și Fournier.

Pe noi nu trebuie să ne influențeze măsurile luate în Anglia, unde probabil infecțiunile sifilitice vor deveni și mai frecvente de cât au fost până acum, nici rigurozitatea cu care Poliția moravurilor din Franța procedează la înscrierea femeilor bănuite și la trimiterea celor bolnave la închisorea St. Lazar, rigurozitate care dă câte odată loc la plângeri justificate. Noi trebuie să facem mai mult de cât am făcut până acum pentru combaterea sifilisului, trebuie să apărăm pe societate, pe copilul care se va naște.

Prostituțiunea a fost regulamentată într'un mod perfect în Belgia, unde astăzi numărul bolnavilor de Sifilis este mai mic de cât în celelalte țări ale Europei, o simplă copiere a regulamentelor belgiane nu se poate însă recomanda pentru noi, care nu dispunem de o organizațiune excelentă, de serviciul polițienesc exacte ca Belgia.

XXXVI.

Răia.

Răia, Scabie este o boală parasitară și contagioasă a pielii, caracterisată prin mâncărime și prin erupțiuni eczematose.

Măsurile ce poliția sanitară caută să le ia în contra întinderii rîiei, trebuie să fie basate pe istoria naturală a paraziților (a animalelor) cari produce acea bôlă.

Trei Arachnide reclamă atențiunea noastră ca cauza diferitelor feluri de rîie : Sarcoptes, Dermatodectes și Symbiotes. Numai sarcoptele 'și sapă canale în pele, în care depune oușele lui, el se găsește ca Sarcoptele omului, calului, porcului, cânelui și ca sarcoptele găinelor (Sarcoptes mutans). Tóte sarcoptele animalelor domestice se transmit pe pielea omului. Dermatodectele locuiesc în foliculele peleii cailor, boilor și oilor, nasce puț vii și se transmite și omului, Symbiotele trăește pe pielea boilor și a cailor.

Arachnidele numite trăiesc încă sêptemâni înfregi după depărtarea lor de la pielea pe care au crescut, dar atît ele cât și oușele lor mor curênd într'un aer uscat și cald de 65 pînă la 100°C. O influență letală mai exercită asupra lor creosotul, soluțiunea de potasă, oleul de terebentină, catranul, acetul, acidul carbolic și benzina.

Oușele conservă mai multe sêptemâni facultatea de a se desvolta. Sarcoptele omului se desvóltă din ouș în 64 pînă la 76 ore, femea sarcoptelui trăiesc pînă la 5 sêptemâni și scóte cel puțin două ouș pe di. În pânșeturi umede oușele se conservă și mai mult de cât douê sêptemâni.

Două sêptemâni după eșirea din ouș sarcopșii sunt deja desvoltați și în stare a se propaga : fiă-care sarcopt 'și sapă un canal osebit în piele, sarcopșii femenini mor în canal după ce au scos oușele, ca-

nalele lor sunt mai lungi. Mai cu sémă nóptea, subt influența căldurei ascernutului, sarcoptele 'și sapă canale noi.

Sarcoptele calului se transmite la om și la vitele bovine, vieța lui nu diferă de a sarcoptelui omenesc. Sarcoptele porcilor, al câinilor și al pisicilor infectă și pe om. Dermatodectele cailor, oilor și al vitelor bovine și Symbiotele calului și al vitelor cornute numai de rare-ori se comunică omului.

Ocasiunea pentru multiplicarea riiei omenesci se nasce din împrejurările următoare, pe care trebuie să le avem în vedere, dacă voim a combate răul acesta :

1. Prin dormirea de două séu mai multe persóne într'un pat în familie, în hanuri, casarme, pensionate, și închisori; prin succesiunea așternutului (întrebuințarea așternutului de care s'aũ servit alții) în casarme, oteluri, aresturi și penitenciare, în casele particulare, în camerele destinate pentru servitori; să nu permitem dar nici o dată ca, în stabilimentele publice (casarme, temnițe, pensionate) să dcrãm două persóne într'un pat ori să se succedă mai multe persóne în întrebuițarea ascernuturilor necurățite. Pentru oteluri n'avem mijlóce ca să controlãm punctul acesta, avem însă datoria să le impunem menținerea curățeniei. Cată să întrebuițăm tóte mijlócele, pentru luminarea publicului asupra modului de infecțiune de riie, și să stăruim în fiecare cas special asupra desinfecțiunii complete a obiectelor întrebuițate de către cei riiși.

2. Prin contactul intim al coitului. La visita-

țiunile femeilor prostituate reclamă și riia atențiunea noastră.

3. Prin contactul copiilor în scóle și la jocuri. La visitarea scólelor să nu scăpăm din vedere punctul acesta. Ar fi o măsură neînțeleptă a exclude de la scólă pe copii afectați de riie, fără a ardica posibilitatea infecțiunei la jocurile comune ale copiilor. Fie-care asemenea cas reclamă o cercetare a familiei copilului respectiv și o desinfecțiune sistematică a așternutului și a îmbrăcămintelor.

4. Succesiunea în întrebuințarea îmbrăcămintelor și a pânșeturilor nespălate. N'avem mijlóce ca să oprim pe cine-va care suferă de riie, ca să dăruiască îmbrăcămintele sale vre-unui cerșător, nici nu putem controla origina îmbrăcămintelor purtate ce se află în comerț, putem însă opri comerțul cu pânșeturile întrebuințate și nespălate și trebuie să cerem că vestmintele vechi din comerț să fie desinfectate într'un mod suficient.

5. Lipsa de ocașiuni pentru desinfectarea așternuturilor și vestmintelor și negligérea regulei de a trata de o dată pe toți membrii unei familii bolnavi de riie. În spitale nu se pot desinfecța tóte obiectele de care s'a servit un riios, spitalele improvizate în familiile afectate de riie folosesc mai mult de cât transportarea bolnavilor în spitalele centrale și districtale. Nu este anevoie a se desinfecța tóte obiectele suspecte în casele particulare cu apă fierbinte, cu benzină, cu aer cald dintr'un cuptor, ori cu vaporii fierbinți.

6. Ocașiune pentru transportarea sarcoptelui calului la om, există numai pentru persoanele care vin

În contact mai de aproape cu cai rîioși și cu șele, păturî orî hamurî, carî aû servit la asemenea cai; asemenea pentru cei care vin în contact cu pelea cailor rîioși în cele d'ântâiü séptămâni după mórtea lor. Interesul igienei cere ca să se povêtuiască țê-raniî, vizitii, sacagii și surugii asupra pericolosității scabiei cailor pentru om, și că mai cu sémă graj-durile birjarilor, sacagiilor, tramwayurilor să se re-visuiéscă adese orî. Scabia ecuina transportată la om nu se întinde lesne la alte persóne, și prin urmare vindecarea bolnavilor și desinfectiunea efectelor este lesne de executat. Sarcopții aflați pe peî mai trăiesc după mórtea cailor cel mult patru săptămâni. Dermatodectele cânelui se transmite la om numai în casurî rarî.



BÓLELE ANIMALELOR TRANSMISIBILE LA OM

XXXVII.

T u r b a r e a.

Turbarea (Lyssa, Idrofobia, Rabia) este o bólă specifică a unor carnivóre, (a câinilor, lupilor, vul-pilor și pisicilor), care se transmite omului prin mușcătura acestor animale séü prin lingerea tegu-mentelor denudate de epiderm, ea nu se nasce la

acele animale într'un mod spontanee, ci numai în urma mușcăturei unui alt animal turbat.

Turbarea a fost cunoscută deja în antichitate. Egiptienii, Ebreii, Grecii și Romanii sciau despre existența acestei bôle. Aristotele cunoscuse transmiterea ei prin mușcătura cânilor turbați și Celsu a descris-o sub nume de *Idrofobia*.

Contagiul turbării se află în salivă, în sânge și în substanța cerebro-spinală a animalului turbat. După D. Pasteur omii și erbivorii afectați de turbare reproduc asemenea virusul turbării și saliva și sângele lor sunt contagioase. D-sa a inoculat iepurilor albi muci și salivă din gura unui copil bolnav de turbare, animalele inoculate au murit de turbare 36 de ore după inoculațiune. Asemenea a inoculat D. Pasteur două epuri albi cu substanța nervoasă a unei vaci turbate; amînduoi epuri s'au bolnăvit de turbare, unul după 15 cel lalt după 23 zile.

D. Babes a constatat febra premonitoare a Turbării, o dată la om în a 10-a zi după mușcătură și adesea ori la a 5-a până la a 10-a zi la animalele inoculate, această febră durează 1 până la 2 zile și nu trebuie să se confunde cu febra traumatică. (Babeș Studien über die Wuthkrankheit. Virchow's Archiv 1887).

Incubațiunea turbării la om durează de la 20 zile până la un an și în casuri excepționale chiar mai mult, în casurile cele mai frecvente 6 săptămîni, la copii incubațiunea este în general de durată mai scurtă de cât la adulți, la câini ea durează de la 3 zile până la 6 luni. La om semnele turbării constau în perturbațiunile ale sistemului nervos, în hiperestezie, spasmi tonice și clonice ale musculelor

respiratorii și al faringelui, în secrețiune abundentă a salivei și în delir, după unul până la 4 zile boala se termină cu moarte. În cadavrul omului nu se găsește nici un semn caracteristic al turbării.

Modul propagațiunii a acestei boale probază că virusul ei constă într'un microorganism specific, care se găsește mai ales în sistemul nervos, în glandulele salivare și limfatice. Pasteur, Chamberland, Roux, Babeș și alții au cercat a isola pe microorganismul turbării și n'au reușit.

Turbarea omului se nasce mai tot-d'auna din mușcătura unui câne ori lup turbat, de rare ori din mușcătura unei pisici turbate, și în casuri foarte excepționale din mușcătura unui erbivor turbat. Dacă câinele mușcă o parte a corpului care este acoperită cu vestminte sevă cu încălțăminte, atunci obișnuit dinții câinelui se șterg, saliva lui nu intră în rana produsă prin mușcătură și nu o poate infecta. Din această cauză mușcăturile părților corpului necoperite, ale feței și ale mânelor, sunt mai periculoase. Lupul mușcă obișnuit părțile superioare ale corpului, mai ales capul și gâtul, el rupe carne, sfărâmă oasele mai subțiri și produce răni rupte și profunde, mușcăturile lui sunt cele mai periculoase și la oameni mușcați de un lup turbat incubarea bolii este de durată mai scurtă decât după mușcătura unui câne turbat. D. Brouardel relatează, că din 254 persoane mușcate de lupi turbati au murit de turbare 164 sevă $\frac{2}{3}$. D. O. du Mesnil a cules statistica a 395 mușcături de lup turbat din care 265 sevă 67,9 la 100 au fost urmate de turbare; după D. Pasteur dintr'o 100 mușcături de lup turbat 82

sunt infecțioase, de vreme ce dintre 100 ómenI mușcați de câini turbați după D. Leblanc numai 16 au fost infectați de turbare. Din contră a afirmat Hunter că dintr'o 100 persoane mușcate de câini turbați mor 5, Bouley, Bourrel și E. Mauriac au admis asemenea o mortalitate de 5 până la 6 la 100, iar Bollinger arată că mortalitatea mușcăturilor de câini turbați ar fi în unii ani până la 47 la 100.

În București au murit de turbare înainte de crearea institutului de bacteriologie, când nu venise încă în capitală bolnavii mușcați din totă țera, câte 1 până la 2 persoane pe an, în Budapesta au murit în cei din urmă 10 ani 14 persoane de turbare, în Archiducatul Austriei inferioare 3 până la 13 persoane pe an, în totă Austria (Cisleithania) 80 până la 100 pe an, în tot regatul Prusiei (unde botnița pentru câini este prescrisă) 1 până la 3 ómenI pe an, în regatul Bavariei (unde pe lângă botniță s'a introdus imposit asupra cânilor) au murit în cei din urmă 5 ani 2 persoane de turbare.

Este probabil că carnea fiertă a animalelor afectate de turbare nu este contagiósă, după unii autori sângele și țesăturile organice ale acelor animale perd acțiunea lor virulentă după perderea căldurei vitale.

Putem face turbare mai rară prin imputinarea numărului cânilor. De și câinii turbază mai rar în părțile orientale ale Europei de cât în Occident, nu se observă la noi mai puține casuri ale acestei bóle din cauza numărului excesiv de câini.

Acțiunea principală a poliției sanitare constă însă în oprirea transmisiunii virusului turbării la om și

la animale, prin măsurile următoare : ori ce animal care arată semne manifeste ale turbării să se omóre îndată, și dacă o permit împrejurările să se inspectă și să se disece cadaverul de un medic veterinar; ori ce câine seü piscă mușcată de un alt animal turbat să se omóre asemenea imediat, afară de cazul când el remâne isoiat în observațiune, pentru a se putea proba exactitatea diagnosticului în interesul unul om mușcat de acel câine ori de o pisică; ori ce alt animal (cal, vită bovină, ôie) bănuir că ar li fost mușcat de un câine, vulpe ori lup turbat, ori de o piscă turbată să se isolede, să se observe, să se caute, și în cazul când s'ar manifesta semnele turbării să se omóre; cadavrele animalelor care au perit de turbare seü care au fost omorite îndată după mușcătura, adică în timpul incubațiunei reale seü probabile a turbării, să se trateze într'un mod care face întrebuințarea lor dificilă, seü să se arde, seü pelea să se crestețe în mai multe locuri fără a se jupui și cadavrul să se îngrope adânc, acoperindu-se cu calce seü cu petroleü; mulgerea vacilor allate în incubațiunea turbării seü deja turbate să se oprască cu desevirșire; publicul să se povățuiască prin instrucțiuni populare asupra semnelor turbării la câini și asupra celor d'ântâiü măsuri de luat în cas de mușcătura suspectă, acele povețe caută să găsască un loc și în cartea de lectură pentru clasele primare. Invățământul igienei din școlele normale și din seminare trebuie să se ocupe serios de cestiunea de față.

La începutul bólei câinele turbat stă mai multe ore retras pe culcușul seü obicnuit. El nu arată nici

o dispozițiune de a mușca, el ascultă încă de stăpân dar mai încetinel de cât în stare normală. El este ca gârbovit și capul său este ascuns adânc între pept și labele de dinainte.

Curând începe a deveni îngrijat, caută un nou loc pentru a se repausa, și nu întârzie de a 'l părăsi spre a căuta un altu. Apoi se întornă în colțul său, agitându-se necontentit și neputând găsi un loc care să 'l convie. Din fundul culcușului său el aruncă o privire, a cărei expresiune este foarte curiosă. Atitudinea sa este posomorită și suspectă. El merge de la un membru al familiei la altul, fixedă pe fiecare din ei cu ochii, și pare a cere la toți pe rând un remediū pentru rēul ce simte.

Privirea crincenă este, după unii buni observatori, trăsătura caracteristică a fisionomiei câinelui turbat. El nu arată înclinare a mușca pe stăpânul său pe persoanele care 'l înconjoră. El se supune încă, însă, precum a observat d. Bouley, cōda 'l stă strânsă între piciorē și nu dă dintr'ansa spre semn de bucurie ca câinele sănătos.

Dacă este în libertate, el pare a căuta un obiect pierdut în toate colțurile casei, a recăuta cu o ardōre violentă, care nu se fixeză nicăieri.

După isbucnirea turbărei, el nu fuge din casa în care locuiesce, precum se crede în general. Sērmanul animal rămâne la casa stăpânului și ar muri negreșit fără a da cel mai mic semn de frenesie, daca nu l'ar excita său provoca nimeni, iritându'l cu scop de a se convinge de starea lui mentală.

Câte o dată și acele scurte minute de repaus, el este în prada halucinațiunilor; câte o dată pândesce

insecte care sbóră; câte o dată i se pare că fantelele îl înconjóră. El privesce în jurul său cu o expresiune sêlbatică, mușcă în aer ca și cum ar apuca un obiect aprópe de dinții săi, latră și se repede la extremitatea lanțului său, la întâmpinarea unui inamic care nu există de cât în imaginațiunea sa.

Aceste prime simplome, care se succed tot d'una regulat, atunci când câinele este de o natură blândă și afectuósă, sunt cu totul modificate când animalul este iritabil și réutácios. Câte o dată el este sculat ca pentru luptă, aspectul lui devine îngrozitor, ochii lui scânteiautori ca două globuri de foc. El se exaltă cu furie mai tot-d'auna la vederea unui alt câine.

Un alt fapt constant este depravarea apetitului. Animalul turbat manifestă un profund desgust pentru nutrimentul de carne, său se aruncă asupră'i spre a'l înghiți nemestecat cu furie. Stomacul acelor câini, deschis după mórte, conține mai tot-d'a-una bucăți de lemn, de pele, de frânghii, de paie, de cărbuni, de pământ și câte-o dată, ca faptu caracteristic, excremente de ale sale proprii.

La începutul bólei, departe de a presenta bale spumegânde care curg cu abundență printre buze, fundul gurei câinelui turbat devine uscat. Animalul simte o sete întinsă, nesațiabilă și bea cu lâcomie, dacă paralisia, care are să'l cuprinđă, nu se opune la înghițire. Așa dar cu nedrept s'a desemnat turbarea cu numele de idrofobie (gróză de apă), această frică când există, nu servă de semnu caracteristic căci ea se vede și în óre-care nevróse.

Numai după ce bóla a făcut progrese, după ce paralizia muschilor gâtului a făcut imposibilă darea afară a balelor din gură, se vede curgând din bot bale spumóse amestecate cu aer și cu mucositățile care produc plamaele. În acest period a bólei se observă o diiminuare notabilă séu chiar încetarea sensibilităței. Cănele se aruncă asupra corpurilor celor mai tari, pentru a le mușca. Cu ocasiunea unor experiménte s'aũ vėđut căini, apucând cu botul ferul ferbinte roșu și țindu'l din tóte puterile fără al lăsa.

Toți observatorii cei buni aũ constatat modificațiunile ce ieia vocea câinelui afectat de turbare. S'a comparat vocea câinelui turbat cu a copilului bolnav de crup, însă lătratul și urletul închis, amorțit al câinelui turbat nu se póte compara cu nici un alt sunet. Mai toți autorii 'i atribue o mare valóre, ca unul semn special al bólei. În óre-care casuri vocea este cu totul stinsă, acéstă formă se numesce turbare mută. Animalul afectat de acéstă formă a turbarei n ușcă de rare ori, fiind că fálcile séle nu se pot apropia una de alta.

La vederea altor căini, cănele bolnav de turbare se excită în cel mai mare grad. Dacă îl urmăresce el fug în general și nu se apără, chiar de ar fi mai tari de cât el. El sunt informați prin instinctul lor natural, prin mirosul lor póte, de pericolul luptei.

Snpěrácios și gata a se arunca asupra ori cui 'l ar irita, animalul turbat se repede cu furie și cu ochiul scânteind asupra aceluia care 'l sgândăresce, și mușcă tot ce se găsesce înaintea lui, iar dacă

nu este sgândărit, el stă indiferent și inofensiv în retragerea sa, cu expresiunea întunecată. Ori-cât de ostenit ar fi, el e încă feroce și de temut. În general mor câinii turbați după 5 zile de bătă.

Instrucțiunile populare despre cari am vorbit mai sus, caută să conștie și ôre-cari noțiuni terapeutice în contra mușcătorei animalelor turbate. Neposedând mijloace terapeutice interioare sigure, cari să nimicească tot-d'a-una efectele virusului intrat în sânge, trebuie să aducem pe individul mușcat în condițiuni, cari fac absorbțiunea virusului mai dificilă. Primul tratament extern trebuie să constea în stôrcerea imediată a rănilor, ca să ăasă saliva și sângele, și în ștergerea lor lără a le spăla; apa rece ori caldă și ori-ce licuid adstringent sunt vătămătore. Sătenii întrebuițedă cu succes cauterisațiunea profundă a răniî cu un fer încălđit până ce a devenit alb; cauterisațiunea caută să se facă cât se pôte de curând după mușcătură. Dacă rănitul este cu stomacul gol, să i se dea îndată de mâncare și o bătură stimulantă (cafea, alcool, ciaiū), și să nu i se permită dormire cu stomacul gol înaintea cauterisațiunii.

Pentru a face pe câinii în general mai puțin vătămători, și pentru a se micșora numărul lor, s'a introdus pe locuirea botnița obligătore, obligațiunea de a nu lăsa nici un câine liber pe strade, ci numai în laț, prinderea și exterminarea câinilor vagabonđi și impositul asupra câinilor. Botnița bine construită opresce mușcarea și este dar fôrte utile. Bouley și Goubaux aū inventat nisce botnițe fôrte practice, cu tôte acestea nici o botniță nu apără într'un

mod absolut, din cauză că ea se scóte la mâncare. Internarea câinilor în întrul caselor și prinderea acelor care es din curte fără botniță și fără ca să fie conduși de laș este utilă, fără a fi o măsură suficientă. Este însă de neapărată trebuință, ca să se prindă și să se omóre atât câinii turbați precum și toți câinii care au fost mușcați de câinii turbați. Impositele asupra câinilor nu trebuie să aibă un scop fiscal, ci numai acela d'a diminua numărul câinilor, pentru ca ele să devie utile caută să nu se permită multe scutiri; pentru țara noastră impositele asupra câinilor ar întâlni dificultăți însemnate.

În cât privesce modul omorârei câinilor vagabonți, s'a recomandat de curând închiderea lor într'o cameră umplută cu gaz luminator, unde ei mor în 3 minute cel mult.

La noi există în orașele principale serviciul special pentru prinderea și omorârea câinilor vagabonți, această măsură este departe a fi bine executată chiar în Capitală. La Bucuresci se țin în observațiune câinii turbați sau bănuți a fi turbați, afară de acesta să constată prin autopsie bóla câinilor turbați sau bănuți a fi turbați. Diagnosa turbării este numai atunci sigură, când a fost observat animalul și în vieță, sau când s'a constatat turbarea prin inoculațiuni făcute altor animale cu substanța cerebrospinală a câinilor bănuți, căci la autopsie nu se găsesc tot-d'a-una semne sigure ale turbării. Noi am recomandat de mai multe ori botnița și lașul, cel puțin pentru timpurile când turbarea câinilor este epizootică, n'am fost însă ascultați. Ori-care va fi măsura ulterioară ce se va mai intro-

duce, nu vom putea face ca turbarea să dispară cu desăvârșire și prin comunele rurale, până când nu se vor extermina lupii numeroși care se mai găsesc la noi prin păduri.

În fața insuficienței măsurilor preventive, recurgem la vaccinațiunea antirabică a persoanelor mușcate de câini turbați.

Ideea slăbirei virusului rabic și a inoculării lui, pentru a se opri aparițiunea turbării la oameni și la animalele mușcați de câini turbați, nu este nouă. În anul 1790 doctorul Eusebio Valli a făcut la Livorno ast-fel de inoculațiuni, cu saliva câinilor turbați amestecată cu sucii gastric de bróscă și a avut óre-care succese. (Prof. Drasche Ueber Pasteurs Schutzimpfung gegen die Tollwuth. Allg. Wiener Mediz. Zeitung 1886). Lucrările lui Valli aparțin istoriei, ele n'au nimic de comun cu lucrările moderne bacteriologice, cu descoperirile importante asupra slăbirei virusului și cu inoculațiunile antirabice ale lui Louis Pasteur.

D. Louis Pasteur, după ce a reușit a face animalele refractare în contra infecțiunii prin inoculațiunile preventive cu virusul slăbit al dalacului, al erisipelului porcilor și al cholerei găinelor, a încercat acest metod cu succes și în contra turbării. D-sa a avut ideia fericită, a se servi pentru acesta nu de saliva animalelor turbate, care nu dă efecte sigure, ci de substanța cerebrospinală, și a constatat că virusul rabic al cânelui inoculat maimuței devine mai slab, că puterea lui virulentă scade prin inoculațiuni succesive de la o maimuță la alta, și crește prin inoculațiuni succesive la iepurii albi și

la cobaie, că animalele care au fost de mai multe ori inoculate cu virusul slăbit, suportă bine și inoculațiunile cu virusul forte, ne-slăbit («ne-atenuat»), și că repetarea acestor inoculațiuni mai forte în seria ascendentă face pe aceste animale refractare în contra turbării. În anul 1883 și 1884 D. Pasteur a făcut prima comunicare asupra acestor încercări, cerând tot de odată guvernului francez numirea unei comisiuni, care să constate reușita lor. Această comisiune, compusă de Béclard, Paul Bert, Bouley, Villemain, Tisserand și Vulpian a și constatat prin raportul ei din 4 August 1884 deplină reușită a încercărilor d-lui Pasteur, care prin inoculațiunea preventivă a virusului rabic slăbit, făcuse câinii neprimitori pentru infecțiunea rabică, d-sa s'a servit mai ales de metoda introducerii virusului slăbit între dura mater și creierul, după deschiderea prealabilă a craniului prin trepanațiune, mai rar de injecțiune intravenoasă și de cea ipodermică.

D. Pasteur, împreună cu D. D. Chamberland și Roux, a mai perfecționat metoda inoculațiunii preventive la animale și în luna Iulie 1885, după ce se asigurase că cu observarea precauțiunilor necesare aceste operațiuni nu prezintă pericole, a făcut prima încercare la om. Aceste din urmă inoculațiuni n'au mai fost de natură preventivă, ci curative, căci ele au fost aplicate la óimeni cu probabilitate deja infectați și aflați în stadiul incubațiunii turbării în urma mușcăturei de câini turbați. De și aceste inoculațiuni antirabice, ca operațiuni curative și nu preventive, nu aparțin igienei ci medicinei terapeutice, trebuie să le menționăm pe scurt, din

causa importanței lor pentru medicina publică, precum și din cauză că ele au provocat studii conștiincioase a chestiunii turbării, care interesează și pe igiena publică.

Inoculațiunile antirabice la ómenii mușcați de câni turbați sau bănuți a fi turbați nu se execută la Paris de însuși D. L. Pasteur, ci după indicațiunile d-sale de către d. dr. Grancher. Metoda întrebuintată la aceste inoculațiuni este cea următoare :

Inoculațiunea succesivă a epurilor albi dă un virus rabic foarte intensiv, al cărui incubațiune este numai de 6 până la 7 zile. Măduva spinală a acestor epuri, scósă cu precauțiune din canalul columnel vertebrale, tăeată în bucăți lungi de câte 6 centimetri și atârnată în borcane sterilisate pentru ca să se usuce, care borcane conțin pe fund bucăți de potasa caustică pentru ca aerul din borcan să rămâne uscat, pierde din virulența ei în proporțiune cu gradul uscării aerului. Aceste borcane se pun într'o cameră care are temperatura constantă de 20°C. Bucățele din măduvă astfel preparată, diluată cu 2 părți bulion sterilizat, dau altoiul pentru inoculațiunile antirabice. Pe fiecare zi se atârână în borcan o bucată proaspătă de măduvă, luată de la un iepure alb mort de turbare după 7 zile de incubațiune. După ce măduva a fost uscată timp de 14 zile, ea a pierdut aproape cu totul virulența ei. Altoiul, preparat proaspăt în fiecare zi, se injectează subcutan pe pânțece. Se începe cu virus mai vechi, mai slab (de 14 zile) și se altoiesce succesiv cu un virus mai proaspăt, prin urmare mai tare, cea din urmă inoculațiune se face cu altoiul

de 2 s \ddot{e} u 3 \dot{d} ile vechime, dosa vari \acute{e} d \acute{a} dup \acute{a} etatea bolnavului de la o jum \acute{e} tate siringa Pravaz p \acute{a} n \acute{a} la una intr \acute{e} g \acute{a} .

Ast-fel se fac \dot{m} 10 \dot{d} ile 10 inec \acute{t} iun \dot{m} . In casu- rile de mu \acute{s} c \acute{a} tur \dot{m} multiple \dot{s} i profunde, de mu \acute{s} c \acute{a} tur \dot{m} la obra \dot{d} \dot{s} i la cap, de mu \acute{s} c \acute{a} tur \dot{m} de lup, d. Pasteur gr \acute{a} b \acute{e} sce inocula \acute{t} iunile ca s \acute{a} p \acute{o} t \acute{a} a- junge ma \dot{m} r \acute{a} p \acute{e} de la m \acute{a} duvele cele ma \dot{m} pr \acute{o} spe \acute{t} e \dot{s} i repet \acute{e} d \acute{a} seria inocula \acute{t} iunilor de 2 \dot{s} i de 3 ori.

In anii 1887 \dot{s} i 1888 d. Pasteur a modificat at \acute{a} t metoda tratamentului ordinar precum \dot{s} i cea a tra- tamentului intensiv. La tratamentul ordinar, d-sa face \dot{m} cele d' \acute{a} nt \acute{a} i \ddot{u} 5 \dot{d} ile c \acute{a} te 2 inocula \acute{t} i \dot{m} pe \dot{d} i, \dot{m} prima \dot{d} i cu m \acute{e} duva de 14 \dot{s} i de 13 \dot{d} ile, a 2-a \dot{d} i de 12 \dot{s} i de 11 \dot{d} ile, a 3-a \dot{d} i de 10 \dot{s} i de 9 \dot{d} ile, de la a 6-a \dot{d} i repet \acute{e} d \acute{a} c \acute{a} te 2 \dot{d} ile succesiv ino- cula \acute{t} iunea cu m \acute{e} duv \acute{a} de aceea \acute{s} virulen \acute{t} \acute{a} \dot{s} i termin \acute{a} \dot{m} 14 \dot{d} ile.

La tratamentul intensiv D. Pasteur face \dot{m} cele d' \acute{a} nt \acute{e} i \ddot{u} 4 \dot{d} ile c \acute{a} te 4 inec \acute{t} iun \dot{m} , \dot{m} prima \dot{d} i de di- min \acute{e} \acute{t} \acute{a} cu m \acute{e} duva de 14 \dot{s} i de 13 \dot{d} ile, s \acute{e} ra de 13 \dot{s} i de 12 \dot{d} ile, a 2-a \dot{d} i de dimin \acute{e} \acute{t} \acute{a} cu m \acute{e} duva de 12 \dot{s} i de 11 \dot{d} ile, s \acute{e} ra de 11 \dot{s} i de 10 \dot{d} ile \dot{s} i ast- fel \dot{m} ainte; de la a 5-a \dot{d} i, c \acute{a} nd a ajuns la m \acute{e} duva de 6 \dot{d} ile, face num \acute{a} i o singur \acute{a} inocula \acute{t} iune, repe- tind-o 2 \dot{d} ile succesiv cu m \acute{e} duva de aceea \acute{s} i viru- len \acute{t} \acute{a} , termin \acute{a} seria \dot{m} 10 \dot{d} ile, incepe la a 11-a \dot{d} i cu m \acute{e} duva de 6 \dot{d} ile, face la 17-a \dot{s} i 18-a \dot{d} i o paus \acute{a} , reincepe la a 19-a \dot{d} i cu m \acute{e} duva de 6 \dot{d} ile \dot{s} i termin \acute{a} la a 25-a \dot{d} i.

D. Babe \acute{s} a modificat \dot{m} anul 1888 tratamentul intensiv cu consim \acute{t} im \acute{a} ntul d-lui Pasteur : \dot{m} loc de

a injecta succesiv și câte una cele 11 măduve ce compun o serie pasteurienă, d-se injectă succesiv în fie-care și câte patru măduve de aceeași etate, două câte două și provenind fie-care din ele de la epurii diferiți, observând tot-d'a-una ca ei să aibă aceeași greutate și etate; cu modul acesta, cele 4 măduve ce reprezintă în total una din seria d-lui Pasteur, chiar de ar avea virulențe cu puteri deosebite, media lor va da puterea cerută pentru a face exactă seria inoculațiilor.

La cei mușcați de lupi turbați d. Babeș face câte 6 inoculații pe zi, la a 3-a zi deja cu măduva de 2 zile, și repetă acest tratament de 5 ori, în cât totă cura durează 29 zile.

De la 6 mai 1888, ziua începerii vaccinațiilor antirabice în Institutul bacteriologic din București, până la 25 Octombrie 1888 d. Babeș a inoculat 70 persoane mușcate de câini turbați și de pisici turbate și 45 persoane mușcate de lupi turbați, dintre cei d'ânteiu nici unul nu s'a bolnăvit de turbare, dintre cei mușcați de lupi turbați au murit 8 din 34, 12 se mai află în cură în momentul când scriu acest capitol.

Pentru aprecierea mortalității relativ mare celor mușcați de lupi turbați, caută să avem în vedere că lupul, atacând pe om în părțile superioare ale corpului, la cap și la gât, produce răni șfâșiate periculoase. După d. Leblanc mortalitatea tuturilor persoanelor mușcate de câini și de lupi turbați este de 16%, iar a celor cu răni la cap de 80%, după d. Brouardel mor însă 88% din cei mușcați la cap de câini și de lupi turbați. D. Gamaleia arată că în

Rusia mortalitatea celor mușcați de lupi turbați este de 62⁰/₀.

În Institutul Pasteur s'aũ supus de la Iulie 1885 până la Septembrie 1888, 4909 persoane la tratamentul antirabic, din care aũ murit 54 sau 1,1⁰/₀, cei mușcați de lupi turbați și inoculați în Institutul Pasteur aũ avut o mortalitate de 14⁰/₀. După statistica d-lui Suzor (La rage. Thèse. Paris 1887) făcută pentru toți tratați în Institutul Pasteur, fără distincțiune între mușcături de câine și de lup, mortalitatea celor inoculați după metoda simplă este de 1.5⁰/₀ și a celor inoculați după metodă intensivă de 0.96⁰/₀.

Este probabil că această proporțiune a mortalității va mai scade, în urma perfecțiunilor ce d. Pasteur va mai aduce în metoda d-sale.

Succesele strălucite ale lui Pasteur aũ dat naștere mai multor institute pentru inoculațiunea antirabică în diferite orașe mari: la Milan, Turin, Napoli, St. Petersburg, Samara, Varșovia, Odessa, Lisabona, Viena, New-York, Bucuresci, Palermo, Bologna, Ancona și Cracovia.

Pe de altă parte unii învățați n'aũ voit a recunoște ca exacte, afirmările d-lui Pasteur asupra rezultatelor bine-făcătoare ale inoculațiunilor antirabice la om. Cei mai însemnați dintre acești adversari ai d-rului Pasteur sunt d. prof. Colin din Alfort, care nu admite statisticele d-rului Pasteur ca exacte, fiind că d-sa n'a separat casurile de mușcătura de câini bolnavi de turbare bine constatată, de acele cu bóla dubioasă, și dorește ca să mai trecă un timp órecare, pentru ca să se pôta aprecia valoarea inocu-

lațiunilor antirabice ; d. prof. Peter din Paris, care nu aprobă toate inovațiunile basate pe bacteriologie introduse în medicină și negă eficacitatea inoculațiunilor preventive cu virusul slăbit ; d. prof. Amoruso și d. dr. Renzi din Napoli, care exercită asemenea o critică aspră asupra statisticelor d-lui Pasteur, fiind-că n'a separat rezultatele inoculațiunilor preventive la bolnavi ai căror răni au fost cauterisate îndată după mușcătura, de la acel care n'au fost supuși la cauterisațiune timpurie ; d. prof. de Frisch din Viena, care împreună cu prof. Billroth crede, că inoculațiunile cu virusul antirabic foarte sunt periculose, că ele pot chiar produce turbare la oameni, care fără aceste inoculațiuni pôte ar fi rămas imuni, d-nu Frisch repetând experimentele d-lui Pasteur la animale n'a avut aceleaș reușite, probabil din cauză că n'a urmat cu strictitate procedurile d-lui Pasteur.

D. prof. R. Koch din Berlin și d. prof. Bollinger din München, care s'au pronunțat în contra înființării noului Institut Pasteurian, nu sunt adversarii d-lui Pasteur, ci ei cred, că măsurile luate în Germania, pentru înlăturarea turbării, precum impositul asupra câinilor, omorârea câinilor care se preumblă liberi fără botniță, conscripțiunea și visitațiunile veterinare ale câinilor, sunt suficiente pentru îndeplinirea acestui scop. Asemenea comisiune englesă, însărcinată cu examinarea metodei inoculațiunei antirabice, compusă de James Paget, I. Lister, H. Roscoe, Burdon Sanderson, Lander Brunton, Quain și Fleming, constată utilitatea și nepericulositatea inoculațiunilor antirabice, executate sub conducerea d-lui Pasteur. Comisiunea nu recomandă însă înființarea unui

Institut Pasteurian în Anglia, ci cere numai aplicarea riguroasă a măsurilor polițienesci în contra cânilor.

În cât privesce statisticele Institutului Pasteur, ele sufer în realitate de óre care imperfecțiunî. Vedem cu mirare că de odată se presintă un număr atât de mare de ómeni mușcați de câini turbați, număr cu mult mai mare de cât înaintea introducerii vaccinațiunilor antirabice. D. Pasteur recunósce acest fapt și'l explică în modul următor: mai înainte, când Turbarea a fost considerată ca bólă incurabilă, medicii n'au înforinat pe cei mușcați asupra pericolului în care se află, și din cauză de umanitate au negat adesea-orî că un câne a fost turbat, chiar atunci când rabia lui a fost bine constatată; astăzi însă, când se crede că s'a aflat un remediū în contra aparițiunei turbărei la cei mușcați, ei recurg la acest remediū, fără deosebire dacă câinele a fost sănėtos seū bolnav. Tot din cause morale d. Pasteur supune câte o dată la inoculațiune antirabică, pe persóne mușcate de câini despre care nu se scie dacă au fost turbați orî nu, se notedă însă în registrele Institutului, dacă turbarea câinelui a fost verificată, dacă rana a fost cauterisată, cât timp a trecut după mușcătura până la cauterisațiune. Cu tóte acestea d. E. Mauriac contestă chiar exactitatea multor certificate veterinare primite de d. Pasteur ca bnne, din cauză că ele au fost basate numai pe autopsia câinelui, fără observația simptomelor apărute în viață și fără control prin inoculațiunea virusului la alt animal (*Revue sanitaire de Bordeaux* 1897).

Reproducem mai jos instrucțiunile populare asupra măsurilor în contra turbării, publicate de Primăria orașului București în anul 1887 și o publicațiune din anul 1888 a Direcțiunei generale a serviciului sanitar, relativă la vaccinațiunile anti-rabice.

Legea de poliție sanitară veterinară prescrie cele următoare :

TITLUL XI.

Rabia (turbarea) la toate animalele domestice.

Art. 127. Orî-cine va observa la un animal al său sau al altuia, conșiat îngrijirilor sale, semne de turbare, sau care ar bănuî ivirea acestei bôle, este dator să a pune să se ucidă acel animal, sau a îl separa într'un loc singur și în același timp a încunosciința autoritatea locală.

Art. 128. Animalele cari presintă semne ce dau bănuială pentru desvoltarea turbărei, și dacă proprietarul lor nu preferă a le ucide, se vor putea ține într'un loc sigur, sub observațiunea unui medic-veterinar, cu cheltuiala proprietarului lor.

Art. 129. Tote animalele constatate bolnave de turbare, precum și câniî și pisicele cari au fost în contact cu asemenea animale, se vor ucide.

Art. 130. Animalele domestice mușcate de un animal turbat se vor ucide imediat, afară dacă proprietarul lor nu voesce a le ține într'un loc separat pe comțul său, și anume :

- a) Caiî și vitele cornute mari, 4 lunî ;
- b) Oile, caprele, porciî și câniî, 3 lunî.

Art. 131. Dacă autoritatea va observa sau se va informa că în localitate se află verî-un animal turbat vagabond, pe de-o-parte va anuncia și pe autoritățile vecine despre a-

césta, iar pe de alta va lua măsurî pentru prinderea și uciderea lui.

Art. 132. In localitățile unde s'aŭ constatat casurî de turbare saŭ unde s'a găsit câniî turbați saŭ bănuți de această bôlă, vagabonți, se va putea ordona a se ține toți câniî legați și a se ucide toți aceia carî se vor găsi liberi fără hotnițe.

Art. 133. Autoritatea va putea ordona să se facă vânătoare pentru a se împușca câniî, lupiî, vulpele, etc., când s'ar presupune că ar fi atacate de turbare.

Art. 134. Este oprit a se tăia pentru consumațiune animale atacate de turbare, a se întrebuița saŭ vinde produsele lor și a se căuta animalele bolnave saŭ bănuite de această bôlă.

Art. 135. Animalele môrte saŭ omorate ca bolnave de turbare se vor distruge, conform articolului 34, împreună cu pielea.

Art. 136. Nu este permis a face autopsie animalelor môrte de turbare de cât medicilor veterinarî.

Consiliul de Igienă publică și de salubritate al orașului București

Instrucțiunî asupra măsurilor de luat în contra turbării câniilor.

Avënd în vedere că administrațiunea sanitară a Capitalei nu pôte lua măsurî eficace în contra mușcăturilor câniilor turbați, fără conlucrarea publicului întreg, și că cele d'ântăiŭ mușcăturî se observă obicinuit în familii, într'un timp când câinele încă n'a părăsit casa stăpânului ;

Considerând în consecință necesitatea ca toți cetățeniî să fie informați asupra semnelor turbării, pentru ca pe de o parte să pôtă ajuta pe administrațiune în indeplinirea misiuniî sele, iar pe de alta să pôtă apăra familiile lor proprii în contra acestei bôle teribile ;

Consiliul în ședințele de la 12 și 26 Maiu 1887 pe de o parte a elaborat aceste instrucțiuni, iar pe de alta sub semnatul rîgă pe cetățenii ca să aducă de urgență la cunoștința Primăriei toate cazurile de turbare a câinilor și pisicilor, de mușcăturele produse de aceste animale și chiar de bănuiala ce aŭ că un câine ar fi turbat și să închiidă după putință animalele bănuite sau bolnave până la sosirea unui agent al Poliției sau al Primăriei. Primăria va lua măsuri pentru observarea câinilor bănuiți a fi turbați și pentru constatarea hôlei la cei omorâți ca bănuiți.

Semnele după care se pôte cunoște turbarea câinilor.

Turbarea este o hólă molipsitoare, de care se îmbolnăvesce câinele, pisica și toate animalele selbatice cari sunt lacome pentru carne.

De turbare pôte să se bolnăvescă și omul și toate animalele de muncă, când aŭ fost mușcate de un câine, pisică sau lup turbat.

La început turbarea câinelui nu se arată prin semne de furie, însă balele lui chiar de atunci aŭ puterea d'a molipsi pe aceia, cărora le va linge mâinile sau 'i va mușca.

Câinele își schimbă obiceiul, e mai trist și tăcut, fuge de lumină, îi place singurătatea și se viră prin locuri întunecóse. După 2, 3 zile devine neliniștit, plécă și iară'și se întorce de se culcă și apoi iar se scólă, scărpinându-se des cu labele de dinainte. Prin mișcările ce face ne arată, că pare că i s'ar inchipui ceva, căci mușcă cu gura în vînt ca cum ar vrea să prindă muște și se răpede și urlă ca când s'ar lupta cu alți câini.

