ANUL V-lea No. 7—8. IULIE-AUGUST 1932.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 411

ISTORIA MEDICINEI

D-ri O. APOSTOL și R. DEMETRESCU: **Macrovietica, adică prelungitoarea vieții** 415

REVISTE GENERALE

Conf. Dr. T. SARAGEA: **Concepțiunile noi în mecanismul insuficienței cardiace** 419

LUCRĂRI ORIGINALE

Prof. Dr. L. MRAZEC și Prof. agr. Dr. MARIUS STURZA: **Regiunea balneară a lacului „Tekirghiol"** 437

Prof. Dr. D. NEGRU și Dr. EMIL ST. GRAUR: **Contrastul artificial în radiodiagnostic** 461

Dr. GABRIEL CARTUȚA: **Un sgomot hidro-aeric pleural provocat: clocotul sau garguimentul pleural** 483

Dr. C. STAMATIU: **Un procedeu personal pentru tratamentul fistulelor salivare parotidiene posterioare (retromaxiliare) aplicat în două cazuri clinice** 489

FAPTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE

Docent Dr. NICOLAE BLATT: **Chloromul orbitei** 495

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Tratamentul paraliziei generale progresive prin curenți de mare tensiune cu unde foarte scurte** . . 505

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

28184.

II.

ACTUALITAȚI MEDICALE

Pag.

Dr. LEONIDA POPP-Galați: **Anomalia mesenterium commuune, complicată de apendicită.** — Dr. ILIE JANA: **Un caz de intoxicație cu mac la sugaci.** — Agregat Dr. G. MARINESCU: **Limfogranulomatosa benignă (maladia lui Nicolas și Favre).** — Prof. Dr. D. MIHAIL: **Cisticercosa oculară în România.** — D-ri GH. BOLINTINEANU și G. BAJEU: **Lymfagiomul kistic al gâtului.** — Prof. I. HAȚIEGANU și Dr. M. HANGANUȚ: **Stasă duodenală în icterul cataral.** — GR. T. POPA și V. D. MÂRZA: **La biologie des spermatozoïdes.** — Prof. G. MARINESCO et G. STROESCO: **Etudes sur la pathologie de la rage.** — I. CANTACUZENE et Eug. SORU: **Le mecanisme de l'accolement de l'épiploon aux portions lésées de la cavité péritonéale.** — L. TONELLI: **Deformația pupilei consecutivă apăsării pe globul ocular ca semn al morții.** — G. MARINESCO et STATE DRAGANESCO: **Myélite nécrotique aigue.** — S. METALNIKOV: **Immunité d'adaptation et immunité de défense.** — Prof. I. HAȚIEGANU și I. IACOBOVICI: **Trei cazuri de tumoră sifilitică a lui Hausmann.** — ROWLAND: **Maladia lui Schüller-Christian. O turburare a metabolismului.** — Dr. GH. NASTASE: **Astm sifilitic.** — D-ri E. RADU și N. DABIJA: **Contribuțiuni la diagnosticul radiologic al pleuritelor bazale.** — Dr. GR. IAMANDI: **Un proceden simplu și rapid pentru recoltarea și montarea în preparate fixe a ouălor de helminți.** — THÉODORE DUMITRESCO: **Observations sur un cas d'agranulocytose.** — D-ri I. OREVICEANU, I. HEROVICI și W. GRUNBERG: **Contribuțiuni la diagnosticul și tratamentul otitei și mastoiditei latente la sugari.** — D-ri C. VASILIU, E. VASILIU și C. ANDREOIU: **Diagnosticul sarcinei prin metoda E. Manoilov.** — Dr. ENACHESCU S. D.: **Cercetări asupra histofisiologiei țesutului elastic al peretelui esofagian.** — PAUL VEIL: **Le phénomène de la tension douloureuse.** — Prof. Dr. OBREGIA: **Stigmatul unghiilor.** — Dr. C. DOLJAN: **Un nou agent hipotensor opoterapia prostatică.** — Dr. V. STAVILLA: **Contribuțiuni la tratamentul leprei.** — Dr. GRIGORIU DUMITRU: **Un tratament ușor cu totul nou și specific al nevralgiei sciatice.** — Dr. CRISTOFOR ASVADUROV: **Tratamentul guturaiului prin „picătura de iod a lui Bier".** — RENÉ LERICHE: **Traitement chirurgical de l'angine de poitrine.** — Prof. I. MINEA: **Despre antifermentoterapie în scleroza în plăci.** — Dr. ȘTEFAN POPESCU: **Contribuțiuni la tratamentul ozenei.** — Dr. CLAPIER: **Le rhodanate de potassium médicament de l'arterio-sclérose.** — P. AMEUILLE et V. HINAULT: **Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée.** — L. PLAZY GERMAIN et M. PLAZY: **Du traitement de la fièvre exanthématique par le sang total de convalescent de la même maladie.**

Pag. 509 — 510 — 510 — 510 — 510 — 511 — 511 — 512 — 512 — 513 — 513 — 513 — 514 — 514 — 515 — 516 — 516 — 517 — 517 — 518 — 518 — 518 — 519 — 519 — 519 — 520 — 520 — 521 — 521 — 521 — 522

III.

A.— CÀRȚI — MONOGRAFII — TEZE

Docent Dr. M. POPESCU-BUZEU: **Cromocistoscopia.** — București, 1932. 523

Doc. Dr. L. CÂMPEANU: **Tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare.** — București, 1932. 524

(Urmare în pag. III-a a cop.)

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARA DE MEDICINA GENERALA

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU – PROF. I. CANTACUZINO – PROF. C. DANIEL
PROF. D. DANIELOPOLU – PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADITI – PROF. I. NANU-MUSCEL – PROF. A. TEOHARI

DIRECTOR: DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACȚIE:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU — D. HESS.-LEONEANU.
Cancer: AGREG. A. BABEȘ-AGREG. I. JIANU
Chirurgie: PROF. I. IACOBOVICI — M. BACULESCU — CONF. T. NASTA.
Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifiligrafie: PROF. S. NICOLAU— V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC PAVEL-AGREG SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farmacie: PROF. A. LUDWIG — DR. N PETRESCU.
Farm.-Terapeutică: AGREG. G. BĂLTĂCEANU
Genito-Urinare: DOC. A. DANIEL.
Ginec.-Obstetrică: DOC E. MATEESCU-I.
Infecțioase: PROF. M. CIUCA — AGREG. T. MIRONESCU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. Exper.: S. NICOLAU (INST. PASTEUR.)
Medicina legală: CONF. M. KERNBACH.
Medicina Militară: GL. A. VASILESCU — COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU — AGREG. D. PAULIAN.
Nutriție: DOC. I. DANIEL — AGREG. G. LITARZECK — CONF. C. RADOSLAV.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL.
Pat. Internă: PROF. I. HAȚIEGANU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE — ANGHEL DANIEL. — I. ROSENSTEIN.
Phisioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU — DOC. A. GEORGESCU — DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV — DOCENT M. NASTA — T. VOICULESCU.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ADALIN

(Bromdietilacetilcarbamid)

HIPNOTIC

cu acţiune sigură în turburările nervoase de etiologie variată.

Ambalaj original: tub cu 10 şi 20 tablete à 0,50 ctgr.

SAJODIN

renumitul

PREPARAT DE IOD

inodor şi insipid

perfect tolerat; deci indicat în special pentru tratamente mai îndelungate în

Arterioscleroză, Astm bronchic, Sifilis secundar şi terţiar etc.

Dosaj: 1—2 tablete 2—4 ori pe zi (se ia la una oră după masă).

Ambalaj original: tub cu 20 tablete à 0,50 ctgr.

Specimene şi literatură gratuit prin reprezentanţii generali pentru România

„PHARMA"-STUDERUS & Co. Bucureşti II, str. Spiru Haret, 5

Telefon 349/30

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

CRONICA

D-nii *D-ri O. Apostol* şi *R. Demetrescu* dela Cluj reproduc dintr-o lucrare intitulată „Apele metalice ale României mari" şi pe care a scris-o în 1837 Ştefan Vasile Episcupescul, dohtor al poliţiei Bucureştilor şi Prinţipatului Ţării Româneşti, partea III-a a lucrării.

Acest capitol, intitulat *„Macroviotica, adică Prelungitoarea vieţei"* dă diferite sfaturi, reţete şi definiţii curente pentru vremea aceia; dar importanţa acestei desmormântări stă în afirmarea ce fac autorii, că acea este prima lucrare de balneologie scrisă de un român din vechiul regat, scrisă în 150 pagini, cu litere cirilice la Buzeu, în anul 1837.

D-l Dr. Saragea în *Concepţiuni noi în mecanismul insuficienţei cardiace* trece în revistă toate noţiunile noi cari s-au adăogat la vechea definiţie a lui Beau în 1856, care socotind asistolia ca un sindrom de dilataţie a inimei cu cianosă, stasă venoasă, congestia ficatului şi împuţinarea urinelor nu dă definiţia decât a asistoliei cordului drept, aceea a celui stâng nefiind bine desprinsă decât de Merklen dupe 1880, iar insuficienţa auriculară şi mai târziu.

Autorul arată cum la început se căutau pentru explicarea sindromului de asistolie numai leziunile organice (şi le enumeră pe toate acestea), cum cu încetul s-a ajuns a se preciza şi rolul cauzelor funcţionale, constatându-se un neparalelism între lesiunile inimei şi gradul insuficienţei cardiace, şi rolul topografiei lesiunilor, observându-se ce importanţă au lesiunile cari poartă asupra fasciculului lui Hiss.

Asistolie fără un grad de adulterare a miocardului nu se poate admite, se crezu apoi; dar Laubry descrise în urmă Myocardia ca insuficienţă funcţională numai a miocardului prin epuizarea fortuită sau precoce a forţei de rezervă a inimei.

Se lămuri cu timpul şi mecanismul adaptării inimei normale la sforţuri, precum şi acela al compensării inimei bolnave, şi se văzu că dilatarea unei cavităţi a inimei nu înseamnă întotdeauna slăbire, iar hipertrofia alteia iarăşi nu numai decât un fapt patologic; şi că condiţionarea acestora se face în legătură cu variaţia fluxului sanguin şi mai ales cu creşterea rezistenţei arteriale — cea ce a putut stabili Starling experimental cu celebra

lui preparaţie numai inimă-plămân, formulând o anumită lege a inimei bazată pe proprietăţile de contractilitate ale fibrei cardiace.

Noţiuni cari sfârşiră prin a socoti o cardiopatie ca un fenomen de adaptare, iar nu de flectare a inimei, iar în insuficienţa cardiacă, care începe prin a fi parţială, a vedea nu slăbirea forţei inimei, ci neputinţa ei de a mai face faţă la un moment dat la un obstacol circulator, cu toate că şi-a sporit forţa hipertrofiându-se.

Alţi autori, între cari Pende, definiră tonusul cardiac, pe care îl separară de proprietatea de contractilitate a fibrei cardiace, dar îl puseră în dependenţă de ea; stabiliră influenţa sistemului nervos asupra proprietăţilor fundamentale ale fibrei cardiace; întrevăzură necesitatea absolută a hrănirei printr-o irigaţie normală a miocardului (altfel ischemia coronarelor condiţionează accesul anginos-Danielopolu) văzură prin condiţiunile mereu schimbate în experienţele de perfusiune ale inimei izolate acţiunea şi a unor anumite elemente chimice sau produse endocrinice asupra rendementului miocardic; socotiră sistemul vascular turburat ca unul din factorii cei mai capabili a turbura mecanismul de funcţionare al inimei; stabiliră rolul „fuite-lor" vaso-dilatatorii, al hipotoniei primitive arteriale (Dumas) şi însfârşit al turburărilor petrecute în sistemul venós de întoarcere al sângelui, ca factori producători de perturbări ale bunei funcţionări a reservoriului cardiac.

Pentru a exprima într'un mod pregnant noţiunea că insuficienţa cardiacă nu depinde numai decât de o lesiune organică permanentă care residă în cord, ci că această insuficienţă poate depinde de alte cauze înafară de inimă, autorul termină cu formula lui Dumas „s'il lui arrive d'être bourreau, le coeur en est bien souvent la victime".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii *Prof. D-ri L. Mrazec* şi *M. Sturza* au fost însărcinaţi în 1930, de către Ministerul Sănătăţii publice în urma alarmării localnicilor, cari ar fi observat „schimbări cantitative şi calitative în lacul Tekir-Ghiol" să facă un *Studiu al Regiunei balneare a lacului Tekir-Ghiol* din punct de vedere geologic, balneologic şi balneoterapeutic. Iar autorii l-au mai desăvârşit şi din punct igienic, de salubritate publică, economic, de comunicaţie, de edilitate, de technică balneară în scurt; aşa că studiul acesta interesează nu numai pe medici, dar pe localnici, pe proprietarii locali de instalaţiuni, statul în ultima instanţă, şi mai poate servi ca model de orientare pentru toate staţiunile noastre balneare de modul cum trebueşte amenajată, exploatată şi administrată o atare staţiune.

Fragmente din acest studiu au mai fost publicate în diferite alte reviste româneşti, dar în complectul ei această lucrare se prezintă aci pentru întâia oară.