Uitătura câinelui este mai tristă și mai selbatică, dar la chemarea stăpînului tot încă il ascultă, arătându-se ce-va cam vesel inaintea lui. Une-orî e mai supus de cât chiar când e sănėtos și arată mai multă iubire pentru stăpîn și ómeuîi casei, cărora le linge mâinile și obrazul cu mai multă plăcere; el se supune poruncei stăpînului chiar atunci când furia turbării începe a se arėta.

La începutul bôlei câinele turbat bea multă apă, ca să 'și potolască setea ce 'i arde gâtul, iar mai târziu, ne mai putând să înghiță, 'și bagă tot botul în apă ca cum ar voi să o mănânce.

Când câinele, în contra obiceiului, începe să mușce, acesta e semnul adevărat al turbării furiase. Câinele mușcă în dreapta și în stânga, råde lemne, scaune, încălțăminte, așternut, etc., mestecă și înghite paie, pěr, lină, sticlă, cuie și chiar murdăriile lui.

Surgerea balelor se înmulțesce cu cât furiile câinelui se măresc.

Fiind-că câinele turbat simte durere de gât, se frecă mereu cu labele aci, ca și când ar avea vr'un os oprit în gât.

Glasul câinelui turbat este mai tot-d'a-una răgușit și lătrarea lui se sfârșesce printr'o urlare întreruptă și suitore.

Dar mai este un fel de turbare numită «turbarea mută», câinele bolnav de acest fel de turbare, nu dă nici odată semne de furie, el nu pôte să latre nici să urle, din cauză că falca de jos fiind apucată de dambla, nu se pôte împreuna cu cea de sus, de aceea câinele ținând mereu gura căscată se scurge din ea bale întințetore, iar limba fiindu'i atârnată se usucă, crapă și se murdăresce.

Câinele turbat 'și perde simțirea și dacă-'l batem, îl rănim saũ il ardem chiar cu ferul roșu, nu arată nici temere, nici durere. Uneori se mușcă chiar singur cu dinții. Aușind vr'un câine lătrând se infuriază și se repede asupra lui.

Când turbarea a ajuns în furia ei, privirea câinelui este sêlbatică și ochii lui nemișcați, aci strălucesc ca sticla, aci se turbură și se roșesc.

Părăsesce casa, și alergând pe uliți mușcă tot ce 'i ese înainte, dar mai mult pe câini.

Obosit de lup'e și de ostenelă merge legănându-se drept înainte, ca cum ar fi orb, cu cõda atârnată, capul plecat, ochii furioși, gura deschisă, iar limba scõsă murdărită de praf saũ noroiũ. are o fațã cam vinetă-albăstruie.

Căinele turbat are poftă să muște pînă cînd mîore, de aceea trebuie să ne ferim cu mare băgare de sémă.

Măsurile pentru a preveni turbarea la ómeni mușcați de cîini turbați.

Dacă o persónă a fost mușcată de un cîne turbat sau bñnuit a fi turbat, urmèzã a se chema îndatã un medic, Cei sêraci să mèrgã îndatã la un spital, sau să poftescã în grabã pe medicul comunal al secțiunii, sau să vie la Primãrie, în cancelaria medicului-șef, unde li se va da ajutorul necesar. Pînã la sosirei medicului rana se va șterge cu un burete curat sau cu o cãrpã môle și uscatã fãrã a se spêla. Se pôte estrage otrava din ranã prin aplicarea de ventuse órbe (pahare) d'asupra rãnei și ștergerea repetatã a rãnei cu cãrpe moi și curate, dupã scóterea ventuselor. Dacă mușcătura se aflã la extremitãți (mãini sau picioare) se pôte lega mîna sau piciorul respectiv d'asupra rãnei cu o fãșie, spre a se opri intrarea veninului în sãnge. Fãșia nu se pôte lãsa strins legatã mai mult de 2 ore.

MINISTERUL DE INTERNE

Directia generalã a serviciului sanitar

Instrucțiuni asupra mèsurilor de luat în casuri de mușcarea ómenilor de cãtre animale turbate

1. Ómenii mușcați de verii-un animal turbat (lup, cîne, pisicã, etc.) să se înfãțișeze cât mai curãnd dupã mușcãtura la institutul de bacteriologie din București, strada și casa Brãncoveanu, spre a fi cãutați.

Graba este cerutã mai cu sémã :

a) Dacă se adeverește prin cercetãri cã animalul care a mușcat pe om a fost în adevêr turbat ;

b) Dacă mușcătura s'a făcut pe părți neacoperite de vestimente sau dacă vestimentele s'au rupt la mușcare ;

c) Dacă nu a trecut mai mult de 20 zile de la mușcătură.

2. Dacă a trecut mai mult de 20 zile de la mușcătură, omul mușcat se poate supune căutării, însă acesta va avea mai puțin șanse de izbândă pentru preîntâmpinarea bolii.

3. Căutarea persoanelor mușcate de mai mult de trei luni are și mai puțin șanse de izbândă, de orice turbare se ivesce la om mai cu seamă la 40 până la 60 zile după mușcătură și fiindcă boala izbucnesce rare ori mai târziu de 3 luni după mușcare.

4. Persoanele mușcate de animale turbate sau bănuite turbate, care se vor înfățișa la institut pentru a fi căutate, să aducă, dacă le va fi cu putință și nu se va produce multă întârziere pentru dobândirea lui, un certificat de la un medic sau veterinar, care certificat să cuprindă pe cât se poate următoarele :

a) Imprejurările sub care a fost mușcată persoana :

b) Siptomele observate la animalul bănuț ;

c) Procesul-verbal al autopsiei animalului bănuț.

Acest act va cuprinde următoarele : dacă animalul a fost într'o stare neglijată, murdară și slabă, dacă se găsesc în laringele, faringele sau în esofagul lui corpuri străine ; starea faringelui ; dacă stomacul conține corpuri străine, de ce natură și în ce călățime sunt acestea ; care este starea mucoasei stomacului, dacă intestinele nu conțin parasite sau leziuni mai însemnate.

5. Creerii animalului (lup, câine, pisică) bănuț, să se trimită, puși în glicerină, la institutul de bacteriologie din București.

6. Rănile persoanelor mușcate de animale turbate se vor șterge cu o cârpă curată, uscată, și se vor arde cu fer roșu în timpul cel mai scurt posibil după mușcătură, rămânând ca persoanele mușcate să se trimită în urmă la institutul bacteriologic.

XXXVIII.

D a l a c u l.

Dalacul (Talanul, Armurarul, Pustula malignă, Cărbunele, Anthracele, Carbuncu!ul contagios) este o bôlă contagioasă, în cele mai multe cazuri epizootică, a erbivorelor și omnivorelor, care însă se comunică și animalelor carnivore, pasărilor și omului. Dalacul are o respândire și o contagiositate foarte mare, transmitându-se foarte lesne direct de la un individ la altul, fără limita clasei zoologice.

Dalacul a fost cunoscut deja în antichitate, testamentul vechi și autorii greci și romani menționează această bôlă.

Dalacul se prezintă la animale ca bôlă generală, acută, febrilă, caracterizată printr-o alterațiune a sângelui care devine subțire, de coloră închisă, prin umflătură și ramolirea splinei, prin perturbații profunde ale circulațiunii, respirațiunii și ale activității centrale ale sistemului nervos, prin extravasate și exsudate.

La om bôla se prezintă sub forma care a fost numită în special Pustula malignă, caracterizată prin simptome locale și prin febre, produse însă prin acelaș virus ca Cărbunele animalelor. Pustula malignă are o incubațiune de 1 până la 6 zile, ea începe cu o roșetă la locul infectat și se termină cu infiltrațiune profundă și escară întinsă a părții bolnave,

din escară se scurge un licuid sanios, bolnavul suferă de simptome ale unei intoxicațiuni acute, adesea ori pulsul devine slab și bolnavul mure. Câte odată boala se localisează în canalul gastro-intestinal și produce o gangrenă carbonosă a stomacului.

Partea activă a virusului constă într'un microorganism descris în anul 1849 de Pollender, în anul 1850 de Davain și Rayer, care l-au clasificat între bacterii, în anul 1857 de Brauell. R. Koch în anul 1876 și L. Pasteur în anul 1877 au cultivat bacteridele dalacului afară de organismul animal, au găsit sporii bacteridiilor și au produs dalacul prin inoculațiunea culturelor. Pasteur a filtrat culturele bacteridiilor și a constatat că nu licuidul, ci microorganismele conținute într'ensul formează materia virulentă. Acest bacil (*Bacillus Anthracis*, *Bacteridia*), nu poate trăi dacă este lipsit de oxigenul atmosferic el sustrage mediului în care trăește oxigenul și îl restituie acid carbonic, putrefacția îl distruge, temperatura care îl convine mai bine este de 38 până la 39°C, frigul mare nu îl omoră, Frisch a răcit culturile bacilului dalacului până la -111°C fără ca să piardă puterea lor proliferă. Bacteridiele pierd viabilitatea lor prin sustragere de apă, sporiile lor o conservă ani întregi atât în stare uscată precum și într'un mediu umed. După Pirroncito (*Il Carbonchio*. Torino 1885) virusul dalacului se distruge prin expunerea lui la acțiunea vaporilor de apă de 101 până la 104°C în timp de 10 minute. Koch a constatat că sucul gastric al vitelor distruge baciliile dalacului nu însă și sporiile lor.

Baciliile dalacului și sporiile lor intră în organism

prin diferite moduri, prin inoculațiunea virusului în tegumentele comune denudate de epiderm, prin ingestiunea cărnei crude saū pe jumătate crudă a animalelor care aū suferit de acēstă bōlă, prin inspirațiunea și ingestiunea pulverilor care conțin sporii dalacului. Animalele se infectă adesea ori prin apa care a trecut printr'un sol infiltrat cu bacili dalacului saū prin ierbă crescută pe un asemenea sol. Bouchardat relatēdă despre infecțiunea hamalilor din halele Parisului cari transportă pe umeri nuși carne crudă. In general se bolnăvesc mai adese-ori de dalac ciobanii, argași cari îngrijesc vite, veterinarii, măcelarii, bucătarii, tăbăcarii, neguțătorii de piei crude, ómenii însărcinați cu depărtarea cadavrelor animale din orașe, lucrătorii care manipulédă păr de animale, lână, (plăpomarii, tapișerii, lucrătorii de perii) cârpe vechi (sdrențe, petice) destinate pentru fabricarea de hârtie și între care cârpe se pot afla unele care aū servit ca material de pansament la bolnavii de dalac. Cojóce argășite într'un mod imperfect pot asemenea transmite contagiul. Ingestiunea cărnei crude saū a cărnei fripte într'un mod imperfect (beefsteacuri crude), provenite de la animale bolnave de dalac, produce acea formă a infecțiunei interne, care a fost descrisă ca Mycosa intestinală. Mai mulți autori menționēdă transportarea virusului prin intermediul muscelor și al altor insecte. Pasteur a cređut că râmele aduc bacili dalacului la suprafața pământului, în locurile unde aū fost îngropate animale perite de acēstă bōlă, Koch a arătat însă că în casurile ordinare, când animalele sunt îngropate la profunditate de 2 metri, acest transport al viru-

sului este imposibil, din cauza temperaturii puțin ridicată a mediului.

O măsură importantă pentru prevenirea dălacului constă în povățuirea publicului asupra pericolității contagiului, mai ales a lucrătorilor care prin profesiunea lor sunt expuși la contagiune. S'a lăsat și la noi obiceiul mănăririi beefsteacurilor sângerânde, ca consecința opiniei eronate, că carnea preparată în acest mod imperfect ar fi mai nutritivă, că carnea pierde prin frigere din puterea ei. Pe de o parte trebuie să combatem această aberațiune, iar pe de alta să facem ca cărnurile de măcelărie să se examineze cu scrupulositate. Prin descoperirea lui Davain știința ne-a dat mijloace pentru recunoșterea bôlei și atunci, când s'a neglijat inspectarea animalului în viață și examinarea îndată după tăiere a cavităților corpului și a intestinelor. Examenul microscopic al sângelui și prin urmare al cărnei ne permite facerea unei diagnose precise.

Polițierii, sanitare incumbă datoria să apere pe public de contactul cu oameni și animale afectate de dălac; cu cadavrele lor; cu diferite părți animale provenite de la vite perite de dălac, precum sânge, păr, lână, piei crude și pe jumătate tăbăcite, córne, mațe, oșe, carne prospătă și uscată, seș crud și topit; cu diferite obiecte de cari s'au servit oamenii și animalele afectate de dălac, precum: cărpe și scamă de pansament, unelte din grajduri, hamuri. Cadavrele animalelor perite de dălac să se ardă sau să se îngroape adânc, punându-se spini d'asupra gropii; obiectele de care s'au servit oamenii și animalele afectate de dălac să se ardă, sau să se desin-

fecte într'un mod radical prin apă fierbinte și prin sublimat în soluțiune de 1 la 1000 și apoi prin ventilarea prelungită. Asemenea să se desinfecte radical grajdurile care au fost ocupate de vite bolnave de dalac, să nu se permită pășunarea vitelor în locuri unde au bolit asemenea vite sau unde ele au fost îngropate.

În contra infecțiunii prin dalacul vânatului nu ne putem lesne apăra; simpla inspecțiune a vânatului, la care au fost deschise de mai înainte toate cavitățile corpului, este de rare ori suficientă pentru facerea diagnosului, fără ajutorul examinării microscopice a sângelui.

Unul din meritele mari ale d-lui Pasteur constă în studiile sale asupra dalacului. D-sa a probat, că se poate slăbi virulența bacilului al dalacului prin cultură apropiată, astfel în cât inocularea acestui virus slăbit nu face pe animale bolnave și că ele în urmă acestor inoculațiuni devin imuni în contra infecțiunii naturale cu virusul forte, nemodificat al dalacului. D-nul Pasteur a găsit, că temperaturile mai mari de cât 40°C. slăbesc succesiv forța virusului carbonos; d-sa a cultivat două feluri de altoi, unul mai slab «primul vaccin» și altul mai forte «al doilea vaccin», a altoit vite bovine și oi mai întâiu cu primul vaccin și după trecerea de câte-va zile cu al doilea vaccin, pentru a-l apăra în contra infecțiunii naturale. În anul 1881 până la 1888 aceste inoculațiuni s'au făcut pe o scară întinsă în diferite țări, mai cu osebire la domeniile Beaucheny, Montpothier, Kapuvar, Packisch, Turin, Saladahlum. În unele cazuri vaccinațiunile n'au reușit și unele ani-

male s'aũ bolnăvit de dalac imediat în urmă inoculațiunei; acesta a îndemnat pe d. Pasteur la modificarea procedeuului, la vaccinarea cu un virus mai slăbit de cât la primele încercări. Cu toate acestea inoculațiunile preventive în contra dalacului, de și ele în cele mai multe cazuri fac animalele imune, nu s'aũ putut generalisa, numai în Franța și în Italia ele se întrebuintează și astă-zi într'o întindere mai mare. R. Koch, adversarul principal al inoculațiunilor preventive în contra dalacului, le combate din cauza duratei prea scurte a imunității, care de multe ori nu este mai mare de cât un an, și din cauză că repetarea frecventă a acestor operațiuni cauzesă cheltueli însemnate.

Dalacul face parte din bólele de domeniul poliției sanitare veterinare, care trebuiesc considerate ca contagióse și în contra cărora se aplică dispozițiunile legii de poliția sanitară veterinară. Proprietarii animalelor afectate de dalac sunt obligați, a face la primărie declarațiune despre bóla apărută și a le separa de la cele-l'alte animale domestice.

Titul XII al acestei legi glăsuesce cum urmédă :

Antraxul (dalac, talan, armurar) la toate animalele domestice.

Art. 137. Este oprit a se tăia animalele constatate bolnave sau bănuite de acéstă bóla pentru consumațiune sau pentru a întrebuinta unele din părțile lor și a vinde carnea, laptele sau alte părți de la asemenea animale.

Art. 138. Este asemenea oprit ori-cărora persoane cari nu sunt medici-veterinari, a lua sânge și a face

vre-o operațiune sângerósă la animalele bolnave sau bănuite de antrax sau a deschide cadavrele animalelor mórte ori ucise de numita bólă.

Art. 139. Cadavrele animalelor ucise sau mórte în urma antraxului, este oprit a se jupui; ele se vor distruge conform art. 34. (Acest articol prescrie înființarea în fie-care comună sau câtun a unul cimitir special pentru îngroparea vitelor care au suferit de bóle contagióse.)

Art. 140. Animalele sănétóse din curtea sau cireda infectată nu se vor putea ția pentru consumațiune de cât sub supravegherea unul medic veterinar, care mai înainte de tăiere trebuie să le fi constatat ca complet sănétóse.

XXXIX.

Răpciuga.

Răpciuga și Cârțița (Maliasmul acut și cronic, Răpinul, Trochna cailor și a măgarilor, Mucil, Bóla maleară, Morva și Farcinul) este o bólă virulentă și inoculabilă a genului equin și mai ales a calului, care se transmite și la alte animale, la oi, capre, epuri albi, porci, pisici, câini și la om. Vitele bovine sunt refractare în contra răpciugei. La cai și la ómeni acéstă bólă este tot-d'a-una mortale. Cele două forme ale maliasmului, pe care terminologia le deosebesce ca Răpciuga, Maliasmul acut (la francesi Morve, la germani Rotz) și ca Cârțița, Ma-

liasmul cronic, (la francezii Farcin, la germanii Wurm) sunt produse prin unul și același virus.

Răpciuga cailor a fost cunoscută deja în antichitate. Apsyrtu în secolul al IV-lea și Vegetiu în secolul al V-lea au descris-o ca *Malleus humidus*, în secolul XVI ea a fost considerată ca sifilisul cailor și în secolul XVII recunoscută ca boala contagioasă specifică. Viborg din Copenhaga a constatat în anul 1797 prin experimente contagiositatea răpciugei, cu toate acestea încă în prima jumătate a secolului curent mulți învățați au crezut în nascerea spontană a răpciugei, Bouley, Gerlach și Bollinger au negat ivirea ei autohtonă. Răpciuga omului a fost diagnosticată cu mult mai târziu de cât cea a cailor, prima descripțiune a ei este aceea a medicului militar francez Lorin, din anul 1812, în anul 1821 medicul militar german Schilling a publicat o lucrare mai detaliată asupra răpciugei la om, dintre observatorii ei ultorii cei mai însemnați sunt Virchow, Korányi, Bollinger, Brouard I, Bendell și Boyd.

Răpciuga cronică (cârțița, farcinul) a cailor începe cu un catar al cavității nasale, secretul al membranei mucoase nasale devine cu timpul turbure, gros, de odore felidă, catarul ocupă mai târziu laringele și trachea cu ramificațiile ei și provocă tuse, dispnee, febre; secretul nasal devine câte odată sanguinolent, membrana mucosă prezintă ulcerațiuni, glandulele limfatice se infiltră și se unflă, în diferite părți ale corpului apar unflături edematose și emaciațiunea progresândă aduce moarte. Câte odată

În cursul rapinului cronic se manifestă semnele ale celui acut.

Răpciuga acută (morva) a cailor are o durată de una până la trei săptămâni, ea începe cu febre violentă, cu congestiunea și umflătura a membranelor mucoase nasale, cu o scursore nasală grosă, adesea ori sanguinolentă, glandulele limfatice subcutane din diferite părți ale corpului se umflă și supurează, tegumentele ale peptului și pântecelui devin edematose, temperatura corpului se urcă la 40°C. și animalul morie.

La om răpciuga are o incubațiune scurtă. Bóla începe cu febre, locul pe unde virusul a intrat în organism se umflă, devine dureros, prezintă un aspect erisipelatos și se acopere cu pustulii. Câte odată apară pe membrana mucosă a nasului ulcerațiunea și scursorea caracteristică, sevă se formază furunculi, sevă se observă toate simptomele ale Piemiei cu abscese! în plămâni, în ficat, în splină, în țesutul subcutan. Bolnavul se află într'o stare comalósă și morie după două până la trei zile. În cadavru se găsesc, afară de alterațiunile descrise, în plămâni, în rinichi, câte o dată și în splină și în ficat tubercule maleare, adică infarctele emoragice în formă de nodulețe, de mărimea unui bob de linte până la cea a unei alune, de colóre roșiă și cenușiă. În primele stadii ale bólei acele tubercule se găsesc și în țesătura membranelor mucoase nasale, în țesătura tegumentelor comune, în glandulele limfatice, ramoliția lor dá nascere la ulcerațiuni și abscese.

Este natural, că în cel din urmă două decenii în-

vătașii au căutat în virusul răpciugei un microorganism specific, Hallier, Chauveau, Chistot, Kiener și Rindfleisch l'au căutat, n'au reușit însă a l'isola. În anul 1881 colegul nostru D. V. Babeș a descris și demonstrat la Buda-Pesta pe bacilul răpciugei, prima publicațiune a D-sale asupra acestui microorganism fiind însă scrisă în limba ungară, ea a rămas puțin cunoscută. Ast-fel Dr. Loeffler și Schütz, care pe la finele anului 1882 au cultivat pe bacilul răpciugei în laboratoarele oficiului sanitar imperial din Berlin, au invocat prioritatea descoperirei. Wassilieff din St. Petersburg, Israel din Berlin și Weichselbaum din Viena au constatat exactitatea lucrărilor D-lor Loeffler și Schütz. Bacilii răpciugei se înmulțesc prin sport. Diagnosa se poate verifica la om și la animale deja în viață, căci bacilii specifici se găsesc în sânge, în urină, în secretul membranei mucoase nasale bolnave, în erupțiunile cutane.

Răpciuga se nasce tot-d'a-una în urma unei contagiuni directe sêu indirecte. Contagiul se transportă prin vasele limfaticе și prin cele ale sângelui în toate organele, chiar și muscui devin infecțioși. Bóla se poate transmite artificial prin inoculațiune, Renault a probat că virusul nu se slăbește prin inoculațiuni succesive, că el are aceeași putere ca la început după ce a trecut prin șapte generațiuni.

Caii se infectă unul de la altul prin locuirea în comun, prin lucrarea în comun, prin intermediul de persoane și de unelte care au fost în contact cu cai răpcigoși, prin ședere în grajduri care au fost ocupate de cai bolnavi de răpciugă. Grajdurile hanurilor inlesnesc lățirea bólei. La noi ea a de-

venit mai frecventă în urma resbelului din anii 1877-78.

Omul se infectă prin intrarea virusului răpciugei în corp prin tegumentele comune denudate de epiderm, prin membranele mucóse ale nasului, buzelor, ochilor, prin inspirarea imediată a vaporilor de apă espirate de cai bolnavi. Se bolnăvesc de răpciugă mai cu osebite persoanele care din cauza profesiunii vin în contact mai d'aprobe cu cai, precum viđitul, rindași, birjarul, giambași, soldați, medicii-veterinari, sacagi, lucrătorii însărcinați cu depărtarea cadavrelor animale. Ipofagia înlesnesce infecțiunea numai atunci, când ea nu este bine organizată și controlată. N'avem nici un motiv a opri măncarea carnei de la cai sănătoși, precum ea există de fapt în mai multe orașe mari ale Europei, unde s'aũ înființat măcelării speciale de cai, ea constituie un progres economic, fiind-că utilizează într'un mod perfect o substanță alimentară prețioasă, care sub alte condițiuni s'ar nimici, ipofagia póte însă deveni periculoasă în localitățile mici, unde nu există nici un control, precum la noi în județele Constanța și Tulcea, unde Tătarul măncațorii de carne de cai nu sunt prea scrupuloși în alegerea acestei cărnii. Decroix a constatat, că carnea cailor răpciugoși devine inofensivă în urma fierberii ori frigerii, pericolul există însă pentru cel care taie și jupóie animal și care transportă și prepară carnea. Ipofagia póte deveni o necesitate în timp de resbel și atunci controlul ei veterinar este indicat într'un mod imperios. În resboiele lui Napoleon I. chirurgul suprem al armatei, Larrey, a consiliat măncarea cailor răniți; în resbe-

lul Crimei medicul-șef al armatei franceze, Baudens, a urmat exemplul lui Larrey, și în resbélul franco-german din 1871 soldații au mâncat cantități însemnate de carne de cal. Nu este aci locul pentru justificarea ipofagiei, menționăm numai în trecut, că unul dintre învățații cei mai luminați, Quatrefage, a făcut apologia ei.

Pentru ca să se pôtă lua măsuri în contra răpciugei, este necesariu ca pe de o parte instrucții populare să povățuiască publicul asupra pericolosității ei, iar pe de alta ca fie-care cas de răpciugă la ômeni, la cai și la asini să se aducă de urgență la cunoscință administrațiunei publice, ca să se inspectede cu scrupulositate caii aduși la târguri și bâlciuri, fără excluderea cailor care nu sunt destinați a se vinde și numai instalați în grajdurile hanurilor, ca asemenea să se inspecteze periodic caii sacagiilor, birjarilor, căruțașilor, tramvayurilor și ai calărașilor.

Se înțelege de sine, că ômenii bolnavi de răpciugă trebuie să se isoleze, că camera care a fost ocupată de ei și obiectele de care ei s'au servit să se desinfecte cu rigurositatea, care am recomandat-o pentru Cholera, Tifosul și Vêrsatul.

Legea de poliția sanitară veterinară prescrie :

Art. 114. Animalele constatate bolnave de răpciugă și cărtiță se vor ucide imediat.

Art. 115. Animalele bănuite de a fi atacate de răpciugă sau cărtiță se vor separa și secuestra în anume locuri, unde nu vor putea a fi tratate de cât de medici veterinari.

Art. 119. Cadavrele animalelor mórte seü ucise în conformitate cu art. 114. se vor distruge împreună cu pielea și cu toate rămășițele lor.

XI.

Durerea de gură și de picióre.

Durerea de gură și de picióre, Afte epizootice, Febrea aftósă, Cocotte, este o afecțiune contagiósă a vitelor bovine, a rimătorilor, a oilor, a caprelor, a cailor, care începe cu febre ușóră și termină cu erupțiunea de vezicule împrejurul gurei și nasului, pe membrana lor mucósă și (cu excepțiunea cailor) la picióre. La vaci veziculele apar și pe uger.

Bóla se transmite omului prin contactul direct cu conținutul veziculelor saü cu saliva animalelor, și prin ingestiunea laptelui crud al animalelor afectate de Afte epizootice; afară de acțiunea specifică, laptele acelor animale mai exercită o influență iritantă asupra canalului digestiv. La om febra nu este forte și durata bólei scurtă. Câte odată erupțiunea veziculelor pe buçe și pe degete este însoțită de stomatita ulcerósă.

A. Proust a descris de curând (*Revue d'Hygiène* 1888) acéstă bóla din punctul de vedere al Igienei publice.

Micrograful engles Klein crede, că a izolat pe microbul patogen al acestei bóle; microorganismul găsit de Klein în licuidul veziculelor și pe suprafața

ulcerațiunilor sémână cu Streptococul puroiului, se deosibesce însă de el prin faptul, că se înmulțesce în lapte fără a produce coagulațiunea lui.

Măsurile sanitare ce trebuie să se ia în contra transmisiunii acestei bóle la ómenI, constaū înainte de tóte în povețe populare, care vor recomanda fierberea laptelui înainte consumațiunii lui și în izolarea animalelor bolnave.

Legea de Poliția sanitară veterinară prescrie pentru Febrea aftósă cele urmátóre :

Art. 109. Este oprit a se întrebuița și vinde lapte nefiert de le animalele bolnave.

Art. 110. Admiterea pentru tăerea și darea în consumațiune a unui animal atacat de bólă în cestiune rămâne la facultatea veterinarului oficial.



CĂUTAREA BOLNAVILOR.

XLI.

Exercițiul medicinei.

Pe lângă datoria a înlătura după puțință cauzele bolilor, statul are și misiunea a înlesni vindecarea bolnavilor curabili și alinarea suferințelor celor incurabili. El îndeplinește această misiune prin formarea personalului medical, prin controlarea dacă acel personal posedă cunoștințele necesare, prin înființarea serviciilor publice pentru căutarea gratuită a bolnavilor săraci, pentru asistarea lăuzelor sărace și prin prevegherea așezămintelor pentru căutarea bolnavilor (spitale, farmacii, stațiuni balneare și climatice).

Formarea personalului medical aparține universităților, verificarea titlurilor care dau dreptul la exercițiul medicinei și admiterea la practica medicinei și a farmaciei este una dintre atribuțiunile ministeriului de interne și a consiliului sanitar superior. Din momentul admiterei la practica medicală per-

sonalul medical este supus controlului administrației. Acel control are scopul principal, a limita acțiunea fiecărei clase de agenți medicali (medici, veterinarilor, mōșe, farmaciști, subchirurgi, dentiști) în cercul competenței precisate prin legi și prin regulamente speciale, a exclude de la exercițiul artei medicale persoanele fără cunoștințe și fără titluri speciale, și a veghia ca spitalele, ospiziile farmaciile și așezămintele de ape minerale să se afle în condițiunile cerute de destinațiunea lor.

O mare parte din public nu pōte singur apreția capacitatea diferitelor persoane care 'i ofer serviciile lor medicali, și judecă de multe ori după succesul aparent al unui șarlatan. Statul nu pōte lăsa sănătatea și viața cetățenilor la discrețiunea unor omeni lipsiți de cunoștințele medicale, care speculază credulitatea publicului, ci el trebuie să oprască căutarea bolnavilor de persoane streini științei medicale. El trebuie să indice publicului numele persoanelor medicale de diferite grade, care după ce au dat garanții despre capacitatea lor, au priimit permisiunea a exercita arta lor.

Legea sanitară prescrie la titlul XII art. 70, 71, 72, 73, 74 și 78, că dreptul a exercita medicina, farmacia, medicina veterinară, chirurgia dentistică și moșitul se dobândește în virtutea titlurilor academice, liberate de facultățile de medicină române, precum și în virtutea diplomelor străine, verificate de ministerul de interne și în urma unui examen depus înaintea unei comisii compusă de profesori titulari ai facultăților de medicină române, că ori cine voiesce a exercita medicina, farmacia,

medicina veterinară, chirurgia dentistică și moșitul în țară, va înștiința despre acesta pe autoritatea sanitară a circumscripțiunii în care și-a ales domiciliul, careia i va prezenta și titlurile constatatoare că a dobândit permisiunea la exercițiul artei sale în România, că numele medicilor admiși la exercițiul medicinei se va comunica farmaciștilor circumscripțiunii în care acești medici au stabilit domiciliul lor, că exercițiul medicinei este separat de exercițiul farmaciei, afară de excepțiunile specificate prin lege și că exercițiul ilegal al medicinei și farmaciei se pedepsește cu amendă până la 1000 lei sau cu închisoare corecțională până la 6 luni.

Statul, excluzând de la exercițiul medicinei pe toți cari nu posed cunoștințe medicale suficiente, are în consecință obligațiunea a îngriji, ca toți cetățenii să găsească lesne în cas de trebuință ajutorul medical din partea unui medic recunoscut de Stat. În plășile unde medicii nu se stabilesc singuri fără a fi salariați dintr'un fond public, din cauză că populațiunea nu s'a deprins a recurge la ajutorul medical, sau că ea este prea săracă pentru ca medicul să se poată susține numai din clientela privată, trebuie ca Statul să așeze ex-officio un medic retribuit din casa județenă. Dar și în urbele mari și avute, unde mai mulți medici s'au stabilit spontaneu, Statul tot mai este obligat a însărcina pe unul sau mai mulți dintre dânșii cu căutarea gratuită a săracilor, cari nu dispun de mijloace spre a și putea plăti singuri.

În comunele rurale marea majoritate a bolnavilor este încă lipsită de ajutor medical. Cu puține

excepțiunii fie-care plasă are numai un singur medic de plasă, și multe posturi de medic de plasă sunt vacante, din cauza lipsei de doritori a le ocupa. Medicul de plasă visită în timpuri ordinare fie-care comună din plasă o siugură dată pe lună, și numai în timp de epidemii de mai multe ori pe lună, astfel 'i este cu neputință a căuta pe sătenii bolnavi într'un mod regulat, afară de cazul dacă el dispune de un mic spital de plasă, precum ele există în județul Iași. Indată ce țera va posede un număr mai mare de medici, se va impune de sine împărțirea plășilor în ocóle sanitare, înlocuirea medicilor de plasă prin medici de ocóle și numirea de medici pentru câte 3 pênă la 5 comune nu prea depărtate una de alta, în cât să fie medicului posibil a visita pe fie-care comună din ocol cel puțin la câte 3 zile. Până atunci însă trebuie să utilizăm mai bine mijlócele existente pentru căutarea sătenilor bolnavi, prin organizarea corectă a consultațiilor gratuite pentru bolnavi ambulanți, prin înființarea spitalelor de plasă mici de câte 6 până la 10 paturi și după puțință prin căutarea medicală mai scrupuloasă a bolnavilor la domiciliul lor în cas de epidemie. Se înțelege de sine că pentru țeranii, care în mare majoritate sunt săraci, nu numai căutarea medicală trebuie să fie gratuită, dar și medicamentele trebuie să li se plătescă din fonduri județene sau comunale.

D. Dr. Sergiū, Director general al serviciului sanitar, arată în raportul general asupra aceluși serviciū pe anul 1886, că la începutul anului 1887 au practicat medicină în tótă țera 486 doctori în me-

norariul, ele nu sunt avantajoase pentru public, căci în general medicii sunt indulgenți pentru cei, cari nu sunt destul de avuți pentru a le putea plăti după taxă.

XLII.

M ó ș e l e.

Pe alocurea, mai cu sémă în Anglia, există usul ca femeile lăuđe să fie asistate de medici chiar la faceri normale. Noi am fi cu desăvârșire mulțumiți, dacă fic-care nascere s'ar face cu asistența unei móșe investite cu cunoștințele necesare, pentru a putea da ajutorul artei la o facere normală. Suntem însă departe de la îndeplinirea acestui ideal, și multe comune rurale vor mai remêne un timp óre-care lipsite de móșe.

Nu posedăm o statistică a accidentelor întâmplate la nascerile de prin sate și a mortalității lăuđelor, spre a putea aprecia consecințele neajunsului móșelor, este însă cert că lipsa lor nu influințedă numai sănătatea lăuđelor, ci și a copiilor noii născuți.

Móșa n'are altă misiune, de cât aceea a asista la facerile normale (fisiologice), a îngriji pe lăuđa și pe copilul nou-născut în cele d'intêiú zile după facere, și a executa unele operațiuni de mică chirurgie, precum : vaccinare, punerea de ventuse și de lipitori după prescripțiunea medicală și aplicarea de clistere. Tratarea și asistarea uel faceri anormale (pa-

tologice) nu cade în competența unei mōșe. În general elevele intră în școlile de mōșit pregătite într'un mod prea imperfect, ast-fel ele nu pot învăța mai mult de cât tratamentul facerilor fiziologice, și nici nu este de dorit ca să se lărgescă competența mōșelor. Ori-ce accident la facere și după facere care reclamă o intervențiune operativă, un tratament medical ori chirurgical, este de competența exclusivă a medicului. Ceea ce însă trebuie să cerem de la mōșe, sunt óre-carî cunoscințe de igienă; mōșele influențează prima creștere fizică a pruncului și consiliul lor are o autoritate óre-care chiar la femeile mai bine crescute. Dacă mōșa investită cu diplomă însuflă mamei tinere óre-carî principii cu totul false asupra creșterii pruncului, este natural ca ele se înrădăcineșe în familie și se propagă ca niște învățăminte infalibile, eșite din Institutul de nascere.

Usul vițios pe care și'l permit multe mōșe, a trala diferite bóle ale matricel și ale apendicelor ei, nu'l putem combate de cât prin povește populare, arătând publicului că adevărata misiune a mōșei este numai dirigerea facerilor normale, că cunoscințele ei sunt suficiente numai pentru această misiune. Cu toate acestea însă la țară și în lipsă de medic, mōșa rurală este câte odată nevoită a dirige faceri anormale și a executa manipulații obstetricale spre a scăpa viața mamei și a pruncului..

Am arătat deja la cap. XXX (Febrea puerperală) precauțiunile ce trebuiesc să se ia în contra bólelor septice ale lăuzelor. Este dar necesar ca toate mōșele să posedă cunoscințe asupra tratamentului

aseptic și antiseptic al facerii și al lăuziei. Mășele vechi sunt în general lipsite de aceste cunoștințe și chiar pentru mășele mai tinere poate să fie util, ca să înprospăteze din când în când cunoștințele lor. Propunem dar, ca la câte 2 sau 3 ani să se adune câte mășele din 2 sau 3 județe în una din capitalele acestor județe, și să li se facă în timp de 2 zile de un medic competente conferințe asupra antisepsiei, asupra igienei copilului nou-născut și a lăuzei, asupra diferitelor accidente la faceri și asupra măsurilor de luat în contra acelor accidente în cas de faceri anormale la țară în lipsă de medic.

Este necesar ca să se decreteze un regulament pentru mășe, care să prescrie instrumentele și medicamentele antiseptice cu care fie-care mășe trebuie să fie îndestrată (1 irigator cu țevă de cauciuc, cu robinet și cu căpătâii vaginale de sticlă și de cositor, 1 clistir, 2 sonde pentru scos urină, 1 termometru pentru constatarea temperaturii bolnavei, forfecă, vata antiseptică, o soluțiune de acid carbolic de concentrațiune bine determinată), care să le oblige la chemarea unui medic în toate casurile, când facerea este anormală sau când temperatura lăuzei măsurată la subțioră este mai mare de cât $38,5^{\circ}\text{C}$, care să le oprască a mai asista alte femei, în timpul când au în căutarea lor lăuze afectate de febre puerperală sau de alte bôle infecțioase.

România posedă 2 școle de mășe, unde viitoarele mășe primesc în curs de 2 ani învățătura teoretică și practică, una la Maternitatea din București pendinte de Eforia spitalelor civile și alta la Institutul

Grigorian din Iași administrat de Epitropia generală a casei St. Spiridon.

În anul 1886 s'aŭ născut în totă țera 212830 copii și numai 11030 femei aŭ fost asistate la facere de mōșe aflate în funcțiuni publice și plătite pentru a da femeilor sărace ajutor gratuit la domiciliu.

XLIII.

Exercițiul chirurgiei dentistice.

Legea sanitară stabilește, că dreptul a exercita chirurgia dentistică se dobândește în virtutea titlurilor academice, liberate de facultățile de medicină române, precum și în virtutea diplomelor străine verificate de ministerul de interne și validate printr'un examen depus înaintea unui juriu universitar. La Universitățile noastre nu există încă cursuri speciale pentru formarea de chirurși dentiști și examenul dentiștilor cu diplome străine încă nu este regulamentat. Regulamentul pentru dentiști de clasa II, publicat la 27 Aprilie 1888, dă chirurgilor-dentiști care aŭ studii academice și care posed diplome, dreptul a forma din elevii lor dentiști de clasa II, care sunt supuși unui examen de aptitudine înaintea unui juriu special. Pe de altă parte Legea sanitară permite, ca în localitățile unde nu sunt dentiști, subchirurși să pot scōte dinți. Asemenea prevede legea că dentiștii cari nu sunt doctori

în medicină, nu pot întrebuința inhalațiunii anestetice de cât asistați de un doctor.

Preveghierea exercițiului artei de chirurgie dentistică incumbă Consiliilor locali de igienă publică și de salubritate. Acastă priveghiere este dificilă, pe de o parte din cauză că legea sanitară nu prevede o penalitate specială pentru acele persoane, care în contra legii exercită arta de dentiști, iar pe de alta fiind că nu există o prescripțiune, care să oprască așa numiții «dentiști mecaniciani» a face concurență chirurgilor dentiști. Dentiștii-mecaniciani sunt persoane, care sub pretext ca se ocupă numai cu fabricațiunea dinților artificiali și a protezelor dentale, execută și operațiunii de chirurgie dentistică, căci aceste operațiuni sunt adesea ori indispensabile pentru ca să se potă așeza o dentură artificială. O separațiune a acestor două specialități este imposibilă, și existența dentiștilor-mecaniciani nu este la noi justificată, căci chirurgul dentist confecționează singur denturile artificiale sau preveghiește cel puțin fabricarea lor în atelierele sale proprii, dentiștii-mecaniciani nici nu pot dar exista de cât în serviciul direct al unui chirurg dentist.

Este de dorit, ca guvernul să trimită doi medici pentru doi ani în străinătate, la una din școlile speciale de chirurgie-dentistică, ca să studieze bine această specialitate și să se pregătască pentru a putea deveni o dată profesori de Chirurgie dentistică la facultățile noastre de medicină.

XLIV.

Exercițiul micel chirrgii.

Căutarea medicală a bolnavilor se complectedă de multe ori prin óre-carl micl manipulațiunl, cu care in general medicul nu se ocupă, din cauză că ele reclamă un sacrificiù de timp mai mare de cât el póte consacra unu! singur bolnav in parte și că ele se pot îndeplini fórte bine și de alte persóne, precum móșe, subchirurgl, bərbierl-subchirurgl, care prin invěțatura specială și prin exercițiù au dobândit dexteritatea necesară pentru îndeplinirea lor. Acele manipulațiunl se numesc operațiunl de mică chirurgie.

Competința persónelor autorizate la exercițiul micel chirurgil, invěțetura și autorizarea lor, controlul la care ele sunt supuse, și penalitățile la care pot fi condamnate in cas de abaterl, se preciséză in legea sanitară și in regulamentul pentru obținerea titlului de subchirurg și pentru exercițiul micel chirurgil, decretat la 5 maiù 1874. Acest regulament e-numeră inre manipulațiunile și operațiunile permise subchirurgilor : venesecția, aplicarea de lipitorl, de ventuse, de vesicatorl, de clistire, de cataplasme, pansarea de rânl, deschiderea de fontanele, vaccinaarea, scóterea de dinți și aplicarea de bandage simple, ele nu fac mențiune de persóne care, fără a fi medicl, exercită masagiul ca specialitate, nici

de pedicuri care se ocupă cu tăierea bătăturilor ; amândouă aceste specialități trebuie să se considere ca manipulații de mică chirurgie și persoanele care se ocupă cu ele ar trebui autorizate pentru această într'un mod analog ca subchirurgii. Asemenea s'ar putea înscrie unele manipulații de desinfecțiune între lucrările de competența subchirurgilor.

Consiliile de igienă propun pentru circumscripțiile lor taxe pentru diferitele manipulații de mică chirurgie, aceste taxe sunt supuse la aprobarea consiliului sanitar superior.