In concluziuni finale autorii spun că: nu există pericol de o reducere însemnată a întinderii lacului necum de o secare a apelor lui; nu s-a observat cu adevărat până în prezent nici-o scădere în valoarea terapeutică a nomolului; trebue reglementată exploatarea nomolului, mai ales pentru instalaţiunile din Tekir-Ghiol sat, cari trebuesc nu să-l depoziteze în marginea lacului, ci să-l

aducă direct în lac, precum şi că este nevoe să se despotmolească marginile lacului de nămolul depus acolo; pentru-ca să se poată favoriza isvorârea liberă a apelor din podişul sarmaţian, să se poată regenera nămolul, ca şi din punct de vedere igienic pentru localitate, să se fixeze un perimetru extern şi intern de protecţiune al lacului şi al exploatării staţiunilor, cari s-au fixat în jurul lui; un medic sanitar permanent trebue să asigure poliţia sanitară; să fie aduse ape potabile bune şi abundente, azi nefiind satifăcută această cerinţă capitală; precum şi să se canalizeze staţiunile, să se paveze şoselele, să se planteze regiunea înconjurătoare şi să se satisfacă nevoia iluminatului.

Un institut balneologic local, care să facă cercetări şi experimentări şi să servească ca organ de control ştiinţific, ar mai trebui neapărat înfiinţat, fiind dată importanţa mare terapeutică a nămolului şi valoarea economică a staţiunei.

D-nii *Prof. Dr. D. Negru* şi *Dr. Emil Graur* prezintă noua metodă, de care se foloseşte radiologia pentru diagnostic, anume *Contrastul artificial în radiodiagnostic*, care constă în principiul acesta: producerea imaginei radiologice fiind datorată absorbţiunei razelor, absorbţiune care se face după anumite legi, şi în corpul omenesc diferitele organe sau ţesuturi bucurându-se de grade diferite de absorbţiune, pentru a putea distinge între ele părţile moi, trebue să introducem artificial substanţe de contrast, precum iodul, bariul, bismutul, aerul, oxigenul, torotrastul, etc., cari să aibă o absorbţiune fie mai mare, fie mai mică decât părţile moi înconjurătoare.BCU Cluj / Central University Library Cluj

In urmă prezintă diferitele metode utilizate precum: pentru ap. respriator metoda injectării în traheo-bronsii de lipiodol dupe Sicard şi Forestier; pentru tubul digestiv între altele insuflarea cu gaz sau introducerea de substanţe opace, precum sărurile de bismut sau sulfatul de bariu, sau punerea în evidenţă a cutelor mucoaselor gastrice sau esofagiene; pentru anexele tubului digestiv s-a practicat sialografia pentru glandele salivare, hepatografia între altele cu thorotrast, colecistografia cu oral sau iod-tetragnost; pentru aparatul uro-genital între altele pneumorenul, pielografia, cistografia, uretro şi uretrografia, histero-salpingografia prin introducerea de diferite substanţe; pentru sistemul nervos ventriculografia, etc. apoi pentru sinusuri, căile lacrimale, trajectele fistuloase, peritoneu, artere, etc.

Pentru fiecare aparat sau organ autorii stabilesc indicaţiunile, şi redau cu detalii mai ample metodele curente, practice şi mai eficace, întinsa lor practică şi autoritate, în materie dând întregului studiu o valoare ştiinţifică deosebită.

D-l *Dr. G. Cartuţa* descrie un *Nou sgomot hidroaeric pleural*, denumit *clocotul pleural*, pe care l-a observat atunci când scoţând un lichid sau puroiu pleural complicat şi de un pneumo-torax cantitatea de lichid scobora până la nivelul orificiului trocarului Potain, orificiu prin care se angaja în acel moment odată cu lichidul şi aerul

In afară de valoarea lui pentru diagnosticarea prezenţei aerului, atunci când această prezenţă ar putea scăpa, acest sgomot prin tonalitatea lui mai ridicată sau mai joasă dă indicaţiuni şi asupra volumului aerului cuprins în pleură, precum momentul producerii lui indicând că aerul a ajuns la nivelul trocarului poate servi ca semnal de alarmă pentru încetarea extracţiei.

Dr. C. Stamatiu dela Iaşi a imaginat *Un procedeu personal nou pentru tratamentul fistulelor parotidiene retromaxilare,* pe care l-a aplicat cu rezultate favorabile şi definitive în 2 cazuri; procedeul constă în ligatura şi excisiunea lobului parotidian fistulizat.

D-l *Doc. Dr. N. Blatt* prezintă un *Caz de clorom al orbitei,* pe care îl socoteşte ca al 76 caz publicat până în prezent în literatura universală.

Un atare caz am publicat şi noi împreună cu d-l Conf. Dr. Babeş şi D-ra Dr. R. Hirsch în „Mişcarea Medicală" No. 4—5/1928, caz care pare a fi primul publicat la noi, şi în care de asemenea orbita a fost prinsă.

Cu observaţia clinică detaliată autorul prezintă o fotografie şi 2 radiograme şi consideră din punct de vedere nosologic cloromul ca o osteosarcomatosă manifestată pe un fond embrionar la indivizii cu o constituţie debilă a sistemului lor hematopoetic; tabloul sanguin nu-l socoteşte caracteristic, el putând a nu fi întotdeauna schimbat.

D-l *Doc. Dr. I. Bistriceanu* descrie *Noul tratament al paraliziei generale progresive prin curenţi de mare tensiune cu unde foarte scurte,* rămânând a publica ulterior rezultatele personale, ce a obţinut prin aplicarea lui.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de Caféine, Cocaine & Théobromine).

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

Pagini din istoria medicinei românești

MACROVIOTICA, adică PRELUNGITOAREA VIEȚII

de

Dohtorul Politiei Bucureștilor și Prințipatului Țării Românești
ȘTEFAN VASILE EPISCUPESCUL

Fragment din lucrarea D-rilor O. APOSTOL și R. DEMETRESCU

De „Macroviotică" se ocupă Episcupescul (= Piscupescul; = Manega) în lucrarea sa „Apele metalice ale României mari" (Buzău. 1837, 11. × 16 cm., pag. 156, lit. chirilice). E prima lucrare de balneologie scrisă de un Român din vechiul regat. — Macroviotica e un capitol foarte interesant. (Cap. sau Partea III a lucrării).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cap. III, începe cu un chenar superior, deosebit de celelalte.

Acest capitol, mai exact spus: Partea III a lucrării doctorului Episcupescul, poartă titlul: **„Macroviotică adică prelungitoarea vieții"** pag. 102—156 sfârșit).

Autorul începe cu următoarea definiție: **„Macroviotica"** (la titlu al doilea O e O, la definiție e ω). Este duhul științii **doftoricești, care coprinde învățătura prelungirii vieții omului, atât în stare de sănătate, cât și în stare de boală.** Sunt supuse ei 2 științe: **„dietetica și terapeftica".** (Sublinierile sunt ale noastre).

Lămuritorul macroviotice este marele **Hufeland.** Episcupescul arată cauzele scurtării vieții omului. Dă apoi o listă de bătrânii Bibliei și Istoriei antice. Pomenește de Ruși, Turci și Chinezi cari trăesc peste 100 de ani.

La pag. 107 începe să vorbească despre **„Puterea vieții":**

„Acea putere ce lăcuește în trup dela zămislirea lui, mișcător de loc și simțitor, și dă viață lucrătoare, cei zice firea, numim puterea vieții.

Puterea vieții are 2 însușiri: 1) Puterea **„întărătățirii"** (Eretisticotis) și locuește în „znopșorii cărnurilor trupului" și a 2) Puterea **simțirii** „ce lăcuește în nevrele trupului".

Vorbește apoi de rostul acestei puteri a vieții, dar ce e minunat, e zămislirea pruncului.

Vorbeşte de cele „3 mari canonicești patimi şi cele 3 mici", care au a petrece dă obşte toţi copiii dela naştere până la 20 de ani: mătricea, tusea măgărească, vărsăturile, eşirea dinţilor, onania (malakia).

Dă şi o statistică extrem de exagerată la pag. 111. La acest capitol Episcupescul face şi filosofie multă, metafizică: „ea are cele mai bogate descoperite izvoare, dă ne preţuite şi ne sfârşite moralnice avuţii, dă luminarea şi înălţarea neamului omenesc!". Subliniază puterea rugăciunei şi a nădăjdei. Aci găseşte prilejul să scrie:

„Ştiu că vor zâmbi de ciudă, unii din literaţii noştri franţozeşti, de acest din sus prinţip, dar nau dă ce, că una este pricina cea mai întâiu pornitoare şi nevăzută, şi alta este organiceasca lucrare cea învederată a materii:... cela ce nu va putea vedea adevărul, nu va putea vedea nici sufletul său!" (pag. 116).

Autorul termină capitolul „Puterea vieţii" cu menţiunile că macroviotica nu putea face nimic „peste fireasca scădere a puterei vieţii".

Omul se deosebeşte unul de altul, la „aşăzarea şi aplecarea trupului şi duhului" prin temperament **(Krasis).**

Macroviotica sfătueşte ca „la toată boala şi neputinţa omului, mai întâiu metodul întâmpinător, şi când nu se va putea ajunge boala cu acesta, atunci să se cheme doctor de ispravă ca să o supue cu metodul său".

In capitolul următor se ocupă de **„metodul întâmpinătoriu de boale arătând cauzele mari ale îmbolnăvirii omului** şi prescrie în caz de „stricarea stomacului" un tratament, iar de nu se va lăcui în 3 zile „să se aducă doctorul spre căutarea bolnavului".

Folosirea ceaiului cald dă soc sau muşăţel e bună.

Urmează capitolul **„Bătrâneţele".**

„Bătrâneţele nu vin singure, ci însoţite cu multe şi mari nevoi şi supărări, dă tot felul dă dureri din neputinţă; este o boală făr de leac, pă care ştiinţa macroviatică o prelungeşte şi o petrece peste suta de ani...".

Episcupescul apoi enumără semnele bătrâneţei şi cauzele, după aceia enumără 7 **„canoane dă prelungirea vieţii bătrâneţilor".**

Cap. I: „A să face omul dă săvârşit stăpân pe sineşul său..."

Cap. II: Să împlinească: „simţirea dă foame şi dă sete, dă lucrat şi dă odihnit, dă somn şi dă plimbat" etc....

Cap. III: Să se păzească omul de tot ce nu-i prieşte.

Cap. IV: Supravegherea alimentaţii: verdeţuri şi untdelemn mult, peşte mărunt şi viu, carne puţină, borş, 2 litre de vin pe zi, iarna curat, vara pe din două tăiat cu apă, ceai cu rom iarna, vara dulceaţă.

Cap. V: Evitarea supărărilor şi emoţiilor „prefacerei vremii", vara la ţară şi iarna la oraş.

Cap. VI. Curăţenia trupului, a patului şi casei.

Cap. VII e foarte interesant: „A se păzi cu bărbătească hotărâre şi străşnicie, vremea şi orânduiala împreunării":

Dela 30—50 de ani de 2 ori pe săptămână;
Dela 50—60 numai odată pe săptămână;
Dela 60—70 la 2 săptămâni odată;
Dela 70—80 numai odată pe lună;
Dela 80 de ani înainte cât mai rar.

Digitized by http://Digitized by Digitized by Digitized by

„Şi cu cât va fi partea femeiască mai tânără, cu atât este bătrânul mai câştigat la sănătate, cu frecătura pielii trupului cu un ciorap, după toată săvârşirea" (pag. 127).

Dela pag. 127—135, Episcupescul se ocupă de **„Patima trânjilor"** definind boala, enumărând simptomele, vorbind de vena portă, de cauzele acestei patimi, de evitarea ei şi de tratamentul ei, dând reţete de **„hapuri de slobozirea inculturii şi de pornirea sângelui trânjilor".**

Urmează cap. despre **„Patima de poală albă"** (pag. 135—141), apoi **„Pentru boala tusii măgăreşti"** (pag. 141—8), dând la fiecare pe larg şi tratamentul. Indică izolarea copilului bolnav.

Dela pag. 149—156 sfârşit, autorul se ocupă de **„Boala câinească atrofia copiilor".**

„Această rea şi grea boală a copiilor, începe dela vârsta de 2—3 ani, cu o slăbiciune topitoare de carnea trupului, şi cu creşterea pântecelui... umflat şi cu întărituri de glomoaze împrejurul buricului, cu încuetură sau cu o lină şi puternică urdinare, cu o tuse vara şi lină... cu faţa tristă şi galbenă" şi aşa mai departe înşiră o mulţime de simptome. Copiii aceştia sunt mai deştepţi, le ese dinţii mai greu, nau bube pe trup, nici strâmbătură de oase.

Cauzele: sifilisul, oftica, „scrofula", „artritica", lepra, părinţilor; apoi o căzătură şi lovitură în cap a copilului, înghiţirea unui lucru de jucărie tare şi rău, laptele supt, hrană rea, răceală, locuinţă neigienică, limbricii.

Dă apoi sfaturi de tratament şi reţete.

RÉSUMÉ: Drs O. Apostol et R Demetresco—*„Macrovioteca", ou le prolongement de la vie.*

Les auteurs font œuvre d'hystoire de la médecine roumaine, en reproduisant et en commentant d'un travail „Les eaux métalliques de la grande Roumanie", écrit par un certain médecin Stef. Episcopescul en 1837, un chapitre (le III-me), qui porte le titre de „Macrovioteca" ou la science de prolonger la vie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RIASSUNTO: Dott. O. Apoostol—dott R. Demetresco—*Macrovioteca, ovvero la scienza della longevità.*

Gli A. A. fanno opera di storia della medicina romena, riportand da un lavoro intitolato «Le acquue metalliche della Romania» dovuta ad un certo dottor Stef. Episcopescol nell'anno 1837 e commentandolo un capitolo (il terzo) recante il titolo «Macroviateca», ossia scienza per prolungare la vita.

dot. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. P. Apostol und Dr. R. Demetrescu: *Macrovioteca oder die Verlängerung des Lebens.*

Die Verfasser stellen die Geschichte der rumänischen Medizin dar, indem sie über eine Arbeit: «Die metallischen Gewässer Grossrumäniens von einem gewissen Dr. Ştefan Episcopescu im 1837 geschrieben, ein Kapitel (das dritte)., welches den Titelu Macrovioteca» führt, nämlich die Wissenschaft der Verlängerung des Lebens, wiedergeben und erläutern.

M. Mandler.

Desitin

Pomada

Arsuri. — Cicatrizarea plăgilor Ulcerațiuni cronice. — Pansament gynecologic. — Prurit. — Intertrigo Eczeme. — Pediatrie. — Erytheme.

Pudra

Pudră grasă pe bază de vitamine indicată în îngrijirea sugarilor și copiilor, erosiuni, prurit, după tratament cu raze, etc.

Prezentare:

Pomada: tub. mic, mare & cutii a 1/4 kg.
Pudra: cutii metal și plicuri à 100 gr.

DESITIN — WERK CARL KLINKE, HAMBURG 19
Reprez.: AGECO S. A., calea Victoriei No. 29

Asociaţia Docenţilor Facultăţii de medicină din Bucureşti.

CONCEPŢIUNILE NOI IN MECANISMUL INSUFICIENTEI CARDIACE*)

de

Conf. Dr Ţ. SARAGEA

Sunt mai bine de 30 ani, de când *Mackensie* declara în prima ediţie a tratatului său de boale de inimă, că în ce priveşte dilatarea inimei „nu putem să nu fim izbiţi de imperfecţiunea explicaţiei, care i se dă deobiceiu". Aproape acelaş lucru l-am putea spune şi astăzi. Atenţiunea clinicianilor şi cercetătorilor a fost pe rând fixată asupra simptomelor şi formelor de insuficienţă cardiacă, mai apoi asupra turburărilor de ritm, în fine asupra schimburilor gazoase şi rezervei alcaline, a stărei humorale a electroliţilor, a debitului cardiac, fără a se încerca nici un moment să se pătrundă mecanismul intim de producere al insuficienţei cardiace decât în mod indirect şi cu totul fugitiv. Obiectul conferinţei de astăzi este de a încerca să grupăm diferitele opinii emise în timpul din urmă şi rezultatul cercetărilor autorizate, care ating acest domeniu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este firesc să ne reamintim ce este insuficienţa cardiacă, înainte de a cerceta mecanismul ei de producere. Dar şi în privinţa definiţiei s'au produs remanieri, căci suntem departe de epoca când *Beau* (1856) definea prin asistolie sindromul de dilatare a inimei, caracterizat anume prin edeme şi cianoza periferică, stază venoasă, dispnee, congestia ficatului şi diminuţia urinelor. Acest cadru apare astăzi insuficient, când ştim că edemul pulmonar, astmul cardiac, unele crize anginoase, care sunt fenomene majore de insuficienţă ventriculară stângă, nu au nimic de a face cu simptomele descrise de *Beau*. Şi aceasta pentru că mult timp nu a fost cunoscută decât insuficienţa inimei drepte, a cărei tablou simptomatic răspunde în adevăr descripţiei lui *Beau*. Insuficienţa inimei stângi a fost semnalată de *Fraentzel* în 1880 deabia, şi ceva mai târziu bine precizată de *Merklen*, iar insuficienţa auriculară

*) Conferinţă ţinută la Spitalul Colţea în seara de 11 Aprilie 1932.

de dată şi mai recentă, pusă în evidenţă în special de autorii englezi.

Oricare ar fi forma insuficienţei cardiace este clasic a o considera produsă de cauze organice şi funcţionale. In grupa celor dintâi intră:

a) Leziunile valvulare şi pericardice;
b) Degenerescenţa miocardului, şi
c) miocardita cronică.

Intre cauzele funcţionale iau loc:

a) Surmenajul fizic şi eforturile;
b) Abaterile de regim şi abuzurile de băuturi;
c) altitudinea;
d) Frigul intens şi căldura excesivă;
e) Unele afecţiuni pulmonare şi pleurale;
f) deviaţiunile rachidiene;
g) Alteraţiunile corpului tiroid;
g) Aritmiile;
i) Unele afecţiuni de ficat şi stomac, şi în fine
j) Unele afecţiuni genitale la femee.

Aceste cauze aşa zise funcţionale, erau considerate în realitate mai mult cauze adjuvante, iar adevărata cauză eficientă a asistoliei a fost mai totdeauna găsită în leziunile organice ale muşchiului inimei.

Oricare ar fi însă cauza asistoliei, chestiunea care a rămas spinoasă este explicarea mecanismului de producere al insuficienţei cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este o noţiune curentă de fizio-patologie cardiacă, hipertrofia inimei în faţa unui obstacol circulator. Această mărime de volum a inimei erea cunoscută încă din sec. XVII: *Bertin* în 1811 distingea deja: a) Hipertrofia simplă (îngroşarea pereţilor fără modificarea cavităţilor), b) Hipertrofia excentrică (anevrismul activ a lui *Corvisart)*, în care pereţii sunt îngroşaţi şi cavităţile mărite, şi în fine c) Hipertrofia concentrică (anevrismul pasiv al lui *Corvisart)*, în care pereţii sunt hipertrofiaţi, dar cavităţile strâmptorate. Astăzi se crede mai de grabă că îndată ce inima este supusă unui exces de efort, cavitatea ei tinde să se dilate printr'o afluare mai mare de sânge (dilatarea activă a inimei). Când miocardul este sănătos, hipertrofia peretului urmează ca un fenomen de adaptare la travaliul crescut, fenomen de compensare. *Potain* a remarcat că dacă există dilatare fără hipertrofie, aceasta nu poate exista fără un grad fie cât de mic de dilatare a cavităţilor cardiace. Apoi pe măsură ce energia sistolei cardiace diminuă, golirea cavităţilor nu se mai poate face complect şi staza sanghină începe: aceasta este dilatarea pasivă. Cu ea începe asistolia. In esenţă asistolia este datorită după părerea autorilor clasici, slăbirei forţei miocardului a cărui contracţiune nu mai poate goli complet cavitatea inimei sau care se lasă subit distins în faţa unui obstacol prea mare.

Pentru acest lucru trebuia admis a priori atingerea mai mult sau mai puţin profundă a miocardului. Asistolie fără un grad de miocardită a rămas încă pentru mulţi autori şi practicieni o imposibilitate.

Această concepţiune în partea adevărată, dar prea simplistă, a insuficienţei cardiace a avut de suportat numeroase obiecţiuni de ordin anatomo-clinic şi experimental. In plus fapte noi de observaţiune clinică impun o revizuire a acestei concepţiuni.

Aşa, din punct de vedere anatomo-clinic, s'a observat *neparalelismul între leziunile inimei şi gradul insuficienţei cardiace.* Din 2 cardiaci cu aceleaşi leziuni valvulare de pildă şi trăind în condiţiuni de viaţă identice, unul face insuficienţă cardiacă precoce şi curând iremediabilă, celalt duce dinpotrivă o existenţă îndelungată, fără cea mai mică incomodare. S'a acuzat atunci starea de alterare a miocardului. Curând însă s'a constatat că nu este nici o relaţiune între gradul insuficienţei cardiace şi starea anatomică a miocardului. Se observă aşa, câteodată o scleroză foarte pronunţată a miocardului sau leziuni pericardice, fără ca inima să fi arătat în cursul existenţei nici cel mai mic semn de insuficienţă, şi invers, în cazuri vechi de insuficienţă cardiacă, leziunile miocardului pot să fie minime. S'a crezut atunci că poate *topografia leziunilor ar putea avea importanţă pentru capacitatea funcţională a inimei.* S'a ajuns curând însă la convingerea că *această topografie este în relaţiune mai mult cu alterarea ritmului cardiac:* aşa leziunile accentuate ale aoricului în relaţie cu fibrilaţia auriculară, scleroza la nivelul fascicolului *Hiss* cu disociaţiunea auriculo-ventriculară, etc. Ori se ştie că turburările de ritm nu constituesc decât o condiţiune favorizantă pentru instituirea insuficienţei cardiace, iar nu afectivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările experimentale ale lui *Bianchi,* care a supus animale la eforturi, tind să probeze că surmenajul fizic singur poate produce leziuni ale fibrei musculare, dela simpla modificare a protoplasmei contractile a fibrei până la dispariţia elementelor anatomice, trecând prin gama degeneraţiunei hialine, grăsoase, cu vacuolizarea nucleilor, cu infiltrarea între fibrile de celule embrionare. Aceste experienţe confirmă părerea lui *Däms* şi *Nauwerk* că *surmenajul este capabil de a produce leziuni organice ale miocardului.* Problema în acest caz se inversează: leziunile miocardice constatate în asistolie pot să fie produse de însăşi efortul şi surmenajul la care inima este supusă prin faptul însăşi al obstacolului valvular sau circulator. Pentru acest motiv *Prof. Vaquez conchide: „în rezumat putem spune cu Aschoff, Krehl* şi *Lissauer că în starea actuală a lucrărilor şi făcând rezervă pentru miocarditele infecţioase şi toxice, nu în anatomia patologică trebue să căutăm cauza insuficienţei cardiace".*

Chiar din punct de vedere numai clinic nu putem spune cărei cauze se datoreşte că un valvular intră în insuficienţă cardiacă îndată după constituirea leziunei lui şi altul numai după o lungă existenţă, în care nu a fost de loc incomodat. Ba şi mai miste-

rioase apar cazurile ajunse în insuficienţa cardiacă ireductibilă, la cari nu se constată nici cea mai mică leziune orificială, nici vasculară, nici aritmică şi unde chiar anatomia patologică nu găseşte alt decât cel mult o hipertrofie cardiacă, aşa zisă primitivă, care poate însă şi ea lipsi.

Cazuri de acest fel, astăzi mai frequente, când cunoaştem mai bine sindromul de insuficienţă cardiovasculară în diferitele sale modalităţi, a îndreptăţit pe *Laubry* şi elevii săi să creeze sindromul de *Myocardie*, adică de *insuficienţă funcţională a miocardului*, fără intervenţia necesară a leziunilor materiale. Un individ de cele mai multe ori tânăr, fără antecedente infecţioase sau toxice şi fără ereditate specifică, fără hipertensiune arterială, începe să prezinte fenomene de insuficienţă cardiacă, care progresează cu o rapiditate descurajantă, cedează numai parţial sau trecător la tonicardiace şi care sucombă cu tabloul clasic de asistolie. La necropsie nu se găseşte nici o leziune valvulară sau pericardiacă, inima însă voluminoasă, hipertrofiată şi dilatată flască cu pereţii decoloraţi. Examenul microscopic nu arată nici leziuni interstiţiale, nici alteraţiuni ale fibrei musculare sau numai alteraţiuni minime. Observaţiuni analoage au fost făcute în toate timpurile, ele însă au fost puse pe seama miocarditei hipertrofice, idiopatice, de natură inflamatorie nedeterminată. (Şcoala din Lyon cu *Tripier*, *Paviot*, *Bonafe*, *Gallavardin*, etc.). *Josué* şi *Belloir* în lipsa leziunilor au acuzat funcţiunea suprarenală, indispensabilă contracţiunei cardiace, prin acţiunea ei miotonică. In fine *Mery*, *Salin* şi *Wilborts* au raportat 3 cazuri de dilatarea primitivă a inimei cu asistolii repetate la copii de 6, 3 jum. şi 3 ani, punându-le pe seama debilităţii cardiace congenitale. Nimic nu probează că procesul inflamator acuzat de şcoala lioneză produce hipertrofia şi slăbirea miocardului. Există de altfel numeroase cazuri, cari pot intra în cadrul miocardiei şi în care hipertrofia lipseşte. Elementul fundamental este aci insuficienţa funcţională a inimei exprimată prin sgomotul de galop, care nu lipseşte mai niciodată şi prin dilatarea cavităţilor.

Interpretarea care s'a dat acestor cazuri prin *epuizarea precoce a forţei de rezervă a inimei*, nu constitue decât un mod de exprimare a problemei încă nerezolvată, de oarece nu ştim anume, ce este forţa de rezervă şi până în prezent nu avem o definiţie mulţumitoare a acestei proprietăţi miocardice. Şi chiar dacă admitem această proprietate hipotetică, problema rămâne în picioare, deoarece atunci întrebarea se pune: dece unele inimi ajung la epuizarea precoce a forţei de rezervă şi altele nu?

Dacă admitem că insuficienţa cardiacă şi dilatarea inimei se datoreşte, cum cred unii cardiologi, presiunei dinăuntru în afară a sângelui care împinge pereţii şi-i distinde, este firesc să ne întrebăm cu *Mackensie:* de unde vine această forţă de distensiune, dacă inima este în adevăr slăbită? Chiar atunci când peretele inimei este foarte slab şi subţire, nu se constată dilatarea inimei, ci dimpotrivă ruptura ei. *Mackensie* a găsit la un bolnav al său,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

care a murit printr'o ruptură a inimei, peretele cardiac în unele părţi aşa de subţire, că era constituit dintr'o simplă foiţă endocardică. *Keith* care a studiat de aproape aceste cazuri de rupturi cardiace, nu a constatat de loc dilatarea inimei. Mai mult dilatarea ventriculului stâng a fost observată şi în stenoza mitrală pură în faza înaintată, leziune în care forţa de umplere a ventricolului stâng este, cum se ştie, mult diminuată.