Subchirurgilor nu se poate permite vaccinarea, dacă ei nu se află în serviciul public ca vaccinatori, căci în cazul contrariu nu se poate controla soriginea limfei vaccinale întrebuintate.

XLV.

Surorile de caritate.

Surorile de caritate nu sunt simple infirmiere, ci femei cu ore-care instrucțiune, care s'au devotat îngrijirii bolnavilor și care au primit învățatura teoretică și practică necesară pentru această misiune. În țările catolice există surorile de caritate și infirmiere care formează congregațiunile religioase, în țările protestante îndeplinesc o clasă superioară de diaconise (« Krankenpflegerinnen ») aceeași misiune, fără a fi adevărate călugărițe, diaconisii și diaconisele formează însă corporațiunile cu ore-care disci-

plină religioasă. La noi surorile de caritate sunt laice, supuse numai la disciplina Institutului cărui aparțin.

În a doua jumătate a secolului curent diferite epidemii și resbele au dat în Germania impulsione la formarea de asociațiuni patriotice și filantropice de dame, cu scopul a îngriji de căutarea răniților și a bolnavilor, atât aceste asociațiuni precum și societățile Crucii Roșii au format surori de caritate care nu aparțin unei corporațiuni religioase, și astăzi există în Germania numeroase institute de surori de caritate, dintre care cel din Berlin, instituit de M. S. Împărătesa Augusta și întrunit cu spitalul Împărătesei Augusta poate servi de model. Surorile din acele institute aparțin în mare parte claselor culte ale societății, Institutele le asigură un viitor onorabil în schimbul obligațiilor ce ele iau, a se devota îngrijirii bolnavilor în timp de pace și de rebel.

La noi s'a recunoscut necesitatea surorilor de caritate în rebelul din anul 1877 și 1878, și M. S. Regina, care cu abnegațiune îngerescă luase partea cea mai activă la îngrijirea ostașilor răniți și bolnavi, a continuat și după rebel opera caritabilă începută și a fondat în anul 1879 Institutul surorilor de caritate St. Elisabeta din Bucuresci, care se află și astăzi sub înaltul patronaj și sub privegherea imediată a M. S. Reginei. Acest institut este astăzi subvenționat de Stat cu o sumă modestă, instalat în casele spațioase cumpărate și adaptate pentru acest scop de M. S. Regina și dirigit de o superioară. Câți-va medici predau surorilor în Institut elementele de Anatomie, de Fiziologie, de

Igienă și aplicarea pansamentelor, iar în spitalele Brâncovénu și Xenocrat medicii acelor spitale învață pe surori într'un mod practic, cum aũ să îngrijescă bolnavi. Fără a da institutului un caracter religios și formele severe ale unei mănăstiri, disciplina casei impune sororilor o purtare absolut morală. Institutul sororilor de caritate este pentru fetele sărace un adevărat asil. El primesce fete și femei în etate de la 18 până la 35 ani.

De la fondarea Institutului St. Elisabeta până la Noembre 1888 aũ intrat în institut succesiv 76 sorori, din care 4 s'aũ măritat, 52 aũ eșit, parte ca neapte pentru acéstă vocațiune, parte din alte împrejurări după terminarea învățătorei, cele din urmă mai pot fi chiermate la serviciul de surori de caritate în cas de necesitate, 6 sorori aũ depus examen de subchirurg și posedă dreptul a exercita mica chirurgie; în luna Noembre 1888 s'aũ aflat în Institut 20 surori, din care unele fac serviciũ în spitale iar altele pe la bolnavi particulari din oraș; acest din urmă serviciũ este pentru bolnavii săraci gratuit, bolnavii cu dare de mână plătesc institutul pentru îngrijirea lor 5 lei pe ȓi. M. S. Augusta noastră Regină este în momentul de față ocupată cu înființarea în Institutul S-ta Elisabete a unei mici case de sênătate pentru operațiuni chirurgicale, care asemenea va servi sororilor ca șcólă practică.

XLVI.

Ajutorul medical gratuit.

Statul este dator a îngriji de căutarea bolnavilor săraci, cari nu 'și pot procura singuri ajutorul medical. În România poartă această sarcină Statul, comunele urbane, județele, așezămintele spitalicesci întreținute din fonduri speciale, și chiar comunele rurale, care din modestele lor bugete plătesc parte din medicamentele gratuite și pe alocuirea salariile mōșelor rurale.

Ajutorul medical gratuit se dă în trei moduri : bolnavii săraci sunt căutați la domiciliul lor și primesc medicamente gratis ; sēu ei se prezintă la domiciliul medicului ori la un local public pentru consultațiuni gratuite, unde primesc asemenea medicamente gratis ; sēu în fine ei sunt căutați în spitale publice (generale ori speciale), ori așezați în ospiți pentru incurabili.

Idealul tutur lucrărilor este divisiunea muncii, specialitatea ; medicina are și ea specialități cari cer un exercițiu osebit, o aptitudine proprie și un studiu mai special, căci toți medicii învățați nu sunt tot-de odată și buni chirurghi, mamoiși, oculiști. În spitalele mai mari și în stabilimentele pentru consultațiuni gratuite din urbile mari este mai lesne a procura bolnavilor ajutorul unui specialist, pentru asistența medicală gratuită din urbile mai mici și

din comunele rurale nu dispunem de specialiști, trebuie să cerem însă, ca cel puțin medicii care funcționează ca medici de spitale județene, comunale și rurale să posede cunoștințele indispensabile și exercițiul necesar în arta moșitului, în oftalmologie și în executarea unor operațiuni chirurgicale, și ca toți medicii de plasă și de oraș să fie asemenea familiarizați cu unele operațiuni obstetricale.

Regularea ajutorului medical la domiciliul săracilor este tot atât de necesarie, ca și înființarea și întreținerea spitalelor. Mulți bolnavi care nu voesc să intre în spital, și ai căror cură nu reclamă aparate osebite ori operațiuni mai mari, trebuie să fie căutați la domiciliu în interesul umanității și în acela al economiei. Numai insuficiența ajutorului medical la domiciliu îndemnă pe mulți bolnavi, ca să ceară priimirea într'un spital. Spitalul ar trebui să fie ultimul refugiu pentru cei fără familie, pentru cei lipsiți de un adăpost cuviincios, ori de pânzeturi, de lemne, de nutriment, pentru cei afectați de bcle contagioase, pentru cei care au trebuință de operațiuni chirurgicale mai mari, de băi, de un tratament special care nu li se poate da la domiciliu. Ajutorul medical la domiciliu este cu atât mai necesar, cu cât spitalele sunt mai neîncăpătoare în proporțiune cu numărul bolnavilor săraci. În timpul epidemiilor spitalele cele mai mari pot deveni insuficiente, și atunci numai un serviciu de ajutor gratuit la domiciliu foarte întins poate îndeplini neajunsul lor.

Pentru ca ajutorul medical gratuit la domiciliul bolnavilor să fie cât se poate de perfect, trebuie să

înlesnim medicilor însărcinați cu acel ajutor greau alor misiune; să îngrijim ca pe de o parte bolnavii cu dare de mână, cari n'aũ dreptu la asistența gratuită, să nu o cêră în detrimentul celor săraci, de pe alta ca medicul, retribuit pentru căutarea săracilor la domiciliul lor, să n'aibă multe alte sarcine, pe lângă cari el se ocupă și de ajutorul medical gratuit ca de un ce secundar, accesoriu, să n'aibă o clientelă particulară prea numerosă, care nu'l lasă timpul necesar pentru cei săraci, trebuie în fine ca să nu se prescrie de administrațiunile respective multe formalități complicate. În comunele rurale ajutorul medical trebuie să fie gratuit pentru familiile tuturilor țărănilor și medicii de plasă trebuie să facă sacrificii pentru ca să împrietinescă populațiunea satelor cu medicina. Pentru orașe s'aũ propus și la noi, ca primăriile să alcătuiască liste de toți locuitorii, cari din cauza sărăciei aũ drept la asistența gratuită, noi suntem în contra modului acestuia, care se întrebuintedă în Franția și în unele state germane de așezămintele de caritate și de administrațiunile comunale, și nu admitem nici usul din multe județe și orașe române, unde nu se pôte expedia nici o ordonanță gratuită fără semnătura primarului ori a președintelui comitetului permanent al județului; este în toate privințele mai bine, ca să remaie la aprecierea medicului dacă cine-va merită ordonanța gratuită seũ nu. Modul acesta, de și el pôte da loc la erori, este mai puțin vătămător, decât formalitatea de a investi ordonanța cu subsemnătura primarului, care formalitate în timpul nopții

și la casuri urgente în general face de multe ori ajutorul gratuit ilusoriu și de cât alcătuirea listelor de săraci, care poate bleșa pe unii și nedreptății pe alții care nu sunt bine vedeți de administrațiune. Medicul nu vor exagera scrupulositatea în această privință, și în casurile dubioase ei nu vor refuza ajutorul gratuit, este mai bine ca din eroră să se caute gratis un bolnav care poate ar mai fi în stare să plătească pe medic și medicamente, de cât să se refuza ajutorul unei familii după aparință nu săracă, care însă nu este în stare a purta cheltuiela unei cure mai îndelungate.

La prescripțiunea medicamentelor în contul județului ori al comunei putem să lăsăm medicului libertatea a alege medicamentul, fără ca să fie mărginit într'o farmacopoeă specială pentru săraci și să 'i recomandăm numai economia compatibilă cu scopul. Un medic inteligent va putea, cu puține excepțiuni, să evite prescripțiunile scumpe și multiple, să facă fondului pentru medicamente gratuite o economie însemnată prin ordonanțe simple, lipsite de ori ce lux, și să convingă pe săracii că este eronată ideea, că ei ar fi mai rău căutați de cât cei alții, din cauza scumpetei medicamentelor.

Ajutorul medical gratuit la domiciliul bolnavilor mai suferă pe alocurea din mai multe cauze: medicul vizitează pe bolnav numai o singură dată seu de două ori și apoi 'i recomandă ca să intre într'un spital și nu mai vin, ei refușă de multe ori facerea vizitelor nocturne și câte-odată chiar în timpul zilei la ore extraordinare, fac pe c-o trâmisiți din partea bolnavilor să vic de mai multe ori până când

'I primesc și 'I tratédă cu asprime saũ cer chiar ca să li se aducă birja , asemeni necuviințe numai anevoie se pot înlătura, căci dacă umanitatea și consciința nu îndémnă pe medic ca să 'și îndeplinescă datoria, regulamentele sunt inutile. In urbele mai mari, unde mai mulți medici sunt însărcinați cu ajutorul gratuit la domiciliul bolnavilor, este necesar ca fie-care dintr'ênșii să locuiască în despărțirea în care face serviciul. In timp de epidemii trebuie să se mărescă, după puțință, numărul medicilor retribuți pentru căutarea săracilor la domiciliu.

Consultațiunile gratuite cu ordonanțe gratuite pentru bolnavi ambulanți, date la domiciliul medicului, seũ într'un local public destinat pentru acesta, seũ într'un spital (tot pentru bolnavi cari nu voiesc să fie primiți în spital), înlesnesc foarte mult labórea medicului, căci ele consumă puțin timp în comparațiune cu vizitele la domiciliul bolnavilor. Nici o dată însă ele nu pot înlocui ajutorul medical la domiciliul săracilor, și medicii însărcinați cu cel din urmă serviciu n'ar trebui nici o dată să 'l privească ca secundar și ca lucrare principală darea consultațiunilor la locuința lor proprie seũ într'un local public, căci numai o parte a bolnavilor póte eși din casă și se póte transporta în localul consultațiunilor, și bólele cele mai grele reclamă căutarea la domiciliul bolnavului.

Este de neapărată trebuință, ca în tóte spitalele să existe serviciul de consultațiuni gratuite pentru bolnavi ambulanți și ca mai ales populația rurală să fie povățuită despre utilitatea acestor consultațiuni.

Pe lângă spitalele mai mari se pot lesne organiza consultațiuni gratuite după specialități, destinându-se ore osebite sêu locale osebite pentru bóle interne, bóle chirurgicale, bóle de ochi, bólele copiilor, bólele organelor sexuale ale femeii, etc. O asemenea organizare póte îndeplini în modul cel mai perfect scopul propus. Administrațiunile cari dispun de un bun dentist, vor face bine, daca vor institui și consultațiuni gratuite pentru bólele dinților. În mai multe județe se mai negligeză serviciile de consultațiuni gratuite pentru bolnavi.

Localele unde se dau consultațiunile gratuite să fie îndestrate cu aparatele și instrumentele necesare pentru examinarea diferiților bolnavi (sonde, catetre, specule, laryngoscoape, oftalmoscoape), ele trebuie să se compună de cel puțin două camere, una pentru așteptarea bolnavilor și alta, cu un pat, pentru acei bolnavi cari nu se pot bine examina de cât desbrăcați și în pozițiune orizontală. În multe orașe serviciile consultațiunilor gratuite sunt rău organizate, mai mulți bolnavi intră de o dată într'o cameră fără pat, unde ei sunt examinați în pripă, de față cu alții, ședând în picioare; imbuldela mare și timpul scurt consacrat de medic pentru fie-care bolnav în parte, fac ca bolnavii nu pot fi examinați cu scrupulositatea necesară.

Ajutorul medical gratuit la domiciliu este o instituțiune modernă, ca și consultațiunile gratuite pentru bolnavii ambulanți. La noi căutarea gratuită oficială a săracilor la domiciliu datedă atât în Muntenia precum și în Moldova de la regulamentul organic. Regulamentul organic al Principatului-Valahiei

a creat în Bucuresci posturile de 5 medici de despărțiri, de 1 chirurg al orașului, 1 mamos al orașului și 5 mōșe de despărțiri și în județe medici de județe. Regulamentul organic al Moldovei a prescris o organizațiune analogă pentru Moldova. A-fară de timpul de epidemii populațiunea rurală s'a folosit puțin de instituțiunea medicilor de județe, o îngrijire, de și foarte imperfectă, a bolnavilor din comunele rurale a început de la înființarea medicilor de plasă în anul 1862, când s'a creat în fie-care județ câte 1 post de medic de «arondisment». D'a-tunci încōce s'a înmulțit posturile de medici de plasă și s'a înlocuit succesiv medicii de plasă fără titluri academice cu medici cu titlurile necesari. O căutare eficace a bolnavilor din comunele rurale nu va fi însă posibilă, până când nu vom dispune de un număr mai mare de medici, care va permite împărțirea fie-cărui plăși în ocole mici și înlocuirea medicilor de plasă prin medici de ocole.

Consultațiunile gratuite regulate cu medicamente gratuite pentru bolnavi ambulanți, au fost înființate în România pentru prima oră în spitalul Colței în Bucuresci în anul 1862.

În unele orașe mari s'a înființat serviciul medicale de noapte, un număr de medici se obligă a fi în timpul nopții la dispoziția publicului și a administrațiunii, administrațiunea le garantază o plată cuviincioasă pentru vizitele de noapte și îndatorădă pe ómeni cu darea de mână la plata regulată a onorarului fixat pentru vizitele de noapte, iar pentru săracii plătesce administrațiunea acele vizite. La Paris și la Viena aceste servicii de noapte sunt servi-

cii municipale, la Berlin, Londra, Madrid ele aparțin unor asociațiuni private. La București n'am simțit până acum necesitatea unor servicii medicale speciale pentru timpul nopții, căci cei săraci recurg și în timpul nopții la medicii comunali, iar bolnavii cari sunt în stare a plăti visita, găsesc cu înlesnire un medic și în timpul nopții, înțelegându-se de la sine că medicii cer pentru serviciul nocturn un onorar mai mare de cât pentru vizitele făcute ziua.

XLVII.

Spitalele.

Spitalele în general.

Mulți bolnavi nu pot fi căutați cu succes la domiciliul lor, din cauză că sunt lipsiți de alimente potrivite cu starea lor fizică, de pânzeturi, de locuințe sănătoase, că n'are cine să 'i servescă, s'eu din cauză că boala lor fiind contagioasă, sunt amenințați de contagiune și alți locuitorii din aceeași casă, s'eu că boala reclamă un tratament special, cu instrumente și aparate speciale, dexteritate și cunoștințe speciale, pe cari nu le posed toți medicii. Statul este dar dator să înființeze case speciale pentru căutarea de asemenea bolnavi, spitale, în cari ei să fie adăpostiți, nutriți și îngrijiți cu toate trebuințele. În județele și în orașele unde nu există spitale centrale ori locale, întreținute din fundațiuni și donațiuni speciale, s'eu unde fondurile spitalelor cen-

trale nu sunt suficienți, îngrijesce statul, județul ori comuna de înființarea și întreținerea spitalelor.

Cele d'înteu spitale au fost instituții creștine. Arătarea medicului american Edward Cowles și a altor autori, că se pare că primele spitale ar fi fost create de preoții buddhiști în Hindostan 2 secole înainte Domnului Christos, nu este confirmată de alți învățați, dar combătută de Haeser, Spencer Hardy și R. Virchow. În istoria Asiei, a Greciei și Romei antice se vorbește despre spitale în termeni foarte vagi și nesiguri. Hospitiul Romanilor ca și Xenodochiul Grecilor au fost case destinate pentru îngrijirea călătorilor și Valetudinarium roman n'a fost un așezământ public, ci o casă privată pentru adăpostirea sclavilor a unui singur proprietar în parte. După fundarea creștinismului, care a ridicat pe femeia din starea de inferioritate în care o ținuse păgânismul și a chemat-o la participarea la diferitele opere de caritate, o femeie, Fabiola, nepoata lui Fabius, a dădit în cetatea eternă primul spital și prima casă pentru convalescenți, villa languentium. În același timp a fost dădit primul spital în Orient de către sfântul Vasile, vestita Basiliada din Cesarea și succesiv toate mănăstirile din Orient au devenit și oșpizi pentru călători și spitale pentru bolnavi. În evul mediu s'au creat spitale speciale pentru izolarea bolnavilor de Lepră, de Pestă, de Variolă și de alte bôle contagioase.

Primul spital din România, despre a cărui fondare găsim date pozitive, a fost acela din Sanmihail. D. B. P. Hașdeu reproduce în Archivele istorice ale României din anul 1864 un hrisov inedit

al lui Vodă Ión Vladislav, datat din Giurgiu 24 Iulie 1524, prin care dăruiesce institutulul numit Ospîțiu pentru bolnavi din locașul de la Săn-mitreni și Ospîțiuului pentru săraci din mănăstirea Argeș toate brânzeturile câte i se cuvine din județul dimprejur.

Mănăstirile din România au păstrat până în secolul curent caracterul de așezăminte ospitaliere și caritabile și mai multe spitale au fost clădite în curțile unor mănăstiri, îndestrate cu venituri largi de Domni ai țerei și de boeri pioși. Dar până în secolul trecut, atât în România precum și în restul Europei, aceste institute n'au fost spitale în sensul adevărat al cuvîntului, bolnavii primiră în ele numai adăpost și hrană, fără un tratament medical sistematic. Serviciile medicale regulate au fost introduse în spitalele din România în a doua jumătate a secolului trecut. Un hrisov al Domnului Moldovei Alexandru Ión Mavrocordat din anul 1785 ordonă, ca doctorul Spitalului St. Spiridon din Iași să facă la spital două vizite regulate pe zi, dimineața și la kindie.

Spitalul din curtea mănăstiri St. Spiridon din Iași a fost înființat în anul 1754 de Domnul Constantin Cihan Racoviță și în anul 1785 Domnul Alexandru Ión Mavrocordat a însărcinat pe Epitropia acestui spital și cu preveghierea spitalelor din mănăstirile Precista din Roman, Proorocul Samuil din Focșani și Bodești din județul Nعينت.

În Muntenia s'a deschis în anul 1750 spitalul St. Panteleimon, dădit de Domnitorul Grigorie Ghica II și în anul 1780, sub Domnul Ypsilanti, spitalul Colți din Bucuresci. În anul 1793 Eforia spitalului Panteleimon a înființat în apropierea lui spitalul St. Vi-

sarion pentru bolnavii afectați de ciumă, care spital a fost după câțiva ani strămutat la Dudescl. Proiectul pentru construirea spitalului Mavrogheni (Filantropia) dată din anul 1806 până la 1812, unul boerl aŭ dăruit pentru acest scop bani, un Baileanu a dat terenul, spitalul n'a fost însă terminat de cât în urma stăruinței doctorului Caracaș în anul 1827. În anul 1834 s'a deschis în Bucurescl spitalul Brâncovenesc, în anul 1839 spitalul de naștere, în anul 1858 spitalul de copii, în anul 1864 spitalul Colentina, în anul 1881 Spitalul Xenocrat.

Eforia spitalelor din Bucurescl și Epitropia generală a casei spitalelor St. Spiridon din Iași, pe lângă așezămintele spitalicescl din cele două capitale ale Principatelor, aŭ luat succesiv sub administrațiunea lor un număr mic de spitale din județe, create toate prin donațiuni și legate testamentare. După promulgarea Regulamentelor organice s'aŭ mai înființat câte-va administrațiuni locale de sineși stătătore, pentru conducerea unor spitale particulare îndestrate de către donatori caritabili cu fondurile suficiente. În Muntenia s'a completat succesiv până la anul 1844 numărul micelor spitale întreținute de către guvern în toate capitalele județelor, în Moldova s'aŭ înființat în anul 1863 și 1864 spitale județene (întreținute tot de stat) în capitalele acelor județe, în care nu se află spitale din fundațiuni speciale.

Veniturile Eforiei spitalelor civile din Bucurescl aŭ fost în anul 1860 întrunite cu veniturile generale ale statului, casa specială a Eforiei a fost desființată și spitalele Eforiei aŭ trecut sub administrațiunea imediată a Statului, până în anul 1864, când

Eforia spitalelor a fost reintegrată în drepturile ei. De la acel an Eforia spitalelor civile din Bucuresci și Epitropia generală a Casei spitalelor St. Spiridon din Iași, au luat sub administrațiunea lor și unele dintre spitalele și ospiciile statului, cu condițiunea ca statul să le subvenționeze și au lărgit și înmulțit succesiv așezămintele lor proprii.

După înființarea administrațiunilor județene autonome, în virtutea legii consiliilor județene din anul 1864, spitalele județene au trecut sub administrațiunea județelor și au fost d'atunci încóce mărite și înmulțite. Asemenea unele comune urbane în virtutea legii comunale au înființat spitale comunale.

Țăranii s'au folosit de spitale într'o proporțiune mai restrânsă de cât locuitorii orașelor. Pentru a înlesni populațiunei rurale căutarea în spital, guvernul a înființat în anul 1881 5 spitale rurale, a subvenționat d'atunci încóce câte-va spitale județene și a creat în anul 1888 un al șéselea spital rural. Despre ambulanțele rurale, create în anul 1884 tot cu scopul a împrieteni pe săteni cu binefaccile medicinei, voiă vorbi într'un alt capitol.

D. dr. Sergiu, director general al serviciului sanitar, ne spune în raportul general pe anul 1886, că în acel an s'au căutat în toate spitalele civile din țară 64543 bolnavi cu un total de 1057269 zile de căutare.

La începutul anului 1888 au funcționat în totă țara 93 spitale civile cu un număr de 3819 paturi, care împărțite la numărul total al populațiunei dă un pat pentru aproximativ 1400 locuitori. Din numărul de 93 spitale civile existente în anul 1888,

7 sunt întreținute de stat, afară de cele subvenționate, 32 sunt întreținute din fonduri județene, 21 din fondurile comunelor urbane, 13 din fonduri particulare, 8 din veniturile Eforiei spitalelor civile din București și 12 din cele ale Epitropiei generale a casei St. Spiridon din Iași. În spitalele statului au funcționat la începutul anului 1888 339 paturi, în cele județene 743, în cele ale comunelor urbane 476, în spitalele diferitelor case particulare 595, în cele ale Eforiei spitalelor civile 935, în spitalele Epitropiei generale a casei St. Spiridon 731 paturi.

Ceea ce mai rămâne de făcut pentru viitor, este înființarea unui număr cât de mare de spitale mici de plasă cu câte 6 până la 10 paturi, îngrijite de medicul de plasă; numai când medicul de plasă va dispune de un mic spital, populațiunea rurală va fi mai bine căutată în cas de boală de cât astăzi.

În România se primesc în căutarea gratuită a spitalelor publice, toți bolnavii cari au trebuință de dânsa, fără deosebire de naționalitate și de starea socială, cu singură excepțiune a alienaților supuși străinii, veniți de curând în țară; sistemul acesta mai există numai în Statele-Unite ale Americii, în Anglia și în puține spitale ale unor instituțiuni religioase din continentul Europei. Cele mai multe state cer reciproc de la guvernele respective, despăgubire pentru bolnavi de protecțiune străină, căutați nu numai în institutele de alienați ci și în spitalele publice și în casele publice de nascere.

Spitalele sunt generale pentru toate bolile, sau speciale pentru boale anume determinate, precum ma-

ternităţii, spitale pentru bôle infecţioase, pentru bôle sifilitice, pentru copil etc. ; ele mai sunt permanente ori provisorii. În privinţa celor din urmă, cari se înfiinţează în cas de epidemii şi de resbel, nu putem să fim prea exigenţi, căci la nevoie adaptăm ori-ce casă şi chiar corturi pentru acest scop. Pentru spitalele permanente însă cerem, ca localul să fie construit dinadins pentru căutarea bolnavilor după regulile ştiinţei. În contra acestui principiu se mai greşesce câte o dată. Unii administratori ai spitalelor judeţene şi comunale cred, că în ori-ce casă luată cu chirie, cumpărată sau lăsată pentru acest scop, se poate lesne instala un spital, şi chiar arhitectii însărcinaţi cu proiectarea planurilor pentru spitale centrale nu posed tot-d'a-una cunoştinţele igienice speciale, indispensabile pentru asemenea lucrări.

Înainte de toate cerem de la un spital, ca el însuşi să nu vateme sănătatea bolnavilor, să nu le comunice pe lângă bóla de care ei sufer, o altă bóla mai periculoasă de cât cea d'ântăiu. Bolnavii care intră cu bôle chirurgicale lesne curabile într'un spital rău construit şi rău administrat, mor de multe ori de erisipel, de gangrenă nosocomială, de bôle pe care le-au dobândit în spital. Apărăm pe bolnavi în contra acelor pericole, dacă privim ca condiţiuni principale ale unui spital, ca bolnavul să găsească într'insul aer curat, alimentaţiune bună, curăţenie exemplară şi căutarea consciinţioasă. Asigurăm spitalului aer curat prin păşirea regulilor indicate pentru locuinţe în genere, adică, prin alegerea înţeleptă a poziţiunii, prin suficienţa spaţiului, prin construc-

țiune potrivită și prin aerare și curățire scrupuloasă. În cât privesce curățenia, prima condițiune a ei este tratamentul aseptice și antiseptic al bólelor chirurgicale și al láuđiei, un spital în care principiile lui Lister nu se păzesc, merită să se închidă.

T e r e n u l .

Terenul pentru construirea unui spital să fie uscat, drenat (canalisat), puțiu ardicat, depărtat de bălți, de stabilimente industriale prea sgomotóse și necurate, de strade lórtre frecventate. Putem îndrepta inconvenientul aședărei unui spital într'o stradă cu comunicațiunea viă, prin interpunerea unei curți și grădinii spațioase între stradă și edificiele spitalului. Dacă suprafața disponibilă nu permite o asemenea împărțire, atunci nu putem accepta că spitalul va putea satisface cererile igienei. Asemenea nu vom aședa un spital într'un loc lipsit de apă curată.

În general este de preferit, ca spitalele din orașe să se așede pe la marginea orașului, unde se găsesce mai lesne un teren destul de întins și unde bólele infecțioase nu pot pune în pericol pe locuitorii orașului, cu lóte acestea putem construi și în centrele populate spitale mai mici, și este chiar de dorit ca unele spitale să nu fie prea depărtate de centrul unui oraș mare, cu condițiune ca spitalul să fie separat de casele circumvecine și de strade printr'o zonă largă de plantațiuni.

Nu putem tot-d'a-una observa regula banală, ca spitalul să se așede într'un loc situat afară de direcțiunea predominantă a vânturilor. Dacă spitalul

este înconjurat de curți și grădini, emanațiunile bolnavilor, înainte de a fi transportate în interiorul orașului, vor fi diluate într'un mod suficient.

Nu putem precisa într'un mod general, întinderea suprafeței terenului necesar pentru construirea unui spital; ea depinde de sistemul după care voim a construi edificiul, și chiar regulele recomandate de unii învățați distinși nu pot fi privite ca absolute. D. I. Rochard este de părere, că în majoritatea cazurilor ne trebuie câte 1 hectar pentru 100 bolnavi; D. L. Degen cere pentru spitalele cu 2 caturi câte 100 metri patrați pentru 1 bolnav, pentru spitale-pavilione cu un singur cat 150 metri patrați de bolnav, pentru spitale speciale pentru bóle infecțioase câte 200 metri patrați pentru un pat. Instrucțiunile pentru construcțiunea de infirmerii și spitale militare ale armatei austro-ungare fixază terenul necesar pentru spitale mari la 100 până la 150 metri patrați de pat, pentru spitale mici și infirmerii la 200 metri patrați de pat.

Numărul paturilor.

Edificiile spitalicescî colosale cu 2000 până la 3000 de paturi aparțin trecutului, acolo unde ele mai există se reduce succesiv numărul paturilor și se înlătură pericolele aglomerațiunei prin diferite îmbunătățiri costitoare, care însă nu pot aduce acele aședăminte în condițiuni egale cu spitalele noi mai mici, ținute după principiile moderne. În secolul curent s'a scăzut dar numărul maximal al paturilor, admisibil pentru un singur spital permanent la 800,

la 700, apoi la 600 și astăzi considerăm ca limită maximală numărul de 500 paturi pentru un spital general și de 250 paturi pentru un spital special de bôle infecțioase.

Orientațiunea.

În privința orientațiunii celei mai bune există două opinii divergente, care amândouă au fost reprezentate la cele din urmă expozițiuni de igienă: direcțiunea axei longitudinale a saletor de la miază-noapte spre amiază și direcțiunea de la răsărit spre apus. La unele spitale germane noua axa longitudinală este dirijată de la sud-est spre nord-west, programul spitalelor rurale române prescrie direcțiunea de la nord-est spre sud-west.

Părțile din care se compune un spital.

Fie-care spital trebuie să se compună din săli și din camere pentru bolnavi, din local de administrațiune și din anexe.

Administrațiunea coprinde cancelaria, camerile medicilor și internilor, locuințele personalului administrativ, sala de gardă, depozite de albituri și ascernuturi, sala de aseptare și localul pentru consultațiuni gratuite pentru bolnavi ambulanți, separat de cele lalte locale ale administrațiunii, având cel puțin intrare specială.

Anexele se compun din pivnițe și depozite de provisiuni, din bucătărie, farmacie, spălătorie, stabilimentul de băi în casul când nu se află cabinete

de băi în fie-care pavilion, din locuințele portarului și altor servitori, din deposit de vestminte proprii ale bolnavilor, din aparatul de desinfecțiune și din casa mortuară. Cele din urmă două clădiri (aparatul de desinfecțiune și casa mortuară) vor fi cu desăvârșire izolate.

Sistemul de construcțiune.

Cu cât este mai mare numărul bolnavilor aglomerati într'o singură casă, cu atât mai mică este probabilitatea vindicării lor. Sănătatea unei populațiuni care ocupă un teren de o întindere determinată, se află în proporțiune inversă cu numărul acelei populațiuni; această lege statistică este cu atât mai valabilă pentru spitale, cu cât bolnavii strică aerul într'un grad mult mai mare de cât cei sănătoși. Ventilațiunea, curățenia, îngrijirea și căutarea scrupuloasă a bolnavilor nu pot îndrepta răul, produs prin aglomerarea unui număr mare de bolnavi într'o clădire, din această cauză știința modernă a părăsit sistemul construcțiunilor compacte, compuse din zidiri înalte, grupate în jurul unei curți închise din toate părțile și 'l a înlocuit prin descentralizațiunea locală a spitalelor, prin sistemul pavilionelor, construind pe un teren vast mai multe spitale separate (pavilione), aședate în jurul unei case destinate pentru administrațiune.

Necesitatea acestei descentralizațiuni a fost recunoscută deja pe la finele secolului trecut, o găsim expusă într'un raport al Doctorului Leroy către Academia franceză de științe din anul 1786, și

Într'un memoriu prezentat aceleași Academiil de către Tenon în anul 1788, în care memoriu se recomandă pentru prima óră pavilionul cu un singur cat. Revoluțiunea mare francesă a amănat punerea în practică a principiilor recomandate de Leroy și Tenon și în Franța tocmai în anul 1854 s'a terminat construcțiunea primului spital care represintă sistemul descentralisațiunei, spitalul Lariboisière din Paris. Paviliónele spitalului Lariboisière care au trei caturi, sunt legate între ele prin coridóre cu un singur cat, prin urmare ele nu permit o descentralizare perfectă. În Germania s'a făcut prima încercarea descentralisațiunei în anul 1846, când Profesorul Günther din Lipsca a construit din scânduri și pândă de cort prima baracă pentru bolnavi. În cercarea profesorului Günthner a rămas de-o-camdată izolată, însă în resbelul din Crimea (1854-55) și mai mult în resbelul de secesiune a Statelor-Unite din America (1864) s'a recunoscut valórea însemnată a baracei; în timpul marel epidemii de Febră recurentă din anul 1865 s'au construit la St. Petersburg numeroase barace pentru bolnavii de această bółă. Baraca a fost succesiv perfecționată în resbelele din anii 1866, 1870-71 și 1877-78, în timpul ocupațiunei Bosniei și a Erțegovinei de armata austro-ungară în anul 1879 și astă-đt ea face parte integrantă din spitalele civile permanente dintre cele mai însemnate. În resbelul din 1877-78 magasiile de grâne din Turnu-Măgurele au fost transformate cu mult succes în barace pentru bolnavi și răniți.

Baracele și paviliónele asigură lumina necesariă

și aer suficient, ele înlesnesc separarea bolnavilor și izolarea acelor care nu pot rămâne în contact cu cei l'alți.

C o r t u l.

În timp de epidemii ca și în timp de resbel, când spitalele permanente nu sunt destul de încăpătoare pentru marele număr de bolnavi, recurgem și la corturi. Unele spitale noi au pentru asemenea întâmplări corturi în depozitele lor și în curțile și grădinele spitalului este o parte din teren destinată pentru acest scop și acoperită cu beton sau cu asfalt.

În cei din urmă 30 de ani s'a făcut experiența, că căutarea bolnavilor la aer liber și în corturi de pândă dă în general rezultatele cele mai satisfăcătoare, că mai ales boalele contagioase se lătesc mai greu între bolnavii adăpostiți în corturi, și că acest sistem este aplicabil nu numai vara, ci și pe alocurea în timpul primăverii și în cea d'ânteiu jumătate a toamnei. Experiențele acestea au îndemnat și pe multe administrațiuni ale spitalelor civile permanente, ca să se serve de corturi în timp de epidemii. Boalele cele mai grele au luat la accesul liber al aerului un caracter mai puțin grav și s'au vindecat într'un timp mai scurt de cât în săli.

În timp de resbel corturile înlesnesc transportul și înființarea răpede a ambulanțelor.

Cortul cu pereți de pândă dublă înlocuesce astă-

și cu succes cortul vechi dintr'o singură fôie de pîndă.

Corturile trebuie să fie așezate pe un teren sănătos, uscat, puțin permeabil pentru lichide. Unii aștern pe solul cortului un strat de petriș sêu de nisip, alții 'l pardosesce cu scânduri, iar alții 'l acoper cu pânze impermeabile. Depărtarea între două corturi caută să fie de 25 metri cel puțin. Șanțulețe de mică profunditate caută să înlesnescă scurgerea apelor meteorice.

Excrementele și alte necurățenii se depun la o depărtare de câte va sute de pași de la corturi și se desinfectă. Dacă n'a fost făcut impermeabil locul pe care se aședă corturile, ele trebuie să se strămute din când în când. Asemenea să se schimbe și să se curățe, după un timp ôre-care, pânzele corturilor.

Pe lângă avantajele însemnate, sistemul căutării bolnavilor în corturi are însă și defectele sale. Cortul nu apără pe bolnav îndestul în contra intemperiilor, un vânt mai tare aduce atmosfera cortului într'o mișcare excesivă, în zile prea căldurose cortul nu moderéză îndestul căldura aerului, în timpuri ploioase cortul se împle cu vaporii de apă. Ventilațiunea și intrarea luminii în cort devine dificile în zile ploioase, căci ardicaarea unui părete al cortului expune la intrarea plôiei în cort.

B a r a c a .

Baracele nu presintă neajunsurile corturilor, ele permit luminarea și ventilarea regulată, apără pe

bolnavi în contra intemperiilor, se pot construi într'un timp scurt și cu cheltuială mică în comparațiune cu spitalele permanente. Baracele sunt construcțiuni ușoare, foarte simple, cu un singur cat, care se fac obicnuit de scânduri sau de cărămidă cu pereți subțiri. În resbelul din 1877-1878 Societatea Crucii Roșii Română a construit la Turnu-Măgurele barace de gard (de nueue) tencuite, care au îndeplinit bine scopul lor. Vom vorbi mai jos despre baracele transportabile.

Dacă pereții interiori ai baracii sunt de scânduri, le vom colora cu ulei, pentru ca să nu absorbă diferite materii organice și pentru ca să se potă spăla.

Avantajele baracelor consist numai în estinătatea instalațiunii lor și în răpediciunea cu care ele se pot construi. Pentru spitale timpurale în resbel și în timp de epidemii, ele au o valoare însemnate. Imprejurarea că obicnuit baraca nu durează mulți ani, nu o putem privi ca un desavantagi, căci este chiar în interesul igienei, că o clădire de lemn, a cărei pereți, teren, pardosela și mobile s'au infiltrat cu diferiți efluvii morbigeni, să se distrugă cu desăvârșire înainte a deveni un focar de infecțiune. Pentru spitale permanente și pentru timpuri normale dăm preferința pavilionului, care difere de baraca prin construcțiune mai solidă.

P a v i l i o n u l .

Sistemul paviliónelor separate este singurul sistem corect, după care se mai construiesc astăzi spi-

tale. In spitalele mai noi observăm trei diferite moduri de clădiri descentralizate :

1. Adevăratul pavilion sau baracă permanentă solidă, cu un singur cat, fără coridor, compuz din 1 sau cel mult 2 săli cu câte 10 până la 30 paturi, cu cabinet de băi, latrine, camera pentru infirmieri, și 1 până la 2 camere de izolare pentru bolnavi. La noi acest tip este represintat prin pavilionul de izolare pentru bolnavi infecțioși din curtea spitalului Colentina și din Noul spital militar central din București.

2. Pavilionul cu 2 caturi fără coridore, împărțit ca baraca sau ca pavilionul cu un singur cat ; acest tip este la noi represintat prin Noul spital militar central din București.

3. Blocul, o casă cu mai multe etage și cu coridore, cu camere cu câte 1 până la 6 paturi, cu cabinete de băi, latrine și camere pentru infirmieri.

Din aceste 3 tipuri dăm preferința celui d'întîi, adevăratului pavilion sau baracei, care corespunde mai bine scopului. In spitalele cu mai multe caturi emanațiunile bolnavilor se pot transporta prin intermediul scărilor dintr'un cat in cel-l'alt, din această cauză nu admitem mai mult de cât 2 caturi și cerem, ca ele să fie cu totul separate, catul de jos să aibă intrarea osebită, fără comunicațiune cu scara care conduce in catul superior. Asemenea trebuie să oprim comunicațiunea între amândouă caturile prin tavanul catului inferior, care urmédă a se face impermeabil prin așdarea unui strat de ciment sau de asfalt între tavan și între pardoséla catului superior. Se înțelege de sine că vom îngriji,

ca să nu existe comunicațiunile între latrinele amândora caturilor.

Pentru pavilione cu un singur cat sistemul Tollet prezintă avantaje economice. D. Tollet suprimă tavanul și măresce astfel spațiul salelor, pavilionele d-sale se compun dintr'o cherestea de fer cu bolta ascuțită, care înlocuesce tavanul și servă tot de odată de învelitoare; interstițiile acestei cherestele se umple cu țidărie de cărămidă. La barace după sistemul german se suprimă asemenea tavanul și se înlocuesce prin cele două planuri care formează învelitoarea baracei.

În pavilione salele și camerele bolnavilor să nu se afle imediat d'asupra solului, ci d'asupra unui suteran. Baracele de construcțiune ușoră și estină, care n'aũ suterane, se pot ridica cu un metru d'asupra solului, așezându-se pardosela lor pe stâlpi, care permit circulațiunea aerului în spațiul între sol și între pardoselă; în acest caz însă pardosela va fi îndoită și impermeabilă pentru aer.

Chiar un spital mai mic ar trebui să se compună cel puțin din două case separate, una pentru bolnavi și alta pentru administrațiune și să posedă cel puțin 2 camere pentru bolnavii infecțioși și neliniștiți, cu totul izolate de clădirea principală și de casa de administrațiune.

Distanța între două pavilione trebuie să fie egală cel puțin cu înălțimea îndoită a unui pavilion, socotit până la învelitoare.

Dimensiunile salelor.

Salele să nu fie prea mari, căci aşezarea multor bolnavi într'o singură sală turbură liniştea care le este atât de necesară. Timpul actual a părăsit sistemul salelor vaste cu 50, 100 şi chiar mai multe paturi şi l-a înlocuit prin sistemul «fracţionării bolnavilor» în camere cu puţine paturi şi prin izolarea câte unui pacient într'o singură cameră. Construcţiunea şi administraţiunea spitalelor cu săli vaste este mai estină şi mai facilă de cât a celor cu sistemul fracţionării şi al izolaţiunii, cele din urmă corespund însă mai bine cu scopul lor, şi procură bolnavilor mai lesne aer curat şi linişte necesară; ele reclamă un număr mai mare de infirmieri, şi cele cu izolaţiune perfectă au trebuinţa de clopote electrice pentru chemarea infirmierilor. Se înţelege de sine că mulţi bolnavi nu suportă izolaţiunea completă, mai ales copiii şi epilepticii, şi că alţii nu o doresc, pentru asemenea bolnavi trebuie dar să existe săli sau camere cu 2 până la 4 paturi.

De şi se recunoşce astăzi, că izolaţiunea celor mai mulţi bolnavi îndeplinesce mai bine condiţiunile unei căutări perfecte, cause economice se opun introducerii ei generale. În ori-ce caz trebuie, ca pe lângă sale mai mari să mai existe şi camere cu un singur pat, pentru bolnavi cari fac prea mult zgomot, pentru simulanţi, arestaţi, ca camere de rezervă pentru pacienţii cari au fost operaţi de curând, ca camere de carantină pentru bolnavii cu diagnosa nesigură, la care se aşteptă manifestarea unei boale

contagióse. Dorim dar ca salele paviliónelor să nu conție mai mult de cât 10 până la 12 paturi; în timp de resbel și de epidemii trebuie să admitem însă ca salele baracelor timpurarii să conție și până la 30 paturi.