Apoi, cum se poate explica insuficienţa cardiacă într'un anevrism arterio-venos traumatic şi vindecarea ei definitivă prin ridicarea operatorie a acestui anevrism? Sau cum se poate explica încă asistolia în Bazedov şi vindecarea ei în urma ameliorărei sau vindecărei sindromului Bazedovian? In fine cum se împacă existenţa tensiunei arteriale normale sau chiar ridicată în asistolie până aproape de agonie, cu slăbirea inimei? De asemenea cum se pot interpreta bătăile tumultoase ale inimei, impulsiunea puternică a vârfului inimei, amplitudinea mare a pulsaţiilor oscilometrice, frequente în cazuri de asistolie?

Pentru a răspunde acestor obiecţiuni, cercetări laborioase au fost întreprinse mai în toate ţările, însă o punere la punct, unitară, încă lipseşte.

S'a căutat în primul rând să se lămurească *mecanismul adaptărei inimei normale la eforturi*, pe de o parte, şi *al compensărei inimei bolnave*, pe de alta. In adevăr, la o persoană normală debitul circulator variază în fiecare clipă, după trebuinţele mereu variabile ale ţesuturilor în diversele condiţiuni de viaţă, în care activează un individ. Inima trebue neîncetat să se adapteze acestor nevoi, care aduc mărirea travaliului inimei după calculele fiziologilor dela 1 la 10, ceea ce dovedeşte o supleţe de adaptare considerabilă. Aşa de pildă, un efort muscular, golind vinele, măreşte scurgerea, aportul de sânge în auricule, creşte, adică fluxul diastolic cu care inima se găseşte deodată încărcată. Pe de altă parte, printr'un proces reflex, de origine centrală, se produce o vasoconstricţie, de unde rezultă creşterea presiunei arteriale şi prin urmare rezistenţa crescută la pomparea mai departe a sângelui. Prin urmare în această împrejurare ventricolul stâng trebue nu numai să expulzeze o cantitate mai mare de sânge, la fiecare contracţiune, dar să învingă şi o rezistenţă crescută.

Starling, printr'un dispositiv ingenios, *preparaţia inimă-plămân*, a reuşit în mod experimental să poată face să varieze după dorinţa sa şi independent unul de altul aceste elemente, adică afluxul sângelui în inimă, debitul ventricolului şi rezistenţa arterială şi astfel să precizeze mecanismul prin care inima reuşeşte să se adapteze la aceste variaţiuni circulatorii. Astfel experimentând pe inima de câine. *Starling* a dovedit că crescând afluxul de sânge în inimă, se produce consecutiv o mărire a debitului cardiac (ventricular), care poate creşte dela 200 cmc. până la 3 litri pe minut, adică de 15 ori debitul normal, fără ca inima să arate cel mai mic semn de insuficienţă. Pe dealtă parte, menţinând afluxul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de sânge constant şi crescând rezistenţa arterială, (dela 5 la 25 cm. Hg. de pildă, ventricolul îşi măreşte forţa de contracţiune, ce se constată prin ridicarea presiunei intraventriculare, fără ca debitul inimei să sufere vre-o modificare.

Această adaptare la condiţiuni variate printr'un travaliu crescut se face ca şi la un motor banal prin creşterea combustiunei şi consumarea unei cantităţi mai mare de combustibil. Aceste variaţiuni în activitatea inimei merg deci paralel cu schimburile chimice, cu consumarea de oxigen şi exalare de CO^2, pe care *Starling* le-a evaluat cu aparatul *Lewat-Ewans.*

Preparaţiunea inimă-plămân, cu care *Starling* a dovedit capacitatea de adaptare a inimei la variaţiunea de flux sanghin şi de creştere a rezistenţei arteriale, este izolată de legăturile nervoase. Inima posedă prin urmare în ea însăşi putinţa de a se adapta în mod automat la cerinţele circulatorii variate ale organismului. Prin conexiunile sale cu sistemul central nervos însă inima are putinţa să se adapteze la un travaliu crescut şi prin mecanismul accelărarei bătăilor cardiace. In general o inimă absolut normală şi bine antrenată se adaptează la un efort întâi prin creşterea debitului pe sistolă, mai apoi, când nu reuşeşte prin acest mecanism, şi prin accelerarea pulsaţiilor, care rămâne apanajul inimilor slabe (creşterea debitului pe minut). In caz de eforturi mari, ambele mecanisme pot fi puse în joc. *Balmès* măsurând debitul cardiac prin metoda *Haldane, Henderson* şi *Prince,* constată în cardiopatiile compensate debitul normal pe minut, dar scăzut pe sistolă; realizarea unui debit normal pe unitatea de timp se face graţie tocmai frequenţei pulsaţiilor cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mecanismul intim al adaptărei inimei la efort constă într'o mărire a volumului inimei, fie că afluxul sanghin creşte, ceia ce este evident, fie că rezistenţa arterială creşte. In acest din urmă caz, ventricolul încearcă să învingă rezistenţa periferică crescută printr'o creştere a presiunei intra-ventriculare; el nu reuşeşte să o învingă dela prima contracţiune şi atunci o mică cantitate de sânge rămâne în ventricol, la care se adaugă afluxul normal de sânge din auricol şi vene, ceia ce măreşte volumul inimei, care progresiv îşi ridică presiunea intra-ventrciulară, până reuşeşte să învingă rezistenţa treptat, treptat prin contracţiuni din ce în ce mai ample. Cu ajutorul unui pletismograf, în care *Starling* a închis inima, a putut constata modificările ei volumetrice în aceste condiţiuni de travaliu. De aci rezultă că *„dilatarea inimei nu este în mod obligator un simptom de slăbirea ei, dar poate fi o adaptare fiziologică şi o condiţie esenţială pentru a face inima capabilă să răspundă diverselor cereri, care-i sunt făcute în cursul unei existente normale”.* De oarece fibra musculară a inimei ca şi a oricărui alt ţesut contractil, după cum a arătat *Hill,* se contractă cu o energie în raport cu lungimea ei şi deci cu dilatarea ei diastolică. Această noţiune esenţială pentru travaliul inimei, *Starling* a numit-o „legea inimei”. O inimă normală reuşeşte să-şi golească complet conţinutul, chiar când afluxul de sânge e mare,

tocmai prin această dilatare care dă fibrelor musculare o lungime mai mare, ce permite o contracţiune mai energică.

Aplicând această noţiune la starea patologică se poate uşor înţelege mecanismul de adaptare a inimei în leziunile valvulare sau în alte obstacole circulatorii. Aşa într'o insuficienţă aortică de pildă, este vorba de o scăpare recurentă a unei părţi din sângele expulzat de ventricol. Această cantitate vine să mărească afluxul normal de sânge în inimă, inima îşi amplifică distinderea diastolică, pentru a primi pe de o parte cantitatea de sânge mărit, pentru a creşte pe de alta conform legei lui *Starling*, energia contractilă a fibrelor musculare, prin alungirea lor.

Se înţelege însă că inima, care-şi compensează astfel leziunea şi cheltueşte o parte din capacitatea ei de adaptare, tocmai pentru a neutraliza ca să zic aşa leziunea sa, posedă o rezervă mai mică de adaptare faţă de eforturi ca o inimă normală, care are intactă toată capacitatea ei de adaptare. Şi cu cât leziunea se agravează cu atât această capacitate se reduce. Aşa în stare normală inima umană, care debitează în repaus aproape 3 litri de sânge pe minut, în caz de eforturi musculare poate să ajungă la un debit de 25 şi chiar mai mult de litri pe minut. Aceasta este limita ei de adaptare. (După metoda lui *Henderson, Meakins* şi *Davies, Dautrebande*, debitul cardiac la o persoană normală este de 6—7 litri pe minut; pe sistolă aproape 100 cmc.). La un efort subit superior, debitul nu mai poate creşte peste această limită pentru a asigura circulaţia în ţesuturi şi nutriţia lor şi în special a creerului şi atunci urmează ori pierderea cunoştinţei prin insuficienţa circulaţiei cerebrale, sau incapacitatea muschiului de a mai acţiona, care se traduce ori prin crampa bine cunoscută de sportsmani, ori prin simpla epuizare — fatiga muschiului. — Atunci afluxul crescut încetează imediat şi inima îşi revine la normal. Este posibil şi aceasta rezultă şi din experienţele lui *Starling* ca această limită de adaptare să fie măsurată în stare normală de inextensibilitatea pericardului, până la care inima ajunge să se dilate. In aceste condiţii nu inima flectează, cum s'a crezut atâta timp, ci ea numai ajunge să satisfacă cerinţele circulatorii crescute ale organismului. Iată dar altă noţiune, importantă pentru înţelegerea travaliului inimei şi insuficienţei ei. Forţa ei nu este diminuată, dar numai este capabilă a face faţă eforturilor mari fizice, care cer un efort corespunzător circulator. Este întocmai, după cum un cal înhămat la o căruţă încărcată reuşeşte să o tragă pe teren plan face însă eforturi din ce în ce mai mari când se iveşte o pantă şi se opreşte chiar, când panta este prea accentuată. Este natural a admite că nu forţa calului a scăzut, ci obstacolul şi natura lui constitue cauza încetărei activităţei animalului.

Acelaş lucru şi în leziunile valvulare şi în cardiopatii în general. Inima caută la început să compenseze printr'o dilatare şi distensiune moderată deficitul circulator şi reuşeşte printr'o creştere a energiei de expulzare ventriculară. Incetul cu încetul se con-

stitue hipertrofia pereţilor musculari, comun constatate în cardiopatii, ca un fenomen compensator. Aşa se explică debitul cardiac normal constatat de mai toţi autorii în cardiopatiile compensate, aşa se explică tensiunea arterială normală sau chiar ridicată în aceleaşi stări, indicele oscilometric amplu, chiar şi în perioada de decompensare, până în faza agonică. In ce priveşte eroarea ce se face de a crede că presiunea arterială scade în insuficienţa cardiacă, nu este de loc deplasat, ori de câte ori vine ocaziunea de a insista asupra ei şi de a aminti că de multă vreme încă *Müller, Gallavardin, Lang, Dumitrenko, Krilloff, Sokolowski,* la noi *Enescu* şi eu am arătat că în insuficienţa cardiacă presiunea arterială nu scade, de cât în distensiunea bruscă a ventricolului stâng. Recent *Loschkarewa* a publicat asupra aceleiaşi chestiuni un studiu documentat.

Când însă inima a ajuns limita ei de dilatare, nu mai reuşeşte a-şi goli conţinutul în întregime şi echilibrul circulator ameninţă să se rupă: hipertensiunea de partea sistemului venos, — de aport o scădere a debitului de partea sistemului arterial. Ţesuturile private de circulaţia convenabilă vor produce printr'un mecanism reflex accelerarea contracţiunilor cardiace, care va mai atenua pentru câtva timp dezechilibrul circulator. Curând însă pletora se produce, apoi staza, cianoza, edemele. *Starling* crede că 2 sunt factorii care limitează capacitatea de adaptare a inimei în stare patologică: pericardul până la care inima ajunge în dilatarea ei, ca şi la adaptarea inimei normale şi inextensibilitatea miocardului, rezultată din alteraţiunile sale scleroase, care limitează şi mai mult dilatarea inimei.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Mi-am permis a insista mai mult asupra cercetărilor riguroase ale lui *Starling,* deoarece rezultatele lor sunt de o importanţă crucială pentru cardiologie. Ele lămuresc multe puncte obscure şi contradictorii, care au rămas înrădăcinate în cunoştinţele noastre despre fenomenele circulatorii. *Este suficient a reaminti că vedem astăzi în cardiopatii un fenomen de adaptare şi nici decum de flectare a inimei, că vedem astăzi în insuficienţa cardiacă nu slăbirea forţei ei, ci incapacitatea de a face faţă dezechilibrului circulator cu o energie adesea mai crescută ca în stare normală.* Aşa putem explica pentru ce repausul singur, în afară de orice medicaţie, diminuă şi chiar suprimă simptomele de stază, cianoză, edemele. Trebuinţele circulatorii fiind mai mici în repaus, inima poate satisface prin capacitatea ei de adaptare limitată cererile organice şi să restabilească echilibrul circulator turburat.

Limita adaptărei inimei poate să fie măsurată nu numai de inextensibilitatea pericardului sau miocardului, cum crede *Starling,* dar şi de tonusul deficitar al muschiului cardiac sau de diminuţia capacităţei sale contractile. Aceste două proprietăţi — tonicitatea şi contractilitatea, sunt bine distincte.