Salubritatea unui spital nu depinde numai de spațiul de care dispune fie-care bolnav în parte, ci și de reînnoirea regulată a aerului și de curățenia în general. Ventilațiunea cea mai perfectă nu reînnoește tot aer dintr'o sală mai adesea-orî, de cât de trei orî într'o oră și din acéstă causă dorim, ca parte de spațiul ocupat de câte un bolnav să fie destul de mare, chiar în vederea unei ventilațiuni mai puțin perfecte, care permite premenirea completă a aerului numai de 2 orî într'o oră.

Salele și camerile bolnavilor să n'aibă o înălțime mai mică de cât de 4.50 metri. Spațiul pe care îl cerem pentru fie-care pat în parte este de câte 40 metri cubi pentru bolnavi afectați de bóle cronice sau de bóle acute mai ușóre, de 45 metri cubi pentru bólele febrile, de 60 metri cubi pentru bólele infecțióse, pentru femeile lăuđe, pentru răniți și operați. Suprafața minimală a pardoselei sălilor ce va ocupa ast-fel fie-care pat în parte este de 8.88 metri pătrați pentru bolnavii afectați de bóle cronice, de 10 metri pătrați pentru bolnavii cu bóle febrile și de 13.3 metri pătrați pentru bolnavii infecțioși, operați, răniți și pentru femeile lăuđe. Pentru spitalele de copil spațiul ocupat de câte un pat va fi acelaș ca pentru spitalele de adulți.

Ferestrele.

Salele și camerile unui spital trebuie să fie luminoase, rașele solare să intre direct și în cantitatea cea mai mare posibilă în localitățile ocupate de bolnavi, care nu pot fi lipsiți de acțiunea fizică și morală a luminei directe. Suprafața totală a gémurilor ferestrelor să nu fie dar mai mică de cât a șasea parte a suprafeței pardoselei salelor și a camerilor, în cât parte din suprafața de ferăstră calculată pentru câte un bolnav să fie de 1.50 până la 2 metri patrați. După puțină vom îndestra salele cu două rânduri de ferestre opuse, la salele baracelor și a pavilionelor această măsură este lesne de executat, ea ne asigură o cantitate suficientă de lumină și înlesnesce ventilațiunea.

Ferestrele să mērgă până aprópe de tavan, marginea lor superióră să fie dréptă și nu semicirculară, cea din urmă formă este mai constitoare, micșorēdă suprafața luminatóră și face aședarea transparentelor dificile. Pentru clima nóstră sunt două rânduri de ferestre indispensabile, le putem utiliza pentru ventilațiunea permanentă, dacă parte din ele se deschide în jurul axei orizontale, ast-fel ca partea inferióră a ferestrei exterióre să rămēie deschisă spre afară și partea superióră a ferestrei interiore spre năuntru, dirigēnd curentul aerului spre tavan.

D. Tollet recomandă ferestrele în formă de ușe, ferestre largi de înălțime de 4 metri care merg până în nivelul pardoselei salelor, partea lor infe-

riórã este plinã (de schindurî fãrã gémurî) pãnã la înãlþime de 1 metru 20 centimetri; prin deschiderea acestor ferestre producem o ventilaþiune mai radicalã de cât prin ferestre ordinare.

Gémurile gãurite printr'o mulþime de aperturî mici, recomandate de D. E. Trélat, nu sunt potrivite pentru clima nostru.

Obicinuit se aþedã câte un pat sau 2 paturî între 2 ferestre, nu se instalédã paturile în dreptul ferestelor și dacã arhitectul n'a luat acéstã împrejurare în bãgare de sémã, se perde inutil spaþiul necesariũ pentru paturî. Unele construcþiuni spitalicesci franceze mai nuoi, aũ dar câte o feréstrã înaltã dar îngustã de numai 60 centimetre lãþime între câte 2 paturî. Baracele pot fi luminate prin ferestre ale cãror axã longitudinalã este cea orizontalã și nu cea verticalã și care se aflã în apropierea tavanului, cu condiþiune ca sã se ia mësuri, pentru a se putea ventila și partea inferiórã a salelor prin curenþi de aer care trec imediat d'asupra pardoselei.

Ventilaþiunea și încãlþirea.

Ventilaþiunea singurã, fãrã observarea curãþeniei celei mai scrupuloase, nu este suficientã pentru ca atmosfera unui spital sã posede gradul necesariũ de puritate. Cele l'alte regule de curãþenie aũ dar pasul înainte ventilaþiunii. Secretele și excretele bolnavilor, obiectele de pansament usate, pãndeturile necurate trebuie sã se depãrteþe din salele și camerele bolnavilor rãpede și într'un mod inofensiv, astfel ca sã nu infecte alte locale ale spitalului. Par-

doséla să nu se măture într'un mod, care înlesnesce răspândirea în atmosfera salelor a diferitelor pulveri, a unor microorganismî patogenî, care dacă nemișcați pe sol, ci să se ștergă cu cârpe sau cu măturî udate cu o soluțiune desinfectante (sublimat 1 parte la 3000 părți apă). Asemenea să nu se scuture ascernutul în interiorul salelor, ci mai ales la premenirea paturilor care au fost ocupate de bolnavi infecțioși, la depărtarea pânșeturilor necurate, a excrementelor, a secretelor bolnavilor cu bóle chirurgicale, a apelor necurate rezultate din spălarea rănilor, la desinfectarea sputelor (a scuipătorilor) să se observe regulele recomandate la capít. VI.

Căile principale pentru eșirea aerului stricat și pentru introducerea aerului curat sunt ferestrele, deschiderea repetată și prelungită a ferestrelor și ușelor este adesea orî suficientă pentru spitale mici, mai cu osebite dacă salele au două rânduri de ferestre opuse, sau dacă ele posed ferestre-ușe, care merg de la pardoséla până aproape de tavan după sistemul Tollet. Ventilațiunea prin ferestre se completează prin aperturi speciale, pentru intrarea aerului curat și pentru eșirea celui necurat.

Asupra direcțiunei ce trebuie să dăm curentului ventilator există păreri divergente : L. Degen introduce aerul curat în apropierea tavanului, el se scobórá, și ese iar prin aperturile speciale pentru eșirea aerului stricat, aședate în nivelul pardoselei. Acest sistem este pus în practică în spitalul Lariboisière din Paris, unde mașine puternice aspiră aerul stricat prin canale, care se deschid d'asupra pachetului salelor, în spitalele Friedrichshain și Elisa-

beth din Berlin, în spitalul Sf. Vladimir din Moscva, în spitalul St. Eugénie din Lille. Noi dăm, împreună cu d. I. Rochard, preferința curentului ventilator ascendent, introducerea aerului curat prin ferestre și prin aperturi aflate în nivelul pardoselei, îndestrate cu registre și grilaje (aparate pentru regularea curentului) și scóterei aerului stricat prin canale care se deschid în apropierea tavanului. Acest mod de ventilațiune există mai cu osebire în baracele germane, cari posed în mijlocul tavanului mici ferestre speciale pentru ventilațiune («felinare», «Dachreiter», «Dachfirstventilation»); ventilațiunea prin aceste «felinare», ferestre aședate la punctul cel mai înalt al salelor, póte funcționa în permanența numai în timpul verii, în timpul iernei trebu se recurgem la alte mijlóce de ventilațiune. Ventilațiunea prin curentul ascendent, cu canale de intrare d'asupra pardoselei și cu canale de eșire în tavan, a fost introdusă într'o altă formă, fără felinare, în Maternitatea din Berlin și în unele alte spitale germane și franceze construite în cei din urmă ani.

De și astă-đi majoritatea igienistilor stabilește regula, ca aședămintele spitalicesci mari nu pot fi lipsite de ventilațiune artificială, pusă în mișcare prin mașine cu vaporii, am văđut spitale mai mari, ventilate într'un mod perfect fără mașine complicate. În timpul iernei, când ferestrele nu rămân tóltă đioa deschise, aparatele de încăđire cele mai simple pot servi tot-de-odată ca aparate de ventilațiune. Unele spitale din Viena se ventiléđă cu ajutorul sobelor după sistemul Profesorului C. Boehm, unele spitale germane prin sobe Meidinger. Marele spital militar

Tempelhof din Berlin este ventilat prin sobe mari de fer, inconjurate de mantale duble și așezate în mijlocul salelor. Aerul curat intră din afară, prin canale aflate de desubtul pardoselei, în spațiul între amândouă mantelele ale sobei și d'acolo se imprăștie în salele prin aperturile mantelelor, aerul stricat ese prin coșuri speciale aflate în parte supremă a salelor. Mai multe spitale engleze și rusești se ventilă prin caminuri sêu vetre deschise ; la baracele spitalului ale asociațiunei Rudolfiner-Verein la Döbling lângă Viena coșurile de ventilațiune aũ în locul vetrelor pentru foc, lămpi cu gaz care produc un curent suficient.

În cazul când un spital se ventilă prin aparate artificiale, ele trebuie să reguleze atât intrarea aerului curat, (propulsiune, injecțiune) precum și eșirea aerului stricat (apel, extracțiune). Un exemplu al acestei ventilațiuni îndoite prin mașine complicate 'l dă spitalul Tenon (Menilmontant) din Paris, deschis în anul 1880. Dacă sistemul mixt de ventilațiune nu se pôte realiza, atunci dăm preferința sistemului injecțiunei aerului curat înaintea celui a extracțiunei celui stricat, cu condițiune ca orificiile de eșire a aerului stricat să fie deschise în permanență și ca cantitatea aerului curat injectat să nu fie mai mică de cât 40 metri cubi pe oră pentru un pat din spitalele pentru bólele cronice și bóle acute ușóre și de 60 metri cubi pe oră pentru câte un pat din spitalele pentru bólele infecțióse, pentru rãniși și operați și pentru femeile lãuđe.

Dacă aparatul de ventilațiune este într'unit cu un calorifer, trebuie să luãm precauțiuni, pentru acea-

rul curat introdus în salele spitalului să nu fie nici fierbinte nici prea uscat, aerul încălzit trebuie în acest caz udat înaintea intrării lui în localele ocupate de bolnavi :

În cât privesce încălzirea artificială, dăm pentru spitale mici sobelor preferința înaintea caloriferelor, cele din urmă sunt avantajoase numai pentru spitale mari. În general soba românească de cărămidă și soba de pământ ars sunt potrivite pentru clima noastră, soba Meidinger funcționează numai atunci regulat, când este îngrijită de un personal bine disciplinat, familiarizat cu mecanismul ei. Caloriferele cele mai bune sunt cele construite după sistemul mixt, care încălzesc de o dată 'prin apă caldă și prin aer cald (Dampfwasser-Luftheizung). Neajunsul principal care se poate naște la încălzirea centralizată (prin calorifere) este acela, ca cea mai mică stricăre a aparatului poate produce perturbațiuni serioase în toate părțile ale spitalului, de vreme ce nefuncționare a unei singure sobe în parte, poate produce consecințe numai pentru sală sau cameră în care acea sobă este instalată.

Baracele cele noi ale spitalului general din Hamburg sunt încălzite printr'un calorifer cu apă caldă, care comunică căldura lui pavelelor de pământ ars smălțuit cu care baracele sunt pavate ; de desubtul acestor pavele există un spațiu gol, în care circulă aerul încălzit la 75°C , pavelele se încălzesc până la 25°C . și chiar până la 27°C . și căldura lor se comunică atmosferei din baracă.

Păreții și pardoséla.

În spitalele mai mici și în spitalele rurale în general păreții interiori se pot spoii cu calce, și ori de câte ori o desinfecțiune radicală este indicată, ele se spoiesc din nou; păreții salilor și camerilor ale spitalelor mai avute se pot colora cu uleiū, în acest caz ele se vor curăți adesea ori prin stergere cu cârpe udade cu o soluțiune desinfectante. Mai multe spitale noi din Franța, Anglia și Germania sunt pe din năuntru tencuite cu ipsos saū cu cement și colorate cu uleiū, această tencuélă permite spălarea periodică a păreților. S'aū mai făcut încercări cu tencuéla de ipsos amestecat cu silicat de sodă (Wasserglas), care aū avut reușita deplină.

Baracele de schinduri se colorédă pe din năuntru cu uleiū, baracele de fer se căplușesc pe din năuntru asemenea cu schinduri vâpsite cu uleiū.

Pardoséla de schinduri este în timpul iernei mai plăcută de cât pavagiul de cărămidă și de piatră și de cât cementul și asfaltul, lemnul se imbibă însă lesne cu diferite sub-stanțe organice. Colorarea schindurilor cu uleiū nu înlătură cu desăvârșire acest neajuns, pardoséla introdusă în unele spitale franceze, de schinduri suprapuse d'asupra unui strat de asfalt fierbinte, ast-fel ca și interstițiile schindurilor să fie umplute cu asfalt, presintă avantajul că diferite materii organice nu se pot aglomera de desubtu pardoselei. În general se dă dar preferința pardoselei cu totul impermeabile de asfalt, de ciment venețian bătut și poleit (ciment amestecat cu pietriș

förte mărunte bätut și neteđit), introdus și la Maternitatea din București, de cărămida compactă și smălțuită și de alte pavele impermeabile, așeđate d'asupra unui strat de beton sau de asfalt. In Germania se fabrică pentru acest scop nisce pavele de pământ ars, rezistente și îmbrăcate cu un strat sticlos numite «Metlacher Fliessen».

Băile.

Descentralizarea localelor destinate pentru bolnavi trage după sine și necesitatea descentralisării stabilimentului de băi, fie-care baracă, pavilion sau bloc trebuie să poséđă dar una sau două cabine pentru băi și dușe. Stabilimentul central de băi va fi astfel redus la putine, cabine pentru băi de curățenie pentru bolnavii intrați din uoú, și la băile de vapor. Se înțelege de la sine, că și un spital mic de plasă trebuie să poséđă neapěrat o cabină pentru băi și dușe.

Cabinele de băi vor avea pardoséla și päreții impermeabili, se vor afla în legătură cu un canal de scurgere, vor fi bine ventilate și în timpul iernei încăldite. In nici un cas nu se vor admite putine de lemn pentru băi, ci bazine mici đidite și cimentate, sau băi de zinc, de cupru sau de fer colorate cu uleiú. Băile și basinurile căptușite cu faianță sunt bune dar förte costitóre.

Pentru bolnavii cari nu se pot lesne transporta până în cabina de băi, trebuie să se afle în ființă o puțină de băi transportabilă, care se aduce în apropierea patului bolnavului.

L a t r i n e l e .

Nu putem prescrie un anumit sistem de latrine, căci împrejurările locale ne impun adesea-ori condițiuni care influențează alegerea sistemului. Într'un oraș care posedă o canalizațiune corectă și unde se admite comunicațiune directă între water-closete și între canalele publice, se pot construi latrine perfecte, care vor permite depărtarea repedă a excrementelor și spălarea neconținută a latrinelor. Într'un spital rural, unde situațiunea terenului și alte împrejurări înlesnesc construcțiunea unui canal de scurgere cu povârnișul suficient, vom recurge asemenea la depărtarea excrementelor și a lăturilor prin latrine și canale spălate cu apă în abundență. Dacă împrejurările cer construirea de hasnale, le vom depărta de la ȳidurile și de la ferestrele spitalului, le vom goli în periode scurte și le vom desinfecă adesea-ori cu soluțiuni de sublimat său cu un alt desinfecănt eficace și estin.

Dacă un pavilion este împărțit în două său mai multe secțiuni separate cu intrări separate, atunci fie-care secțiune trebuie să posedă latrinele sale în parte.

Latrinele trebuie să fie luminoase, bine ventilate, aședate într'un mic anex al fie-cărui pavilion său bloc, legat cu corpul clădirii printr'un mic coridor, asemenea bine ventilat, său cel puțin printr'o mică anticameră.

Numărul latrinelor să nu fie mai mic de cât una dentru câte 12 bolnavi, spitalele mici de plasă cu

mai puțin de cât 12 paturi vor avea cel puțin 2 latrine. Pentru serviciul de bărbați se vor mai adăoga pisorii (urinare) osebite.

Scaunul latrinei se va înlocui printr'un alt aparat de fer saũ de ciment bine neteșit, care înlesnesce curățirea necont nită a closetului. Ligheanul closetului să fie de fer smăltuit. Pardoséla latrinelor se va face impermeabilă printr'un strat de asfalt și i se va da un mic pōvârniș (panta) spre o apertură de scurgere.

Camerele surorilor de caritate și ale infirmierelor, camera pentru gătirea tēiurilor și a cataplasmelor.

În multe spitale infirmierele nu dispun de o cameră a lor propriă, ci în fie-care sală s' s pară prin paravane saũ perdele un colț al salei pentru infirmiere. Misiunea unei infirmiere este grea și dacă voim să ne asigurăm un personal devotat serviciului bolnavilor, bine exersat și disciplinat, nu trebuie să'i refusăm un mic confort, care este compatibil cu interesele bolnavilor. Fie care pavilion trebuie să posédă dar una saũ două camere pentru infirmiere, situate imediat lângă salele bolnavilor. În spitalele mai mari, care aũ surori de caritate saũ supraveghietóre, se vor destina asemenea camere separate pentru ele. Camerele surorilor, supraveghietórelor saũ infirmierilor vor conține, afară de mobilierul pentru trebuința lor propriă, câte un dulap pentru pânșeturile și pentru alte obiecte ale spitalului care le sunt încredințate.

Spitalele vechi mai au camere pentru gătirea celiurilor și a cataplasmelor (tisanerii), care mai servă drept depozite diferitelor materii necurate. Aceste tisanerii se pot suprima cu desăvârșire, terapia modernă a renunțat la întrebuințarea cataplasmelor preparate la foc, căci ele se află în contradicție cu principiile tratamentului aseptice și celiurile se pot prepara în vestibulul pavilionului sau chiar în sala bolnavilor, unde putem instala un aparat simplu de încălzire cu gaz, cu petrol ori cu alcool.

Sala de conversație, veranda, pridvor.

Unele spitale posedă în fie-care pavilion sau bloc câte o sală, în care în timpurile ordinare bolnavii care pot părăsi patul și cei care se află în convalescență petrec ziua și primesc mâncările lor; în timpurile extraordinare, când numărul bolnavilor este prea mare, aceste sale se transformă în sale de bolnavi cu paturi. Pridvórele și verandele pavilionelor și baracelor pot îndeplini acelaș scop. Este însă mai practic, ca convalescenții se ocupă nu numai în timpul zilei ci și în timpul nopții sale speciale, pentru ca cei greu bolnavi să nu fie supărați în odihna lor prin umbletul și prin conversația convalescenților, și pentru ca cei din urmă să nu fie neconținți martorii ai suferințelor altor bolnavi. Unele administrații de spitale din Anglia, din Germania și din Franța au înființat la țară spitale speciale, pentru evacuarea convalescenților din spitalele din orașele mari.

Depărtarea pânzeturilor necurate.

În mai multe spitale noi din Germania pânzeturile necurate se depărtă de la salele bolnavilor îndată după premenire, printr'un tub metalic destul de larg, care conduce din sala, unde este închis ermetic printr'un capac indoit, în suțeran, unde pânzeturile cad într'un coș sau într'un vas umplut cu soluțiunii desinfectante de bichlorur de mercur sau de acid carbolic. În spitale care nu dispun de asemenea aparate, este necesar ca pânzeturile bolnavilor care sufer de bôle infecțioase să se măie chiar în sală sau cameră, imediat după premenire, într'o soluțiune desinfectantă, ca vase speciale de lemn să fie destinate pentru acest scop.

Obiectele de pansament necurate se pot asemenea muia în soluțiunii desinfectante, sau dacă sala are un cămin ele se pot arde imediat după scótere.

Localele de administrațiune.

Aceste locale copriind bucătăria, spălătoria, ghietăria, locuințele personalului medical, farmaceutic și administrativ, și dacă cere trebuința un grajd și un șopron.

Bucătăria și spălătoria vor fi ast-fel situate, ca mirosul bucatelor și vaporii de apă să nu pôlă întra în localele ocupate de bolnavi și în grădina destinată pentru plimbarea convalescenților. Dacă bucătăria este pré depărtata de salele bolnavilor, atunci bucatele se vor aduce în nisce aparate care

opresc recirea lor. Spălătoria va fi bine ventilată și va avea pereții și pardoséla impermeabile.

Un spital mai mare trebuie să aibă și locuința pentru medici, farmaciști și interni. Instituțiunea medicilor secundari este cu totul inutilă, dacă ei nu au în spital locuința lor permanentă și nu fictivă. Asemenea se înțelege de la sine, că economul locuiește în spital. Locuințele personalului medical și de administrațiune vor fi după puțină separate de localele ocupate de bolnavi, în orî ce cas ele vor avé latrine speciale. În spitalele în care se primesc bolnavi cu bóle infecțioase, este necesar ca să se înlesnescă personalului întreg luarea frecventă de băi desinfectante și desinfectarea vestmintelor.

Casa mortuară.

Patul unui moribund aflat într'o sală comună se înconjoră cu un paravan, pentru ca agonia lui să se sustragă vederei celor lalți bolnavi. Imediat după încetarea din viață mortul se depărtedă din sală.

Fie-care spital trebuie să poscede dar o casă mortuară, situată ast-fel, ca ceremonia funebră să nu fie vedută de bolnavi, ca mortul să póte fi transportat la cimitir fără a mai trece prin curte și dinaintea ferestrelor salelor de bolnavi.

Intr'nn spital mic casa mortuară se póte compune dintr'o singură cameră curată, împodobită cu simbolul religiunei, într'un spital mai mare ea va mai avea un mic paraclis și o sală de disecții. Dacă mijlócele o permit, se va mai construi o pivniță pentru cadavere, situată imediat de desubtul salei

de autopsie și legată cu dinsa printr'un aparat de ascensiune.

Tóte localitățile casei mortuare vor avea pavagiul impermeabil, vor fi canalisate, bine ventilate, sala de disección va avea o sobă și va fi aprovisionată cu apă în abundență.

A p a.

Un spital are trebuință de cantități mari de apă curată pentru băut, pentru gătitul alimentelor, pentru spălarea bolnavilor, a pânșeturilor, a rănilor, pentru băi, pentru prepararea medicamentelor, pentru curățirea pardoselei, a latrinelor, a canalelor, pentru udarea grădinei și pentru alte scopuri, astfel ca să consume pe zi 200 până la 300 litri de apă pentru câte un pat. În frumosul spital militar Tempelhof din Berlin se consumă pe zi și pe pat 200 litri de apă, instrucțiunea pentru construirea spitalelor și infirmeriilor militare în Austro-Ungaria care ca minimum 170 litri de apă pe zi pentru fie care pat L. Degru cere 400 până la 500 litri pe zi și pe pat.

La alegerea locului pentru construcțiunea unui spital trebuie să ținem seamă de această împrejurare, pentru ca să 'l punem în comunicațiune cu tuburile unor apeducte deja existente sêu pentru ca să ne asigurăm, dacă terenul o permite fără dificultăți prea mari, aducerea de apă de isvor curată sau săparea de puțuri care vor da apă bună de băut.

Intr'un spital mai mare este necesariu, ca apa să se aducă prin țevi în toate încăperile, ca salele și

camerile bolnavilor și infirmierelor, vestibulele, latrinele, farmacia, sala de consultațiune pentru bolnavi ambulanți, sala de operații, bucătăria, spălătoria, sala de autopsie să fie înzestrate cu robinete de apă și că în curțile și grădinele să se instaleze «idranți», guri de apă care înlesnesc utilizarea ei pentru stingerea de incendii, pentru udarea grădinei și pentru stropirea curții. Îndeplinirea acestui scop este ușoară, în cazul când dispunem de apeducte existente cu presiune suficientă, în cazul contrariu vom așeza într'un edificiu special al spitalului un rezervor de apă, înălțat astfel, ca apa să ajungă d'acolo prin propriă presiune la punctele cele mai ridicate ale edificiilor spitalului. Mașina cu aburi, care îndeplinesce și alte servicii, va putea servi și pentru umplerea acestui rezervoriu de apă. În unele spitale noi mai confortabile s'au instalat în salele de operațiuni, în cea de consultațiuni și în farmacie câte 2 rânduri de robinete, pentru apă caldă și pentru apă rece. Pe lângă fie-care robinet pentru apă curată, trebuie să existe și un vas pentru apă necurată, în comunicațiune directă cu canalul de scurgere.

Aparatul de desinfecțiune.

Desinfecțiunea vestmintelor, a încălțămintelor și a albiturilor proprii ale bolnavilor care au intrat în spital cu boale transmisibile, precum și a pânșeturilor, a ascernutului și a altor obiecte ale spitalului de care s'au servit bolnavii afectați de boale infecțioase, este de necesitate imperioasă. Această desinfec-

țiune se execută într'un mod corect numai într'un aparat special, care se poate închide ermetic și în care obiectele de desinfectat se supun acțiunii vaporilor de apă fierbinte. Aceste aparate se instalează într'o dependență specială a spitalului, separată de cele lalte edificii. Am descris deja în cap. VI. aparatele de desinfețiune, instalarea lor este costilóre și administrațiunea unui spital mic de plasă sau a unui alt mic spital rural va recurge la alte moduri de desinfectare, între care apa fierbinte ocupă primul loc, un spital mai mare sau mai avut nu poate însă să rămână lipsit de un aparat de desinfețiune cu vaporii. Primul spital român care va fi înțestrat cu un asemenea aparat în condițiune perfectă este noul spital militar central din Bucuresci din strada Francmasonă, pentru care guvernul a comandat un aparat fix de desinfețiune prin curenți de vaporii sistemul Geneste și Herrscher (Paris).

Mobilierul, ascernutul și pîndeturile.

Mobilierul spitalului se va putea întreține cu atit mai curat, cu cât este mai simplu. Materialul cel mai bun este ferul, paturile să fie dar de fier, mesciórele bolnavilor și scauneie pot fi de lemn de stejar colorate cu uleiü, asemenea mesele și dulapurile din salele bolnavilor.

Mesciórele bolnavilor cu cutii închise devin lesne deposite diferitelor substanțe organice, care prin descompoziția lor strică aerul, este dar mai practic ca ele să n'albă cutii închise, ca să fie deschise cu 2 sau 3 despărțituri. Chiar vasul pentru urină, închis

cu dop saũ cu capac, se p\u01d3te afla intr'o asemenea desp\u0103r\u021cire deschis\u0103.

Pentru bolnavi prea slabi, cari nu pot merge pin\u0103 la privat\u0103, se va afla \u00een fie-care sal\u0103 un scaun de no\u021cpe bine inchis, care se va sp\u0103la \u0219i desinfecta imediat dup\u0103 fie-care \u00entrebuin\u021bare.

\u00cEn fie-care sal\u0103 \u0219i camer\u0103 de bolnavi, \u00een sala de opera\u021ciune, \u00een cabinele de b\u0103i se va afla c\u00e2te un termometru.

Paturile cu fundul f\u0103cut elastic printr'un mecanism \u01d3re-care (spirale elastice, be\u021ci\u0219ore longitudinale cu resorturi elastice la c\u0103p\u0103t\u0103i\u0219), se pot \u00eendestra cu saltele mai supt\u0103ri \u0219i nu sunt prea costit\u01d3re. Patul s\u0103 nu ating\u0103 p\u0103retele, ci s\u0103 fie pu\u021cin dep\u0103rtate de d\u00e2nsul. Dintre materialele pentru saltele paieie, p\u0103rul de cal, p\u0103rul de vac\u0103 absorb\u0103e mai pu\u021cine substan\u021ce organice, l\u0103na are o putere absorbit\u01d3re pu\u021cin mai mare, bumbacul \u0219i fulgi\u0103 \u00eens\u0103 sunt cu totul neapte pentru un spital, din cauza marelui absorb\u021ciunii. Paturile (copertele, plapomele) s\u0103 fie de l\u0103n\u0103 alb\u0103 \u00eembr\u0103cate cu prostire de p\u00e2n\u021c\u0103 alb\u0103, col\u01d3rea alb\u0103 a p\u0103turelor este cea mai potrivit\u0103, din cauz\u0103 c\u0103 necur\u0103tenia lor nu se p\u01d3te ascunde.

Fie-care spital trebuie s\u0103 dispue de p\u00e2n\u021cetur\u0103 \u00een abunden\u021c\u0103, pentru ca s\u0103 se p\u01d3t\u0103 premeni bolnavii ori de c\u00e2te ori o va cere trebuin\u021c\u0103. Cantitatea p\u00e2n\u021ceturilor necesare pentru c\u00e2te un pat, at\u0103rn\u0103 de la timpul c\u00e2t r\u0103m\u00e2n p\u00e2n\u021curile negre nesp\u0103late \u0219i de la cel necesar pentru sp\u0103larea lor. Dac\u0103 spitalul are sp\u0103l\u0103toarese speciale, cari spal\u0103 necon\u021cinit \u0219i care \u00een timpul iernei usuc\u0103 p\u00e2n\u021ceturile \u00een camere calde, atunci pot s\u0103 ajung\u0103 \u0219i 3 c\u00e2m\u0103\u0219i pentru un pat, \u00een

casul contrariu însă, când se spală mai rare-ori, seú când spălătoria reține albiturile prea mult timp, atunci fie-care pat trebuie să fie îndestrat cu 5 cămăși. In termin de mijloc destrea fie-cărui pat caută să se compue de 4 până la 5 cămăși, 3 perechi jsmene seú 3 fuste, 4 perechi ciorapi, 2 halaturi de véra, 1 halat de lână, 1 pereche papuci, 3 scufe seú testimele, 3 șervete, 4 prostire pentru pat, 2 prostire pentru îmbrăcat plapoma (pătura), 3 fețe de perină, 2 ștergare, 2 pături de lână, din cari una rămâne véra la deposit. Perinele se pot umplea cu lână, umplutura cea mai practică a saltelelor este cea de pae, din caúsă că arderea ei, după întrebuințarea de către un bolnav afectat de o bôlă contagioasă, causedă cea mai mică pagubă. Cu toate acestea trebuie să dispunem și de un număr de saltele umplute cu lână, pentru bolnavii neobicinuiți cu saltele de pae.

Ordnea interioră.

Bolnavii au trebuință de liniște. Nu trebuie să ne mărginim în înlăturarea șgomotului care vine din afară, aședând spitalul într'o localitate retrasă de căile principale de comunicațiune și depărtată de stabilimente industriale, ci trebuie să suprimăm și ori ce sorginte de larmă în intrul spitalului. Bisericele aflate în curțile unor spitale ar trebui să fie deschise numai pentru populațiunea însăși a stabilimentului, în cazul contrariu el perde una din calitățile cardinale ale unui asil pentru bolnavi. Tragerea frecuentă a clopotului mare de la pórta spi-

talului, pentru a se arăta venirea medicilor s'eu pentru chemarea internului de serviciu, constituie un obicei vițios. Salele de faceri și camerile bolnavilor supuse la delir și la accese maniace, să fie separate de cele l'alte localități prin ziduri gróse, prin uși duble s'eu căptușite, pentru ca țipelele și strigătele să nu se transmită până la bolnavii liniștiți. Disciplina severă trebuie să opréscă pe infirmieri și pe alți servitori, ca să nu facă larmă inutile și ca să nu turbure fără neapărată trebuință liniștea bolnavilor. In spitalele clinice liniștea este de multe ori turburată, prin mulțimea studenților care frecuentă clinica. Scótele de medicină dispun din acéstă cauză de sale spațioase pentru prelecțiunile clinice, alături cu camerile bolnavilor și bolnavul se aduce cu patul în sala de prelecțiuni.

A l i m e n t a ț i u n e a .

Alimentațiunea bolnavilor trebuie să se reguleze în toate detaliile, prescriindu-se lămurit cantitatea materiilor brute necesare pentru diferitele porțiuni, timpul distribuțiunii și variațiunea compatibilă cu economia. Regulamentul alimentar póte să lase la găsirea cu cale a medicului, ca să adauge diete ordinare în casuri extraordinare óre-cari suplimente, sau să preciseze chiar felul și cantitatea suplimentelor și casurile când ele se pot adăoga. Modul cel d'intéiú, pe care l-a adoptat și Eforia spitalelor civile din Bucuresci, este mai economic pentru administrațiune și mai avantajos pentru bolnavi, căci nu se pot prevedea toate suplimentele posibile, și n'ar

fi just a se refusa bolnavului în óre-carí casurí un supliment nevătémător.

Nu reproducem nici un regulament alimentar al diferitelor administrațiuni spitalicesci române, fiind-că nici unul nu este liber de lacune și fiind-că sperăm că noul regulament al spitalelor județene și comunale, care se proiectedă acum (Octom. 1888), va fi mai puțin imperfect.

Gătirea bucatelor pentru bolnavi nu se pôte încredința prin licitațiune unui întreprindător, ci administrațiunea însăși trebuie să se însărcineze cu această lucrare în regie.

Alimentele ce se dau bolnavilor exercită o influență însemnată asupra mersului bólei și mai cu osebire al convalescenței, nu este de ajuns ca să alcătuim regulamente corecte, ci trebuie să veghiem ca ele să fie executate cu scrupulositate, ca mâncarea să fie bună și suficientă. În această privință greșesc multe administrațiuni de spitale, pe alocurea funcțiunea de econom a devenit o sorginte de înavușire din cauza lipsei de control, și mai multe spitale au o reputațiune rea din cauza alimentelor rele. Controlul trebuie să constate calitatea și cantitatea alimentelor, timpul și modul împărțirei, modul transportului, și împrejurarea dacă toate alimentele prescrise pentru bolnavi se și dau bolnavilor și nu altor persoane. Bolnavii trebuie să scie, că reclamațiunile lor nu vor trage după sine acte de rěsbunare din partea infirmierilor. Infirmierele trebuie să primescă alimente bune și suficiente, pentru ca să nu fie îndemnate a sustrage bolnavilor parte din porțiunea lor.

Dacă bucătăria este depărtată de sălile bolnavilor, alimentele trebuie să se transportă în aparate speciale, în care se conservă calde, în nișe cutii mari care au la fund vase largi cu apă fierbinte.

Infirmierii și infirmierele.

Este foarte dificil a găsi infirmierii buni cu mica retribuțiune ce plătesc cele mai multe spitale. În general se ocupă acele posturi de servitori de ambe sexe, cari le consideră ca mai comode de cât serviciul în case particulare, și cari au intențiune a'și asigura viața fără de a lucra; mare parte dintre ei, mai cu osebire dintre cei de sex bărbătesc, au viciul beției. Răul acesta se poate îndrepta numai printr'o retribuțiune cuviincioasă, din care să se reție o mică parte pentru fondul de pensiune, prin administrațiunea consciincioasă a acelor reținerii în interesul infirmierilor, prin premii și alte recompense date infirmierilor distinși, prin numirea definitivă numai a acelora, cari printr'un serviciu provisoriu au probat aptitudinea lor, prin control aspru mai cu osebire asupra serviciului de noapte. Dacă voim ca bolnavii să fie bine serviți, trebuie să nu cerem prea mult de la infirmierii, ci să'i înființăm în număr suficient, pentru ca fie-care dintr'ênșii să poată dormi câte două nopți de rând și să fie de serviciu numai în a treia noapte. În mai multe state există instituțiuni cu caracter religios (călugări și călugărițe catolice, diaconi protestanți și diaconise protestante) cu misiunea specială a căuta pe bolnavii, unele din aceste instituțiuni, mai cu osebire cele din țările

protestante, înlocuiesc într'un mod perfect pe infirmierii ordinari; în contra spitalelor încredințate călugărițelor catolice s'a ivit pe alocurea singura plângere, asupra caracterului exclusiv religios ce ele voiesc a da spitalului, cu toate acestea ele sunt de preferit infirmierelor laice, ale căror activitate este adesea-ori influențată numai de interesul lor personal și nu de o idee nobilă, de datoria carității creștine.

Mai multe administrațiuni spitalicesci, mai ales cele din Paris, Berlin, Bruxelles, au înființat cursuri speciale pentru infirmieri și infirmiere; aceste cursuri durează obișnuit 2 până la 3 luni și nu trebuie confundate cu școlile pentru surori de caritate, care primesc o învățatură mai îngrijită. Eforia spitalelor civile din Bucuresci a făcut în anul 1888 asemenea încercare a forma infirmiere, prin instituirea unui curs special.

Școlile sursorilor de caritate și cele de infirmiere n'au nimic de comun cu școlile de Samariți sau Samaritan), fondate acum 7 ani în Germania de chirurgul prof. Esmarch; școlile de samariți au scopul, a da unor bărbați noțiunile asupra primului ajutor necesar în cas de accidente care periclită viața, și elevii cari frecuentă acele cursuri se recrutează dintre agenții polițienesci, gendarmii, pompierii, supraveghietorii de mine și de cariere, supraveghietorii de fabrici și marinarii. Cursurile analoge a organizat la Viena societatea de ajutor voluntar «Freiwillige Rettungsgesellschaft», la care societate participă și mulți studenții în medicină.

În Anglia ca și în cele mai multe spitale din România se face serviciul de infirmier numai de femei,

fără considerațiune sexului și a formei bolilor ; în Franța din contră de infirmierii de sex egal cu al bolnavilor sub preveghearea surorilor de caritate. În Anglia este proporțiunea infirmierilor de 1 la 5, în Germania 1 la 8 până la 12, în Franța de 1 la 10 bolnavi ; o soră de caritate dirige o despărțire de 30 până la 40 bolnavi.

Numărul patarilor unui serviciu de spital.

Ce număr de bolnavi se poate încredința unui singur medic ? Nu putem răspunde la această întrebare într'un mod general, din cauză că serviciul din divisiunile chirurgicale, oculistice, ginecologice, cere în general mai multă muncă de cât acela din divisiunile curat medicale (așa numite bôle interne), nu putem însă să cerem de la un singur medic ca să caute în spital un număr mai mare de cât de 50 până la 60 bolnavi. Mai bine să ne lipsim de medicii secundari, de cât să facem divisiunile prea mari ; instituțiunea medicilor secundari este necesară pentru divisiunile chirurgicale și pentru institutele de naștere, de la medicul unei divisiuni interne care dispune de interni, se poate foarte bine cere ca să facă tot serviciul singur, fără ajutorul unui medic secundar. Medicii secundari sunt însă necesari în acele spitale mai mari, care având un serviciu de consultațiuni gratuite foarte frecventat, nu dispun de medici speciali pentru acele consultațiuni.

Instituțiunea medicilor secundari reprezintă o pepinieră, pentru formarea medicilor apți pentru diferite funcțiuni publice, din această cauză ei nu trebuie

să fie numiți pe viéță ci numai pentru un period de duoi ani.

Primirea bolnavi'or.

Bolnavii să se primescă fără multe formalități, modul primirii diu unele județe și urbi, unde comitetul permanent séu primarul decide despre primirea unui bolnav în spital, este defectuos. Asemenea nu este corectă urmarea, a pune acéstă decisiune exclusiv în mâinele medicului primar al județului său al orașului. In general medicul spitalului este cel mai competent pentru apre iarea cestiunii, daca un bolnav se pôte respinge, din causă că bóla lui permite căutarea afară din spital, se va ține însă sémă de recomandațiunea altor medici aflați în funcțiunii publice. Adese-ori se vor presenta bolnavi, cari nu se pot respinge sub nici o condițiune. Asiguraarea unui medic de plasă sau de oraș, că un bolnav nu se pôte căuta a-casă, trebuie să fie un motiv sufficient pentru primirea lui în spital.

XLVIII.

Spitalele rurale.

La 20 Iunie 1881 s'a promulgat la noi legea pentru înființarea de spjtale rurale și în virtutea acestei legi s'aū instalat până astăzi în România 6 spitale rurale, întreținute din budgetul ministerului de in-

terne. Ele sunt destinate mai cu deosebire pentru căutarea bolnavilor din comunele rurale, suferinți de Pelagră și de alte bôle cronice. Legea conține prescripțiunea, că serviciul de infirmieri și de infirmiere se va încredința de preferință călugărilor și călugărițelor; această dispozițiune fiind nepractică, nu s'a adus la îndeplinire. Aceeași lege prescrie, că până la înființarea unui număr îndestulător de spitale rurale, ambulanțe militare mobilizate vor fi puse la dispoziția ministerului de interne, pentru căutarea bolnavilor din comunele rurale.

La 2 August 1881 s'a decretat regulamentul de aplicațiune al legii pentru înființarea de spitale rurale. Nu reproducem acest regulament, din cauză că în momentul când scriu acest capitol, Direcțiunea noastră sanitară este ocupată cu elaborarea unui regulament nou pentru spitalele județene și comunale, în care se vor îndrepta unele lacune și neajunsuri mici ale regulamentului spitalelor rurale. Reproducem însă Programul pentru construirea spitalelor rurale, elaborat în anul 1887 de Consiliul sanitar superior; la redigerea acestui program am luat parte activă ca raportor, el resumă principiile care trebuie să ne conducă la înființarea spitalelor în general, și în parte la instalarea spitalelor rurale mari, precum cele create deja de Ministerul de Interne. Idealul nostru însă nu sunt spitale rurale mari, ci spitale mici de plasă cu câte 8 până la 12 paturi, precum ele există în județul Iași, unde medicul de plasă este tot de odată și medic al spitalului rural, având ca ajutor un farmacist care îndeplinesce tot de odată și funcțiunea de econom și de sub-chirurg.

MINISTERUL DE INTERNE

Directiunea generală a serviciului sanitar.

16 Maiu 1887.

Program pentru construirea spitalelor rurale.

Ministerul de interne, (directiunea generală a serviciului sanitar), având intențiunea a construi mai multe spitale rurale, se publică concurs cu premii între arhitecții români, pentru alcătuirea celui mai bun proiect pentru aceste spitale.

Fie-care spital rural va fi destinat în termen mediu pentru 30 bolnavi de ambe-sexe, așezați în 3 săli, oșebit de camerele de izolare de la fie-care pavilion. Proporția între sexe va fi de două paturi pentru bărbați și unul pentru femei. Proiectul va fi alcătuit ast-fel, ca să se pōtă utiliza pentru un număr mai mare de paturi.

Spitalul va fi construit după indicațiile programului următor :

I. Terenul. Locul pe care se va clădi spitalul nu va fi nicī prea ridicat și expus vīnturilor, nicī prea jos sau închis între dealuri, expus la inundațiunii orī la infiltrațiunea apelor meteorice. Se va da preferință unui teren puțin inclinat, după care să se pōtă scurge apele cu inlesnire.

La alegerea terenului se va avea în vedere, că spitalul să se pōtă alimenta lesne cu apă bună de bēut în abundență și în tot cursul anului.