In adevăr, când un muschiu se contractă, se produce o consumare de oxigen şi glicogen, metabolismul bazal creşte, acul galvanometric deviază, se degajează produse toxice de oboseală, pe

când în starea de tonus a unui muşchi aceste fenomene nu se produc. Mai mult, *Stefani* a arătat că bila măreşte tonicitatea şi diminuă contractilitatea. *Neuschluss* şi *Riesser* au dovedit că K. este necesar menţinerei tonicităţei, pe când Ca este necesar contracţiunei, iar substanţele care ajută fixarea K în muşchi (subst. vagotrope ca fiziostigmina, acetilcolina) măresc tonicitatea, pe când substanţele care favorizează fixarea Ca (substanţe simpaticotrope ca adrenalina) măresc contractilitatea şi moderează spasmul tonic. In fine *Atzler* a demonstrat că pe când energia contractilă creşte proporţional cu cantitatea de sânge, ce traversează un muşchiu, tonicitatea se exagerează şi conduce la tetanie, când aportul de sânge arterial diminuă sau încetează. Prin urmare, tonicitatea nu este aceia, ce credea *Hermann*, o contracţiune reziduală a fibrei miocardice, ci o proprietate aparte, distinctă, a acestei fibre.

Totuşi nu toţi fiziologii admit tonusul cardiac. El este însă susţinut de *Roy, Gaskell, Fr. Franck, Hering*, etc., iar cardiologi emeriţi ca *Mackensie, Wilson, Vaquez*, cred că tonicitatea miocardului se opune la destinderea inimei şi atâta timp cât această tonicitate este intactă, inima rezistă efortului.

Prof. *Pende* a precizat valoarea tonicităţei muşchiului cardiac, arătând că dilatarea inimei nu înseamnă numaidecât pierderea tonicităţei, ceia ce a susţinut de altfel şi *Starling*, există o dilatare activă a inimei, fiziologică, vitală cum o denumeşte *Hering*, în care tonusul muscular se menţine normal; dar există şi o dilatare pasivă, în care tonusul este scăzut şi capacitatea de retractilitate este diminuată. Astfel văzut *tonusul cardiac este starea fiziologică de adaptare a calibrului cavităţei cardiace la nevoile de umplere şi presiune intracardiacă a sângelui.* Acest fel de a interpreta tonusul cardiac permite a stabili un raport strâns între acest tonus activ şi legea contractilităţei cardiace a lui *Starling*.

In realitate o inimă normală şi cu tonusul normal se dilată puţin şi-şi măreşte energia sistolelor în proba lui *Müller*, care constată după cum se ştie într'o inspiraţie forţată cu glota închisă, condiţie favorizând pătrunderea în inimă a unei cantităţi mai mare de sânge din venele aferente ei. Din contră ea se retractează diminuând amplitudinea sistolelor în proba lui *Valsava*, care constă în expiraţia forţată cu glota închisă ce împiedică sângele din vene să pătrundă în inimă. Aceste probe prin urmare măsoară capacitatea tonică a inimei, şi nu contractilă cum a crezut *Pesch* şi alţii, cari au vrut să facă din ele probe funcţionale ale inimei.

Mai mult, cu ajutorul metodelor grafice şi electro-cardiografice s'a putut analiza cu mai multă precizie fenomenele tonice şi contractile ale miocardului şi s'a putut distinge *2 fenomene musculare chiar în sistolă:* o ridicare rapidă a curbei de inscripţie, corespunzătoare scurtărei bruşte a fibrelor muşculare (fenomen de contracţiune, ce permite o comprimare puternică a conţinutului inimei), apoi urmează un fenomen tonic, lent, în platou pe curba de inscripţie, care ajută la menţinerea presiunei intracardiace şi expulzarea conţinutului în vase. Acest fenomen tonic creşte când nu-

triţia muşchiului se efectuează în condiţiuni favorabile şi când un ritm lent permite refacerea rezervelor şi diminuă sau chiar dispare în condiţiuni inverse. Fiziologii obţin atunci în sistolă o simplă ascensiune bruscă. Acest fenomen ar fi în legătură după *Botazzi-Joseyko* cu activitatea elementului striat, pe când fenomenul tonic cu activitatea sarcoplasmei. Cel dintâi caracterizează muşchiul voluntar, striat; cel deal 2-lea muşchii netezi cu contracţiuni lente şi energice şi cu sarcoplasma abundentă. In inima unde elementul striat şi sarcoplasma sunt egal reprezentate, găsim asociate aceste două modalităţi de contracţiune. Această concepţie a lui *Pende* asupra tonicităţei cardiace este ingenioasă, dar încă ipotetică; dar cercetările sale şi elevilor săi sunt în curs şi pot ajunge la rezultate de cele mai interesante pentru explicarea mecanismului activităţei cardiace. Oricum ar fi, pentru moment pe noi ne interesează că în ce priveşte insuficienţa cardiacă, *Pende* socoate că decompensarea inimei începe cu pierderea tonicităţei expansive vitale şi deci cu imposibilitatea fibrelor de a-şi mări lungimea şi respectiv capacitatea lor contractilă, conform legei lui *Starling*.

Tonicitatea cardiacă, deşi proprietate intrinsecă a fibrei musculare, pare totuşi întreţinută şi de influxul nervos. *Coats, Roy, Gaskell* şi în deosebi *Fr. Franck* au arătat acţiunea antitonică a pneumogastricului. Acest nerv influenţează atât tonusul cardiac, producând o flaciditate diastolică mai mult sau mai puţin marcată, cât şi contractilitatea, slăbind sistolele cardiace şi producând o cădere a presiunei sanghine în aortă. Această acţiune antitonică a vagului a fost folosită de altfel şi de *Lian*, pentru a produce insuficienţa auriculo-ventriculară funcţională prin relaxarea inelului orificial.

Simpaticul prin tachicardia, pe care o produce, când tonusul său prevalează, poate conduce la insuficienţa cardiacă, mai ales dacă miocardul este atins. Pentru acest lucru pledează observaţiile clinice ale lui *Merklen, Renaud,* precum şi insuficienţa inimei în tachicardia paroxistică, astăzi de observaţie curentă dela cercetările Prof. *Vaquez*.

Insă factorul esenţial pentru corecta funcţiune a miocardului este irigaţia şi deci nutriţia lui. Inima este unul din organele cele mai bogat irigate din organism. Activitatea sa este în funcţie de aportul sanghin. Am văzut că fiziologii evaluează trecerea debitului sanghin în caz de eforturi dela 3 la 25 litri pe minut. *Means* şi *Newburgh* au arătat că şi debitul coronarelor creşte paralel. Nu este nevoe a mai aminti noţiunile clasice că ligatura coronarelor aduce încetarea imediată a contracţiunilor, că ischemia lezională sau funcţională a miocardului crează sindromul anginos, claudicaţia intermitentă a inimei. *Müller* şi *Matews* au arătat că ligatura ramurei descedente a coronarei anterioare a produs la 4 câini din 8 operaţi insuficienţa acută a inimei cu dilatarea globală a inimei, predominentă însă la ventricolul stâng, după 1—3 luni dela intervenţie. Clinicește infarctul miocardic conduce când individul supravieţueşte complicaţiunei, la insuficienţa rapidă şi ire-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ductibilă a inimei. Observaţiunile, cari s'au acumulat în ultimul timp însoţite de studii electro-cardiografice, sunt concludente asupra acestui punct.

Dela obstrucţia brutală a unei ramuri coronariene până la fenomenul de ischemie relativă, produsă de dezechilibrul între cerinţele nutritive ale miocardului şi aportul sanghin nu este decât gradaţie de stări, care se traduc toate printr'o scădere a capacităţei funcţionale a inimei. Orice obstacol în nutriţia miocardului devine un factor de meiopragie cardiacă observă *Walser*. Debitul coronarian poate să fie suficient pentru starea de repaus, sau de activitatea normală, însă să nu satisfacă cerinţele impuse de eforturi, deficitul circulator apare numai ocazional, ischemia este relativă. Sau debitul coronarian poate să devină insuficient chiar în stare de odihnă, — ischemia este permanentă, nutriţia miocardului este încontinuu deficitară. Această meiopragie poate rezulta şi din disproporţia între volumul inimei şi vascularizaţia sa. *Eppinger* stabileşte în stare normală un coeficient de o,8o între dimensiunile coronarelor şi greutatea inimei, coeficient care diminuă pentru inimile hipertrofiate, care se găsesc astfel chiar prin acest fapt ameninţate de un eventual deficit circulator.

Mecanismul graţie căruia activitatea cardiacă este compromisă în acest deficit circulator coronarian, este dublu: aportul insuficient de materiale nutritive şi eliminarea insuficientă de resturi toxice rezultate din travaliul muscular. Această acumulare de rezidiuri acide şi toxice conduce la oboseală, fapt asupra căruia *Chauveau* şi *Arloing* au insistat încă de mult şi asupra căruia Prof. *Danielopolu* a revenit relativ la mecanismul sindromului anginos. Astfel privit lucrul se poate stabili o punte de înţelegere între concepţia Prof. *Vaquez*, care face din sindromul anginos, un fenomen de insuficienţă acută, a ventricolului stâng şi între concepţia Prof. *Danielopolu* care pune la baza anginei de piept ischemia funcţională a miocardului.

In ce priveşte cauza aportului insuficient de sânge în miocard, el se datoreşte fie leziunilor coronarelor, leziuni cari merg dela simpla modificare a elasticităţei pereţilor arteriali până la completa obstruare a lumenului, fie inervaţiei vazomotoare. *Brown-Sequard* arătase că excitaţia pneumogastricului produce vazoconstricţia coronarelor, cercetări confirmate şi de *Wiggers*. E permis a crede că şi acest fapt întăreşte acţiunea antitonică a vagului. Pe de altă parte simpaticul şi adrenalina ar fi vasodilatatoare ale vaselor inimei), *(Janeway* şi *Park, Lancendorf, Graube, Morawitz* şi *Zahn)*. Acordul nu este încă făcut, de oarece alţi cercetători au obţinut vazoconstricţia coronarelor prin adrenalină.

Nu numai insuficienţa mecanică circulatorie, dar şi aportul insuficient de oxigen conduce la aceiaşi diminuţie a activităţei cardiace, fenomen realizat în sindromele anemice, în care întâlnim toată gama de turburări cardiace până la dilatarea inimei şi degenerescenţa miocardului.

Cercetările experimentale cu ajutorul perfuziunei inimei izo-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

late, a făcut posibilă studierea acţiunei anumitor elemente chimice asupra activităţei miocardului. Astfel s'a văzut că inima izolată de epure consuma 1 mgr. glycogen pe oră şi gram de organ. In tachicardie cantitatea de glycogen scade sub media normală, cum a constatat *Franco* la miel, *Gley* la câine. *Budinger* a descris un sindrom de insuficienţă cardiacă printr'o turburare a metabolismului hidrocarbonat, fie că există o hipoglicemie, fie că inima este incapabilă a utiliza glycogenul depozitat, fie că aceste depozite lipsesc din fibra musculară. De aci a rezultat şi încercările terapeutice de administrare de glycoză în insuficienţa cardiacă, care ar fi fost încununată de succes pentru unii autori, pentru Laubry într'un caz grav şi ireductibil.

Calciul este un element indispensabil funcţiunei miocardului; tonicitatea miocardului şi energia contracţiunilor sunt crescute după administrarea calciului. Recent *Loewy* crede că în cardiopatiile decompensate, clorurul de Ca sensibilizează inima la acţiunea digitalei.

Potasiul cu toată acţiunea lui de relaxare asupra miocardului, este totuşi necesar pentru funcţionarea inimei. *Zwaardemaker* crede că potasiul îşi datoreşte acţiunea sa radioactivităţei. *Rubidiu Uraniu, Toriu,* poate să-l supleeze în lichidul Ringer. Excesul de radioactivitate vatămă însă egal activităţei inimei.

Excesul de CO^2 încetinează bătăile, iar în proporţie mare le suspendă; şi lipsa acidului carbonic este tot atât de păgubitoare, producând o prăbuşire a presiunei arteriale cu tachicardie şi prostraţie. *Mansfeld* crede că ar constitui excitantul normal al nodului sinusal. In caz de insuficienţă cardiacă, CO^2 se acumulează în sânge şi acţionează asupra tonicităţei cardiace, realizându-se astfel un cerc viţios.

In fine anumite glande endocrine ca suprarenala şi tiroida par să aibă o influenţă destul de marcată asupra activităţei cardiace. *Josue* a insistat asupra ipertrofiei şi dilatărei inimei în insuficienţa suprarenală.

Mai evidentă însă apare acţiunea tiroidei. Tachicardia face parte din tabloul simptomatic clasic al Bazedovului. Se ştie că *Peter* definea guşa exoftalmică în 3 cuvinte: gros coeur, gros cou, gros yeux. In stadiile avansate tachiaritmia cu fibrilaţie auriculară sau extrasistole mai mult sau mai puţin grupate şi cu dilatarea inimei sunt banale. Şi aci au luat poziţie faţă în faţă 2 teorii: teoria anatomică care pretinde a pune insuficienţa cardiacă pe baza leziunilor degenerative a fibrei cardiace şi teoria funcţională. Este suficient să amintim că asistolia bazedovului cedează complet în urma ameliorărei sindromului, după operaţie, sau tratamentul iodat pentru a judeca asupra fragilităţei teoriei anatomice, neţinând seamă şi de neînsemnătatea leziunilor, când ele au putut fi constatate. Mecanismul ar fi mai degrabă, după cercetările lui *Cyon, Eppinger Falta, Parisot* şi *Richard, Oliver* şi *Shafe,* o sensibilizare a pneumogastricului prin produsul tiroidian toxic şi desvoltarea acţiunei lui antitonice asupra inimei, la care se adaugă capacitatea

redusă de asimilare a zahărului, după cum se ştie la distyroidieni. Nu mai puţin şi insuficienţa tiroidiană, adică mixoedemul se însoţeşte de o atonie cardiacă cu dilatarea inimei, ameliorată prin tratamentul tiroidian *(Porak, Laubry* şi *Fournier, Zondek, Eppinger)*. interpretarea mecanismului este equivalentă: secreţia tiroidiană, excitanta normală a simpaticului, lipsind aci, lasă să prevaleze pneumogastricul cu acţiunea lui antitonică. De altfel *Tatum* a pus în evidenţă experimental hipotonicitatea cardiacă la animale tyroidectomizate.