II. Raport între teren și edificiu. Terenul va fi acoperit cu clădiri numai pentru a cincea parte cel mult, ast-fel ca să rămână libere cel puțin 4 din 5 părți pentru curți și grădini, atāt pentru plimbarea bolnavilor, cât și pentru ad-

ministrațiune. Parte din terenul liber se va planta cu arbori într'un mod, care să nu oprăscă aerarea terenului.

III. Dispozițiunî generale ale clădirei. Se adoptă sistemul fracționării edificiilor, diseminarea bolnavilor pe o suprafață mare. Spitalul se va instala dar în pavilione separate de câte un etagiū, cu excepțiunea edificiilor destinate pentru administrațiune și pentru locuințele personalului, care pot avea două etage.

Pavilionele vor fi depărtate unul de altul, cu un spațiu egal cel puțin cu înălțimea induoită a pavilionului, afară de pavilionul destinat pentru hōle infecțioase, care se va afla într'o depărtare mai mare de cele-l'alte edificii.

Suprimându-se etagele, zidurile nu vor avea o grosime mai mare de cât se cere, pentru ca camerele să nu fie prea greū de încălđit în timpul iernei, mai ales în părțile muntoase ale țerei.

Arhitectura va fi simplă, solidă și economică, fără ornamente costitoare.

IV. Orientațiune. Pavilionele se vor așeza de preferință ast-fel, ca marea lor axă să mērgă de la Nord-Est spre Sud-Vest. În nici un cas ferestrele sălilor și ale camerelor pentru bolnavi, nici ale locuințelor personalului, nu vor avea expozițiunea spre Nord, afară de casul de induoită iluminare prin ferestre opuse.

V. Părțile din care se va compune fie-care spital rural. Administrațiunea va avea o cameră pentru cancelarie, o sală de operații, o cameră pentru farmacie și deposit de obiecte de pansamente și de instrumente chirurgicale, una pentru deposit de vestminte și pândeturi ale spitalului curate, camera de așteptare, sală de consultații. Sala de așteptare și cea de consultațiune vor avea intrarea osebită, fără a comunica directu compartimentele bolnavilor. Depositul de rufe curate va fi asemenea separat, însă tot în edificiul administrațiunei. Ghețarie. Pavilionul administrațiunei va fi legat prin coridor deschis cu pavilionele bolnavilor, cu excepțiunea celui pentru hōle infecțioase, care nu va avea comunicație cu cele-l'alte părți ale spitalului.

Pavilionul pentru bărbați, compus din 2 săli, pentru cel mult 10 bolnavi de fie-care sală și un infirmier, și din 2 camere izolate pentru câte 1 până la 2 bolnavi.

Latrinele nu vor fi aședate în corpul clădirei, ci într'un anex aflat în legătură cu pavilionul.

Pavilionul pentru femei va fi construit în același mod ca acela pentru bărbați. El va avea o sală pentru 10 paturi și 2 camere izolate. Una din camerile izolate cu 2 paturi, va fi destinată pentru femeile lăuse; ea va fi așternută pe jos cu ciment, asemenea tencuită cu ciment până la înălțimea de 1 metru a pereților interiori și va avea o ventilațiune cât se poate de perfectă. Totalul paturilor pentru femei va fi de 14.

Unul din cele 2 pavilione va avea o sală de operații astfel aședată, ca să se pōtă aduce acolo cu inlesnire bolnavii din cel-l'alt pavilion.

Stabilimentul de băi va fi lesne accesibil de la amândouē pavilionele printr'un coridor.

Pavilionul izolat pentru bolnavii cu bōle infecțioase va avea douē camere cu câte 3 paturi pentru bărbați și tot atâtea pentru femei, cu intrări osebite pentru amândouē sexele, dispuse ast-fel ca separația sexelor să fie perfectă.

Fie-care despărțire a pavilionului izolat va mai avea câte o mică cameră pentru infirmieră și o latrină separată.

Locuințele personalului, care se pot aședa în etagiul de sus al pavilionului de administrație, se vor compune din 3 camere, bucătărie, cămară și cameră de servitori pentru medic; douē camere cu bucătărie, cămară și camera de servitor pentru farmacistul-intendent.

Locuința portarului va fi o cameră lângă intrarea principală. Bucătăria cu magazia ei, spălătoria cu localul pentru călcarea pânșeturilor.

Un corp de clădire va coprinde bucătăria, spălătoria, locuința bucătarului, a spălătoresei și a celor-l'alți servitori; se va instala o cameră pentru deposit de vestmintele proprii ale bolnavilor și o cameră mică pentru desinfectarea lor, precum și o mică cameră pentru deposit de pânșeturi negre.

Bucătăria se poate aşeza la mijloc între spălătorie şi depositul rufelor negre şi între depositul de vestminte şi camera de desinfectare.

Grajd şi şopron pentru trăsura şi caii administraţiei. Un grajd mic pentru 2 vaci. Casa mortuară cu totul separată de celelalte edificii, cu intrarea osebuită.

Se va indica locul unde are să se aşeze rezervoriile de apă pentru combaterea incendiilor şi pentru serviciile permanente. Asemenea se va indica locul pentru pompa de foc.

VI. Etage. Edificiul administraţiunii poate avea pivniţe sau beciuri (subterane) şi 2 etaje; pavilioanele pentru bolnavi vor avea un singur etagiu; în cas dacă ele n'au subterane sau pivniţă de desubt, sălile şi camerele vor fi separate de sol printr'un strat de beton aflat de desubtul pardoselei.

Zidurile se vor face impermeabile pentru apă prin două strate izolatoare de ciment sau de asfalt, aşezate unul în nivelul solului, cel-alt la înălţimea de 50 c. m. d'asupra solului. Pardoséla etajelor de jos va fi ridicată d'asupra solului cu cel puţin un metru.

VII. Ventilaţia şi încălzirea. Tote părţile spitalului vor fi ventilate în mod suficient, camerele coridoarele, intrările, latrinele, camera de băi, depositul de obiectele spitalului, depositul de vestmintele bolnavilor, precum şi camera de morţi. Proiectul va avea în vedere ventilaţiunea în timpul verei, precum şi cea în timpul iernei, când se pot utiliza coşurile ca canale de extracţiune (apel).

Ventilaţia trebuie să fie continuă ziua şi noaptea.

Pentru a se putea utiliza într'un mod larg ferestrele pentru ventilaţiune, partea superioară a ferestrelor se va putea deschide în giurul axeii orizontale. Ferestrele vor fi aşezate la înălţimea de 1 metru 20 c. m. d'asupra pardoselei. Efectul total al ventilaţiunii trebuie să fie minimum reînouirea totală a atmosferei de 2 şi jumătate ori pe oră.

Spitalul va fi încălzit prin sobe de zid sau de tuci, în cel din urmă cas sobele vor avea în partea superioară câte

un vas pentru apă, pentru a se opri uscarea excesivă a atmosferei.

VIII. Dimensiunile. Sălile și camerile bolnavilor vor avea înălțimea de 4 metri 50 c. m. Intre pat și zid va rămănea un interval liber de metri 0,30. Intre două rânduri de paturi va rămănea la mijloc un spațiu liber de cel puțin 4 metri.

Fie-care bolnav va ocupa o suprafață a sălei sau a camerei de 9 metri patrați.

Spațiul sălilor și al camerilor de bolnavi se va calcula ast-fel, ca fie-care bolnav să ocupe 40 metri cubi.

Nici o sală nu va încăpea mai mult de cât 10 paturi. Sălile cu lumina unilaterală (cu ferestrele dintr'o singură parte) nu pot avea lărgimea (adâncimea) mai mare de cât 6,50 metri. Dimensiunile paturilor vor fi de metri 1,95 lungimea și 0,95 lărgimea.

IX. Latrinele. Ele se vor așeza într'un mic anex al fiecărui pavilion; nu vor comunica imediat cu sălile și cu camerile, ci printr'un coridor mic, bine încălzit și luminat.

Pavagiul și partea inferioară a zidului vor fi impermeabile pentru apă. Pentru bărbați se vor înființa și urinare (pisorii). Latrinele vor fi fără scaun. Hasnalele vor fi cu desăvârșire impermeabile.

X. Băile. Micul anex pentru băi va fi legat printr'un coridor cu pavilionul pentru bărbați și cu acela pentru femei. El va avea 2 camere cu câte 2 putini pentru baie de puțină și un aparat pentru dușe. Pavagiul va fi impermeabil; pereții interiori tencuiți cu var idraulic în partea inferioară până la înălțimea de 1,50 metri. Se va îngriji de scurgerea repede a apei.

XI. Casa mortuară. Ea va fi accesibilă din afară printr'o poartă specială, care să permită scoterea cadavrelor fără ca să trecă prin curțile spitalului. Spre interiorul spitalului casa mortuară va fi mascată prin plantațiuni.

Pavagiul și partea inferioară a zidurilor vor fi impermeabile pentru apă. Casa mortuară va avea două compartimente, unul pentru păstrarea cadavrelor și pentru așezarea sicrie-

lor și cel-l'alt pentru autopsie ; compartimentul din urmă va avea un mic rezervoriu de apă.

XII. Pardoséa sălilor și a camerelor va fi de lemn vopsit cu ulei. Camera destinată pentru faceri și pentru izolarea lăuzelor va avea pavagiul impermeabil de ciment și partea inferiără a pereților din acea cameră va fi tencuită asemenea cu ciment.

XLIX.

Isolarea bolnavilor cari sufer de bóle infecțioase.

Organisațiunea izolării bolnavilor cari sufer de bóle infecțioase coprinde o serie de măsuri, care se completează unele pe altele, le-am enumerat în cap. VIII pag. 109 și 110. Aci avem să studiam numai punctul al șeselea din seria acelor măsuri, izolarea într'un spital. Acéstă izolare nu se execută tot-d'auna cu rigurositatea cerută, fiind că instalațiunea și organizațiunea corectă a serviciilor de izolare este costitoare.

Isolarea într'un spital se execută :

1. In camere séu sale speciale ale unui spital general, separate într'un mod imperfect de restul spitalului.

2: In pavilione izolate, situate în incinta unui spital general, dependinte de administrațiune comună a spitalului.

3. In pavilione izolate, situate în incinta unui spital general, având însă personalul lor special și

câte o mică administrațiune pentru fie-care pavilion în parte.

4. Intr'un spital special, în care se primesc bolnavi cu mai multe bôle transmisibile, cu isolațiune individuală sau colectivă, care spital pôte fi permanent sau provisoriu.

5. Intr'un spital special, timporar sau permanent, pentru o singură bôlă transmisibilă, cu isolare colectivă sau individuală.

Isolarea în spitale generale, care nu dispun de pavilione speciale și de un personal special pentru acest scop, este ilusoriă și periculoasă. Literatura mai tuturilor țeri înregistrează casuri foarte numeroase de transmisiunea bôlelor infecțioase la bolnavi, care au intrat în spital cu alte bôle. Numai în spitale speciale pentru bôle infecțioase sêu în pavilione speciale ale spitalelor generale se pot isola într'un mod corect bolnavii afectați de bôle transmisibile, din această cauză este necesariu ca fie-care spital se podesede un serviciu pentru izolarea acelor bolnavi, care nu pot fi căutați în comun cu alți, ca chiar spitalele mici să aibă cel puțin o cameră cu totul izolată pentru primirea bolnavilor infecțioși.

În toate casurile, când un bolnav afectat de o bôlă infecțioasă nu pôte a fi izolat în locuința lui proprie cu succes, administrațiunea este în drept, să ordone izolarea lui într'un spital special pentru bolnavii cu bôle infecțioase, sêu într'un pavilion de isolațiune al unui spital general. De și izolarea obligatorie restrînge libertatea individuală, ea este justificată prin interesul general, limita libertății individuale fiind prejudiciul cauzat altor persoane. Dacă se bolnăvesce

cine-va de o bôlă infecțioasă într'o casă locuită de mai multe familii, se presintă numeroase ocațiuni pentru contagiune, dacă spre exemplu copilul portarului unei asemenea case se bolnăvesce de Angina difterică, nu vom esita un moment a cere transportarea copilului într'un spital, destinat pentru căutarea și izolarea de asemenea bolnavi; dacă într'o tutungerie, băcănie sêu cârciumă o porsónă suferă de o bôlă transmisibilă, trebuie să punem tutungiu-lui, băcanului sêu cârciumarului alternativa, să alégă între transportarea bolnavului în spital și între închiderea prăvăliei. Legea noastră sanitară prevede asemenea casuri, ea prescrie la art. 129: «Spre a opri lățirea epidemiilor ivite în întrul țerei, pre-fecțil, după avisul consiliilor de igiena publică, și în casuri speciale după ordinul Ministrului de interne, pot ordona sechestrarea caselor și a persô-nelor infectate.» *Art. 130* al aceleaș legi prevede înființarea spitalelor speciale pentru timpul unor epidemii.

Prescripțiunile menționate ale legii sanitare sunt însă insuficiente, și izolarea obligatoriă se practică cu succes numai acolo, unde declarațiunea bôlelor transmisibile este asemenea obligatoriă. Pentru ca să introducem această obligațiune n'avem însă trebuință de o lege specială, ci pe baza legilor existente ea pôte a fi impusă printr'un regulament sêu printr'ó ordonanță ministerială.

În Marea Britania, Germania și în țările Scandinave există numeroase spitale speciale pentru bolnavii de bôle infecțioase, în celelalte state ale Europei spitalele pentru bôle infecțioase sunt rare și predo-

mină paviliónele de izolare aşezate în incinta spitalelor generale. În oraşele unde există spitale osebite pentru bólele transmisibile, este cu toate acestea necesar ca în incinta spitalelor generale, şi mai ales a spitalelor de copil, să mai existe şi pavilióne de izolare, pentru bolnavii cu bóle infecţioase care au fost primiţi într'un stadiu al bólei, când nu se póte face diagnosa precisă.

Paviliónele speciale de izolare, aflate în incinta spitalelor generale, trebuie să fie cu desăvârşire izolate şi îndestul depărtate de restul spitalului, să aibă personalul lor special şi material special însemnat cu semne distinctive. În cazul când unul şi acelaş medic este însărcinat, pe lângă serviciul pavilionului de izolare şi cu acela din alte pavilióne, el va începe visita în serviciile bólelor netransmisibile şi o va termina în serviciile bólelor infecţioase.

Isolarea bolnavilor infecţioşi în spitale sée în pavilióne speciale nu este un act de caritate, ci de poliţie sanitară, această măsură se va aplica dar nu numai pentru bolnavi săraci, ci şi pentru persoane avute, care nu se pot isola într'un mod corect în locuinţa lor proprie, în Anglia există mai multe spitale de izolare fórte confortabile pentru bolnavi care plătesc, la Paris indeplinesce acest scop Casa de sănătate municipală.

Dacă un spital general mai mare nu trebuie să fie lipsit de un aparat de desinfecţiune cu aburi, un asemenea aparat este de necesitate imperioasă pentru spitalele de izolare şi pentru acele spitale generale care posed pavilióne pentru bolnavi infecţioşi. La noi numai spitalul militar central nou din Bu-

curesci posedă un asemenea aparat stabil care corespunde cu scopul.

Serviciul spitalelor de izolare coprinde și organizarea trăsurilor de ambulanță, destinate a aduce bolnavii de la domiciliul lor în spital; în orașele unde nu există asemenea ambulanțe, este necesar ca birja care a transportat un bolnav afectat de o boală infecțioasă, să fie oprită în spital și desinfectată. În lipsa de trăsură de ambulanță ne putem servi de târge (brancarde), care vor fi asemenea desinfectate după fie-care transport.

Nu se poate contesta necesitatea spitalelor de izolare permanente, cu toate acestea se prezintă cazuri, când crearea de spitale de izolare temporare, provisorie, nu se poate înlătura. Nu numai epidemiile mari exotice ne impun câte odată datoria, a isola un număr mare de bolnavi, ci și epidemiile ordinare, indigene iau câte o dată o extensiune neprevăzută, și atunci se înființează în pripă un spital provisoriu; în asemenea cazuri avem să alegem între baraca provisorie fixă, între baraca transportabilă care se poate lesne compune și desface și între cortul. Corturile pot servi pentru acest scop numai în timpul verii. Unele spitale mai mari au în curțile seue în grădinele o platformă pavată cu ciment seue cu beton idraulic, destinată din nainte pentru așezarea baracelor transportabile seue a corturilor.

Baracele transportabile sunt construite din material diferit, din lemn, din table metalice, din pișlă seue din mucava cătrănită seue din mușama grosă, fixate pe cherestea de lemn ori de fer, ele au pă-

reți simpli s^{eu} dubli, cu interstițiul între am^{ându}o^{ar} p^ăreți umplut cu nisip ori cu alt material s^{eu} gol și lesne de ventilat. Baracele de lemn precum și cele îmbrăcate cu p^{is}lă ori cu mucava se ap^{er}ă în diferite moduri în contra focului și în contra impregnațiunei cu materii organice. În fine se construiesc și barace din cherestea de lemn s^{eu} de fer îmbrăcată cu p^{ân}đă, formând ast-fel tranșițiune spre cort.

Corturile întrebunțate astă-đi pentru bolnavi a^u mai toți p^ăreți dubli, p^ăretele exterior se confecți^on^{er}đă obicinuit din p^{ân}đă imbibată cu materii care 'l fac neinflamabil și impermeabil. D. Tollet a construit asemenea corturi cu schelet de fer, care resistă bine vintului celui mai forte și care se pot înc^ălđi prin sobe.



L.

Spitalele de copii.

Din diferite cauze, dintre care interesul educațiunei și al moralității nu este cea din urmă, este util a se căuta copil separat de bolnavi adulți. În spitalele generale mai mici putem să îndeplinim această condițiune, prin destinarea unui pavilion separat s^{eu} de camere separate pentru copil, în orașe mari însă existența unui spital special de copii este de necesitate absolută.

La copil predomină bólele infecţioase, bóle care cer izolarea bolnavului, ele dau spitalelor de copii contingentul cel mai mare, un spital de copil trebuie să se compună dar din pavilóne mai mici sêu mai mari, care permit izolarea perfectă a bolnavilor afectaţi de diferite bóle transmisibile. In spitalele de copil mai mici se póte împărţi un singur pavilion in 2 sêu 3 despărţiri cu 2 sêu 3 intrări separate. Spitalele de copil mai mari pot avea serviciul special pentru bólele chirurgicale, pentru bólele interne ordinare şi pentru bólele infecţioase.

Imprejurarea că copil aflaţi in primul an al vieţii şi neînţărcaţi, precum şi copil mai măricei nu se pot lesne separa de mumele lor, dá spitalelor de copil un caracter special. Organisaţiunea spitalului trebuie să inlesnescă dar primirea copilului bolnav împreună cu muma sêu cu un alt membru al familiei, şi la instalarea spitalului, la determinarea spaţiului necesar pentru câte un bolnav, vom ţine compt de această condiţiune. In nici un cas nu vom da unui copil mai puţin metri patraţi de suprafaţă sêu mai puţin metri cubi de spaţiu din capacitatea totală a salelor, de cât unui bolnav adult, din causă că in general numărul infirmierelor, in raport cu numărul bolnavilor, trebuie să fie într'un spital de copil mai mare de cât într'un spital de adulţi. Dacă pentru cel din urmă cerem 1 infirmieră pentru câte 10 bolnavi, vom cere pentru un spital de copil 1 infirmieră pentru câte 6 până la 8 bolnavi.

Unele spitale de copil au săli speciale pentru joc şi o mică şcolă pentru copii afectaţi de bóle cronice, care petrec mai multe luni in spital.

Este util ca saiele micilor bolnavi să se afle în vecinătatea imediată a unei grădini, ast-fel ca în timpul verii paturile să pôte a fi transportate în grădină séu cel puțin într'un pridvor deschis spre grădină.

În cât privesce modul construcțiunei și diferitele amănunte ale instalațiunei spitalelor de copii, ele sunt aceleaș ca ale spitalelor de izolare pentru adulți. Mobilierul însa este diferit pentru amândouă feluri de spitale, căci pe de o parte difere dimensiunea a paturilor, iar pe de alta este necesariū, ca copil care pot părăsi patul, să dispune de scaune și mescióre de dimensiune potrivită, în raport cu etatea micilor bolnavi.

În stațiunile de băi de mare din unele țeri există asile pentru copii scrofuloși, rachitici și anemici, deschise numai în timpul stagiunei, menite a înlesni copiilor săraci cura climatică și luarea băilor de mare. Dr la un asemenea asil timpurar nu putem cere împlinirea rigurosă a tuturor condițiunilor, care le cerem de la un spital de copii permanent.

În România există spitale de copii numai în orașele București și Iași.

LI.

Institutele de nascere.

* Cu tóte că sciința consideră lăudia ca o stare fiziologică, ea se află la limita extremă a proceselor

patologice. Eliminarea fetei din corpul femeii însărcinate este însoțită de perturbații, care pentru ca să fie trecătoare, reclamă o căutare specială. Tratatul aseptice și antiseptic al lăușiei înlătură febra puerperală, el nu este însă suficient pentru a preveni bôlele cronice consecutive ale lăușiei, mai ales deviațiunile uterului de la poziția normală, catarele cronice ale uterului și sterilitatea consecutivă. Aceste bôle sunt mai frecvente la femeile sărace, care au fost silite de împrejurări a părăsi patul lăușiei puține zile după facere și a munci în casă seă chiar afară din casă.

Institutele de nascere (maternitățile) oferă femeilor însărcinate adăpost și îngrijire în timpul facerei și lăușiei, fără deosebire dacă ele sunt măritate sau nemăritate, ele mai înlesnesc celor din urmă ocaziunea a nasce în secret, a sustrage ochilor lumii consecințele unor greșelii ale tinereței și servă totde-odată ca școle de arta moșitului.

Frecuența febrei puerperale în unele maternități a îndemnat pe unii igienisti, ca pe de o parte să nege utilitatea acestor institute, cerând ca ele să fie înlocuite printr'o organizațiune mai perfectă a ajutorului medical la domiciliu, și pe de alta ca să considere sistemul celular ca idealul construcțiunei maternităților. Cunoscutul pavilion al d-lui Tarnier din Paris a pus în practică această din urmă idee. Maternitățile nu sunt numai utile ci și absolut necesare. Aplicarea corectă a asepsiei în institutele de nascere ne permite, ca să renunțăm la izolarea sistematică a tuturilor casurilor ordinare, a tuturilor femeilor care au născut în maternitate, și să izolăm

numai acele femei, care au fost introduse deja ca lăușe, care au născut afară din institut, care se pot dar afla deja în stadiul de incubațiune a febrei puerperale, și la care tratamentul antiseptic cel mai riguros poate nu va fi în stare a înlătura consecințele infecțiunii anterioare.

Institutele de nascere se vor compune dar de un pavilion sau de mai multe pavilione cu camere cu 2 până la 6 paturi, pentru femeile însărcinate care ascéptă facere, pentru lăușe convalescente și pentru copiii lor, de un mic pavilion de izolare cu camere individuale pentru casurile suspecte și pentru cele de febre puerperală, de o cameră pentru operațiunile obstetricale mai mari, de localitățile pentru administrațiune și de casa mortuară ca ori-ce alt spital.

Se va înlătura cu îngrijirea cea mai scrupuloasă ori-ce ocaziune pentru infecțiunea pardoselei, a pereților, a mobilierului, ventilațiunea trebuie să fie dar perfectă, diferitele săli și camere trebuie să se goléască, când una când alta, pentru a se curăți și desinfec-ta radical; pânșeturile necurate se vor pune chiar în camera lăușei într'un vas cu o soluțiune desinfec-tantă, personalul întreg al institutului va observa cu minușiositate regulele asepsiei în tóte amănuntele ei, mai cu osebite însă în cât privesce desinfec-tarea neconștită a mâinilor. Pentru acest scop se vor afla în fie-care cameră și sală lighiene cu apă, săpun, vase cu soluțiuni desinfec-tante, perii de unghii, stergare, la dispozițiua medicilor, móșelor, internilor și infirmierilor.

Pavilionul d-lui Tarnier este împărțit printr'un coridor în două părți, acest coridor, bine aerat și lu-

minat, servă numai pentru infirmiere, care priveghie d'acolo camerele, căci din fie-care cameră dă în coridor o ferăstră fixă, care nu se deschide. Camerele individuale au intrarea de la un pridvor deschis (veranda).

În cât privește dimensiunile salelor și camerilor, cerem pentru fie-care lăuđă cel puțin 60 metri cubi de spațiu.

Este necesar ca fie-care spital de plasă și de județ să aibă cel puțin o cameră izolată pentru femeii lăuđe.

Timpu șederii femeilor lăuđe în institutele de naștere varie dă pentru casurile ordinare între 9 și 14 zile. Acest timp nu este suficient pentru restituținea completă a organelor genitale, ele redobândesc starea lor normală în cazul cel mai favorabil după trecerea de 4 săptămâni de la facere, adesea-orî însă după 6 până la 12 săptămâni; din această cauză este bine, ca timpul șederii în institut să se prelungească, sau lăuđa să fie transportată 10 până la 14 zile după facere într'un ospiciu de convalescenți; ast-fel se urmădește în unele institute de naștere din Franța, în Anglia există unele ospice speciale pentru femeii convalescente după lăuđia.

LII.

Institutele de alienați.

Statul are datoria a înlătura după putință cauzele care produc diferitele alienațiuni mintale, a apăra

societatea în contra alienațiilor periculoși, a proteje toți alienați și a le procura căutarea medicală.

Pelagra și abuzul băuturilor alcoolice sunt cauze frecvente ale smintirei. Pelagra se preîntâmpină prin îmbunătățirea tuturor condițiilor igienice ale sătenilor în general, prin respândirea cunoștințelor asupra culturii raționale a pământului și a vitelor, asupra conservării cerealelor și apărării lor în contra umidității și fermentațiunii și în special prin indemnarea țeranului, ca să semene porumbul de timpuriu, ca să-l culégă îndată după ce a ajuns la maturitate și ca să cultive de preferință acele specii de porumb care se coc mai curând.

Abuzul băuturilor spiritose produce pe de o parte direct smintire, pe de alta facultățile mintale ale copiilor făcuți de părinți bețivi sunt mai slabe, ei sunt ca și părinții lor predispuși la alienațiune. Singura măsură eficace în contra acestui viciu este creșterea morală a poporului prin preoți și învățători morali, inteligenți și devotați misiunii lor, cari vor îndemna pe populațiune la muncă, la economie și la sobrietate, afară de acesta trebuie să priveghiem fabricațiunea și comerțul băuturilor și să înlăturăm alcoolurile nerafinate, cu mult mai otrăvitoare de cât cele purificate.

Sifilisul devine asemenea câte odată o cauză producătoare a alienațiunii.

O altă cauză a bolilor mintale este masturbațiunea copiilor și a adulților. Putem adesea-ori vindeca această rătăcire, prin povățuirea asupra consecințelor masturbațiunii, prin privegherea scolarilor de către institutorii inteligenți.

Nu putem influența direct cele-lalte cauze ale alienațiilor mentale, precum întreprinderi comerciale și industriale hasardate, aprinderea excesivă a fantasiei prin meditațiuni religioase, prin cărți lascive. De și cunoșcem ereditatea unor bôle mintale, nu putem opri căsatoria persónelor din familii în care alienația este moscenitória.

Cretinismul endemic se nasce probabil din întrebuințarea unor ape de băut isvorite din terenuri dolomitice, el nu trebuie confundat cu cele-lalte bôle mintale.

Legea comunală impune comunelor și județelor îngrijirea alienaților, Guvernul și Administrațiunile așezămintelor spitalicesci particulare vin în ajutorul comunelor și județelor lipsite de mijlóce, prin înființarea și întreținerea de institute de alienați; numărul și organizarea acestor institute nu satisfac cerințele actuale. Nu numai siguranța publică, necesitatea de a apăra societatea în contra alienațiilor periculoși, ci și interesul propriu al acestor bolnavi reclamă izolarea lor într'un ospiciu special, căci prima condițiune pentru vindecarea alienațiilor curabili este depărtarea lor din mediul în care au trăit.

În totă Europa vine în termen de mijloc un alienat la câte 700 locuitori. Pentru totă România colegul nostru d. A. Sutz u a evaluat numărul alienaților în anul 1887 la aproximativ 4000, adică câte 1 la 1200 locuitori.

Cele d'ântăiu institute de alienați au fost înființate în secolul al XV în Spania și în secolul al XVI în Suedia, tot în secolul al XVI au fost în Germania destinate unele mănăstiri pentru interna-

rea alienațiilor. Vestitul oștișă de alienați Bedlam din Anglia a fost fundat în anul 1547, oștișul Charenton din Franța în anul 1645, oștișul de alienați din Viena în anul 1784. Căutarea medicală a alienațiilor a fost introdusă în aceste oștișă pe la începutul secolului curent, Pinel și Esquirol au fost inițiatorii ei. La noi au fost alienații internați în diferite mănăstiri, asemenea fără căutarea medicală regulată, până în prima jumătate a secolului curent, când în curțile acelor mănăstiri au fost instituite oștișă speciale pentru alienați; ast-fel s'au format succesiv institutele pentru alienați din Mănăstirile Nēmțu, Adam (întrunit mai târșă cu acela de la Golia), Malamuci (strămutat în anul 1832 la Mărcuța), Spitalul din curtea bisericeșă Maica precista Dudu din Craiova, care se înlocuiesce acum printr'un edifică clădit special pentru acest scop, și cele 6 paturi din curtea bisericeșă Icăna din București care se vor strămuta la Mărcuța.

Institutele de alienați sunt destinate mai cu ose-bire pentru căutarea celor curabili și pentru internarea celor periculoși, alienații incurabili liniștiți, nepericuloși, pot fi căutați în familiile lor, îngrijirea lor nu se pôte impune județelor și comunelor, afară de cazul de sărăcie extremă a familiei, sêu de lipsă de familie. Nu trebuie să înființăm aședămintele speciale pentru alienații criminali, ci îi putem interna în secțiunile speciale ale institutelor de alienați.

Administrațiunea nu este în drept, să oprască internarea și căutarea unui alienat chiar periculos în sînul familiei, dacă familia voiesce a îi da o îngrijire mai bună de cât pôte avea într'un stabiliment

public ori privat, sau dacă nu dorește ca lumea să alege ca persoana respectivă este alienată; este însă necesar ca să se aducă asemenea cazuri la cunoștința administrației și a organelor judecătorești competente, a pune la cale interdicțiunea bolnavului și numirea unei curatele.

Asemenea administrațiunea nu poate opri înființarea stabilimentelor private pentru alienați, dacă instalarea lor se face într'un mod conform cu igiena și cu progres-le actuale ale științei, ea este însă datoră să ceară, ca dirigentul stabilimentului să fie medic, să probeze capacitate specială pentru misiunea sa, și că tot institutul să fiă supus la un control neîncetat din partea administrației și a parchetului.

O clasificare a alienațiilor în curabili și incurabili nu există în toate așezămintele române destinate pentru acești bolnavi, și întreținerea osebitală a bolnavilor mai avuți nu este regulată într'un mod satisfăcător pentru stabilimente și pentru public.

Nu este necesar ca să existe așezăminte osebite pentru alienații curabili și altele pentru cei incurabili, ci putem întruni amândouă categoriile într'un singur stabiliment, separându-i numai în locale osebite.

Afară de regulile igienice geuerale ale spitalelor, stabilimentele pentru alienați trebuie să mai îndeplinească mai multe condițiuni speciale, cerute de tratamentul special și de pericolositatea unor alienați.

Prima condițiune este ca stabilimentul să dispue

întî'o măsură largă de mijloce pentru ocuparea alienaților. Labórea este un mediu terapeutic pentru alienați și un mijloc pentru împuternicirea corpului. Precum pe arestații din închisorî, așa și pe alienați lipsa de ocupațiune 'î îndémná la masturbațiune. Exsistă diferite moduri de a 'î ocupa, ocupațiunea va fi alésă de medic, după ce el va consulta obiceiurile și gradul de cultură a bolnavului.

În Belgia s'aũ creat de mult timp coloniile de alienați, dintre care cea mai principală la Gheel. Multe familii din acea comună rurală iaũ subî îngrijirea lor unul saũ mai mulți alienați, care apoi trăiesc în sânul familiei ca când ar face parte dintr'ânsa, participă la lucrările agricole și domestice, și sunt din când în când visitați de medicul special al coloniei. În apropierea satului se află un mic spital, destinat pentru primirea imediată a acelor alienați, la care apar accese maniace séu alte accidente care necesită izolarea bolnavilor. Regulemente explicite precisésă modul primirei, întreține-rei, prevegherei și liberărei bolnavilor, cum și raporturile între dênșii și familia care 'î a primit în sinul ei. De curând s'aũ înființat în Bavaria doué colonii de alienați analoge în satele Pflégam și Gabersee.

Un alt mod a ocupa pe alienați, adoptat de stabilimentele cele mai bune din Francia, Anglia și Germania, constă în întrunirea ospíțiului cu un aședémênt agricol. Ospíțiul posedă și case detașate, puțin depărtate de dênșul, locuite de acei alienați ai căror bólă permite ocupațiunea agricolă, și dispune de o fermă și de grădini, pe care le lu-

credă și le exploatează într'un mod rațional. Infirmierii au misiunea îndoită, a preveghia pe bolnavi și a dirige lucrările lor. Un asemenea stabiliment model este acela de Fitz-James lângă Clermont.

În lipsa grădinelor și fermelor putem ocupa pe alienați cu diferite lucrări industriale, care se pot executa vara în aerul liber, precum : tórcerea de funii, împletirea de coșuri și de rogojinii, tēmplăria ș. a. Pentru timpul de iarnă putem să alegem lucrări care nu umple atmosfera salónelor cu pulvere. La alegerea lucrărilor caută să se țină cont de aplecarea individuală, de forță și inteligență, de simpatia și antipatia bolnavilor, să nu se impună bolnavului o cantitate obligatóre de lucru, ci să se îndemne cel renitenți la labóre prin instinctul imitațiunii.

Distribuțiunea și clasificarea bolnavilor din ospiciu presentă óre-cari dificultăți ; nu putem stabili o regulă generală, nici pentru izolarea completă în camere mici, nici pentru asociațiunea multora în săli mai mari, nu voim ca bolnavul să simțā necontenit că se află într'un stabiliment de alienați, dar nu trebuie să turburăm repausul atât de necesar persónelor afectate de bóle mintale. Este dar mai practic ca să adunăm într'o sală comună un număr de câte 6 până la 15 alienați, afectați de bóle care permit asociațiunea în timpul zilei și nopții, anume : idioți, să aședăm câte 2 sēu 3 alți alienați cari se pot lesne asocia într'o cameră, și să mai dispunem de locale pentru petrecerea comună. Afară de separațiunea sexelor trebuie să mai separăm diferitele clase de alienați, formând secțiuni osebite

pentru bolnavii furioși, pentru cei cari sbéră și strigă, pentru cei necurați, pentru melancolici; pe masturbatori trebuie să 'i deosebim cu desăvârșire de cei alți bolnavi, pentru ca exemplul lor să nu infecte pe cei cari nu sunt supuși la acest vițiu. Separațiunea sexelor nu cere înființarea stabilimentelor osebite pentru fie-care sex, ci din contră prin priimirea ambelor sexe în despărțiri separate ale aceluiași stabiliment, înlesnim administrațiunea și ocupațiunea bolnavilor, căci femeile le putem însărcina cu spălarea și repararea pânzeturilor, cu mulgerea vacilor, bărbații cu tăierea lemnului, cu cărarea apei, cu îngrijirea cailor.

Am arătat deja mai sus, că nu este necesariu a se înființa institute speciale pentru alienații criminali și că 'i putem interna în secțiunile speciale ale ospitelor de alienați. În cât privește însă idioții și cretinii din județele unde cretinismul este endemic, nu 'i putem admite în institutele pentru alienați curabili și periculoși.

În Austria, în Elveția, în Germania și în Franța s'aun înființat asile speciale pentru cretini și idioți tineri, cu scopul a îndrepta prin educațiune vițierile lor intelectuale. Speranțele exagerate asupra rezultatelor ce vor da aceste asile n'aun fost satisfăcute.

Un institut de alienați are mai mare trebuință de liniște de cât spitalele pentru alți bolnavi, vom alege dar pentru instalarea lui locuri puțin depărtate de orașe mari (cu $\frac{1}{4}$ de oră cel puțin), de așezăminte industriale cari fac mult șgomote și mai ales de garele căilor ferate. Casele trebuie să se construe astfel, ca larma să nu se propage lesne dintr'o ca-

meră într'alta, ȳiduri separatori cată dar să fie destul de groși și ușile duble.

Stabilimentul trebuie să fie înconjurat la limitele sale extreme cu ȳid seũ cu șanț, care să opréscă evasiunea bolnavilor. Mésurele de siguranță se pot însă lua, fără a se da ospitiului aspectul unei închisori seũ unei monăstiri, fără ca dispozițiunile interioare ale stabilimentului să producă asupra moralului impresiuni triste. Ușile camerelor să se construe ast-fel, ca bolnavii să nu se pótă închidă în întrul camerelor, ele să se deschidă spre afară, pentru ca să nu se pótă baricada din năuntru. În fie-care ușă caută să se afle un mic geam de sticlă, mascat pe din afară cu perdea seũ cu tabla, pentru înlesnirea observațiunii bolnavilor. Problema construcțiunei ferestrelor într'un mod, care să opréscă evasiunea și rănirea bolnavilor, fără a micșora cantitatea luminei intrate în cameră, a fost de curând rezolvată prin aședarea de gémuri de grosime extraordinare, care inlocuiesc grilagele de fer. Sobele trebuie să se incongiore cu un grilagiũ care să se închidă cu cheia. Cuțitele să fie la vêrf rotunđite, táișul să nu ocupe tótă lungimea lor ci numai o întindere de 4 până la 6 centimetri. Furculițele să aibă dinți scurți, puțin ascuțiți. Unii alienați se serv de vasele de nópte ca de proiectile, din acéstă causă este bine ca ele să fie de cauciuc seũ de gutta-percha. Caută să evităm tot ce póte da ocasiune la sinucideri: scările să nu fie libere, nici apărate prin grilage mici peste cari bolnavii pot sări, latrinele să n'aibă tuburi deschise ci închise cu grilage.

Vestmintele să nu fie uniforme, să n'aibă nici în

colorile lor nici în forma lor ceva deosebit de portul ordinar al persoanelor respective, uniformitatea îmbrăcămintelor ar aminti bolnavilor neconținut, că ei se află într'un institut de alienați. Așternuturile alienaților necurați caută să fie acoperite cu pânze impermeabile.

Trebue să existe în stabiliment câte-va cabinete mici pentru furioși, întunecoși, căptușiți la pereți cu saltele impermeabile, îmbrăcate cu mușama, aceste cabinete trebuie neapărat să fie curățite adesea-ori și bine aerate, pentru ca lichidele excrementale rămase în ele să nu se imbibe în pardoselă și în pereți, să nu infecte atmosfera și să nu dea loc la dezvoltarea diferitelor parasite.

Direcțiunea unui institut pentru alienați nu se poate încredința unui simplu funcționar administrativ, ci numai unui medic îndestrat cu cunoștințe speciale. Primul medic al institutului poate funcționa tot-odată și ca director. El nu-și poate îndeplini bine misiunea dacă nu locuiește în stabiliment.

Infirmierii trebuie să se alégă cu cea mai mare precauțiune, ei să fie sobri, inteligenți și de forță musculară suficientă. Se socotesce în general un infirmier pentru 5 ori 6 alienați, afară de infirmierii speciali pentru pensionarii avuți, cari au câte un infirmier special, și afară de un număr óre-care de supraveghietori (infirmieri-șefi).

Regulamente lămurite trebuie să asigure ordinea în serviciul interior al stabilimentului, și să prescrie fie-cărui funcționar și servitor datoriile sale. În cancelaria stabilimentului trebuie să se afle un registru de bolnavi internați, arătător afară de numele, pro-

numele și domiciliul lor, timpul intrării, forma alienațiunii, numele curatorului ori locoșitorului său, autoritatea judecătorească sau administrativă care a pus la cale internarea, No. și data autorisațiunii respective. Pentru fie-care bolnav în parte trebuie să existe un dosar special, în care să se noteze anamneza și mersul bôlei, tratamentul și măsurile coercitive întrebuintate.

În mai multe state există legi speciale, cari asigură persoanele sănătoșe și bolnavii vindecați în contra internării, sub pretextul că ar fi alienați. Afară de prescripțiunile codului civil și ale procedurii codicelui civil, relative la interdicțiunea alienațiilor și la instituirea curatelei, nu există la noi legi cari să precizeze casurile și condițiunile pentru internarea alienațiilor în familia lor proprie sau într'o altă familie, cari să reguleze primirea lor în stabilimente speciale, liberarea din stabiliment, controlul institutelor pentru alienați, și cari să oprescă închiderea smintiților pe la mânăștiri. Dar și prescripțiunile existente ale codului civil și ale procedurii codului civil nu se pădesce tot-d'a-una, și constatarea medico-legală a alienațiunilor mintale se face în unele județe într'un mod imperfect.

Regulamentul din anul 1867 pentru primirea și eșirea smintiților din spitalele de smintiți are multe lacune și este timpul ca să fie înlocuit prin alt regulament, corespunzător cu cerințele timpului de față ; chiar fără o lege specială și numai pe baza legilor existente, se pôte îmbunătăți sorta alienațiilor și se pôte aduce mai multă ordine în această ramură a administrațiunii sanitare.

LIII.

Asilele pentru bătrâni, infirmi și incurabili.

Legea comunală însărcinează comunele cu îngrijirea neputincioșilor săraci. Comuna este scutită de această însărcinare numai în cazul, când poate așeza neputincioși în institute centrale, întreținute de stat sau din fundațiuni speciale, sau când Consiliul județen, dând o interpretațiune mai largă legii consiliilor județene care îl obligă la întreținerea așezămintelor de bine-facere, ar înființa singur un ospiciu pentru infirmi.

Comuna poate îndeplini această obligațiune în trei moduri: prin darea directă de subvențiuni în bani, prin așezarea neputinciosului sărac într'o familie care primesce pentru îngrijirea lui o plată determinată prin convențiune mutuală, și prin crearea de ospicii pentru neputincioși. Modul d'întăiu și al doilea este mai practic și mai puțin costitor, modul al treilea este realizabil numai într'o comună mai avută, mai populată, căci el reclmă chieluelli mari.

La noi vine adesea-ori caritatea privată în ajutorul administrațiunei publice. Deja în timpurile trecute se da în unele chilii din curțile mănăstirilor îngrijire bătrânilor și neputincioșilor, și din aceste chilii s'au format succesiv Asile. Ast-fel Domnița Bălașa, fiică Domnitorului Constantin Basarab-Brâncovenu, în anul 1751 a fondat în jurul bisericei Dom-

nița Bălașa din București un rînd de chilii, destinate a servi de adăpostire văduvelor sărmane, dotând acest așezămînt cu resursele trebuincioase pentru întreținerea lui. Primele chilii, după 80 ani de la fundațiunea lor, au fost preînnoite și adăogite în anul 1831 de către banul Grigore Brâncevénu, și în anii 1871—1880 s'a construit actualul Asil Domnița Bălașa. Intr'un mod analog s'au format alte asile mai mici, în curțile sau în vecinătatea imediată a unor biserici, precum asilul Archiereu Calist, Asilul Protop Tudor din Capitală și numai asilele mai noi din București, precum Asilul Slătineanu, Asilul Oteteleşanu, Asilul Hoetsch, s'au instalat afară de legătura cu clădirii bisericesti. În laș există afară de Ospiciul Galata, administrat de Epitropia generală a spitalelor St. Spiridon, și Ospiciul de infirme al societăței de bine-facere a damelor române.

Afară de caritate privată și cea comunală, participă la noi și statul la îngrijirea săracilor, prin darea de mile și prin înființarea de asile ; Asilul Brâncoveni din județul Romanași este întreținut din bugetul ministerului de Interne. Comuna București plătesce Eloriei spitalelor pentru întreținerea unui număr de infirmi și bătrâni, întreținuți la Ospiciul St. Panteleimon.

Asilele pentru săraci și neputincioși sunt supuse la regulile igienice ale spitalelor în general, cu deosebire că isolațiunea este necesară numai pentru bolnavi necurați, că putem admite sistemul saelor mari, că ne putem servi de un număr mai mic de infirmieri, că putem întrebuința parte din infirmi la

unele lucrări mai ușoare ale menagiului, și că'i putem ocupa și într'un alt mod cu lucrări cari nu reclamă forțe mari.

LIV.

Institutele pentru creșterea copiilor găsiți.

Graviditatea femeilor nemăritate are în general un sfârșit nenorocit; cele mai multe cazuri de provocare artificială a abortului, de pruncucidere, de lepădare a copiilor nou-născuți, de inanițiune a copiilor în urma alimentațiunei artificiale se observă la copii naturali. Legile penale nu pot înlătura toate aceste rătăcirii, și administrațiunea, ținând compt de ele, este datoră să ia măsuri speciale pentru ușurarea sorței copiilor găsiți.

Copil rămân adesea-ori lipsiți de îngrijirea părintescă, din cauza morții premature a părinților și a rudelor, ori din cauză că părinții se află în închisore, că mamele lor nemăritate și chiar măritate îi părăsesc și'l expun la voia întâmplărilor. Administrațiunea în general și serviciile carității publice în parte îngrijesc de asemenea copii într'un mod diferit; legea comunală și legea consiliilor județene obligă comuna și județ, ca să îngrijescă de copii găsiți (lepădați), pe de alta există institute publice pentru orfanii și copii găsiți, întreținute de stat și din fundațiuni speciale.

Istoria face pentru prima oră mențiune de insti-

tute de copil găsiți în timpul celor d'ântciu împărați romani creștini. Impăratul Constantin a dotat bisericile cu venituri, pentru ca să ajute pe orfanii și a dat impulsione la creațiunea de «orfanotrofii» în mai multe orașe ale orientului. În secolul al IV. Consiliul de Nicea a prescriș fondarea de ospice pentru copil găsiți, Impăratul Iustinian le a pus sub protecțiunea episcopilor și a prefectilor, prin îngrijirea episcopilor s'aũ înființat asemenea institute în diferite orașe până în secolul al XI, și în anul 1198 papa Inoncentiũ III a înființat lângă ușile bisericilor din Roma Róta (Torno, Tour), un fel de lãgãn care se învãrtesce spre interiorul bisericei în momentul când se depune un copil într'ãnsul, tot de odatã Inoncentiũ III a interdiș cercelarea maternitãtei.

În secolul al XIV. s'a instituit la Paris un ospiciũ pentru copil orfanii legitimi, cei ilegitiimi («bastardi») aũ fost aduși într'o casã micã lângã biserica Nôtre Dame și întreținuți din elemosinã culesã în bisericã. Acestã separațiune a orfanilor legitimi, mai bine îngrijiți, de la copil găsiți și orfanii naturali, o gãsım în Franța și în secolul XVI. În anul 1670 sãntul Vincent de Paul a fondat la Paris, cu ajutorul unor femei bine-fãcãtore, un ospiciũ pentru copil găsiți, mai în urmã statul a adoptat acești copil și în anul 1811 Napoleon I. a prescriș, ca în tôte departamentele ale Franciei sã se înființede Róte (Tours), pentru a se putea depune cu inlesnire copil, Impăratul Napoleon s'a servit de acest mijloc pentru a înmulți populațiune și prin urmare armata. Exemplul dat de Franția a fost imitat în cele-lalte

țeri latine. În Rusia s'a înființat primele institute de copil găsiți sub domnia Impărătesei Caterina II, în Austria sub cea a Impăratului Iosef II. În Germania nu există nici un singur institut al Statului său al comunelor pentru copil găsiți, institutul de copil găsiți din Dresden este o fundațiune privată, în Prusia îngrijesce numai caritatea privată de copil găsiți.

În România caritatea privată a îngrijit deja în secolii trecuți de copil găsiți și orfanii. În Moldova Vodă Grigorie Ghica a înființat primul asil pentru copil găsiți, îndestrat cu o roță pentru depunerea copiilor, asil înrunit cu institutul de naștere și cu școala de moșit (Institutul Grigorian), organizat după exemplul institutului analog din Viena creat de Impăratul Iosef II. Mai târziu roța din Institutul Grigorian din Iași a fost desființată, copil sunt însă primiți ca în trecut, fără ca să se cerceteze origina lor.

În Muntenia și în special în București s'a înființat în anul 1786—1788 de Domnul Alexandru Ipsilanti Orfanotrofia, un institut pentru copil găsiți, întreținut din cutia milelor. Repausatul în fericire Mitropolit Filaret II a legat toată averea sa, ca să se înființeze un mare ospiciu destinat pentru creșterea acestor copii, cu toate acestea un asemenea ospiciu special sau alt serviciu regulat pentru îngrijirea copiilor găsiți și orfanii, n'a fost organizat înaintea Regulamentului organic. Regulamentul a pus bazele unei organizațiuni corecte. Principiul creșterii copiilor găsiți nou-născuți și celor aflați în primul 3 ani al vieții nu în ospiciu, ci în familiile doi-

celor, principiū admis astă-dî de mai multe state, în urma experiențelor triste făcute în deceniile trecute cu ospiciile pentru copii găsiți în prima etate, acest principiū înțelept îl găsim deja în Regulamentul organic, dezvoltat în toate amănuntele lui, în «Legiuirea pentru Institutul sermanilor copil, a casel cerșetoriilor și a caselor de ajutoarele ce sunt a se împărți săracilor.» Acest aședămint înființat în Bucuresci a fost incredințat unei Direcțiuni speciale, care dispunea de un medic special și afară de acesta cei 5 Medici de despărțiri erau însărcinați cu vizitarea la domiciliu a copiilor dați la doici. Regulamentul organic prescria, ca la etatea de 3 ani impliniți copil să fie luați de la doici și aședați într'un ospiciu comun pînă la etatea de 7 ani, iar atunci să se separe băieții de fetele, instalându-se în școle osebite pentru fie-care sex. Pentru a îndemna pe doici ca să îngrijescă bine de copil, Legiuirea prevedea o resplată specială de 100 lei peste simbria ordinară, pentru doicele cele mai bune. Guvernul a îngrijit de aședarea copiilor găsiți și orfanii la doici, n'a creat însă un ospiciu pentru copil mai mare.

Direcțiunea specială a Institutului copiilor sermani din Bucuresci a trecut mai tîrziu sub administrațiunea directă a Ministerului Cultelor și al Instrucțiunei și în anul 1860 sub administrațiunea Direcțiunei generale a serviciului sanitar, care a mîntînit principiul aședării copiilor mici la doici în casele doicelor. În anii 1861 și 1862 repausata Anica Davila a adunat într'o casă a ei la Cotroceni 40 fete, în etate potrivită pentru a putea primi învățatura

școlară, care până la acea etate s'aŭ aflat la doicele lor, și le a dat prima instrucțiune. În luna Iulie anul 1862 s'a pus piatra fundamentală a Asilului Elena Dómna și după terminarea lui toate fetele din serviciul copiilor găsiți și orfanI, ajunse în etate școlară, aŭ fost aședate în Asil, iar băieții aŭ trecut la acea etate la orfelinatul instalat în satul Pantelimon și strămutat mai târziu în vechiul palat de vară al familii princiare Ghica de la Tel.

În anul 1864 serviciul copiilor găsiți și orfanI a fost încredințat Eforiei spitalelor civile, cu subvențiune din budgetul statului, și s'a aflat sub administrațiunea Eforiei până la Iulie 1881, când în virtutea unei legi speciale serviciul copiilor găsiți și orfanI a trecut sub administrațiunea primăriei orașului București, iar Asylul Elena Dómna și Orfelinatul de băieți sub conducerea Ministerului Cultelor și al Instrucțiunei publice. În primul an după trecerea la Comună, serviciul copiilor găsiți și orfanI a fost subvenționat de stat, în al doilea an subvențiunea a fost suprimată. însă fetele ajunse în etate școlară aŭ fost priimate în Asylul Elena Dómna și băieții în Orfelinatul Pantelimon, în anul al doilea și al treilea după trecerea serviciului sub administrația municipală; în anul al patrulea a încetat și acest ajutor din partea guvernului și d'atunci Primăria Capitalei îngrijesce singură cum pôte, și de educațiunea copiilor mai mari dintre cei găsiți și orfanI.

Serviciile copiilor găsiți și orfanI din diferite state, din diferite orașe mari, sunt organizate după diferite principii. Nu putem constata prin experimente

care organizațiune merită preferință, căci încercările ar putea deveni periculoase. putem însă consulta rezultatele dobândite în diferite țări, în diferite orașe și le putem compara cu acelea ale serviciilor noastre. putem să vedem în Spania rezultatele rele ale creșterii exclusive în ospizi, și asile; putem vedea că în Italia, unde diferitele sisteme există alături unele cu altele, că descentralizațiunea, așezarea copiilor în familiile crescătorilor, dă o mortalitate mai mică de cât centralizațiunea, de cât așezarea copiilor în asile; putem vedea în Franța și în Portugalia rezultatele strălucite ale sistemului subvenționării mamei, ale așezării copilului în familia lui proprie, pentru ca să se prevină lepădarea copilului său morțea lui din cauza miseriei, și pentru ca să i se asigure o îngrijire mai bună de cât la o doamnă străină, sistem pe care l'am introdus în capitală, ori de câte ori s'a prezentat ocaziune; putem vedea în Copenhaga ca și în București rezultatele bune ale mării lefii doicilor. Dar n'avem trebuință să mergem cu cercetările noastre numai în străinătate, Institutul Gregorian din Iași, unde există sistemul mixt cu predominarea centralizării în ospiciu al copiilor în primele luni ale vieții, mortalitatea este mai mare de cât în București, unde descentralizațiunea este generală. Mortalitatea mare a copiilor găsiți crescuți în familiile doicilor și îngrijiți de Institutul Gregorian, este cauzată prin lefa insuficientă ce se plătesce acestor doici.

Sistemul creșterii centralizate a copiilor mici, a așezării lor deja în prima etate în asile sau ospizi

este un anachronism, o repetițiune parțială a educațiunei comuniste din Sparta veche. Preocupațiunea noastră trebuie să fie, a da o altă familie copilului părăsit de propria sa familie; cât de imperfectă este crescerea într'o familie mercenară, ea este în privința fizică, morală și intelectuală tot-d'auna mai bună de cât lipsa complectă de familie. Femea care a crescut la sinul ei un copil strein, nu mai consideră acel copil ca strein, se nasce o dragoste reciprocă între ea și copil, ea se interesază de sorta copilului și copilul și-a gasit o familie.

Scopul nostru este să micșorăm mortalitatea copiilor ilegitiimi și a celor legitimi care au rămas fără familie, să facem din ei membri utili ai societăței, să combatem în limitele posibilităței miseria fizică și morală a unor copii părăsiți de tatăl lor, câte o-dată și de mama lor, să nu împingem la infanticid pe unele fete nenorocite, care au devenit victime ale principiului înscris în lege: căutarea paternității este interzisă. Pentru ca să împlinim acest scop trebuie să fim indulgenți, să închidem adese-ori ochii și să nu vedem unele lucruri, pe care un moralist prea sever le ar putea considera ca incorecte. Când se găsește în stradă, în curtea unei biserici, în curtea unei Primării un copil, ar fi de multe ori lesne a se constata cine a depus copilul, cine este mama copilului. Nu facem o asemenea cercetare și primim copilul cu brațele deschise, preferim însă ca muma unui copil părăsit de tatăl său să vie singură, să ne arate imposibilitatea d'a 'l cresce, în asemenea casuri, când se constată că a-rătarea mumei este adevărată, Primăria București-

lor nu refuză nici o dată o subvențiune egală cu cea care o dă doicilor pentru creșterea copiilor streini.

Nici un institut pentru copii găsiți nu poate însă înlocui cu desăvârșire mamă și îngrijirea maternă. De multe ori administrațiunea nu găsește doici, ori cel puțin doici aflate într'o stare fiziologică corespunzătoare cu etatea copilului, de rare ori copii găsiți se cresc cu aceeași sollicitudine cu care mama îngrijește de copilul ei propriu, ci în casurile cele mai frecvente creșterea lor artificială este obiectul speculațiunii, al unei industrii speciale. Transportul copiilor frageți în anotimpul aspru afectă asemenea sănătatea lor. Resultatul acestei stări de lucruri este mortalitatea excesivă a copiilor găsiți, ea se află în proporțiune indirectă cu etatea în care ei au fost lipsiți de mamele lor.

Așezarea copiilor găsiți mai mici în sânul unei familii în contra unei îndemnisări, cu totă imperfecțiunea acestui sistem, tot mai este dar de preferit înființării ospiciilor centrale pentru creșterea copiilor găsiți de etate crudă, precum ele există pe alocurea. Mortalitatea exorbitantă a copiilor din acele ospicii, exorbitantă chiar în comparațiune cu mortalitatea copiilor găsiți în general, va face ca ele vor dispărea și în acele state, unde s'au cheltuit sume enorme cu înființarea și întreținerea lor. În unele state aceste ospicii servă numai pentru adăpostirea provizoriă a copiilor până la găsirea unei doice.

Copii orfanți și copii găsiți în etatea de la 5 ori 6 ani în sus se pot mai lesne crește în stabilimente centrale (asil-), ajunși la etatea de 5 ani, ei nu mai au trebuință de atunci înainte de aceeași

îngrijire neîntreruptă ca copil mai mic, cu toate acestea și stabilimentele centrale pentru copil mai mare prezintă puține avantaje: cheltuiala lor apasă greu asupra contribuabililor, și organizațiunea cea mai perfectă a unui asil central nu poate da copilului o familie; după terminarea educațiunei copilul găsit, crescut în asil, tot este lipsit de familie, de vreme ce cel crescut de o familie țărănească aparține acelei familii și se simte că când ar face parte dintr'ânsa; fetele fără părinți, crescute într'un asil central, nu se mărită cu aceeași înlesnire ca fetele aședate la crescătorele lor. În România nu sunt rare cazurile de adoptarea copiilor găsiți și în cazul frecvente însă-și doicile devin mame lor adoptive; după ce fetele crescute în asil au devenit nubile ele sunt o sarcină grea pentru institut, care nu găsesce lesne mijloce spre a le da o pozițiune onorabilă în societate. Sôrta copiilor găsiți în general este tristă, cei crescuți în asile au însă de ordinar un viitor mai puțin fericit de cât cei crescuți în familiile doicelor.

Administrațiunea (comunală, județeană, a unui institut special) este datore a supune crescerea copiilor găsiți și orfan, întreținuți de dânsa, unui control scrupulos, să se încredințede, dacă femeile cărora voiesce a le încredința copil, au mijlocele materiale pentru a le putea da educațiunea fizică, conformă cu regulile cele mai elementare ale igienei, dacă ele nu sunt supuse vițiului beției, dacă copil lor propriu nu vor suferi prin împărțirea sânului matern cu frații lor de lapte sau dacă nu se va întâmpla cazul invers, dacă locuința lor este sănătoasă,

să inspecteze adese-ori prin agenții administrativi și prin medicii copii aflați sub tutela ei, să îngrijiască de căutarea lor în cas de boală, și să ia măsuri pentru ca în cas de moarte a copiilor întreținuți din fonduri publice să nu li se substituie copii străini. Administrațiunea asistenței publice din Paris se servă de nisce coliere de mărgelă închise cu un plumb, care poartă sigiliul administrațiunii, spre a preveni asemenea fraude, asemenea Primăria orașului București întrebuințează de mai mulți ani nisce coliere analoge, pecetea de plumb se învâlesce cu un petic de pânză, pentru ca să nu producă intoxicațiune.

Crescerea artificială (fără lapte femeesc) a copiilor mai mici de un an nu se poate permite.

Pe alocurea administrațiunea încurajează doicele la îngrijirea mai bună a copiilor găsiți, prin darea de premii în bani la crescătorele care țin copii mai curat, care îi nutresc mai bine, sau ai căror copii au ajuns sănătoși la o etate determinată prin regulamentele respective.

Îngrijirea administrațiunii nu se poate mărgini în periodul lactațiunii și a celor d'ântăiū ani ai vieții copilului, ci ea trebuie să se ocupe și de sorta lui ulterioară, de educațiunea lui morală și intelectuală. Pentru băieți se găsește lesne un meșteșugar care să îi priimască în atelier și să îi învețe meseria lui. Pozițiunea fetelor este mai dificilă, și în privința lor caritatea privată ar trebui să îndeplinească neajunsul carității publice. În România simțimântul caritabil este mai dezvoltat, de cât în multe țări și un administrator inteligent și cu inimă va găsi lesne

o familie, cărei să pótă încredința o fată fără părinți adoptată de autoritate. In anul 1888 Primăria orașului Bucuresci a făcut inceputul cu aședarea fetelor orfane în școle profesionale de fete.

LV.

D o i c e l e.

(*Mancele*).

Activitatea administrațiunei sanitare nu se pôte mărgini numai în îngrijirea copiilor găsiți și orfani, ci ea trebuie să se întindă și asupra copiilor proprii ai doicilor, crescuți afară de casa părintescă. In orașe se află multe doici, care alaptedă copii străini în familia acelor copii, iar copiii proprii ai acestor doici sunt crescuți departe de ele și încredințați unor femei care îi hrănesc cum pot, pe unii la sânul lor pe lângă copiii lor proprii, pe cel mai mulți artificial. Mortalitatea acestor copii este înspălmântătoare.

Pentru micșorarea mortalității excesive a copiilor ilegitali în general și a copiilor proprii ai doicelor în special, am propus deja în anul 1878 adoptarea unor măsuri, care au fost introduse în Francia cu óre-care succes. După întórcerea de la congresul internațional de Igienă de la Paris din anul 1878, am atras atențiunea D-lui Primar al capitalei asupra legii franceze din anul 1874 asupra protecțiunei copiilor în etate până la 2 ani, numită, după autorul

ei, legea Roussel, care lege n'a fost regulamentată și aplicată de cât în anul 1877, am supus D-lui Primar părerea, că noi n'avem nevoie de o lege specială pentru adoptarea unor măsuri analoge, că un regulament comun, basat pe legea sanitară și pe cea comunală, poate prescrie acest control. În urma indemnului dat de Congresul internațional de Igienă de la Paris, administrațiunile mai multor orașe principale din Germania au introdus succesiv în cei din urmă 10 ani un control administrativ și medical al copiilor mici dați la creștere afară de casa părintească, și noi, ca să nu rămânem în urmă, am studiat chestiunea din nou. În anul 1886 Consiliul de Igienă publică și de salubritate al Capitalei a și elaborat un proiect de regulament pentru privegherea copiilor în etate până la 6 ani, crescuți afară de casa părintească. Acest regulament, care îl reproducem mai jos, a fost aprobat de Ministerul de Interne în anul 1888.

Un regulament analog a fost proiectat de Consiliul de Igienă publică al orașului Iași în anul 1887.

Diferite persoane au propus administrațiunei comunale a Capitalei, ca să creese un birou de doici, întrunit cu serviciul copiilor găsiți și orfanii, pentru a înlesni particularilor găsirea de doici bune. Astăzi nu există nici în capitală un birou special de doici, un asemenea birou este întrunit cu biroul general de servitori aflat la Prefectura Poliției capitalei, afară de acesta se ocupă cu procurarea doicelor un număr însemnat de samsaróice, care nu se pot lesne înlătura.

În toate clasele societății se întâmplă casuri, când

starea fizică a mamelor le oprește a îndeplini singure datoria a nutri copil cu laptele lor propriu, ori când mórtea repede a mumelor necesită înlocuirea lor prîn doici. Multe femei se scutesc însă de datoria maternă a alăptării, mai mult din comoditate și din aplecare la petreceri, de cât din cauza debilității ori altor neajunsuri fizice, iar altele dau copilul la doică din cauza sărăciei, care le silește a intra într'un serviciu, fiă tot ca doică, fiă în altă calitate. Chiar dacă am voi, n'am putea obliga pe toate mamele, ale căror stare fizică o permite, la îndeplinirea datoriei materne a alăptării, ținând însă compt de realitatea și de starea actuală a societății, avem să studiăm chestiunea: dacă administrațiunea este dătoare a înlesni familiilor în general, la cas de trebuință, găsirea doicelor sănătoase.

Găsirea nutricelor (doicelor, mancele) este obiectul industriei private; este afacerea părinților, cari ieau nutricei în casele lor, și care în cele mai multe casuri nu sunt săraci, a se încredința prin un medic despre sănătatea nutricei, este necesar ca biurourile private pentru procurarea nutricilor să fiă îndatorate, a supune toate nutricele imediat înaintea angagerii lor la visitațiunea medicală; nu este însă de datoria administrațiunii ca ea singură să înființede asemenea biurouri, nu este nici just nici necesariu ca ea să monopoliseđe biurourile publice respective, și nu este oportun ca spitalele de nascere să fiă obligate a se institui în biurouri de procurarea doicelor. Sunt însă casuri cari reclamă intervențiunea autorității publice, pentru controlarea modului creșterii sugarului dat la doică afară din casa

părinteseă, precum și a copilului propriu al nutricei. Primăriile cari incredințedă copii găsiți la îngrijirea particularilor, sunt datore a le face revisii periodice și a cerceta modul creșterii lor. Asemenea nu pôte administrațiunea să se abție de control acolo, unde industria nutricelor a luat o dezvoltare mai mare; ea este în drept și datore a se ocupa de sôrta copiilor proprii ai nutricelor, de o potrivă cu a copiilor dați la creștere afară din casa părinților și de către părinți indiferenți, ignoranți și chiar nenaturali.

PRIMARUL ORAȘULUI BUCURESCI.

Serviciul sanitar.

Regulament pentru priveghierea copiilor în etate până la 6 ani, creșcuți afară de casa părinteseă.

Art. 1. Orî-cine va voi să ia în locuința sa un copil strein mai mic de 6 ani, pentru a-l crește, va cere pentru acêsta permisiunea Primării. Primarul delegă medicului-șef al Capitalei dreptul, a da în casurî ordinare acêstă permisiune. În casurî când medicul-șef va crede că nu se pôte aproba cererea, el va raporta Primarului care va decide.

Art. 2. Petițiunea prin care sa va cere permisiunea de a se putea primi în casă un copil strein pentru a-l crește, va conține: arătarea numelui, locuinței și ocupațiunei petiționarei; (dacă petiționara are bărbat este necesar ca și bărbatul să subscrie petițiunea drept consimțimânt), numele și etatea copilului conform cu buletinul de naștere, numele și locuința părinților.

Art. 3. Permisuniunea se va da numai persónelor care dis-

pun de o locuință sănătoasă și care se află în condițiuni spre a putea îngriji bine de copilul luat în creștere. Permisivunea se va da în scris pentru fie-care cas anume.

Art. 4. Permisivunea este valabilă numai pentru locuința pentru care s'a liberat ; la fie care schimbare de domiciliu al crescătorii se va cere permisivune din nou.

Art. 5. Primarul sau medicul-șef ca delegatul Primarului pot retrage permisivunea dată, dacă copilul nu este bine îngrijit, dacă doica unui copil de țâță se află în condițiuni, care nu permit alăptarea fără pericol pentru doică sau pentru copil.

Art. 6. Serviciul sanitar al Primăriei va ține un registru al copiilor, pentru care s'a dat permisivunea ca să fie crescuți afară din casa părintescă. Revizorul copiilor găsiți și orfanți va inspecta acești copii, de o potrivă cu copii găsiți și orfanți îngrijiți de Primărie.

Art. 7. Fie-care medic comunal va primi o listă a copiilor din secțiunea lui, care sunt crescuți cu permisivunea Primăriei afară de casa părintescă și îi va visita în casuri ordinare la câte trei luni. În cas de mörte a unui asemenea copil, medicul comunal va nota pe buletinul de deces, destinat pentru medicul-șef, dacă îngrijirea rea a contribuit la mörtea lui.

Art. 8. Pentru copii care în momentul publicării acestui regulament sunt deja dați la creștere afară din casa părintescă, crescătorii vor cere permisivunea Primăriei în timp de două luni.

Art. 9. Persónele care vor lua în creștere copii până la 5 ani fără permisivunea primăriei, sau care nu vor îngriji bine acei copii, vor fi date judecării.

Acest regulament, votat de Consiliul de igienă publică și de salubritate al Capitalei în ședința de la 1 Aprilie 1886, încuviințat de Comisia interimară a Comunei în ședința din 14 Maiu 1888 și aprobat de d. ministru de Interne prin adresa No. 9744 din 4 Iulie 1888, se pune în lucrare cu începere de la 1 Octombrie 1888.

LVI.

Ambulanțele rurale.

Legea pentru înființarea de spitale rurale, promulgată la 20 Iunie 1881, prescrie la art. 4 și 5 cele următoare :

Art. 4. «Până la înființarea unui număr de asemenea spitale (de spitale rurale) îndestulător pentru scopul propus, și chiar în urmă, în cazurile urgente, ambulanțele militare, în intervalele concentrărilor ordinare și extra-ordinare, vor fi puse la dispozițiunea exclusivă a ministerului de interne, care le va dirige asupra regiunilor celor mai bătute; aceste ambulanțe vor fi conduse de doctori în medicină.

Art. 5. «În timpul acestor mișcări, personalul ambulanțelor va primi îndemnitătea de campanie».

Pe baza acestei legi Guvernul a mobilizat în anii 1884 până la 1887 inclusiv pentru câte 3 luni de vară câte 8 până la 32 secțiuni de ambulanță militară și le a însărcinat cu căutarea locuitorilor sătenilor bolnavi. Parte din bolnavi au fost așezați în corturi unde au primit îngrijirile medicale, parte au primit ca bolnavi ambulanți consultațiunii cu medicamente.

Aceste ambulanțe au implinit misiunea lor provizoriă, ele au împrietenit populațiunea rurală cu bine facerile medicinei și au înlesnit vindecarea

multor bóle, folósele aduse de ele nu sunt însă proporționate cu cheltuiielele însemnate ce ele aũ causat, și sumele de bani alocate pentru mobilizarea ambulanțelor pot astă-dí aduce serviciul mai mari, dacá vor fi întrebuințate pentru construirea și întreținerea de spitale rurale mici dar permanente. Scurtul timp al funcționarei ambulanțelor rurale și coincidența acestui timp cu acela al recoltei, când sátenul, chiar bolnav fiind, nu se cautá pentru ca sá nu lipsescá de la lucrările agricole tocmai atunci, când brațele sunt mai prețioșe, fac ca unele bóle, spre exemplu cele venerice, sá nu se pótá vindeca în ambulanță. Ambulanțele rurale aũ fost deservite în majoritate de medici militari din rezervá, care nu pot fi concentrați de cât pentru o singurá luná pe an; D. Medic-Inspector general Dr. A. Fotino a constatat în raportul asupra activității acestor ambulanțe în anul 1887, cá din deseale schimbări ale personalului medical al ambulanțelor aũ rezultat diferite vederi și diferite direcțiuni în tratamentul bolnavilor și cá lipsa îndelungatá a medicilor militari de la corpurile lor la ambulanțe, a adus mari perturbațiuni în serviciul medical al armatei. Din acéstá caúsá ambulanțele n'aũ mai funcționat în anul 1888 și guvernul a pus la cale ca sá se mai construiascá un număr de spitale rurale.

LVII.

Asilele pentru bețivi.

În anul 1804 americanul Benjamin Rush a arătat pentru prima oară, că beția constituie o adevărată boală, cerând căutarea ei în spitale și scrierile lui Rush au îndemnat pe doctorul Turner la înființarea unui ospiciu special pentru alcoolici în Maine în Statele-Unite. Astăzi există peste 50 asemenea ospicii în Statele-Unite; Marea Britania și Germania au imitat exemplul dat de America și în momentul când scriam aceste rânduri, dieta provincială a Austriei de jos studiează proiectul creațiunii unui asil de bețivi în apropierea capitalei Imperiului austriac.

Profesorul Krafft-Ebing dă în cartea lui despre Psihiatria : « În unele țări, mai bătute de ciuma alcoolică, s'au înființat asile pentru bețivi, ele sunt o bine-facere pentru acele individe ca și pentru societate, căci ele micșorează numărul nenorocirilor și crimelor, vindecă mulți bețivi, opresc transmiterea unor infirmități prin ereditate. Isolarea împusă unui bețiv este justificată prin natura clinică a bolii și prin bine-facerea ce ea aduce unei persoane nelibere, neresponsabile, afectate de o boală a creierului. Acolo unde nu există asile speciale pentru bețivi, se trimit în institutele de alienați casurile cele mai rebele de alcoolism cronic, locul lor nu este în acele institute, obicinuît persoanele

«în cestiune sunt concediate după o ședere scurtă și expuse la recedivare repede.»

A. Tilkowsky arată asemenea, în studiile sale asupra perturbațiilor psihice provocate prin abuzul alcoolului, că un institut de alienați nu este locul potrivit pentru alcoolici, că ei provocă pe cei l'alți bolnavi la ne-disciplină, sau ei îi maltratează și îi terorisează chiar; după o ședere scurtă în institut ei dobândesc iar un grad suficient de luciditate intelectuală, care îi face nemulțumiți și îi îndemnă la excese.

Trebue să împărțim pe alcoolici în două clase, în cei care sufer de o boală permanentă, care cere căutarea într'un institut de alienați și în cei care, după un delir mai lung sau mai scurt, redobândesc claritatea intelectuală perfectă, rămânând însă sclavi ai pasiunii și care prin urmare nu pot fi tratați fără severitate, pentru acești din urmă sunt destinate asilele de bețivi.

Asilele pentru bețivi au dar un regim aspru în comparațiune cu institutele ordinare pentru alienați, clienții lor sunt ocupați cu lucrări agricole și industriale și tot de-odată preotul și funcționarul asilului influențază asupra moralului lor, îndemnându-i ca să reziste pasiunii lor cu bărbăție. În unele asemenea asile internarea alcoolicilor nu este absolută, ci după un timp oare-care ei lucrează liberi în oraș în timpul zilei și petrec numai nopțile și duminicile în institut.

La noi nu există asile pentru alcoolici, dar lipsa lor nici nu este încă simțită.

I.VIII.

Coloniile de vacanțe pentru școlari bolnavi.

Sunt aproape 10 ani, de când administrațiunile comunale și asociațiunile filantropice din unele orașe mari ale Germaniei au organizat pentru prima dată aceste colonii, care au scopul a înlesni copiilor bolnavi și slabi din școlile primare ale orașelor mari șederea la țară în timpul vacanțelor de vară. Copiii, însoțiți de un institutor, de o institutore sau de o altă persoană de încredere, sunt trimiși într'un sat cu poziția sănătoasă și așezați sau în localul unei școle rurale ori într'un alt local disponibil și bine hrăniți. Obicinuît spesele acestor excursiuni sunt acoperite parte din colecte și subscripțiuni sub patronajul administrațiunei, parte din subvențiuni din casa municipală, direcțiunile căilor ferate acordă scădăminte considerabile din costul transportului și mulți dintre sătenii avuți și dintre proprietarii mari primesc gratis în locuințele și la masa lor un număr de școlari, medicul din localitate se însărcinează cu căutarea medicală a școlariilor.

Se înțelege de sine că se aleg pentru asemenea colonii numai sate mai avute, cu locuințe mai confortabile, cu preferința comune din regiuni muntoase. Unele orașe îngrijesc și de alimentele copiilor într'un mod direct, sau prin contract cu un birtăș din sat, sau prin trimiterea în localitate

a unei bucătărese, însărcinate cu gătitul alimentelor în contul fondului care suportă cheltuielile excursiunii.

Astăzi se organizează în toți anii asemenea colonii de vacanțe în Germania, Elveția, Italia superioară, Anglia, Franța, Austro-Ungaria și Danemarca. În Germania sunt aproape 60 orașe mari care trimit în vacanțe peste tot 10,000 până la 12,000 de școlari de ambe sexe, conduși de institutore și de institutrice, în comune rurale unde sunt bine îngrijiți. Chiar orașul Brașov și Transilvania trimite deja un număr de elevi slăbănogi în colonii de vacanțe.

Obicinuît copiii sunt înainte de plecări și după întorcere bine examinați asupra stărilor lor fizice și cântăriți, pentru ca să se poată constata rezultatele dobândite.

LIX.

Societățile Crucii Roșii.

Perfecționarea însemnată a armelor înmulțesc într-o proporțiune înspăimântătoare numărul celor răniți pe câmpul de bătăie. Ajutorul ce statul le poate da prin medicii sei militari, este prea departe a fi suficient, și numai filantropia privată, organizată pentru acest scop special, poate împuțina numărul răniților care mor pe câmpul de luptă fără ajutor.

O femeie nobilă, Miss Florence Nightingale, a dat în războiul Crimeii prima impulsie la interveni-

rea activă a ajutorului privat după bătălie. În rebelul de secesiune a Statelor-Unite ale Americii, «Comisiunea sanitară» a organizat tot serviciul sanitar al armatei din contribuții benevole și cu personal civil.

Convențiunea internațională de Geneva, creată în urma impulsiei lui Henric Dunant și încheiată la 22 August 1864, a introdus în dreptul public european noul principiu al neutralității acestora, care se devotă ajutorului răniților, și a pus în practică ideile umanitare, care au putut contribui la alinarea cel puțin a unora dintre miseriile celor din urmă rezbele. Numeroase societăți de ajutor pentru răniți s'au înființat în Franța, Italia, Austro-Ungaria și Germania, și de la anul 1867 încoace ele s'au pus în raport reciproc prin conferințe internaționale, au perfecționat organizațiunea lor prin înțelegere mutuală și prin expozițiunile materialului necesar pentru îndeplinirea misiunii lor. Comitete de femei caritabile au confecționat pânzeturi pentru spitale, au făcut colecte de bani și de material și au recrutat infirmiere pentru ambulanțe și spitale chiar din clasele avute ale societății.

Ajutorul asociațiilor private pentru îngrijirea răniților în ultimul rebel franco-german a fost foarte întins, el ar fi fost și mai eficace, dacă ar fi existat tot-d'a-una o înțelegere mai intimă între organele societăților și între comandanții militari; dacă pe de o parte comandanții armatelor ar fi considerat concursul acestor asociații filantropice ca un factor indispensabil al administrațiunii militare în timpul rebelului, și ar fi concentrat forțele asociațiilor la locurile unde ajutorul lor era mai trebuincios;

dacă pe de altă parte asociațiunile s'ar fi subordonat unei direcțiuni centrale, investite cu acea autoritate, care este atât de necesară în relațiunile cu administrațiunile militare în timpul resbelului; dacă în fine acele asociațiuni precum și guvernele ar fi pregătite deja în timpul păcii materialul și personalul pentru primul ajutor, pentru adunarea răniților după câmpul de luptă, pentru transportarea lor provizorie în ambulanțe, și apoi pentru transmiterea lor din ambulanțe în spitale.

Mai toate statele civilisate posed astăzi diferite asociațiuni, care au misiunea a veni în ajutorul bolnavilor și răniților în timp de rebel; de și neatârdate de guvern, ele se bucură de protecțiunea și sollicitudinea lui, se organizează și se perfecționează în timpul păcii, spre a fi tot d'a-una gata să dea combatanților concursul lor filantropic. Ele nu mărginesc activitatea lor în ajutorul exclusiv pentru conaționali și inamicii lor în rebelele lor proprii, ci intervin, în virtutea convențiunii din Geneva, și în rebelele altor popoare cu o parte din forțele lor.

La noi s'a făcut în resbelul franco german din anul 1870 de către multe persoane caritabile începutul de a culege bani, material de pansamente și alte obiecte pentru răniți. Lipsite de organizațiune, acele ajutoare filantropice, deși numeroase, au încetat după terminarea resbelului, și n'au dat loc la înființarea societăților permanente pentru ajutorul răniților, atât de necesare în organismul statelor moderne. Asemenea medicii Români, cari au asistat pe răniți pe câmpul resbelului, și-au îndeplinit misiunea filantropică în ambulanțele diferitelor societăți inter-

naționale străine, însă nu sub stégul Român. România a aderat la Convențiunea de Geneva la 18 Noembrie 1874 și în luna Iulie 1876 s'a format Societatea Română a Crucii Roșii. Indată după crearea ei, ea a trimis o ambulanță în Serbia, care se lupta atunci cu imperiul otoman. În resbelul pentru independința României în anii 1877—1878, Societatea Română a Crucii Roșii a trimis o ambulanță pe câmpurile Bulgariei, a construit la Turnu-Măgurele 4 barace pentru căutarea răniților și bolnavilor și a mai înființat la București 3 asemenea barace. În ultimul resbel între Bulgari și Serbi a funcționat asemenea o secțiunea de ambulanță a Societății Române a Crucii Roșii. Pe lângă această societate au mai venit în ajutorul armatei române alte societăți analoge, independente de Societatea Crucii Roșii; pe viitor această neuniformitate trebuie să dispară, tot ajutorul privat pentru militari răniți și bolnavi trebuie să aibă un singur centru, subordonat comandantului suprem al armatei și prin urmare toate acele societăți nu pot exista de cât ca secțiuni ale Societății Române a Crucii Roșii.

Una dintre misiunile principale ale societăților menționate, este recrutarea și formarea de surori de caritate și de infirmieri voluntari pentru ambulantele și spitalele întreținute din fondurile Crucii Roșii. Despre surorile de caritate am vorbit deja într'un capitol special.

Organizațiunea Crucii Roșii cere imperios participarea elementului femeesc la opera ei, cooperarea amândora sexele este indispensabilă; această cooperare constă în două lucrări diferite, în formarea de

asociațiunii patriotice de dame, care adună mijlocele și pregătesc materialul pentru îndestrarea spitalelor și ambulanțelor, și în căutarea directă a bolnavilor și răniților. Femeile române, cu M. S. Regina în frunte, au lucrat în resbelul național din anii 1877-1878 în amândouă modurile cu un succes strălucit; mai cu osebire la patul bolnavului prezența unei femei este prețioasă, ea are mai multă vocațiune, mai multă aptitudine pentru îngrijirea bolnavilor, simplă prezența unei femei în sala unui spital îndulcesce cuvintele și apucăturile grosolane ale infirmierilor ordinari.

Pe lângă Societățile Crucii Roșii există în unele țări și corporațiunii religioase, care urmăresc acelaș scop ca și societățile numite, ast-fel în Austro-Ungharia Ordinul German (Teutonic) lucrădă în d'apropie înțelegere cu Societatea Crucii Roșii; ordinul Sântului Ión din Ierusalim sau ordinul cavalerilor de Malta din Spania, din Italia, din Germania și din Austria lucrădă asemenea într'un mod armonios împreună cu Societatea Crucii Roșii, în Anglia ordinul cavalerilor de Malta există cu totul separat de Societatea Crucii Roșii.

Trebue să mai menționăm, că unii cavaleri de industrie, cu scopul a exploata vanitatea ómenilor setoși de decorațiunii, au fondat un ordin ospitalier al Crucii Roșii; brevetele acestui ordin se eliberădă în numele unei cancelarii imaginare cu reședința la Geneva și se vind pentru bani.

Primul ajutor se dă răniților după puțină chiar în rândurile combatanților, apoi ei se transportă iute la prima stațiune de ambulanță, și după pansamentul

definitiv, sau după săvârșirea operațiunilor necesare, răniții sunt trimiși la un spital cât se poate de depărtat de teatrul resbelului. Nu trebuie să se strămute răniții fără necesitate de multe ori, căci transporturile frecvente produc și casuri de morțe mai numeroase.

Pentru primul transport al răniților, din rândurile combatanților până la cea d'întîi stațiune de ambulanță, societățile Crucii Roșii nu pot interveni singure cu succes; prezența infirmierilor voluntari în linia luptătorilor ar putea produce desordine; sarcina acestui prim transport incumbă soldaților sanitari, și numai în cazul când numărul lor nu este suficient, comandantul chiamă în ajutor infirmierii voluntari civili. Acești din urmă se prezintă pe câmpul de bătăiă numai organizați, în despărțiri de cel puțin cinci infirmieri cu un medic în cap, și aduc materialul lor propriu pentru transportul și pansamentul răniților.

Ambulanțele sunt stabilimente mobile și timpurarie, compuse pe câmpul de bătăiă, destinate pentru primirea și pentru ajutorul medical imediat al răniților. Personalul și materialul lor face parte din armată, sau aparține societăților Crucii Roșii. Materialul ambulanțelor se compune de brancarde, (târgi), trăsuri, protese și bandage, instrumente chirurgicale, medicamente, obiecte pentru pansamente, vase pentru apă. Mijlocele de transport ale ambulanțelor servă în general și pentru transportul bolnavilor din ambulanță la spital. Ambulanțele nu pot posedea un număr mare de trăsuri construite special pentru răniți, și chirurgia militară modernă caută

miđlóce, cu ajutorul cărora să se pótă lesne adapta ori-ce căruță sau car țărănesc, pentru transportul răniților pe distanțe scurte până la garele căilor ferate.