Unul din factorii cei mai importanţi ai travaliului inimei, şi asupra căruia s'a insistat numai în timpul din urmă, este sistemul vascular, cu starea lui structurală şi funcţională. Considerate în totalitatea lor, vasele constituesc pentru sânge un circuit închis, cu pereţii elastici şi mobile, variind neîncetat capacitatea lor după trebuinţele diferitelor organe prin acţiunea nervilor vazomotori. In stare normală inima şi vasele, graţie sistemului nervos coordonator, stau într'un perfect echilibru, de o rară supleţe, asigurând organismului o circulaţie suficientă şi regulată. Aşa, când inima îşi măreşte activitatea, vasele se dilată, pentru a nu opune o rezistenţă prea mare eforturilor inimei, şi, când aceasta îşi moderează activitatea, se strâng, pentru a evita o risipă sanghină prejudiciabilă travaliului inimei. Tot aşa invers, când vasele se strâng, inima îşi moderează lucrul şi când se dilată şi-l activează. Graţie acestui echilibru presiunea arterială rămâne constantă, cu toate variaţiunile activităţii cardiace.

In stare patologică acest echilibru se poate rupe. Astfel în stări de hipertonie arterială sau scleroză periferică, calibrul vaselor se strâng în mod permanent impunând inimei un efort crescut, pentru a învinge această rezistenţă şi a asigura nutriţia ţesuturilor. Nu se poate preciza dacă acest efort continuu aduce oboseala inimei, dar se ştie sigur că inima cu tot travaliul crescut, poate ajunge să nu mai satisfacă cerinţele de nutriţie ale organismului, creindu-se astfel insuficienţa cardiacă, care nu este decât insuficienţa circulatorie.

Printr'un proces invers, vasele se pot destinde mai mult sau mai puţin permanent, creind în circuitul vascular o capacitate mai mare de cât conţinutul, (sângele) şi impunând inimei un efort crescut, de a umple un vas, care rămâne totuşi gol. Această stare de lucruri poate fi realizată de anevrismul arterio-venos şi de sindromul de laxitate arterială a lui *Dumas*. Acest sindrom este întâlnit în expresiunea lui cea mai simplă în hemoragiile mari, cu stare de shock, când aparatul vascular pierzându-şi capacitatea normală de adaptare prin vazo-constricţie la conţinutul care diminuă, (masa sanghină) rămâne în stare de relaxare impunând inimei eforturi ce merg până la insuficienţa cardiacă. *Bard* citează pentru a explica această turburare cardiacă remarca lui *Reveilliod:* „la pompe cardiaque ne supporte pas mieux les fuites, que les obstacles". *Bard* observă chiar că în caz de obstacol inima are o reacţiune diferită, hipertrofierea ei făcându-se concentric, legată de o ac-

tivitate sistolică, pe când în caz de „*Fuite*" hipertrofia este excentrică, legată de activitatea diastolică. Mai frequent se observă însă insuficienţa cardiacă în crizele vazodilatatorii din infecţiunile serioase ca febra tifoidă, scarlatina, etc. In aceste infecţiuni vazodilataţia paralitică, de cele mai multe ori abdominală, cu hipotensiune adesea marcată, poate crea sindromul asistolic de atâtea ori observat în clinică şi explicat până aci prin miocardită. Această noţiune de leziune miocardică nu este adesea verificată prin cercetarea necropsică, pe de o parte, cu vindecarea definitivă a bolnavului, fără o altă revenire asistolică în cursul vieţei. In fine proba terapeutică prin administrarea de adrenalină ca cel mai eficace mijloc de a combate această asistolie, pledează în favoarea shockului vascular, cu vazodilataţie.

Starling în cercetările sale experimentale întrebuinţa o presiune mică, pentru a nu opune inimei o rezistenţă prea mare. Observând fenomene de slăbire a activităţei ei, a ridicat presiunea crezând să oprească definitiv inima. Spre surprinderea sa inima şi-a sporit întâi volumul, a început să se contracte mai puternic, îmbunătăţindu-şi travaliul. El crede că în circulaţie este nevoe de o anumită presiune, să-i zicem optimă, pentru a avea un bun debit coronarian şi a asigura nutriţia miocardului.

In fine *Dumas* a creat sindromul de hipotonie primitivă, arterială, sub dependinţa endocriniană, care poate conduce prin persistenţa lui la turburări cardiace şi anume hipertrofii cu dilatarea cavităţilor. Asistolii de această natură găsesc în medicaţia stricnică şi adrenalinică singurul lor tratament eficace.

Cercetările autorilor germani cu totul recente şi ale lui Laubry în Franţa, pun în valoare încă un nou mecanism de insuficienţă cardiacă prin turburările, cari pot surveni în circulaţia de întoarcere a sângelui, adică în circulaţia venoasă. Aceşti autori găsesc că factorii consideraţi până în prezent ca contribuind la circularea sângelui venos, şi anume vis-à-tergo, aspiraţia toracică, chiar aspiraţia diastolică a inimei, care rămâne o problemă foarte interesantă pentru cardiologie, nu sunt suficiente fără intervenţia capitală a vazo-motorilor rezervoriului venos. Acest rezervor în relaxare este mai mare decât conţinutul şi numai în stare de tensiune se adaptează pe masa sanghină, pe care o comprimă şi o sileşte să avanseze în sensul valvular. O relaxare a pereţilor acestui rezervor aduce stagnarea masei sanghine şi încetarea circulaţiei. *Laubry* şi *Tzanck* aduc o serie de argumente în favoarea acestei teze. Aşa, faptul observat de mult că flebotomiile cât de largi nu influenţează prea mult presiunea arterială, pentru că ele nu ridică decât o mică parte numai din masa de rezervă acumulată în largul sistem venos şi capilar. Altul: încetarea fenomenelor circulatorii înainte ca inima să înceteze; aceasta poate continua pulsaţiile sau chiar să le reia, după ce a încetat cu ajutorul circulaţiei artificiale. *Kuliabko* a reuşit să facă o inimă de copil mort de pneumonie dublă să-şi reia contracţiunile după 30 ore dela moarte. Incât moartea înseamnă încetarea circulaţiei de întoar-

cere şi apoi generală, dar nu încetarea inimei. Altul: presiunea arterială cade brusc în sincopă şi colaps, pe când inima continuă să bată. Altul: insuficienţa masajului în sincope; din contră avantajul de a aşeza corpul în poziţie declivă în lipotimii; acţiunea miraculoasă a adrenalinei, etc.

N-am făcut până aci decât o scurtă enumerare a faptelor şi experienţelor, atât sunt ele de numeroase care dovedesc că alături de concepţiunea clasică a asistoliei, cauzată de leziuni valvulare şi alteraţiuni miocardice, mai sunt un număr important de factori cari pot provoca decompensarea inimei. *Această insuficienţă cardiacă poate să fie de ordin pur funcţional*, inima deşi normală, nemai putând face faţă cerinţelor de irigaţie ale organismului, când aceste trebuinţe cresc deasupra capacităţei ei de adaptare. In fine *această decompensare poate să fie numai trecătoare în raport cu diminuarea sau pierderea tonicităţei*, produsă printr'un mecanism endocrinian, humoral sau nervos.

De foarte multe ori însă aceia ce numim insuficienţă cardiacă nu este decât o insuficienţă circulatorie, inima fiind numai indirect cauza turburărilor observate. Orice clinician trebue să-şi amintească că cordul nu poartă asupra sa totdeauna răspunderea asistoliei sale. Cum spune *Dumas:* „s'il lui arrive d'être bourreau, il est bien souvent victime".

RÉSUMÉ: Dr. Th. Saragea — *Les nouvelles conceptions sur le mecanisme de l'insuffisance cardiaque.*

L'imperfection des connaissances médicales en ce qui concerne le mécanisme intime de production du syndrome assystolique est de nature à attirer l'attention sur cette question. L'absence fréquente de lésions cardiaques en cas de mort par assystolie d'une part, l'existence de ces lésions myocardiques dans des cas qui n'ont pas montré des signes d'insuffisance cardiaque pendant la vie de l'autre, démontre la difficulté du problème. La dilatation du coeur couramment observée dans les cas classiques d'assystolie ne constitue pas un critère absolu, car il existe aussi une dilatation active ou vitale, en rapport avec la propriété d'adaptation du coeur à l'effort, par l'allongement des fibres contractiles *(Starling)* et au contraire en cas de mort subite ou prolongée par le coeur, sa dilatation peut manquer complètement. La capacité d'adaptation du coeur à l'effort qui permet une augmentation du travail et du débit cardiaque de 1—10, peut être limitée par de nombreux facteurs: inextensibilité du pericarde et du myocarde lésé, le tonus myocardique deficitaire, le déséquilibre végétatif et son influence dépressive sur le tonus cardiaque, l'irrigation insuffisante du myocarde avec insuffisance de son nutrition, d'où meiopragie myocardique, des troubles du métabolisme gaseux (0 ou C 02), nutritif (glycogène), minéral (K et Ca), enfin les troubles endocriniens (tyrhoide et surrénale en spécial). L'incapacité des vaisseaux periphériques de s'adapter au travail du coeur peut conduire à la rupture de l'équilibre circulatoire (hypotonie artérielle, artériosclérose, syndrome de laxité artérielle, hypotonie primitive, etc.). Enfin la distension du réservoir veineux, d'ordre vasomoteur également, produit la stagnation du sang et empêche la circulation de retour. Ainsi il est permis aujourd'hui d'expliquer l'assystolie non seulement par l'existence des lésions valvulaires et myocardiques, mais aussi par un mécanisme fonctionne primitif.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RIASSUNTO: Dott T. Saragea.—*Concetti nuovi sul meccanismo dall' insuficienza cardiaca.*

La scarsezza delle cognizioni mediche riguardo all' intimo meccanismo di produzione della sindrome asistolica è tale da attirare la nostra attenzione su questo problema. La frequente assenza delle lesioni anatomo-patologische in casi di morto per asistolia da una parte e la presenza d'altra parte di tali lesioni miocardiche in casi in cui non esistevano dei segni di insufficienza cardiaca durante la vita rendono evidente la difficoltà del quesito.

La dilatazione cardiaca correntemente osservata nell' asistolia classica non è un criterio assoluto data essendo l'esistenza d'una dilatazione attiva o vitale dovuta alla proprietà chu il cuore possiede dell' adattabilità allo sforzo, mediante l' allungamento delle fibre contrattili (Starling) e, per converso, in morti cardiache improvise o prolungate la dilatazione può far difetto. La capacità di adattamento del cuore allo sforzo permettente un aumento del lavoro e del debito di 1—10 può subire però delle limitazioni da parte di svariati fattori inestensibilità del pericardio e del miocardio leso, il tono miocardico in debolito, lo squilibrio vegetativo e la sua influenza sul tono cardiaco, l' insufficiente irrorazione sanguigno del miocardio e l'alterata suo nutrizione, d'onde meiopragia miocardica; i disturbi negli scambi gassosi (ossigeno e CO 2), nutritizi (glicogeno), minerali (K e Ca) e infine i disturbi endocrini (tiroide e surrenale soprattutto).

L'incapacita dei vasi periferici di adattarsi allo sforzo cardiaco può portare alla rottura dello equilibrio circolatorio (ipertensione arteriosa, arteriosclerosi sindromc di rilasciamento arterioso, ipotensione essenziale, ecc.). In fine la distensione del serbatoio venoso, anch' essa di origine vasomotoria, conduce al ristogno del sangue e ai disturbi del circolo di ritorno.

E' dunque legittimo di spiegare oggi il quadro dell' asistolia non solo colle lesioni valvolari e miocardiche, ma anache con un meccanismo funzionale essenziale.

dott. Giuseppe Lax.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr T. Saragea: *Die neuen Auffassungen im Mechanismus der Herzinsuffiziens.*

Die Unvollkommenheit der medizinischen Kenntnisse in Bezug auf den intimen Mechanismus der Erzeugung des asistolischen Syndroms ist derart, dass man die Aufmerksamkeit auf dieses Problem lenken muss. Das häufige Fehlen der anatomopathologischen Verletzungen bei Todes-fällen durch Asistolie einerseits, das Vorhandensein dieser myokardischen Verletzungen bei Fällen, wo keine Anzeichen für Herzinsuffizienz bei Lebzeiten zu bemerken waren, andrerseits, weisen auf die Schwere des Problems hin. Die Erweiterung des Herzens, gewöhnlich beobachtet bei der klassischen Asistolie, ist kein absolutes Merkmal, denn es gibt auch eine aktive oder vitale Erweiterung im Verhältnis zur Anpassungsfähigkeit des Herzens bei Anstrengungen, durch die Verlängerung der zusammenziehbaren Fasern (Starling) und im Gegensatz dazu kann die Erweiterung bei plötzlichen oder in die Länge gezogenen Herztodes-fällen, fehlen. Diese Anpassungsfähigkeit des Herzens bei Anstrengungen, welche eine Verstärkung der Tätigkeit und Belastung von 1-10 erlaubt, kann aber von zahlreichen Faktoren bestimmt werden, wie folgt:

Mangel an Ausdehnungsvermögen des Perykardiums und des verletzten Myokardiums, fehlerhafter myokardischer Tonus, Mangel an vegetativem Gleichgewicht und seine depressive Wirkung auf den Herztonus, ungenügende Berieselung des Myokardiums mit seiner mangelhaften Ernährung, daher die myokardische Meiopragie, die Störungen des gasösen Metabolismus (Sauerstoff oder C02), des nahrhaften (Glikogen), des mineralischen (K und Ca), schliesslich die endokrinischen Störungen (die Tiroide und Suprarenale besonders).