Din ambulanțe răniții și bolnavii sunt transportați în spitalele statului, ale societăților Crucii Roșii, ale județelor, comunelor și în spitale private. Spitalele speciale pentru răniți caută să se instaleze după putință în apropiere de garele căilor ferate și de malurile riuurilor navigabile, cari stau în comunicațiune cu teatrul rebelului. Răniții cari se pot transporta mai lesne, se trimit și în localități mai depărtate, urmându-se principiul de a nu se aglomera mulți bolnavi într'un singur stabiliment, ci de a'împrăștia după putință. În lipsa miđlócelor de transport și a căilor de comunicațiune, trebuie să se improviseze spitale stabile în apropiere cu cămde bătaia, prin adaptarea pentru acest scop a clădirilor existente, prin construirea repede de barace de scânduri, sau prin așezarea răniților în corturi. Armata și organele societăților Crucii Roșii, cari merg în rebel, nu pot fi însoțiți de tot materialul spitalelor, ci obiectele mai greu de transportat și mai lesne de confecționat, precum spre exemplu paturile, trebuie să se construescă repede la fața locului. Depozitele principale ale societăților Crucii Roșii caută să se afle în apropierea căilor de comunicațiune și chiar la garele căilor ferate, spre a se putea transporta la spitale ori-ce material în timpul cel mai scurt.

Pentru transportul răniților pe căile ferate se organizează trenuri speciale, compuse din vagoane adap-

tate pentru acest scop. Trenurile sanitare j6c6 un rol insemnat in resbelele moderne. Materialul, personalul si organizatiunea lor caut6 s6 se prepare deja in timpul paci. Materialul unui tren sanitar este obiceiuit compus din c6te un num6r cam de 20 vagon6 pentru bolnavi si r6ni6i, un vagon salon, un vagon ordinar (cl. II ori a III-a), un vagon adaptat pentru buc6t6rie, un vagon cu proviant, dou6 vagon6 cu alte bagage, un vagon cu c6rbuni si o locomotiv6. Vagon6ele pentru r6ni6i sunt formate din vagon6 ordinare, de la care se scosese scaunele si p6re6ii desp6r6itori ai cupeurilor sau chiar din vagon6 de m6rfuri. U6ile se a6e66 in p6re6ii mai ingu6ti, in c6t comunica6iunea inre diferitele vagon6 devine u6or6, afar6 de ac6st6, trecerea dintr'un vagon intr'altul in timpul c6l6torii este inlesnit prin nisce pun6i. Plafondul, care este mai solid de c6t al vagon6elor ordinare, p6rt6 la fa6a interior6 nisce c6rlige, pe care sunt suspendate, pe curele scurte dar elastice, brancardele cu saltelele si pernele pentru a6e6area r6ni6ilor. In fie-care vagon se mai afl6 o sob6 si o lad6 cu c6rbuni si cu lemne de foc; soba are un aparat pentru inc6l6irea apei necesare la sp6larea r6nilor. Fie-care brancard6 (patu) este prev6cut cu p6n6eturii suficiente si cu 2 p6n6 la 3 p6turi de l6n6. Cel-l'alt mobilier al vagon6elor de r6ni6i se compune din c6te un scaun de n6pte, 4 vase de n6pte, 2 urinare, 2 vase cu ap6 curat6, 2 lighiene, 10—15 pahare, o mas6 cu un scaun; vestimintele r6ni6ilor se at6rn6 de nisce c6rlige in6pte in dou6 col6uri ale vagonului, d'asupra fie-c6rei brancarde at6rn6 un sac de re6ea pentru depunerea mi-

celor obiecte ale bolnavului. Alți asemenea saci servă pentru materialul de pansamente, irigatorii ș. a. Într'un asemenea vagon încap 10 răniți, în tot trenul 200 răniți și 26 până la 30 persoane de serviciu. În cazuri extraordinare se mai adăugă un număr de vagoane ordinare de călători, cu răniți, capabili a fi transportați ședând pe scaunele vagoanelor. Personalul trenului se compune de un director al trenului, care este tot de odată și medic dirigent, unul sau doi medici secundari, un econom, un lăcătuș, un bucătar, un rândaș, 10 subchirurghi sau bărbieri și 12 infirmieri voluntari.

Convențiunea internațională de Geneva din anul 1864 cu modificățiunile adoptate în anul 1868.

Art. 1. Ambulanțele și spitalele militare se vor recunoșce de neutre, și vor fi în consecință protegiate și respectate de beligeranți, în tot timpul când se vor afla într'ânsele bolnavi și răniți.

Neutralitatea va înceta când ambulanțele și spitalele vor fi păzite de forța militară.

Art. 2. Personalul spitalelor și ambulanțelor, adică intenvența, serviciul sanitar, administrațiunea, personalul pentru transportul rănilor și preoții, vor participa la beneficiul neutralității în timpul funcțiunii, precum și atunci când se vor mai găsi răniți de adunat și de ajutat.

Art. 3. Persoanele desemnate în articolul precedent vor putea continua a îndeplini funcțiunea lor în spitale și ambulanțe, și după ce ele vor fi ocupate de inamic, sau se vor putea retrage spre a ajunge corpul la care aparțin. În cel din urmă caz, când ele vor înceta a funcționa, vor fi predate ante-posturilor inimice de către armata ocupantă.

Art. 4. Materialul spitalelor militare rămâne supus legi-

lor rebelului. La retragere persoanele atașate la aceste spitale vor putea lua cu sine numai obiectele lor propriie. Ambulanțele vor conserva însă materialul lor sub aceste împrejurări.

Art. 5. Locuitorii țerei cără vor ajuta pe răniți vor fi respectați și vor rămâne liberi.

Generalii puterilor beligerante vor avea misiunea, a înscința pe locuitoră asupra apelului ce se face la umanitatea lor, și asupra neutralității care va recurge din ajutorul ce vor da răniților. Fie-care rănit, primit și îngrijit într'o casă, ți va servi drept apărare. Locuitorul care va primi răniți în casa sa, va fi apărat de adăpostirea trupelor și de o parte a contribuțiilor de rebel ce s'ar impune.

Art. 6. Militarii răniți ori bolnavi vor fi adunați și căutați fără deosebire de naționalitate. Comandanții superiori vor avea facultatea, a preda îndată ante-posturilor inimice pe soldații inimicii răniți în luptă, dacă împrejurările o vor permite, și dacă amândoa părțile vor consimți. Se vor trămite în țara lor aceia dintre răniți, cari vor fi devenit incapabili a mă servi. Asemenea se vor putea întorce și cei lalți răniți, cu condițiunea ca să nu mă ia armele în timpul rebelului. Evacuațiunile și personalul care le dirige se vor afla sub scutul neutralității absolute.

Art. 7. Un drapel distinctiv și uniform se va adopta pentru spitale, ambulante și evacuațiuni. La tôte împrejurările el va fi însoțit de drapelul național. Asemenea se va admite un brațar distinctiv pentru personalul neutralizat. Număi autoritățile militare singure vor elibera asemenea brațare. Drapelul și brațarul vor purta o cruce roșă pe fund alb.

Art. 8. Detaliile execuțiunii prezentei convențiunii vor fi regulate de comandanții superiori ai armatelor beligerenți, după instrucțiunile ce vor primi de la guvernele lor, conforme cu principiile generale expuse în această convențiune.

Art. 9. Înaltele puteri contractante au convenit, a comunica convențiunea de față guvernelor cari n'au putut trămite

imputerniciții lor la conferința internațională de la Geneva, și a îi invita, ca să adhere la dânsa, spre acest scop protocolul s'a lăsat deschis.

Art. 10. Presenta convențiune se va ratifica și ratificațiunile ei vor fi schimbate la Berna în timp de patru luni cel mult.

Spre încredințarea celor ce preced, imputerniciții respectivi le au subscris și sigilat cu sigiliul lor.

Făcut la Geneva în 22 August 1864.

Articole adiționale.

Art. 1. Personalul desemnat în articolul 2 al convențiunii va continua, în limitele necesității chiar după ocupațiunea inamică, a da ajutorul sâmb răniiților și bolnavilor din ambulantele și spitalele în cari servă. Dacă el va voi a se retrage, comandantul trupelor ocupanți va fixa timpul plecării, el nu va putea opri personalul menționat de cât un timp scurt și în cas de necesitate militară.

Art. 2. Puterile beligerante vor lua dispozițiunii, ca să se conserve retribuțiunea întregă pesórnelor neutralizate cari vor cădea în mânele inamicului.

Art. 3. În condițiunile prevădute la articoliți 1 și 4 din convențiune, numirea de «ambulantă» se întrebuițeză pentru spitalele de câmp și pentru alte stabilimente timpurarie, cari însoțesc trupele pe câmpul de bătăie spre a primi bolnavi și răniiți.

Art. 4. Conform cu spiritul articolului 5 din convențiune și cu rezervele menționate în protocolul din anul 1864 rămâne înțeles, că la repartițiunea sarcinelor privitoare la adăpostirea trupelor și la contribuțiunile de resbel, se va ține compt numai în măsurile ecității, de zelul caritabil arătat de către locuitori.

Art. 5. Dându-se articolului 6 din convențiune un înțeles mai larg, se stipulează, că cu excepțiunea olicerilor a căror prezență ar putea decide sórta armelor, și în limitele lixate la articolul 6 paragraful 2, răniiți căduți în mânele

inimicului, chiar daca ei n'ar fi devenit incapabili a mai servi, se vor inapoia in țara lor după vindecare, și chiar mai curând de se va putea, cu condițiunea a nu mai lua armele in acel rebel.

Art. 6. Vasele, cari pe risicul și pericolul lor in timpul luptei saii după luptă vor aduna pe navefracții și răniți și 'I vor transporta intr'o nave neutră saii intr'o nave spital, se vor bucura până la terminarea misiunei lor de acea neutralitate, pe care o vor permite împrejurările luptei și situațiunea navilor aflate in bătaie.

Art. 7. Aprecierea împrejurărilor este incredințată uma-nității tutulor combatanților.

Navefracții și răniții ast-fel scăpați nu vor mai putea servi in rebelul respectiv. Personalul religios, medical și spitalicesc al tutulor navelor prinse se declară neutru, la părăsirea navei el iea cu sine obiectele și instrumentele chirurgicale cari sunt proprietatea sa particulară.

Art. 8. Personalul arătat in articolul precedent va continua a indeplini funcțiunea și pe navea prinsă și a ajuta la evacuatiunile răniților făcute de către învingător, apoi el va fi liber a se întorce in țara lui conform paragrafului 2 din articolul adițional de mai sus. Stipulațiunile articolului adițional 2 relativ la apuntamente se aplică și pentru personalul sanitar naval.

Art. 9. Bastimentele-spitale militare sunt supuse legilor de rebel in cât privesce materialul lor ; ele remân proprietatea celui ce le a prins, care nu le va putea deturna de la destinațiunea lor specială in timpul rebelului.

Art. 10. Bastimentele de comerț, fără deosebire de naționalitate, încărcate exclusiv cu răniți și cu bolnavi a căror evacuatiune o operedă ele, sunt neutri. Singurul fapt însă al unei visite făcute de un cruciar (croiseur) inamic, notată in jurnalul navei, face pe răniți și pe bolnavii incapabili a mai servi in rebelul respectiv. Cruciarul va ave chiar dreptul a pune pe bord un comisar, pentru însoțirea convoiului și pentru verificarea fidelității operațiunii. Dacă bastimentul de comerț va mai fi încărcat cu mărfuri, ele

vor fi asemenea apărate ca neutrale, cu condițiunea ca să nu fie de acelea cari trebuie să se confisce de beligeranți.

Beligeranții conservă dreptul, a interzice navilor neutrale comunicațiunea în direcțiunile, în cari o vor crede vătămătoare secretului operațiunilor. În casurile urgente comandanții superiori vor putea încheia convențiuni osebite, spre a neutralisa pentru un timp scurt, într'un mod special, navele destinate pentru evacuarea răniților și bolnavilor.

Art. 11. Marinarii și militarii imbarcați răniți și bolnavi vor fi protegiați și căutați de către învingător, fără deosebire de naționalitatea lor. Întorcerea lor în patrie este supusă prescripțiunilor articolului 6 din convențiune și articolului 5 adițional.

Art. 12. Drapelul distinctiv care va însoți pavilionul național, spre a indica că o nave sau o imbarcațiune reclamă beneficiul neutralității în virtutea prezentei convențiuni, este pavilionul alb cu crucea roșie. Beligeranții pot exercita în această privință verificațiunea ce vor crede că este necesară. Bastimentele-spitale militare vor fi distinse pe din afară prin culoarea albă cu baterii verzi.

Art. 13. Navele-spitale, echipate cu chielnișii societăților de ajutor, recunoscute de guvernele semnătore convențiunii de față, precum și personalul lor, se vor considera ca neutre, dacă armarea lor va fi făcută cu autorizațiunea specială a suveranului, și dacă vor poseda un document al autorității maritime competente, constatator că în timpul armării și la plecarea finală acele nave au fost supuse controlului ei, și că au fost echipate numai pentru scopul misiunii lor. Acele nave vor fi respectate și protejate de către beligeranți. Ele se vor recunoște după pavilionul alb cu crucea roșie ardat alături cu pavilionul național. Marca distinctivă a personalului lor, aflat în exercițiul funcțiunii, va fi brașarul alb cu crucea roșie. Ele vor fi colorate pe din afară alb cu baterii verzi. Aceste nave vor ajuta și căuta pe răniții și navefracții beligeranților, fără deosebire de naționalitate. Ele se vor feri ca să nu geneze în nici un mod mișcările beligeranților. În timpul luptei și

după luptă ele vor lucra pe risicul și pericolul lor propriu. Belligeranții vor avea dreptul a le controla și visita ; ei vor putea respinge ajutorul acelor navî, le vor putea impune ca să se depărteze, și vor putea opri apropierea lor, dacă gravitatea împrejurărilor o ar cere. Răniții și navefracții, adunați de aceste navî, nu se vor pute reclama de către nici unul din combatanți, și li se va impune ca să nu mai servescă în resbelul respectiv.

Art. 14. In resbelele maritime o presumpțiune gravă, că unul dintre belligeranți profită de beneficiul neutralității într'un alt interes de cât acela al răniților și al bolnavilor, permite celui lalt belligerant ca să suspende din parte'i convențiunea până la proba contrariă. Dacă presumpțiunea această devine certitudine, atunci se poate denunța convențiunea pentru totă durata resbelului.

Art. 15. Presentul act se va alcătui într'un singur exemplar original, care va fi depus in arhivele confederațiunii elvetice.

O copie autentică după acest act se va elibera, cu invitațiune la adheșiune, tutulor puterilor cari au subscris convențiunea din 22 August 1864, precum și acelora cari au adherat in urmă.

Spre incredințare comisarii subscriși au redigeat presentul proiect al articulelor adiționale și au pus și sigiliile lor, Făcut la Geneva la 20 Octombrie 1868.

Statutele societăței Crucei Roșie din România

Art. 1. Se constituie o societate sub denumirea de «*Societatea Crucei Roșie din România.*»

Art. 2. Societatea *Crucei Roșie* se compune dintr'un Comitat central și din comitate secționare de prin districte.

Art. 3. Scopul acestei Societăți este de a da, prin toate mijlocele posibile, ajutorul cuvenit militarilor răniți și bolnavi de pe câmpul de luptă, in ambulante și in spitale. Această Societate este destinată a deveni, in timp de resbel, auxiliarul serviciului sanitar militar, formând ast-fel depozitele de rezervă ale acestui serviciu.

Art. 4. Societatea se compune din membrii fondatori, cari subscriu pentru o cotisațiune anuală de 20 franci și din membrii aderenți a căror cotisațiune anuală nu pòte fi mai mică de 10 franci.

Art. 5. Pe lângă aceste sume, Societatea este autorizată a aduna și alte sume, prin mijlocul unei subscripțiunii *benevole* și de a accepta donațiunile ce-i sunt adresate și în genere orî-ce ofrande precum și subvențiuni.

Art. 6. Societatea adheră la principiile generale, cuprinse în Convențiunea de la Geneva din 1864 August 22, publicată în Monitorul ôstei No. 18, din 1875 Iunie 14.

Art. 7. Direcțiunea acestei Societăți este încredințată unui consiliu general, cu reședința în Bucurescî și sub patronagiul Măriei Sale Dómniei. Acest consiliu se compune din 15 membri aleși în adunarea generală a membrilor fondatori pe timp de 3 ani. Ei pot fi realeși. Din sânul acestui consiliu se alege 3 vicî-președinți, 2 secretari și un casier.

Art. 8. Consiliul general alege, din sânul sêui, un Comitat de administrațiune compus din 5 membri. Acest comitat are reședința sa în Bucurescî. El provócă în tóte districtele României comitate secționare. Aceste comitate numesc președinți și casierii lor, cari vor intra îndată în relațiune cu comitatul central din Bucurescî. La finitul fiecărui an, comitatele secționare trimit comitatului central o situațiune a casei, precum și sumele adunate.

Art. 9. Aceste sume sunt depuse la Casa de depunerî și consemnațiunî.

Art. 10. Comitatul central organiză, în timp de pace, tóte mijlócele de acțiune pentru timpul de rebel. Pentru acest scop, el dirige instrucțiunea personalului brancardier și prepară, prin cumpărări, tot materialul necesar pentru căutarea răniților și bolnavilor pe câmpul de luptă.

Art. 11. Acest comitat corespunde direct cu Ministeriile și diferitele autorități pentru cestiunile ce interesază Societatea. Asemenea corespunde cu tóte societățile naționale ale *crucei roșie* și cu comitatul internațional din Geneva.

Art. 12. Comitatul se adună o dată pe lună, sau mai des dacă lucrările Societății ar cere.

Prezența a trei membri este destul pentru a delibera și a lua deciziuni.

Art. 13. La finele fie-căruși an, președintele consiliului general convăcă pe toți membrii acestui consiliu într-o adunare, ce are de scop de a cerceta și sancționa lucrările administrative și financiare ale comitatului de administrațiune. Lucrările și decisiunile luate în adunarea consiliului general vor fi date publicității.

Art. 14. Președintele societății este în drept a convoca în casuri extraordinare și adunări generale chiar de toți membrii fondatori și aderenți.

Art. 15. Tote funcțiunile consiliului general și ale comitatului de administrație sunt gratuite.

Art. 16. Administrațiunea fondurilor diferitelor comitate sectionare va fi regulată prin reglemente speciale sancționate de consiliul general.

Art. 17. Președintele comitatului central este dator a adresa d-lui ministru de resbel, la finele fie-căruși an, o situațiune despre mișcarea fondurilor.

Art. 18. În timp de resbel național, atât materialul cât și personalul acestei societăți sunt puse la dispozițiunea serviciului sanitar militar.

Art. 19. Semnul distinctiv al acestei Societăți este acei prevăduți prin Convențiunea de Geneva, adică *Crucea roșie pe câmp alb*. Acest semn va figura pe tot materialul ce aparține acestei Societăți, adică : pe ambulante, depozite, spitale, etc. Acest semn va figura asemenea pe un braț purtat la brațul stâng de tot personalul aflat în serviciul acestei societăți și care va posedea o cartă de identitate timbrată, dată de autoritatea militară și în dosul căreia va fi fotografia persoanei respective. — Pavilionul vaselor ce transportă materialul acestei Societăți sau pe răniți și bolnavi de pe câmpul de luptă, va purta asemenea acest semn distinctiv.

Art. 20. Indată după declararea unui resbel, comitatul

adresază un apel națiunii întregi prin diferite mijloce de publicitate, pentru a provoca donațiuni și ofrande de tot felul, destinate pentru căutarea răniților și bolnavilor de pe câmpul de luptă.

El organizează secțiunea de ambulanță cu tot personalul medical și sanitar voluntar, care, în timp de rebel național, este pus la dispozițiunea serviciului sanitar al armatei.

El instalează asemenea stabilimente de ambulanță sau spitale de rezervă, pentru căutarea răniților și bolnavilor militari fără distincțiune de naționalitate.

În tot timpul rebelului, Societatea trimite pe câmpul de luptă, prin serviciul ambulanțelor militare, toate ofrandele de material de ambulanță și de pansament sau alte mijloace ce va fi primit.

Art. 21. Societatea Crucii roșii din România dă ajutoare, în proporție cu mijlocele sale, tuturor societăților străine de ajutor pentru militarii răniți cari au necesitate, în rebelele unde România nu este angajată. Ea ajută asemenea pe toți luptătorii străini răniți sau bolnavi, cari se refugiază pe teritoriul român. Pe de altă parte, ea solicită, la caz de trebuință, ajutorul societăților străine.

Art. 22. După terminarea rebelului, comitatul dă socotă detaliată despre toate lucrările și cheltuelile urmate, precum și de rezultatele obținute. Pentru acesta, președintele convocă consiliul general său chiar o adunare generală de toți membrii fondatori și aderenți.

Art. 23. Dăminele vor pntea forma comitate separate, cari sunt invitate a se pune în corespondență cu comitatul central al Societății.

Art. 24. Aceste statute nu vor putea fi modificate fără autorizațiunea Guvernului.

LX.

Farmaciile.

Căutarea bolnavilor devine numai acolo eficace, unde și serviciul farmaceutic este bine organizat, unde medicamentele se prepară cu scrupulositate, unde publicul și medicul pot avea încredere în farmacie, căci, precum a zis-o deja marele Celsiu : «morbi enim non eloquentia sed remediis curantur» bólele nu se vindecă prin cuvinte, ci prin medicamente.

Separarea exercițiului farmaciei de acela al medicinei este necesară și prescrisă prin legea sanitară, pe de o parte spre a face posibilă controlarea tratamentului medical, pe de altă parte spre a înlesni labórea medicilor ocupați. Exercițiul farmaciei cere o dexteritate manuală și óre-care cunoștințe speciale, pe care în general nu le posed medicul.

Farmaciile sunt aședăminte concesionate, statul cere de la acela, care prepară medicamentele și care le vinde, garanții a cunoștințelor sale speciale, și prescrie regule asigurătoare pentru uniformitate preparațiunilor și înlesnitóre pentru control, statul limitéză chiar numărul farmaciilor, nu permite existența lor în localități, în care cu probabilitate ele nu s'ar putea susține, și mărginesce chiar prețul cu care farmacistul póte vinde medicamentele.

Intervențiunea administrațiunei la crearea farmaciilor noi și controlarea din parte-i a exercițiului artei farmaceutice și a materialului farmaciilor, sunt legitime și necesare, căci fără acea intervențiune bolnavii și medicii n'ar putea găsi cu înlesnire medicamentele cerute, și publicul, lipsit de cunoștințele speciale pentru a putea controla însuși calitatea droguelor cumpărate, ar trebui să renunțe la garanția ce i se procură astăzi în această privință.

Cu toate acestea și înriurirea Statului asupra farmaciilor câtă să aibă nisce limite bine determinate, el nu trebuie să facă din arta concesionată un comerț monopolizat, și nu trebuie să ceară de la farmaciști alte cunoștințe, de cât cele absolut necesare pentru exercițiul farmaciei.

Apărătorii sistemului de limitare a numărului farmaciilor îl justifică prin faptul, că farmaciile care nu se pot susține din cauza micului număr de consumatori, nici nu pot fi aprovizionate cu medicamente buue și în cantitate suficientă, și că prin urmare Statul trebuie, înainte de toate, să asigure un număr suficient de clienți farmaciilor deja existente, pentru ca să nu le deterioreze, și apoi să permită deschiderea farmaciilor noi numai în acele localități, unde cu probabilitate ele se vor putea susține; că veniturile farmaciilor în ultimele decenii s'aũ micșorat foarte mult, prin micșorarea morbidității provenite din respândirea cunoștințelor igienice și prin creșterea culturii în general, prin simplificarea terapiei, prin concurența apelor minerale și a stabilimentelor terapeutice pentru cure cu masagiũ, cu apă rece, cu lapte, cu zer, cu struguri; în fine

se apără sistemul de limitare a numărului farmaciilor, prin afirmarea făcută deja la congresul farmaceutic internațional ținut la Paris în anul 1867, că farmaciile din acele state, unde numărul lor este limitat prin legi, se află într-o stare mai bună, mai corespunzătoare cu cererile științei, mai asigurătoare pentru interesele bolnavilor.

Limitarea numărului farmaciilor poate însă deveni vătămătoare intereselor publicului, și guvernul permite deschiderea lor și în târgurile mai mici unde se află medici, veri de câte ori se prezintă farmaciști români cari doresc a deschide acolo farmacii. Urmarea contrariă ar înlătura concurența utilă intereselor bolnavilor, care concurență este compatibilă cu existența unei taxe a medicamentelor. Interesele bolnavilor reclamă, ca farmacia să nu fie prea depărtată de locuința lor, ca ei să nu fie expuși arbitrarului unui farmacist, care fiind singur în tot județul, este prea aspru cu publicul, puțin indulgent pentru săracii, puțin săritor către aceia cari în timp de nopțe au nevoie de dânsul, și prea exigent în privința prețurilor unor medicamente neoficinale. Cu cât o țară este mai înapoiată în civilizațiune, cu atât mai insuficientă este concurența în privința deschiderii farmaciilor, astfel spre exemplu chiar guvernul ruseșc subvenționează multe farmacii, pentru ca să nu lase circumscripții vaste lipsite de medicamentele necesare pentru căutarea bolnavilor.

Administrațiunea nu trebuie să impună aceluia, cari voiesc a deschide farmacii, datoria a înființa așezăminte luxoase și costitoare cu un personal mai mare, mai cuosebire pentru comunele mai mici ea

nu trebuie să cêră, de cât aprovizionarea farmaciei cu materialul și uneltele absolut necesare, și instalarea ei în locale modeste, cari sunt suficiente pentru funcționarea ei.

Locale vaste și numeroase nu sunt necesare pentru acel farmacist, care cumpără unele drogue deja pisate, care nu produce singur extractele și multe alte preparate, ci le cumpără gata de la fabrica chimică. Depozite mari de materiale sunt mai expuse la alterațiune de cât o provisiune modică.

În România ca și în unele alte state există, cu excepțiunea Dobrogei, o singură clasă de farmaci, ele sunt deschise în virtutea unui hrisov domnesc unei concesiuni transmise prin vândare sau prin moștenire, sau înființate în virtutea unei concesiuni date în urma unui concurs, care concesiune nu se poate înstrăina în cazuri ordinare de cât după 10 an, de la deschiderea farmaciei; iar în Dobrogea drepturile unor farmaci sunt personale. Proprietarul unei concesiuni de farmacie, cumpărată și nu dobândită prin concurs, la intrarea în stăpânirea ei a cheltuit nu numai valoarea reală a utensiliilor, droguelor și a chiriei localului, ci și capitalul cu care a cumpărat de la predecesor dreptul a avea farmacie, capital obicinuit mai mare de cât valoarea materialului, iar acela care a deschis farmacia pe baza unui concurs, n'a băgat într'ênsa de cât adevăratul preț al materialului. Cel d'întîi nu se poate mulțami cu un câștig mic, ci voiesce a scôte din farmacie și dobînda capitalului cu care a cumpărat dreptul de farmacie; cel d'al doilea poate exista și cu un venit mai modest, din cauză că el lucrădă

cu un capital mult mai mic. Am moștenit de la regimul regulamentar desavantajele drepturilor transmisibile ale farmaciilor și am acordat aceleași drepturi farmaciilor concesionate în virtutea unui concurs, acest sistem presintă însă și un avantaj: farmacistul care știe că farmacia lui va exista și după moartea lui, că moștenitorii lui o vor vinde ori administra singuri, și că valoarea ei depinde de starea în care ea se află, o va aproviziona și întreține mai bine de cât acela, care dirige o farmacie concesionată numai pentru timpul vieții sale. Progresele științei impun farmacistului obligațiunea, ca să posede aparate costitoare, poate că în proximitate o farmacie nici nu va putea corespunde cu cererile moderne, dacă nu va fi înzestrată cu microscop, cu aparate de polarizațiune, cu spectroscop și cu multe alte instrumente scumpe. O farmacie, a cărei permanență este asigurată prin lege, poate mai lesne face sacrificii pentru a se pune în nivelul științei, de cât cea a cărei viitor este problematic, din cauză că el depinde de viața unui singur om. Afară de acesta, proprietarul unei farmacii transmisibile găsește mai lesne creditul necesar pentru aprovizionarea corectă a farmaciei, de cât acela al unei farmacii cu drept personal.

Cu cât dăm exercițiului farmaceutic o libertate mai mare, cu atât mai sever trebuie să fie controlul care îl exercită statul asupra farmaciilor.

Controlul caută să probeze: că cel care exercită farmacia posedă titlurile științifice necesare, că farmacia este aprovizionată cu instrumente, aparate și droguri în cantitate și de calitate suficientă, că lo-

calitățile ei nu expun prin umiditatea lor droguele la alterare rapidă, și că se observă de farmacist prescripțiunile codului farmaceutic (Farmacopea și taxa farmaceutică).

Nici o farmacie nu poate fi apărută de acest control; farmaciile militare, care nu pot fi supuse priveghierii din partea autorităților sanitare civile, trebuie să fie controlate de experți investiți cu grade militare. Nu pot fi scutiți de preveghere farmaciile speciale ale spitalelor civile, deși ele se înărginesc în expedițiunea pentru spital. În localitățile mici, unde din cauza depărtării farmaciilor publice medicul și veterinarul țin farmaciile mici private pentru clienții lor, chiar aceste farmaciile mici caută să fie controlate de o potrivă cu farmaciile publice. Imprejurarea că medicul ține farmacia particulară ex officio, în calitate de medic de plasă, nu poate motiva o scutire de la controlul menționat.

Se înțelege de la sine, că nu se poate deschide o farmacie nouă, de cât după visitațiunea care a probat, că farmacia este aprovisionată cu materialul necesar și instalată într-o localitate convenabilă spre a putea funcționa.

Revisiunea farmaciei caută să se întindă asupra tuturor localităților din care ea se compune, să constate dacă calitatea medicamentelor este conformă cu farmacopea, dacă medicamentele lucrute după ordonanțele medicale și găsite deja gata pentru expedițiune sunt bine preparate, dacă droguele sunt bine conservate și bine separate una de alta, dacă toate aparatele și instrumentele sunt ținute cu curățenia necesară (mai ales strecurătoarele, vasele pentru in-

fusiune), dacă inscripțiunile sunt exacte și conforme cu conținutul vaselor. Resultatul revisiunii depinde de la metoda cu care este făcută, trebuie dar ca membrii comisiunilor însărcinați cu această lucrare să posedă toate cunoștințele speciale necesare pentru executarea ei. Din nenorocire nu dispunem astăzi de un număr suficient de asemenea agenți speciali. Cu toate acestea se pot face de alți experți unele analize cantitative a drogurilor și a medicamentelor lucrute, spre exemplu a unui preparat de Chinină găsit gata pentru expedițiune, care se poate sigila de revisorul farmaciei și transmite Laboratoriilor de Chimie ale Direcțiunii sanitare spre cercetare precisă. Examinarea cantitativă a medicamentelor deja preparate după ordonanțe, și chiar cântărirea lor în întregime, este un mijloc important pentru a proba exactitatea lucrării. Se înțelege de sine că balanțele și greutățile trebuie să fie de o acurateță exemplară. Substanțele care și în cantitate mică exercită o acțiune toxică, trebuie să se ție separat de medicamentele nepericuloase.

Resultatul revisiunii fiecărei farmacii în parte se constată printr'un proces-verbal, subscris și de dirigentul farmaciei, cărui trebuie să i se permită a adăoga și observațiunile sale.

Medicii omeopați n'au dreptul a prepara și libera singuri medicamente pentru clienții lor, (Legea sanit. art. 73), ci în localitățile unde exercită asemenea medici, se pot obliga farmaciștii ca să expedieze și medicamentele omeopaticе după ordonanțele prescrise de medicii omeopați. În multe cazuri omeopatia nu

este de cât un pretext, pentru a justifica dispensarea medicamentelor din partea a însuși medicului.

Pe lângă regularea dărit concesiunilor de farmacie și a pozițiunii farmaciștilor, legea sanitară fixedă și penalitățile pentru călcările farmacopeii, ale taxei și ale regulamentului farmaceutic.

Conferirea gradelor academice de farmacist și de asistent în farmacie și imatricularea elevilor în farmacie este regulată prin Legea instrucțiunii și prin Regulamentul școlei superioare de farmacie.

Farmacopea prescrie a-nume medicamentele cu cari farmacia trebuie să fie aprovisionată, calitatea și forma lor și modul preparațiunii. Legea sanitară prescrie ca farmacopea, pentru a fi conformă cu progresele sciinței, să se revisuiască din când în când, scopul acestei revisii este ca să se adauge medicamentele noi de utilitate incontestabilă, și să se ștergă cele obsolete.

Taxa farmaceutică prescrie farmacistului prețul cu care pôte vinde medicamentele. In statele în cari, ca și la noi, numărul farmaciilor este limitat prin legi, taxa compensedă lipsa concurenței. Taxa trebuie să fiă equitabilă, pe de o parte să fie compt și de acea parte a publicului, care deși nu este avut, tot nu se numără între cei cu desăvârșire săraci, care în cas de bóle pot cere căutarea medicală gratuită și plata medicamentelor din fonduri publice, pe de alta să iea în sémă că farmacistul uu este un simplu comerciant, care vinde marfa lui cu un câștig óre-care, ci un om de sciință ca și ajutóarele lui, care este în drept să fie despăgubit pentru munca, pentru timpul perdut cu prepararea

medicamentelor, și pentru acele medicamente stricate cari, de și supuse la alterațiunea răpede, trebuie să se afle tot de una în ființă în farmacie. Taxa nu este aceeași pentru medicamentele oamenilor și ale vitelor, ci aceea pentru preparațiunile necesare în tratamentul veterinar este mai scădută. Fie-care modificare a farmacopei trage după sine și modificarea taxei farmaceutice.

Prima Farmacopea Română și prima taxă farmaceutică română au fost decretate în anul 1862 și puse în lucrare la 1 Ianuarie 1863.

Se află în comerț o mulțime de medicamente secrete, inventate pentru a exploata credulitatea publicului, și laudate că panacee sau că remedii în contra multor bôle curabile și incurabile. Printr'o numire stranie, prin împachetarea neusitată, prin colórea remediului și prin felurite reclame, inventatorii acelor medicamente secrete atrag cumpărătorii. Ele pot vătăma direct sănătatea cumpărătorilor prin compozițiunea lor chimică, sau într'un mod negativ, făcând pe bolnav ca să përdă timpul cel mai favorabil pentru vindecarea bôlei și că bóla lui acută să devie cronică. Utilitatea lor este numai aparentă, și multe bôle cari s'au vindecat după întrebuințarea lor, s'ar fi îndreptat și fără nici un medicament. Cestiunea, dacă statul are datoria a apăra pe cetățeni în contra fraudelor ce se comit cu vânzarea medicamentelor secrete, încă nu este rezolvată, unii pretind că statul are misiunea a înlătura ocasiunea pentru exploatarea publicului lipsit de cunoștințele și de inteligența necesară, alții cer libertatea absolută, și voiesc ca «inventorul» să se bu-

cure de toate avantajele ce 'i poate aduce «invențiunea» sa. Nu se poate însă considera ca o invențiune nouă; dacă cine-va dă unui medicament deja cunoscut o formă nouă. Pe lângă vătămarea sănătății a multor oameni prea creduli prin unele medicamente secrete, vânzarea lor aduce și pierderi economice, din cauză că în general prețul lor este mult mai mare de cât valoarea lor adevărată. Intre populațiunile cele mai culte se găsesc multe persoane, cari se amăgesc prin anunțuri șarlatane, cu cât civilizațiunea într'un stat este mai puțin înaintată, cu atât sunt mai necesare măsurile represive în contra comerțului cu medicamentele secrete.

LXI.

Comerțul cu substanțe toxice. Drogueriele.

Prevegherea și restrângerea comerțului cu substanțe toxice are de scop, a opri sau cel puțin a face mai rare otrăvirile accidentale și voluntare. Acțiunea Poliției sanitare în această privință ar trebui să nu împedice comerțul prin multe formalități inutile, ci să se mărginească în excluderea din comerțul mic (din vânzarea în detail) a substanțelor toxice celor mai periculoase, în preservarea alimentelor de contactul cu substanțe vătămătoare și în oprirea băcanilor și altor comercianți fără cunoștințe farmaceutice a vinde medicamente. Nu trebuie să exagerăm zelul, căci acela care are voința fermă

a 'și lua viața, o să găsească cu lăță prevegherea polițienescă un instrument letal ori un corp toxic.

Regulamentul român asupra comerțului cu obiecte otrăvitoare subordonă darea concesiunii pentru comerțul de droguist, trecerei cu succes a unui examen. Scopul acestui examen nu este altul, de cât constatarea că comerciantul care voesce a deschide o droguerie, este familiarizat cu substanțele toxice, le deosebesce după aspectul lor, nu putem însă cere că acel comercianți să posede cunoștințe teoretice asupra compozițiunii chimice a drogurilor.

LXII.

Apele minerale și stațiunile climatice.

Un număr mic de ape minerale streine însușesce calități curative, care nu se pot lesne înlocui prin apele noastre, țara noastră posedă însă mai multe izvoare minerale care, în cât privesc compozițiunea apei și condițiunile climatice ale localități, pot face concurența serioasă apelor analoge streine. Dacă dară pe de o parte nu vom fi îndemnați printr'un patriotism exagerat, la ignorarea acelor ape minerale streine care se bucură de o reputațiune bine meritată, vom stărui pe de laltă, ca apele indigene să fie aprețuite după adevărata lor valoare, și în cazul când calitățile lor sunt egale sau aprópe egale cu cele streine, vom da preferința apelor minerale ale noastre.

Unele dintre isvórele minerale române erau deja utilizate de Romani. La Bivolari lângă Cozia, pe malul stâng al Oltului (județul Argeș), se mai găsesc ruinele unor băi romane, remășițe al stațiunii termale «Bulidava» din anul 138 după Domnul Christos; este natural că apa sulfurósă și iodată termală de la Bulidava, care are o temperatură de 27° până la 28°C., nu putea să scape atențiunii administratorilor romani.

În timpul modern prima scriere care se ocupă de apele minerale române, este carte doctorului St. V. Episcopescu. Apele minerale ale țerei românesce, București 1833 (prima edițiune); apoi vin scrierile lui Zotta din anul 1835 asupra apelor de la Slănic, Șarul Dornei, Borcea, Hangu și Strunga, lui C. Vârnav din anul 1838 asupra apei de la Văiluța, lui I. Cihak și F. Humpel din anul 1844 asupra Balțatescilor și ale lui C. C. H. pites din anul 1847 asupra apelor de la Balta Albă.

La alegerea curelor de apă minerală medicul și bolnavul nu consultă numai compozițiunea chimică a apei și clima localității, ci și condițiunile traiului, confortul, înlesnirea comunațiunii. Aceste din urmă condițiuni mai lasă la noi mult de dorit. Micele progrese făcute în această privință în cei din urmă ani nu sunt suficiente, pentru că se dă o altă direcțiune pelerinagelor periodice a unei mulțimi de români, cari transportă în străinătate pe fie-care vară economiele muncii lor. Bolnavii sunt egoiști, ei nu se preocupă de interesele economice ale țerei ci numai de ale lor proprii, trebuie să ținem dar cont de cerințele lor și să aducem aședămintele nós-

tre de ape minerale într'o stare, care să atragă și să mulțumescă chiar pe vizitatorii mai exigenți, și în această privință guvernul și administrațiunile publice trebuie să facă sacrificii mari pentru stabilimentele balneare care sunt proprietatea lor.

Înființarea stabilimentelor de ape minerale care isvoresc pe proprietăți particulare, este obiectul industriei private, administrațiunea are însă misiune a veghia, ca acele ape să nu fie neglijate, să nu fie sustrase de la destinațiunea lor, ca bolnavii să nu fie asupriți prin prețurile exagerate ale locuințelor, alimentelor și băilor, ca direcțiunea sanitară a unui asemenea așezământ să fie încredințată unui medic, pentru ca în timpul curei bolnavii să nu fie lipsiți de ajutorul medical, administrațiunea trebuie să mai ordone facerea analizelor chimice ale acelor ape la cel puțin câte 3 ani și publicarea lor, căci compozițiunea unei ape minerale este supusă la schimbări diferite. În cazul când concurența și interesul propriu n'ar îndemna pe proprietar, ca să introducă în stabilimentul său de apă minerale îmbunătățirile necesare, pentru a înlesni venirea și șederea bolnavilor, statul, județul sau comuna îl pot expropria în virtutea legii pentru expropriere, care prevede cauze de Igiena publică ca motive pentru expropriațiune. Pentru apele minerale care se descoper pe proprietatea statului, a unui județ sau a unei comune, statul, județul ori comuna sunt datore a îngriji acele sorginți cu toată sollicitudinea, a institui stabilimentele terapeutice necesare, a crea mijloace de comunicațiune, ospel, plimbări și cu un cuvânt a procura bolnavilor tot confortul, a pune la cale face-

rea studiilor științifice asupra acelor ape, a institui ospitalitate publică pentru bolnavii săraci, cari să înlesnescă și săracilor întrebuințarea apelor minerale.

Administrațiunile spitalicești mai mari (casa Sf. Spiridon din Iași, Eforia spitalelor civile din București, Ministerul de Resbel) trimit câte o dată bolnavii săraci la unele stabilimente de ape minerale, îngrijind ca acei bolcavi să fie transportați gratis la băi și să primescă gratis adăpostul, nutrimentul și tratamentul medical.

Orî care va fi modul de administrațiune și de exploatare a apelor minerale, statul este dator a o controla prin ómenii speciali.

La unele ape sulfuróse care resar reci din pământ, se mai întrebuințedă bolovanii arși pentru încăldirea lor, acéstă procedură descompune lesne gazul sulfuric, și daca petrele sunt de formațiune calcarie, se nasce un lapte de calce, care exercită o acțiune caustică asupra tegumentelor generale și expune pe bolnavii la pericole serióse. Intrepridătorii băilor sulfuróse caută să fie instruiți asupra acestei împrejurări, și trebuie să li se recomande un mijloc de încăldire inofensiv, care să nu alterede calitatea apelor. La Calimănesci, la Bălțatesci și la Slănic apa pentru băi se încăldește prin vapori fierbinți.

Controlul comerciului cu ape minerale nu póte avea alt scop, de cât a opri vindarea apelor vechi și reu conservate, el este lesne de efectuat pentru apele ale cãror clondire pórtă însemnarea anulul, acolo unde anul este indicat numai pe sigiliu controlul este dificil, în orî-ce cas controlul se póte în-

lesni prin prezentarea facturilor originale de către comerciant.

Fabricațiunea apelor minerale artificiale caută să nu se permită fără o concesiune specială și cu mare rezervă. Concesiunea nu se va putea da de cât ómenilor cu cunoștințe chimice și cu experiență în asemenea fabricațiuni. Fabricile respective trebuie să fie supuse la revisiuni analoge ca farmaciile. Revisiunile ar trebui să constate curățenia materiaturii întrebuițat, a uneltelor și aparatelor, a produselor și compozițiunea celor din urmă. Se înțelege de sine că apele minerale artificiale nu se pot introduce în comerț de cât ca ape artificiale, și că prin urmare fie-care sticlă ori clondir caută să fie însemnată cu arătarea că este un artefact, precum și cu numele și cu adresa fabricantului.