Die Unfähigkeit der peripherischen Gefässe sich der Herztätigkeit anzupassen können zu einem Zerreissen des Kreislaufgleichgewichtes führen (arterielle Hypertension, Artero-sklerose, Sindrom der arteriellen Erschlaffung, primitive Hypotension u. s. w.).

Endlich die Entspannung des nervösen Behälters, auch vosomotorischer Art, bewirkt die Staung des Blutes und die Störungen des zurückführenden Kreislaufes. Somit ist heute erlaubt die Asistolie nicht nur durch die Herzklappen—und myokardischen Verletzungen sondern auch durch einen primitiven Funktionsmechanismus zu erklären.

M. Mandler.

Dans les
bronchites chroniques
grippe
tuberculose
Rhumes négligés
Toux rebelles
Asthme
une cuillerée à soupe matin, midi et soir,
pur ou mieux dans une tasse de thé, lait ou tilleul de
SIROP FAMEL
calme rapidement la toux, facilite l'expectoration
influence favorablement l'état général.
Echantillons et littérature gratis et franco
Charles TAULÈGNE 7-9 Str. Gheorghe Costuc (fostă Lirei) BUCAREST

BISMUT LIPOSOLUBIL LIMPEDE ŞI INCOLOR

SOLMUTH

în fiole de 1 ccm. conţinând 0 gr. 04 Bi-metal

Injecţiune intramusculară cât mai profundă indoloră. — Perfect tolerat. — Resorbţie rapidă completă. — Eliminaţiune lentă şi regulată. — Deci, acţiune imediată, profundă şi prelungită

2 fiole de 1 ccm pe săptămână.

Cutii cu 12 şi 100 fiole.

Laboratoires **Lecoq & Ferrand, Levallois-Perret**
Reprezentant: **Ageco** S. A. Bucureşti, Calea Victoriei 29

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REGIUNEA BALNEARA A LACULUI „TEKIRGHIOL"

de

Prof. Dr. L. MRAZEC şi **Prof. agr. Dr. MARIUS STURZA**

(cu două hărţi)

In toamna anului 1930, am fost însărcinaţi de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a studia la faţa locului din punct de vedere geologic, balneologic şi balneoterapeutic, regiunea balneară a lacului Tekirghiol pe motivul, că în ultimii ani s'ar fi constatat mai ales din partea localnicilor, „schimbări cantitative şi calitative în lacul Tekirghiol". In legătură cu această constatare ni s'a cerut să alcătuim „un program mai cuprinzător pentru exploatarea factorilor terapeutici ai regiunei Tekirghiol".

Am căutat să satisfacem acestei însărcinări după cea mai bună chibzuinţă; am ţinut însă totodată de necesar să cuprindem în cadrul cercetărilor noastre nu numai referinţele geologice, balneologice şi balneoterapeutice, ci şi cele igienice, de salubritate publică cele economice, de comunicaţie, de edilitate, de technică balneară, ca fiind în strânsă legătură cu exploatarea factorilor terapeutici şi programul de desvoltare al unei staţiuni.

www.bibliotecaeconomica.ro/ Biblioteca Academiei Economice din Bucureşti

Rezultatul cercetărilor noastre le-am depus într'un raport înaintat Ministerului, din care au fost publicate extrase şi fragmente scurte în *Revista de Idrologie Medicală*, în *Revista de Igienă Socială* şi în *Curierul balnear*. Complexul întreg al chestiunilor puse de noi nu a fost redat încă şi noi chiar în acest complex, în totalitatea chestiunilor atinse vedem importanţa celor observate şi raportate.

Constatările noastre făcute la Tekirghiol şi în anturajul acestei valoroase staţiuni balneare ni se par de o importanţă nu numai pentru Regiunea balneară respectivă, ci credem că ele vor putea fi aplicate „mutatis mutandis" la cele mai multe din staţiunile noastre balneare din ţară; vor putea servi de orientare la studiul referinţelor geologice ale unei regiuni balneare şi a hidrografiei sale, la delimitarea perimetrelor de protecţie, la aprecierea factorilor curativi ale unei staţiuni, la exploatarea lor, la salubritatea staţiunilor şi a terenurilor lor de protecţie, la instalaţiunile particulare ale unei staţiuni, etc. In acelaş timp ele vor putea oferi orientări pentru organizarea economică, administrativă şi igienică ale unei

staţiuni balneare, pentru desvoltarea edilă şi funcţionarea corectă şi armonică a ei.

Din motivele acestea ne-am decis a publica în întreg observaţiunile şi constatările noastre în speranţa, că ele vor putea aduce oarecare folos tuturor factorilor care poartă un interes pentru desvoltarea şi progresul staţiunilor noastre balneare, înainte de toate medicilor balneologi, medicilor în general, apoi proprietarilor de staţiuni şi nu mai puţin însuşi statului român.

Iată în cele următoare obiectul observaţiunilor noastre:

Din literatura ştiinţifică mai indicată asupra lacului Tekirghiol sunt de relevat: 1) *Ca literatură geologică şi geografică*: Studiul d-lui Ing. de mine Insp. Gen. *Radu Pascu. Cercetări preliminare asupra lacului Tekirghiol*, publicat în tomul IV, 1910, al anuarului Institutului Geologic al României, urmat în 1924, de un raport către Direcţiunea Institutului.

2) *Analize chimice ale apei şi nămolului* de *A. Saligny* şi *M. Georgescu* (1893), *H. Petrescu* (1928), *Burada* şi acum în urmă *analiza fizică şi chimică* de profesorul *Dr. N. T. Deleanu* şi *R. Hoffman* (1930).

3) *Studiul biologic al lacului* de *Prof. Paul Bujor* (1900, 1904, 1911, 1928).

PARTEA I.

1) *Condiţiunile morfologice ale regiunei.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lacul Tekirghiol cu o suprafaţă de 1270 Ha., 2500 m. p. (Pascu), e un lac de origine marină, separat de mare printr'un grind, o dună de nisip consolidată. El ocupă o tăietură veche preloessiană în coasta mării, formând la acea epocă un sân lung de câţiva kilometri, îndreptat *Sww-Nee*, aproape perpendicular pe linia coastei şi lărgit în apropierea ei, paralel cu ea. In felul acesta s'au format cele trei adânciturí, braţul *Urlichioi* îngust, lung ca de *5 km.* şi cele 2 braţe mai largi: cel al *satului Tekirghiol* cu *2 km.* şi *Tuzla* cu *3 km.* lungime. La întretăerea celor 3 braţe, lacul se lărgeşte considerabil, distanţa dela satul Tekirghiol până la Tuzla fiind ca 4 km. Lungimea lui maximă e cam de 7 km. (vezi harta No. 1).

In prelungirea braţului Urlichioi se întinde o depresiune mlăştinoasă, încă pe vre-o 3 km. Ea reprezintă partea colmatată, înpotmolită a lacului. In aceiaş condiţiune e *Tuzlaghiol* ce se prelungeşte printr'o vale mlăştinoasă pe aproximativ 1 km. până în satul Tuzla.

2) *Noţiuni asupra structurei geologice a regiunei.*

Toată depresiunea aceasta lacustră e tăiată în podişul sarmatian (Miocen superior) al *Dobrogei*. Bancuri groase şi subţiri de calcare cu mactre, cu intercalaţiuni de lumaşele şi la bază cu iviri de marne argiloase, totul susţinut de un banc de strate argiloase, formează aici Sarmaţianul (Pascu).

Calcarele sunt în genere poroase, mai rar cu totul compacte. In partea lor superioară devin chiar cavernoase. Un relief vechiu de eroziune dela începutul Cuaternarului sau poate chiar din Pliocenul superior, se imprimă podişului sarmatic.

O pătură de loess de grosime variabilă aruncă un văl asupra acestui relief, mascându-l în parte. Loessul este mai puternic în văile şi făgaşele tăiate în Sarmaţian, la umbra vântului ce i-a adus materialul. El e mai subţire sau lipseşte chiar pe coamele reliefului vechi, prin deflaţiune, adică suflat de eroziunea actuală a vânturilor. Pe aceste coame se ivesc calcarele în linii de creste înguste sau late. Sarmaţianul în totalitatea lui este aici înclinat spre nord-est şi probabil dislocat în unde mari şi mici uşoare, şi tot aşa probabil este tăiat de falii mai mici.

Suprafaţa actuală a loessului modelează întrucâtva relieful Sarmaţianului, reflectând astfel cel puţin în liniile sale generale structura suprafeţei preloessiene. Toate aceste constatări au importanţa lor din punct de vedere hidrologic.

In ceeace priveşte grindul ce separă lacul de mare, el e format din nisipuri prinse pe o bară consolidată care închide gura micului golf. El se reazimă şi e fixat la extremităţile sale, de Sarmaţianul şi de loessul ce încadrează această deschizătură largă, probabil ca de 2 km.

3) *Hidrografia regiunei.*

Bazinul de recepţiune actual al apelor ce se scurg înspre lac nu este mare. Neavând o hartă la dispoziţia noastră, n'am putut să evaluăm suprafaţa sa exactă, credem însă că ea pare a nu întrece câţiva zeci de km. patraţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O creastă de culmi largi împrejmuesc bazinul. Câteva vâlcele cu cline dulci scobor înspre lac, cele mai însemnate sunt:

Valea Tekirghiol, vâlcelele şi făgaşele unite în *valea Urlichioi* şi *valea Tuzla*. Multe făgaşe scurte, puţin accentuate, brăzdează în afară de acestea clinele de loess care se lasă înspre lac, sau înspre vâlcelele enumărate. (Vezi harta No. 2).

In momentul vizitei noastre, în zilele de 17, 18 şi 19 Septembrie 1930, deci la sfârşitul verii, n'am găsit în nici una din vâlcelele acestea, urmele unei ape curgătoare. Mai mult, în talvegul lor n'am văzut nici măcar urma unei tăeturi cât de slabe, sau continue, ce ar indica că cel puţin în timpul celei mai mari părţi a anului ar curge ape pe ele.

Dobrogea cade în extremitatea apuseană a zonei de climă de stepă Pontică-Caspică.

Precipitaţiunile slabe oscilând împrejurul a 400 m. m. anual, verile foarte calde, ernile cu puţină zăpadă, o durată lungă de insolaţiune şi sub influenţa temperizândă a mării caracterizează climatul Tekirghiol (E. Otetelişanu şi Dissescu).

Pe teritoriul României, numai împrejurimile punctului Bugas pe o distanţă mică, cantitatea precipitaţiunilor este mai mică.

Prin urmare, lacul Tekirghiol este situat într'o regiune de

stepă marină, caracterizată prin precipitaţiuni foarte slabe. Apele de ploaie se înfiltrează în mare parte în pătura de loess foarte permeabilă, iar restul se scurge repede pe clinile ce converg înspre lac, neconstituind pâraie curgătoare permanente.

Apele subterane din regiunea lacului Tekirghiol.

Alimentarea staţiunei Tekirghiol-sat, Carmen Sylva şi a grupului de locuinţe dela Sanatoriul Eforiei Spitalelor se face astăzi prin puţuri săpate în loess, în nisipul grindului sau din isvoare şi puţuri din calcarele sarmaţiene.

a) *Apa din loess.* Ea se găseşte la baza loessului în depresiuni, vâlcele, etc., mai frecvent în partea lor joasă, ce corespunde în genere ravinării în Sarmaţian. Loessul e nisipos la bază şi prezintă condiţiuni bune de acumulare a apei, cum este de altfel în toate regiunile ţării unde el are o desvoltare mai mare.

E natural că apa din loess e restrânsă la suprafeţe mici. Debitul depinzând de suprafaţa infiltraţiei determniată de relieful preloessian şi de cantitatea de precipitaţiuni, nu poate fi mare.

b) *Apa din grind.* Apa de ploae se infiltrează în nisipul dunei. Ea formează o pânză restrânsă la întinderea masei nisipurilor; debitul ei nu poate fi nici el mare.

Ambele ocurenţe din loess şi din grind, sunt necesar limitate cantitativ prin însăşi origina, forma şi întinderea stratului în care sunt acumulate. De altfel apele lor sunt sălcii. Calitatea lor este în genere inferioară. Aceasta se explică dacă ţinem seama de faptul că sunt acumulate în roci care având o porozitate capilară mare, sunt în apropierea imediată a mării şi a lacului. Lipsa de precipitaţiuni suficiente şi influenţa uscăciunei climei de stepă, favorizează migraţiunea sărurilor în loess şi în nisipuri, precum şi reacţiunile chimice ce se produc în sânul lor. Echilibrele saline finale trec în pânzele de apă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) *Apa din Sarmaţian.* Calcarele sarmaţiene găzduesc o pânză importantă de apă la baza lor. Toate puţurile împinse în regiunea lacului până în Sarmaţian, au întâlnit întotdeauna apă, apă bună, însă de tăria apelor din calcare, dar în cantităţi uneori variabile.