Importul apelor minerale artificiale fabricate în străinătate nu trebuie să se tolereze.

Pentru ca să dăm o direcțiune rațională lucrărilor ce vom întreprinde, pentru a aduce stațiunile noastre balneare și climatice la starea dorită de dezvoltare, este util ca pe de o parte să ținem sémă de unele măsuri propuse de colegul nostru D. C. Istrati în raporturile d-sale asupra inspecțiunilor făcute stabilimentelor balneare din țară, ier pe de alta să cercetăm ce au făcut vecinii noștri de dincolo de Carpați, pentru a asigura apelor lor minerale nu numai clientela indigenă ci și visitorii străini numeroși.

Deja în anul 1841 guvernul Ungariei a însărcinat pe profesorul L. Tognio cu examinarea apelor minerale și a stațiunilor balneare ungare și cu ela-

borarea unui tractat, unei călăuze pentru medici și pentru vizitatorii acelor stabilimente și în anul 1858, după ce cartea lui Tognio devenise obsoletă, a fost însărcinat profesorul D. Wachtel cu publicarea unui tractat nou de balneologie ungară. În anul 1847 academia ungară a publicat un premiū, pentru o scriere terapeutică asupra apelor minerale ungare, și a premiat cartea profesorului I. Török asupra acestui subiect. Congresele naționale ungare de medicină și de științe naturale au studiat diferite cestiuni relative la apele minerale indigene, au publicat premii pentru resplata studiilor analoge și au ținut chiar întrunirile lor anuale în mai multe stațiuni balneare. Apoi societatea regală ungară de medicină a creat o secțiune balneologică, care a cules datele necesari asupra compozițiunii apelor, asupra acțiunii lor, asupra condițiunilor climatice ale stațiunilor balneare și prin lucrările ei a făcut mai cunoscute apele minerale unguresci în țară și în străinătate. În cei din urmă 12 ani apele minerale ungare au figurat la toate expozițiunile internaționale, cu ocasiunea mai multor congrese internaționale de medicină, guvernul ungar a împărțit scrieri speciale balneologice publicate în limba franceză și germană

Să imităm dar acest exemplu, să cercetăm care sunt neajunsurile stațiunilor noastre balneare și climatice și să perfecționăm acele așezăminte prin conlucrarea sistematică și energică a tuturor persoanelor competente.

Înainte de toate trebuie să mai îmbunătățim unele căi de comunicațiune. Avem mai multe stațiuni cli-

matice foarte bune pentru persoane afectate de bôle ale căilor respiratorii, douë dintre ele, aflate în situațiuni excelente, Bisca-Penteleu în județul Buzëu și Titvele în județul Gorj, sînt greu accesibile. Apa arsenicală de la Dorna-Vatra nu se pôte aduce până la Fălticeni, din cauză că nu există o șosea de la capitala județului Suceava până la hotar din apropierea comunei Dorna-Vatra. Trebuie să îngrijim ca fie-care stațiune balneară și climatică să aibă medicul ei permanent, familiarizat cu mijlócele curative ale stațiunii, care medic să nu se schimbe pe fie-care an. Trebuie să complectăm cunoștințele noastre asupra compozițiunii diferitelor ape indigene și asupra acțiunii lor, trebuie să conservăm acele ape în starea lor naturală, să constatăm cantitatea lor și să nu tolerăm ca să se debiteze un număr mai mare de băi de cât permite avuția isvorului mineral. Trebuie să studiam metodele perfecționate de întrebuințarea unor ape și să le introducem și la noi; și noi avem ape cari, făcënd abstracțiune de temperatură, nu sunt inferióre celor de la Aix-les-Bains, dacã am introduce în unele stațiuni ale noastre dușele scoțiane cu apa minerală, masajul sistematic și tot tratamentul precum el se usiteză la Aix-les-Bains, am dobândi, de sigur, aceleași rezultate ca acolo. Inhațațiunile de apă minerală pulverisată, care constituie o parte importantă a curei la Ems, la Reichenhall, la Gleichenberg, la Ischel, s'ar putea lesne introduce la Slănic și în alte stațiuni române. Asemenea s'ar putea lesne instala în una sau douë din stațiunile climatice române, ca binete pneumatice pentru comprimarea aerului at

mosferic, care reprezintă mijlocul curativ principal la Reichenhall în Bavaria, frecventat de mulți români. Inhalațiunile de oleu eteric (esență) de brad și băile de infuziuni de frunze de brad, agent terapeutic întrebuințat cu profuziune la Aussee, Arco și în mai multe alte stațiuni climatice, s'ar putea asemenea organiza în unele stațiuni balneare ale noastre.

Trebue să ne opunem lăcomiei excesive a unor otelieri, cari fac șederea în băile noastre cu mult mai scumpă de cât în streinătate. Trebuie să facem șederea în stațiunile noastre balneare mai plăcută, să le înfrumusețăm prin plantațiuni, prin promenade, să îngrijim ca atmosfera lor să fie lipsită de pulvere.

Trebue să începem cu fabricațiunea sticlelor ordinare pe scara mare, pentru ca să înlesnim transportul și consumul acelor ape minerale indigene, care merită a fi întrebuințate ca ape terapeutice și ca ape de lux (ape acidulate gazoase).

Din mulțimea izvoarelor minerale române trebuie să alegem acele, care merită sacrificiul de munca și de bani, și acestui număr restrâns de ape vom da totă dezvoltare posibilă.

Pe la apele minerale care isvoresc pe domeniile statului, guvernul a înființat stabilimente balneare la Călimănesci, Lacul-Sărat, Govora.

La Slănic, care a fost încredințat de guvern spre explotare Epitropiei generale a casei spitalelor Sf. Spiridon, acea Epitropie lărgesce și perfecționează din an în an stabilimentul balnear existent.

O lege promulgată la 3 Iunie 1886 scutesce sta-

bilimentele de băi și de ape minerale de ori ce dare către stat, județ sau comună pe timp de 15 ani și acordă un scădamânt de 50%, pentru transportul pe căile ferate române al materialului necesariu pentru explótarea isvórelor minerale și al produselor lor. Un regulament publicat la 1 Iulie 1886 reduce prețul călătoriei pe căile ferate române pentru vizita-torii stațiunilor balneare indigene.

În anul 1888 s'a introdus o inspecțiune sanitară sistematică a tuturilor stabilimentelor de ape mine-rale din țară și D. prof. dr. C. Istrati a fost însăr-cinat cu acéstă inspecțiune, în calitate de membru al Consiliului sanitar superior. Rapórtetele d-sale a-supra inspecțiunilor făcute de d-sa coprind învățe-minte prețioase, care trebuie să le utilizăm. Asemenea s'a publicat în anul 1888 un regulament pentru ad-ministrarea și supravegherea stabilimentelor balneare din țară, care 'l reproducem mai jos.

România posedă urmétórele stabilimente balneare, stațiuni climatice și isvóre de ape minerale mai im-portante :

S l ă n i c .

Apele minerale de la Slánic în județul Bacău au un renume vechiú, pe la anul 1816 Mitropolitul Ve-niamin Costache a mers la Slánic și a făcut cura de apă minerală. În anul 1832 aceste ape au fost analizate pentru prima óră de farmaciștii Zotta și Abrahamfi, în anul 1853 de domniul Dr. Stenner și Schnell, pe basa acestor analize și a observațiu-nilor terapeutice le a descris doctorul L. Steege și

mai târziu, în anul 1874 doctorul A. Fetu, în anul 1880 profesorul G. Tschermak a examinat terenul din care isvoresc apele de la Slănic, în anul 1881 ele au fost iar analizate de d. dr. S. Konya și în anul 1886—87 de d. dr. A. Bernad Lendway.

Slănicul era proprietatea statului, guvernul însărcinase pe Epitropia generală a Casei Spitalelor Sf. Spiridon cu administrarea și explătarea isvórelor și în anul 1877 acea Casă a intrat în deplina stăpânire a apelor de la Slănic. Epitropia generală a ridicat la Slănic clădiri însemnate, a așezat plimbări și se silește a transforma acea localitate într'o stațiune balneară modernă.

Stabilimentul apelor minerale se află pe pótele Carpaților, pe hotarul Transilvaniei, la o înălțime de 530 metri d'asupra nivelului Mării-Negre, înconjurat de păduri de brad. Pe lângă stațiune balneare Slănicul funcționează și ca stațiune climatică, bucurându-se de condițiuni climatice excelente.

Slănicul posedă 17 isvóre de apa minerală, din care 10 se întrebuintează pentru băi și pentru băutura; unele sunt reci altele me sothermale, după compoziția chimică ele sunt sărate-iodurate-alkaline bicarbonate, unele conțin și puciosă, altele fer și cantități considerabile de acid carbonic liber, mai toate cantități mici de brom, mangan, litiu, stronțiu, bariu, acid boric și acid titanic. Se întrebuintează la băut 4 isvóre alkaline (No. 1 Mihail, No. 3 St. Maria, No. 6 Al. Ghica și No. 10 Alexandru) și 2 isvóre feruginoase (No. 4 Sf. Ana și No. 5 Sf. Pantelemon). No. 1 Mihail servă și ca băutura de lux, din cauza cantităților mari de acid carbonic liber

ce conține și ca diuretic, el sémănă în compoziția lui cu Sellers, Ems Gleichenberg, Contrexville este însă de două ori atât de tare cât Sellers; isvorul No. 3 S-ta Maria este asemenea diuretic, expectorant și în cantitate mai mare purgativ, el sémănă cu Vichy, cu Carlsbad (este însă athermal), cu Kissingen și cu Marienbad. No. 4 S-ta Ana și No. 5 S-tu Pantelemon au efecte analoge ca Spaa, Pyrmont, Schwalbach. Apele No. 2. 6 și 7 sémănă cu Hall și Adelhaidquelle. În anul 1887 Slănicul a adăpostit 1500 persoane venite pentru cura și domnii frați Konya au umplut 8000 sticle cu apă minerală pentru a o trimite în diferite alte localități.

Călimănesci, Căciulata, Mucréscă și Puturósa.

Călimănesci, proprietatea statului, este o stațiune balneară situată în județul Vâlcea, pe malul drept al Oltului, într'o poziție frumoasă, muntóasă, îndestrată de 3 ani cu otel și stabiliment de băi confortabil. Numeroásele isvóre ale acestei stațiuni au fost analizate de d. dr. Bernad Lendway și dr. O. Saligni, unele dintre ele sunt sárate iodurate-sulfuroáse și lythionisate, altele sárate-sulfuroáse fără iod dar lythionisate și magnesice, iar altele sárate-iodurate-lythionisate fără puciósă, dintre cele din urmă unele sunt bune și pentru béut.

Din aceste isvóre minerale sunt unele mesotermale, altele atermale, ele conțin într'un kilogram apă minerală 359 până la 1108 miligrame de sulfo-metale, unele din aceste ape coprind într'un kilogram până la 875 miligrame Iod pur. Apele de la Căli-

mănesci sunt mai bogate în constitutive sulfuróse de cât Aachen (Aix la Chapelle), Aix les Bains, Eaux Bonnes, Baden, Barèges ș. a. cantitatea apei minerale este suficientă pentru 200 băi pe zi, în anul 1887 numărul maximal de băi luate într'o singură zi a fost de 149.

În anul 1887 băile de la Călimănesci au fost întrebuințate de 720 bolnavi. Călimănesci poate servi și ca stațiune climatică. Există proiectul a înființa aci și un stabiliment idroterapeutic.

La o mică distanță de la Călimănesci se află, tot pe proprietatea statului, izvoarele de la Muerésca și Puturósa, care dau o apă minerală de aceeaș compozițiune chimică ca Călimănesci, însă într'o abundență cu mult mai mare. Aducerea acestor izvoare la stabilimentul balnear din Călimănesci este dificilă, din cauza unui del care le separă din cea din urmă stațiune balneară.

Căciulata este o sorginte de apă chloro-sodică lythionisată și magnesiană, slab sulfurósă, situată aproape de Călimănesci, tot pe malul drept al Oltului pe proprietatea statului. D. dr. Bernad-Lendway a constatat, că această sorginte dă în 24 ore 5760 litri de apă. D. Prof. C. Istrati arată în raportul de inspecțiune a stabilimentelor de ape minerale pe anul 1887, că în acel an s'au pus în comerț 7000 sticle de apă de Căciulata. Visitorii locuiesc la Călimănesci și vin în omnibuse și în alte trăsuri la izvorul Căciulata.

O l ă n e s c i .

Acéstă stațiune balneară, situată în munții județului Vâlcea la înălțime de 500 metri d'asupra nivelului mării, posedă 9 isvóre variate, chloro-sodice-iodurate și sulfurate, lythionisate și magnesice, unele bogate în bicarbonat de sodă, altele conținând cantități considerabile de Iodur de sodiu, Iodur de magneziu, Bromur de sodiu și Bromur de magneziu. După analizele d. dr. Bernad-Lendway unele isvóre de la Olănesci conțin în 10 kilograme apă 399 miligrame iod pur. D. prof. C. Istrati dice în raportul asupra inspecțiunei apelor minerale pe anul 1887 : «Olănesci au totul pentru ei și ca po-
«sițiune și cu deosebire ca isvóre, din nenoro-
«cire acéstă avută stațiune este în aseptare capi-
«talului pentru a se face lucrări și cred necesar o
«expropriere de către stat, pentru a face din Olă-
«nesci o stațiune foarte importantă.»

G o v o r a .

Govora este o stațiune balneară cunoscută de curând, situată în județul Vâlci departe 15 kilome- tri de orașul Râmnicu-Vâlci, 8 kilometri de la Oc- nele Mari, 4 kilometri de la comuna Govora, și posedă un mic stabiliment balnear, compus din 2 piscine mari și 20 cabine. Apa de la Govora a fost analizată de d. dr. Bernad-Lendway, ea este tur- bură, de temperatura de 24°C., sărată-iodurată ne- sulfurată, puțin feruginată, însoțită de petrol, aprópe

identică cu apa de la Vulcana (Șerbănesci-Puciósă din județul Dâmbovița). Apa de la Govora conține în 10 kilograme apa 1 gram 430 iod pur.

P u c i ó s a .

(Șerbănesci-Podurile, Vulcana și Vârfurile).

Puciósă din județul Dâmbovița are o apă athermale, sulfurósă-alkalină, fără iod și fără chlorur de sodiu, care conține cantități minime, nedosabile, de cupru, de fer și de arsen. (Bernath-Lendway). Nomenclul are aceeaș compozițiune. Cele 5 isvóre sulfuróse de la Șerbănesci difer în tária lor, într'un kilogram de apă ele coprind de la 30 până la 106 miligrame de sáruri sulfuróse, și sunt dar mai forte de cât Aachen (Aix la Chapelle), Aix les Bains, Baden, Cauterets, Eaux-Bonnes, Mehadia ș. a. Apa de la Șerbănesci se întrebuinteșă pentru bái atât simplă precum și amestecată cu apa de la Vulcana, încâlđindu-se prin petre arse. Cu tóte neajunsurile ale stabilimentului balnear, Puciósă a fost în anul 1887 vizitată de 490 familii și persóne fără familie.

Vulcana se află tot în județul Dâmbovița, aprópe de Șerbănesci; apa de la Vulcana se întrebuinteșă pentru bái atât la fața locului precum și la Șerbănesci, unde se transportă cu sacale, ea a fost examinată de D. dr. O. Saliguy și de D. dr. Bernath-Lendway, care a descris'o ca apă sárată-iodurată fără puciósă, identică cu apa de la Govora, athermală, care isvóresce înpr-ună cu petrol din pușurile petrolifere ale acelei localități, ea conține în un

kilogram apă 0,1335 grame (133,5 miligrame) de iodur de Magneziu și 63,34 grame chlorur de Sodiu; în 10 kilograme apă ea conține 1 gram 866 iod pur și este dar mai tare de cât apele iodate de la Hall, Adelheidsquelle, Saxon les Bains, Castrocaro, Lippik, Saison, Ivonicz ș. a., numai apa de la Trescaro este puțin mai forte de cât Vulcana, conținând în 10 kilograme 1 gram 910 iod pur. Apa de la Vulcana este prea concentrată spre a putea fi băută în starea naturală, ea s'ar putea însă bea dacă s'ar dilua cu 3 până la 8 părți apă gazoasă bicarbonată (Bernath-Lendway).

Apa minerală de la Virfurile, tot în județul Dâmbovița, are o compoziție analoagă cu Vulcana, conținând în 10 kilograme apă 1 gram 620 iod pur.

B i v o l a r i .

În timpul dominațiunei romane, în secolul II al erei moderne, legionarii care au colonizat pârțile Carpaților au înființat un stabiliment balnear în Buldava, al cărui ruine mai există astăzi în județul Argeș, la Bivolari, aproape de mănăstirea Cozia, pe malul stâng al Oltului. Izvorul mineral de la Bivolari, descris de D. profesorul C. Istrati, Gr. Ștefănescu și de dr. Aronovici, dă o apă chloro-sodică iodurată, lythionisată și magnesiană, thermală, având 30°C. După analizele d-rului Bernath-Lendway apa de la Bivolari conține în 10 kilograme 179 miligrame iod pur.

S e c e l e.

Apele de la Secele din județul Gorj sunt întrebuințate pentru băi de locuitorii aceluși județ, care se instalează în casele țărănești din vecinătatea izvorului. Micul stabiliment balnear de la Secele este cu totul primitiv, apa însă este după arătarea D-lui dr. Bernath-Lendway chloro-sodică-iodurată, puțin lythionisată și magnesiană, și conține în 10 kilograme 290 miligrame iod pur.

Bughea, Albesci și Stoenesci.

Bughea și Albesci, situate aproape de Câmpulung, posedă mai multe izvoare cu apă iodurată, chloro-sodică sulfurată și feruginoasă. D. dr. Bernath-Lendway a găsit în 10 kilograme apă de Bughea 1 gram, 314 iod pur. Bughea are un stabiliment pentru încălzirea apei și luarea băilor și un mic otel. Mulți dintre vizitatori se așează însă în casele țărănești de la Albesci și Bughea, în care fac băile.

Tot în județul Muscel se mai află o apă iodurată-sărată foarte, cea de la Stoenesci, care conține în 10 kilograme 1 gram, 280 până la 1 gram, 478 iod pur.

L a c u l - S ă r a t.

Lacul-Sărat, proprietatea Statului, se află în județul Brăila, 5 $\frac{1}{2}$ kilometri departe de orașul Brăila. Pe la anul 1879 administrația domeniilor a început

a acorda persónelor particulare dilerite terenuri pe malul stâng al Lacului pentru un timp limitat, spre a clădi locuințe, birturi și stabilimente de băi, iar în anul 1884 ministerul agriculturii, comerțului, industriei și domeniilor a clădit singur la Lacul Sărat un stabiliment de băi, tot pe malul stâng al Lacului, care se află mai jos de cât cel opus. Este de dorit ca stabilimentele balneare cu locuințele să se strămute pe malul drept al Lacului, care este compus din 2 părți, fie-care lungă 1 kilometru, una lată de 250 metri, cea l-altă mai îngustă, adâncimea lacului este pe alocurea de 1 metru, la margini mai puțin, temperatura apei variază la diferite puncte ale lui de la 17° C până la 29° C. Băile reci se iaū în lac, cele calde în stabiliment.

Apa Lacului-Sărat este sărată-iodurată și conține în 10 kilograme apă, 236 miligrame iod pur în formă de iodur de sodiu și iodur de magneziu (Bernath-Lendway).

Lacul se alimentează într'un mod artesian din terenurile din care isvorăsc apele de la Vulcana, Bughea, Olănesci, Călimănesci. Nămolul, product a sedimentațiunei sărurilor și al fermentațiunei plantelor acuatice și al pământului, are o acțiune analogă ca cel de la Franzensbad, Trencin, Pistian, Töplitz, Lippik. Apa din puțurile din-prejurul Lacului are aceeași compozițiune calitativă ca apa Lacului, este însă mai puțin concentrată și bună de băut.

În anul 1887 Lacul-Sărat a fost visitat de 1130 bolnavi (984 civili și 146 militari).

Lacul Hagighiol.

Acest lac, situat în județul Tulcea, plasa Tulcea, este mai întins și mai adânc de cât Lacul-Sărat, apa lui este mai concentrată, se crede că compoziția ei și a nămolului sunt analoage cu cele ale Lacului-Sărat. În anul 1887 Lacul Hagighiol a fost vizitat de 100 familii, adăpostite în casele țărănești din vecinătate.

Balta-Albă.

Balta-Albă, situată în județul Râmnicu-Sărat, 22 kilometri de la orașul Râmnicu-Sărat, are aceeași origină ca Lacul-Sărat, L. Ianca, L. Lazu, L. Amara, L. Fundata din județele Brăila și Ialomița, care formează zona lacurilor minerale paralelă cu regiunea muntoasă saliferă (Gr. Ștefănescu). Lacul are lungimea de 6 kilometri, lățimea de 3 kilometri, adâncimea până la 3 metri. Apa lui este chlorurată-sodica și se întrebuintează ca și nămolul Bălței pentru băi. Răposatul doctor St. Veleanu a construit pe marginea Bălței, pe terenul ce i-a concedat guvernul, un stabiliment balnear și două oteluri, înconjurate de plantațiuni frumoase. Se ia aici băi reci și calde de apă și de nămol.

Bălțățesci.

Isvorele minerale de la Bălțățesci sunt situate în județul Neamțu, plasa de Sus, 10 kilometri de la

Tîrgul-Neamţu, 27 kilometri de la oraşul Piatra, la înălţimea de 450 metri d'asupra nivelului mării. De la anul 1878, isvórelor sunt proprietatea D-lui dr. D. Cantimir, care a înfiinţat aci un stabiliment balnear şi idroterapeutic confortabil, compus din otel, din 26 cabine pentru băi calde de apă minerală încălđită prin vapori, de bazine, de duşee de apă minerală şi de apă dulce şi de local şi aparat pentru extragerea sărei din apa minerală.

Cele 4 isvóre minerale de la Bălţatesci au fost analizate de D. dr. S. Konya¹ în anul 1884, ele conţin Chlorur de Sodiu 25%, Sulfat de Magnesiă şi de Soda, puţin Bromur de Magnesiu, Carbonat de protooxid de fer, urme de Iod, de Lythiu şi de Stronţiu. Prin evaporaţiune se extrage din apă sarea de Bălţatesci, care este aprópe analógă cu sarea de Carlsbad şi de Vichy, însă mai slabă de cât acele săruri. Apa de la Bălţatesci se întrebuintează pentru băi atât în starea ei naturală precum şi amestecată cu decoctiune de foi de nuc.

În anul 1887 stabilimentul de la Bălţatesci a fost vizitat de 473 bolnavi şi a vîndut 5.000 cutii cu sare pentru băi.

Piatra-Cozla.

Pe delul Cozla, la marginea oraşului Piatra şi pe proprietatea comunei, isvorăsc 5 fântâni de apă minerală. bogată în sulfat de magnesiă şi chlorur de sodiu, care după analiza colegului nostru D. P. Poni are multă asemănare cu apele purgative de la Kissingen, Sedlitz-Saidschütz, Püllna. Captarea isvórelor

nu este încă terminată, apa se stringe în fântâni accesibile și acoperite, se bea la Piatră, nu s'a pus însă în comerț și nu se transportă în alte localități.

B r e a z u.

La Breazu lângă Iași, în regiunea podgoriei Căpoului, s'a descoperit două izvoare de apă amară, purgativă, care în anul 1888 au fost analizate de D. dr. S. Konya; apa minerală de la Breazu este mai bogată în sulfat de magnezie și în carbonat de Sodă de cât apele de la Vailuța, Cozla, Bălțatesci, Kissingen, Friedrichshall, acțiunea ei purgativă este însoțită puțin mai slabă de cât cea a apei de Buda. Este de dorit ca aceste izvoare să se exploateze într'un mod rațional.

Șaru-Dornii.

În județul Suceava, aproape de frontiera Bucovinei, în localitate unde pe la începutul secolului curent se găsi și se exploată auripigment nu în mine ci pe suprafața pământului, izvoresce o apă minerală, arsenicală-feruginosă-alkalină, descrisă pentru prima dată ca apă feruginosă în anul 1790 de Haquet. D. P. Poni a constatat în anul 1875, că această apă conține arsen, în anul 1878 ea a fost din nou analizată de D. prof. Pribram din Cernăuți și apoi în anul 1886 de D. dr. Bernath-Lendway. Cel din urmă chimist a găsit 3 asemenea izvoare, dintre care cel mai important este astăzi

proprietatea D-lui dr. I. Polysu. In 10 kilograme acestor ape se găsesc 25 miligrame arsen (sau 33 miligrame acid arsenios, sau 38 miligrame acid arsenic), combinat cu protoxid de fer și mult acid carbonic liber, ea are temperatura de 9° C și isroresce în mare cantitate, în 24 ore aproape 20.000 litri. Această apă este una din apele arsenicale cele mai forte și se bea în stațiunea balneară Dorna din Bucovina, situată imediat lângă hotar și depărtată 1/2 oră de la izvorul arsenical al D-lui dr. Polysu. D proprietar se ocupă acum cu măsurile pentru exploatarea sistematică a izvorului, care va consta în umplerea apei în sticle, punerea ei în comerț și trimiterea ei la diferite stațiuni balneare și climatice din țară.

Un izvor analog, însă mai slab, se găsește pe teritoriul comunei Négra Șarului, situată aproape de Șaru-Dorni.

Lopătari și Bordișoia.

D. doctor în chimie A. O. Saligny a descris în anuarul biuroului geologic pe anul 1888 mai multe ape minerale iodice și feruginoase din județul Buzău, dintre care cele din urmă merită osebita noastră atențiune. Apa feruginoasă de la Lopătari conține într'un litru 18.8 grame săruri feruginoase; dintre cele două izvoare feruginoase alcaline de la Bardișoia unul care este potabil, conține într'un litru apă 2.5 grame săruri feruginoase alcaline.

Nici unul din aceste izvoare nu se explotează.

Strunga.

Stabilimentul balnear confortabil cu 3 izvoare de apă sulfurosă, bogată în sulfure alcaline, din care unul dă apa potabilă, cu nomol sulfuros, cu 1 izvor de apă feruginosă potabilă, conținând câte 8 miligrame fer pur la litru, cu instalațiunile pentru hidroterapie, este situat în județul Roman, 1 oră de la gara Târgu-Frumos. Apa a fost analizată în anul 1834 de Protomedicul dr. Zotta, în anul 1856 de d. dr. Stenner, o analiză mai nouă n'a fost publicată. Stabilimentul se compune din 2 oteluri, din 4 vile de familie, din casa de băi cu 12 cabine pentru băi sulfuröse cu câte 2 cădi (putini) și cu 2 mașine cu vaporî pentru încălzirea apei sulfuröse; dintr'o instalațiune excelentă pentru hidroterapie cu 2 basinuri mari (pentru fie-care sex separat), înconjurate de cabine comode în care se face împachetarea și alte operațiunile hidroterapeutice și din aparate de duși.

În anul 1887 Strunga a fost vizitată de 120 bolnavi, în anul 1888 numărul vizitatorilor a fost cu puțin mai mare.

Câmpina.

La marginea orașului Câmpina resară din terenul petrolifer un izvor de apă sulfurosă. Stabilimentul balnear se compune din două rezervorii de apă sulfurosă, din cazanul pentru încălzirea ei, din 14 cabine cu putine pentru băi, din otelul cu 26 camere, cu sa'a de citit, de joc și de mâncare și cu

instalațiune pentru hidroterapie. Mulți vizitatori locuiesc în oraș, în case particulare sêu la otel și vin la stabiliment numai pentru luarea băilor. O analiză a apelor minerale de la Cămpina n'a fost publicată. În anul 1887 Cămpina a fost vizitată de 647 bolnavi (după raportul d-lui prof. C. Istrati). D. C. Istrati este de părere, că viitorul Cămpinei consistă în crearea unui serios stabiliment de hidroterapie.

P u n g e s c i .

La Pungesci în județul Tutova resară o apă minerală sulfurosă-calcică, care altă dată a fost mai căutată, în anul 1859 ea a fost analizată de D. dr. Stenner. Astăzi apa minerală de la Pungesci este mai puțin întrebuințată.

Bêscă-Penteleu.

La Bêscă, în munții Penteleului din județul Buzău, se află 3 izvoare de apă sulfurosă-calcică, unul dintre aceste izvoare athermale conține și fer și se bea. Bêscă posedă un stabiliment pentru adăpostirea bolnavilor, care este frecventat mai mult ca stațiune climatică și pentru cura de lapte și de țer.

Tergul Ocna-Năstăsachi.

Mic stabiliment balnear cu izvoare de apă sulfurosă, astăzi puțin frecventat.

Boboci. Nifon, Sărata.

Isvóre de apă sulfurósă cu cantitătăi mici de iodure alcaline, întrebuințată pentru băi. Bolnavii sunt adăpostiți în casele țărănesci din vecinătatea isvórelor.

Monăstirea Némțu.

La sudwestul de la Monăstirea Némțu, puțin depărtat de dânsa, resar în pădure două isvóre de apă chlorurată sodică sulfurósă, analizată de d. dr. Stenner în anul 1873. Apa se încălțesce și se întrebuințedă pentru băi, pe an vin aci câte 60 până la 70 bolnavi pentru facerea de băi sulfuróse.

M a n g a l i a.

Mangalia în județul Constanța, la cóstele Mării-Negre, este frecventată atât ca stațiune de băi de mare precum și pentru băile sale sulfuróse. Mangalia posedă 3 isvóre de apă sulfurósă mesothermală, de 24°C., situate pe marginea unei băi fără vegetațiune. Ministerul de resbel a construit aci un mic stabiliment balnear pentru militari.

C o n s t a n ț a.

Constanța este frecventată ca stațiune de băi de mare și presintă bolnavilor ocasiunea a lua băi de mare reci într'un stabiliment confortabil, precum și mar cald și băi de nisip.

Stațiuni climatice.

Pe *Muntele Titvele* în județul Gorj plaiul Novaci, la pölele Papușei, se află un mic stabiliment confortabil, apărat în contra vânturilor prin munți și prin păduri de brad. Călătoria până la Muntele Titvele este însă penibilă.

Câmpulung, 580 metri d'asupra nivelului mării, oraș ospitalier, foarte frecventat de Bucurescenii în lunile Iulie și August.

Dragoslavele din jud. Muscel, comuna rurală la nord de la Câmpulung, 599 metri d'asupra nivelului mării. (Gr. Ștefănescu.)

Rucăr, comuna rurală la nordul Dragoslavelor, 666 metri d'asupra mării, sătenii dispun de case vaste, comode și sănătoșe și bolnavii găsesc lesne adăpost și mâncare.

Nemăesci, comuna rurală în apropierea Câmpulungului. Schitul Nemăesci se află la înălțimea de 767 metri d'asupra nivelului mării (Gr. Ștefănescu).

Mănăstirea Agapia în județul Neamțu, poziția frumoșă, localitate muntöșă, neexpusă vânturilor.

Predel, *Bușteni*, *Azuga*, comune rurale din județul Prahova în Carpați, la hotar spre Transilvania, au case țărănesci curate, sănătoșe și destul spațioșe.

Comarnic în județul Prahova, stațiune potrivită pentru bolnavii care nu suportă atmosfera mai rarificată.

Câmpina, cu elevațiune mai mică de cât Comarnic, menționat deja între apele minerale sulfuröșe.

Sinaia, stațiune climatică elegantă și confortabilă, situată la peler Caraimanului.

Penteleu-Bisca, menționat mai sus între stațiunile balneare sulfuröse. Stabiliment comod dar drumul până acolo cam lung.

Slănic în jud. Bacău, menționat asemenea între stațiunile balneare, posedă toate înlesnirile pentru curele de lapte și de der.

Orașul Piatra. Valea Bistriței începe de curând a fi apretuită ca buna stațiune climatică.

Baltătești, menționat între stabilimentele balneare.

Stabilimente de hidroterapie.

București, stabilimentul societății de hidroterapie și de gimnastică medicală ;

Sinaia, stabilimentul Eforiei Spitalelor civile ;

Repeda 1 oră departe de Iași ;

Baltătești, stabilimentul d-lui dr. Cantimir întrunit cu stabiliment de apă minerală, serve și ca stațiune climatică, descris mai sus ;

Strunga, stabiliment întrunit cu stabilimentul balnear de apă sulfurösă, descris mai sus ;

Câmpina, stabiliment asemenea întrunit cu stabilimentul balnear de apă sulfurösă.

Afară de stabilimentele menționate de băi minerale, de hidroterapie și de stațiuni climatice, mai există în România unele stabilimente mai primitive, puțin frecventate și unele izvöre de ape minerale importante, dar neîntrebuințate și puțin cunoscute, anume:

Isvórele chloro-sodice iodate de la Predeal, Cornu (cu 1 gram 407 iod pur în 10 kilograme apă), Roznov, Buşteni, Matiţa, (1 gram 230 iod pur în 10 kilograme apă), Isvor (lângă Sinaia) şi Păcuresci în judeţul Prahova, de la Păcelele (Scorţosa şi de la Pădurea Banului) din judeţul Buzéu, de la Délu Noú din judeţul Bacău; lacul cu apă iodurată de la Gighiera; lacurile de apă sărată de la Slânic din judeţul Prahova, de la Ocnele Mari din judeţul Vâlcea cu temperatura de 22°C., isvórele de apă carbonatată sodică şi sulfurósă, slab litionisată, de la Baiceni din judeţul Iaşi şi de la Mânăstire Tazlău din judeţul Némţu, analizate şi descrise în anul 1888 de colegul nostru P. Poni; apa alcalină, amară, slab purgativă de la Vailuţa din judeţul Iaşi, descoperită deja în anul 1836 de C. Kónaki; apă foarte bogată în acid carbonic liber de la Borca în judeţul Suceva; Lacurile Batog din jud. Brăila, Amara (lângă Sloboşia), Fundata (lângă com. Andrăşesci), Ianca, cu origina şi compoziţia analógă ca a Lacului-Sărat, descrise de colegii noştri Gr. Stefanescu şi P. Poni, şi mai multe alte.

REGULAMENT

pentru administrarea şi supravegherea stabilimentelor balneare din ţară.

Din 16 Mai 1888.

Art. 1. Orî-cine ar dori să explóteze veri-un isvor de ape minerale, cu sau fără nomol, trebuie să ceră de la ministerul de interne autorisare.

Cererea de autorisațiune pentru a fi primită, trebuie să fie însoțită de lucrările următoare :

a) Să fie cel puțin provisoriu captate ;

b) Să se fi determinat exact volumul și temperatura lor în diferitele epoce ale anului și cu deosebire în timpul verii ;

c) Să presinte o analiză calitativă și cantitativă precisă a apei și nomolului când și acesta ar intra în cura proiectată a se face.

Art. 2. Orî-ce zidire specială curei apelor minerale, ca stabilimente de băi propriu zise și anexele sale, rezervoriu, cabine, piscine, săli de inhalație, etc., nu vor putea fi începute și dobândi pentru această autorisarea convenită de la ministerul de interne până nu se vor fi implinit condițiunile următoare :

a) Să se fi executat cele prevădute la art. 1 ;

b) Planurile acestor construcțiuni, în ce privesc specialitățile de cură ce se prevăd, distribuția și igiena localului, etc., să se fi admis de ministerul de interne.

Art. 3. Nici o instalație de aparate balneologice, electro și hidro-terapeutice, aeroterapie, inhalație, masagiu și gimnastică medicală, etc., nu va putea avea loc în clădirile din cari se vorbesce la art. 2, până când modelurile sau planurile lor nu vor fi admise de ministerul de interne ; iar partea privitoare la motorii cu vaporî, la încăldire și iluminare să fi fost admisă și de consiliul tehnic.

Art. 4. Orî-ce schimbări ale sistemului deja adoptat, ce ar trebui cu timpul făcute la unul din aceste stabilimente din punctul de vedere al construcțiunei propriu zise, sau al aparatelor, nu se va putea aduce la îndeplinire fără a trece prin aceeași ordine de autorisări.

Acastă dispozițiune se va aplica și stațiunilor balneare ce vor fi în lîință la aprobarea acestui regulament.

Art. 5. O dată cu aplicarea acestui regulament se va face, cel mult până în termen de un an, o amănunțită inspecție tuturilor stabilimentelor balneare aflătoare în țară de persóna prevădută la art. 15, care va fi ținută a pre-

sinta ministerului de interne un raport detaliat asupra stăreii lor.

Ministerul de interne, în urma propunerii reformelor necesare făcute de consiliul sanitar superior, va precisa minimum de lucrări sau reforme absolut necesare a se face la aceste stabilimente de proprietar sau întreprinzător, cărî lucrări, dacă nu vor fi aduse la îndeplinire cel puțin dupe un an de la concesionarea lor, stabilimentul va putea fi închis.

Art. 6. Hotelurile, sala de cură și alte construcțiuni necesare, precum și locul ce de la început se va destina locuințelor particulare, grădinile publice (parcuri) și altele, șosele și drumul pentru escursiuni nu vor putea fi definitiv construite sau distribuite până ce nu vor avea aprobarea ministerului de interne.

Orî-ce schimbare ulterioară va urma prin aceeași cale de aprobare.

Art. 7. Nici un stabiliment balnear nu va putea să fie deschis până când raportul medicului-inspector, prevădut la art. 15, probând că totul este gata și conform îndeplinit cu planurile aprobate de ministerul de interne, nu va proba acesta.

Art. 8. Această permisiune de deschidere nu se va dobandi dacă în același timp, pe lângă cele prevădute la art. 1—6, nu se va mai admite de ministerul de interne și următoarele puncte :

a) Compauia de explotare sau proprietarul băilor să fi prezentat ministerului de interne și acesta să fi admis pe medicul ce va dirige acest stabiliment ;

b) Ministerul de interne să fi admis proiectul de taxe și regulamentul de administrațiune interioară ce medicul cu proprietarul sau întreprinzătorul sunt ținuti a face și a inainta aceluî minister spre aprobare ;

c) Registrele pentru înscriere și acelea pentru statistica morbilor și a băilor, precum și acela pentru observațiunile medicale să fie deja gătite și făcute conform cu formularele admise de serviciul sanitar.

Art. 9. Tóte dispozițiunile prevădute în articolele de mai sus se vor aplica și stațiunilor de hidroterapie, băi de mare și de cură de zer.

Art. 10. În ce privește stațiunile balneare dependente de ministerul de domenii, ele vor fi organizate și administrate în modul următor :

a) Li se vor aplica tóte dispozițiile prevădute în articolele precedente ;

b) Nu se va lua nici o dispozițiune în ce privește organizarea stațiunilor, regulamentarea funcționării lor, întințarea taxelor și specificarea lor, precum și numirea personalului medical până ce nu și va da avisul aprobativ ministerul de interne prin consiliul sanitar superior, care va fi singurul responsabil de mersul acestor stabilimente în ce privește partea medicală ;

c) Stabilirea bugetului curent al acestor stațiuni se va face de ministerul domeniilor, pe care îl va înainta ministerului de interne spre a avea și avisul acestuia ;

d) Tot personalul medical, administrativ și polițienesc va fi direct sub supraveghierea medicului diriginte al stațiunei :

e) Se va căuta ca numirea medicului diriginte să se facă în urma recomandățiunei consiliului sanitar superior pentru o durată de 5 ani ;

f) Pentru ca medicul diriginte să pótă fi ales a doua óră dupe 5 ani, va trebui ca la finele anului al cincelea să publice pe larg observațiunile sale medicale făcute în durata de timp în care a fost însărcinat a dirige stabilimentul.

Aceași persoană fiind alésă de a treia óră, după 10 ani, va fi numită definitiv.

g) Ministerul domeniilor va publica și va pune în vânzare pe preț redus indicatorul apelor minerale în total și în special al fle-căruia din stabilimentele dependente de acest minister, indicator ce va fi aprobat de consiliul sanitar superior.

Art. 11. Dispozițiunile prevădute la alin. *d*, *e*, *f* și *g* de la art. 10 vor fi obligatorii administrațiunilor județirne, co-

munale și administrațiilor spitalicești, din orî-ce localitate, când ele vor avea stabilimente balneare.

Art. 12. Ori-ce medic diriginte al stațiunilor balneare va fi ținut a înainta ministerului de interne la finele fie-cărei stagiuni, cel mult până la finele anului, un raport științific relativ la mersul stațiunei, la îmbunătățirile și reformele ce va crede necesar a se face.

Art. 13. Orî-ce medic care va practice în verî-o stațiune balneară pôte să adreseze, prin medicul diriginte, ministerului de interne un raport științific, în care va putea pune și alte observații ce va crede necesar

În orî-ce cas, ei sunt ținuți a trîmite, cel mult până la Octombrie, medicului diriginte numărul și natura maladiilor ce au căutat, precum și succesul ce au obținut.

Art. 14. Medicul diriginte va fi obligat a supraveghia modul cum se pune în sticle apele minerale, saŭ modul cum se extrag sărurile active și a prevede acesta în raportul său anual.

Art. 15. Stabilimentele particulare, precum și acelea dependente de ministerul domeniilor și alte administrații publice, vor fi obligate a face prețuri reduse la băi, chiria de casă, hrană, etc. bolnavilor trîmiși de diferite ministere.

În orî-ce cas nu se pôte lua de o dată de cât la 15 pa-turi unul, afară de casurile de bună înțelegere între ambele părți.

Art. 16. Pe lângă ministerul de interne se ve înființa un loc de inspector al stabilimentelor balneare.

Funcționarea se va reglementa anume de către consiliul sanitar superior. Atribuțiunile sale sunt următoarele :

Va prezenta ministerului de interne toate cererile și lucrările relative la aceste stabilimente ;

Va studia toate reformele ce vor fi necesare a se face, saŭ necesare la instalațiunile din no ;

Va căuta prin dese inspecțiunii să vadă dacă dispozițiunile acestui regulament sunt corect aplicate ;

Va face inspecțiunile și rapoartele prevădute prin art. 5 ;

Va face călăuzele (indicatoarele) apelor minerale ale Statului ;

Va fi ținut să studieze și să pronunțe printr'un raport verbal sau scris relativ la toate cestirurile puse de ministerul de interne și de ministerul domeniilor, precum și de consiliul sanitar superior ;

Va analiza și prezinta în resumat consiliul sanitar superior rezultatul cercetărilor și observațiunilor conținute în rapoartele anuale ale medicilor dirigenți,

Până la înființarea postului de inspector special al stabilimentelor minerale, un membru al consiliului sanitar superior va fi însărcinat cu cele prevădute în acest regulament, în conformitate cu art. 22 din legea sanitară.