Trebue să menţionăm aici o observaţiune care, dacă se adevereşte are o importanţă. La câteva sute de metri, la sud de farul Tuzla, apele mării au desvelit un puţ tăiat în calcarele sarmaţiene, chiar la marginea imediată a mării. După spusul localnicilor apa ar fi dulce deşi locul este de fapt dominat de valurile mării.

Din aceeaş pânză de apă isvorăsc pe marginea lacului la Tekirghiol-sat şi mai ales la valea Urlichioi, în valea Isvorului, etc., ape independente de pătura de loess şi care se scurg în lac. Debitul lor nu este măsurat, dar pare a fi mare.

Desvoltarea pânzei este regională şi alimentarea ei cu apă din precipitaţiuni se face pe o suprafaţă mare, poate pe cea mai mare din întinderea Sarmaţianului din Dobrogea. Variaţiuni locale în puterea ei s'au constatat şi trebue să existe. Ele depind de porozitatea calcarelor sarmaţiene, uneori de pătura de loess ce le acoperă

şi foarte probabil de acele ale ondulaţiunii uşoare ale stratelor podişului amintite mai sus. In încovoerile sinclinale ale stratelor, apele se vor aduna mai uşor şi pânza va fi mai bogată decât spre coamele sinclinale sau poate chiar în stratele orizontale.

Pânza de apă din Sarmaţian prezintă însuşiri ce permit de a prevedea posibilitatea unei alimentări însă numai parţiale, ale staţiunilor balneare.

4) *L a c u l.*

Adâncimea lacului este în genere mai mare decât 2 metri. Punctul cel mai profund, de 10 metri, e în apropierea grindului. Patul loessului este tăiat în argilele de bază ale acestui etaj.

Nivelul mediu al lacului era în 1909 cu 1,50 m. sub nivelul mării. (Pascu).

Din forma lacului şi natura terenurilor geologice în care e săpat patul lui şi din configuraţiunea bazinului său de recepţie, pare a reeşi că nu avem a face cu un estuar al unui râu, ci cu un sân de mare, pliocen sau cuaternar, lărgit mai mult prin acţiunea erosivă a mării în stratele calcaroase, care de altfel aşa de uşor permit pătrunderea valurilor în coasta formată de ele, prin însăşi natura şi înclinarea lor de a îmbrăţişa forme Carstiene.

Vâlcelele şi făgaşele care se deschideau pe atunci în această tăetură în coastă, n'au avut probabil decât un rol ulterior de eroziune slabă.

Faptul că fundul lacului se găseşte cu mult sub nivelul actual al mării, vorbeşte în favoarea posibilităţii că a avut loc o uşoară scufundare a coastei. Cu schimbarea nivelului mării s'a format bara de nisip, prag ce separa mai mult sau mai puţin periodic, marea de de lac. Consolidat, apoi acoperit de nisipuri sburătoare s'a format grindul de astăzi.

Salinitatea mare a lacului provine în primul rând din fenomenele amintite la epoca când nu era decât bara. Un aport de sare nu mai puţin interesant constitue şi apa marină dispersată, provenind din crestele svăpăiate ale valurilor biciuite de vântul furtunilor grele de N.-E. şi dusă până departe dincolo de grind, până la depresiunea lacului.

Raportul între nivelul lacului şi nivelul mării, nu pare a se fi schimbat în mod simţitor dela 1909 încoace.

Nivelul mediu al lacului pare a corespunde aproximativ cu nivelul pânzei de apă din Sarmaţian.

Din *constatările noastre,* din examenul studiului Inginerului *Pascu,* cât şi din *datele culese dela oameni din localitate,* se desprinde concluziunea că lacul pare a fi alimentat înainte de toate de acele numeroase isvoare care se ivesc la un nivel ceva superior deasupra nivelului lacului; în momentul vizitei noastre, cele mai multe chiar la nivelul lui şi probabil chiar sub nivelul lui dacă apa lacului ar fi fost crescută.

Din datele pluviometrice mai reese că precipitaţiunile atmosferice sunt uneori abundente în anumite epoci, iar în totalitatea

lor, totuşi insuficiente pentru a compensa evaporarea intensă sub arşiţa soarelui de stepă.

E evident că ploi abundente vor ridica nivelul lacului pentru câtva timp, iar în ani normali clima de stepă aduce lacul la sfârşitul verii, la nivelul cel mai scăzut determinat de pânza de apă din calcare, în care e scobit patul său.

Prin urmare, totul vorbeşte în favoarea supoziţiunei *că lacul este în funcţiune înainte de toate de pânza de apă din Sarmaţian.*

Lipsa acestei pânze ar fi avut în condiţiunile actuale climaterice, ca consecinţă poate chiar uscarea lui la sfârşitul perioadei văratice, întotdeauna secetoasă a anului, iar în restul anului formarea unei bălţi mocirloase sărate.

Dacă presupunerea noastră cu privire la alimentarea lacului se adevereşte, atunci menţinerea nivelului actual al pânzei e de o importanţă capitală pentru menţinerea echilibrului actual al lacului.

Faptul că chiar la marginea mării, expus necontenit jocului valurilor, s'a găsit apă dulce în puţul vechiu dela farul Tuzla, este o indicaţie că pânza de apă este sub presiune şi îngrămădită de mare.

Apariţiunea de calcare sarmaţiene în lac, de pildă în sânul dela satul Tekirghiol, lasă să se prevadă pe de altă parte, că pânza se întinde chiar până în lac. Rămâne de cercetat dacă ea isvorăşte şi în lac, după cum presupune Inginerul Pascu. In cazul că s'ar confirma această părere, concentraţiunea apei lacului în punctele de ivire trebue să fie necesar scăzută şi e probabil că procesul biochimic depe fundul lacului să fie influenţat de această diluare. Există însă şi posibilitatea ca cele trei strate de sedimente, marne şi nomoluri, ce îmbracă albia lacului, să fi opus prin massa lor o rezistenţă suficientă presiunei pânzei de apă pentru a împiedeca sau micşora isvorîrea ei. Astăzi, în deosebi posibilitatea aceasta din urmă pare că se poate aplica părţii acelei din sânul dela Tekirghiol-sat, care este împotmolit cu nomolul scos din stabilimentele balneare.

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Compoziţiunea chimică a apei lacului.

Un studiu metodic asupra compoziţiei apei lacului, nu există. Analizele făcute de *Alf. Saligny* şi *N. Georgescu* şi de *H. Petrescu*, deşi foarte interesante, nu pot da decât o imagine slabă asupra naturei chimice a lacului, din cauză că sunt izolate şi luate fără a ţine seamă de condiţiunile generale ale mediului lacustru şi ale timpului.

Din analizele făcute reese însă că avem aface cu o soluţiune destul de concentrată de săruri 7-9%, dintre cari nu relevăm decât: *Clorura de sodiu predominantă*, apoi *clorurile* şi *sulfaţii de magneziu* şi *Clorura de potasiu* în cantităţi notabile. Din celelalte elemente este de menţionat *Bromul*, indicatorul unei origini marine indubitabile.

Nu avem prin urmare analize ale apei din diferite adâncimi şi diferite puncte şi luate în diferite anotimpuri.

Sedimentele lacului.

Intinderea sedimentelor lacului a fost determinată de Inginerul Radu Pascu. In lucrarea sa găsim pentru întâia oară limpezit raportul dintre *lac, uscat* şi *mare*. El a stabilit relieful fundului lacului precum şi natura şi distribuirea sedimentelor sale. De altfel primul şi singurul plan al lacului cu cotele sale de adâncime, este acel ridicat de Inginer Radu Pascu.

Sedimentele lacului determinate prin sondaje sunt:

1) La bază, aşa zisă *marnă cenuşie* acoperind argilele sarmatice din fundul lacului şi calcarele ce le încadrează. Ea e sedimentul cel mai puternic, ajungând până aproape 10 m. grosime şi formând albia în care s'au depus nomolurile cafenii şi negre.

2) *Nomolul cafeniu* e un mâl cu însuşirile unui sediment coloidal, ceva vâscos, cu rămăşiţa unei faune bogate în molusce marine. El acoperă aproape trei sferturi din întinderea lacului 841 ha. (Ing. Pascu) şi poate să atingă chiar un metru grosime.

3) *Nomolul negru*. E sedimentul cel mai important. El e depus pe cel cafeniu, e mai puţin gros ca acesta, ajungând la o grosime de cel mult 0,50 m.; în zona mediană a lacului are o desvoltare mare şi acoperă 550 ha. (Pascu), aproape cam 43% din suprafaţa lacului, e deci mai puţin întins decât nomolul cafeniu.

Din punct de vedere *fizic* e un mâl de geluri anorganice şi organice, fin şi uşor, cu miros de H_2S şi amoniacal, caracterizat mai ales printr'un conţinut mare de sulfură de fer coloidal, care-i dă culoarea neagră şi de sulf liber, de un procent mare de clorură de sodiu şi sulfaţi de magneziu, etc., în proporţiuni corespunzând mai mult sau mai puţin compoziţiei apei lacului.

Din punct de vedere *chimic*, nomolul reprezintă un amestec de compuşi complexi de absorbţiune cu substanţe minerale necoloidale (nisip, gips, etc.), cu rămăşiţe netransformate din flora şi fauna lacului, totul impregnat şi muiat în soluţiunea, ce e apa lacului modificată în compoziţiunea ei prin contactul cu substanţele solide şi conţinând hidrogen sulfurat, amoniac şi bioxid de carbon.

E uşor de înţeles că compoziţia nomolului negru poate varia în anumite limite.

Formarea nomolului negru e rezultatul unui proces biochimic lămurit de Prof. Bujor. Condiţiunile sale naturale de geneză sunt astăzi suficient cunoscute. Sensibilitatea şi fineţea acestor reacţiuni biochimice depind de echilibrul soluţiunei adică de mediul în care se petrece, de tempeartură, de timp şi de liniştea mediului. Aceşti factori condiţionează după observaţiunile făcute până astăzi, formarea şi compoziţia nomolului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PARTEA II.

Constatări privind funcţionarea staţiunilor din jurul lacului.

1) *Exploatarea nomolului negru şi a apei lacului.*

Cantitatea de nomol negru este evaluată de Inginreul *Pascu* la 1.656 milioane kgr. cifră aproximativă care dă o imagine a cantităţii de care s'ar dispune pentru a garanta o funcţionare îndelungată a băilor.

O exploatare sistematică a nomolului însă, este singura garanţie că într'adevăr se pot socoti pe multe decenii, poate chiar mai mult, cu un nomol de calitatea aceluia de astăzi.

Exploatarea se face astăzi ca şi înainte, în genere în mod prădalnic. Suprafeţele de exploatare vechi nu sunt bine cunoscute, iar cele de astăzi nu sunt exact limitate, controlul exploatărei este imposibil de făcut cu organizaţia actuală. In afară de aceasta, după cum s'a constatat de mai mulţi ani se scoate, fie din lipsa de atenţie, fie intenţionat şi nomol cafeniu din lac, calitativ inferior nomolului negru, se atinge şi se răneşte deci substratul nomolului negru.

In felul acesta nu se ştie exact unde s'a exploatat şi unde nu s'a exploatat.

Se impune prin urmare o regulamentare a exploataţiunei. Suprafaţa dată în exploatare trebue precis delimitată. In prealabil însă trebue determinată grosimea actuală a nomolului negru. Un control în timpul exploatărei trebue să garanteze că acesta se face metodic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O chestiune însă nestudiată este aşa zisa refacere a nomolului.

Nomolui este un produs biochimic secular.

Din punct de vedere fizic şi chimic este o diferenţă senzibilă într'un nomol proaspăt şi un nomol întrebuinţat, diferenţă care devine şi mai tare când e vorba de nomoluri lăsate mult timp în contact cu aerul, cum e cazul nomolului depus la Techirghiol-sat.

Din punct de vedere terapeutic nu ni se pare tot atât de eficace nomolul vechi ca şi un nomol neatins, un nomol care se formează. Prin procesul biochimic în acţiune, substanţele coloidale. ca compuşi de absorbţiune precum şi produsele celelalte chimice ale procesului, se află în o fază de status nascendi, şi acţiunea lor asupra organismului este fără îndoială mai puternică.

Lipsa aceasta se poate remedia readucând nomolul întrebuinţat imediat în lac şi anume pe cât posibil acolo de unde a fost exploatat. In modul acesta e probabil că s'ar facilita procesul de refacere care consistă pe de o parte din o mineralizare nouă prin apa lacului, pe de altă parte prin o reînviere a procesului biochimic, dacă bineînţeles condiţiunile esenţiale pentru activitatea lui există.

Astăzi nomolul întrebuinţat la băile din stabilimentele din satul Tekirghiol în loc să fi fost readus în lac, s'a depus şi se depune cu îndărătnicie la marginea lacului în sânul Tekirghiol. In modul acesta s'a împotmolit o suprafaţă de mai multe hectare. In

timpul secetos nomolul se usucă pe o adâncime mai mult sau mai puţin mare şi se acoperă cu un strat de nisip şi praf adus de vânt şi ape pe care prinde vegetaţia.

Apa încărcată cu nomol din băi se scurge pe uluci de lemn care se împing succesiv mai mult spre lac, fiindcă depunerea se face la gura ulucului şi numai prin înaintarea lor în lac se poate menţine o scurgere liberă.

Prin înpotmolire se măreşte în felul acesta suprafaţa uscatului.

Nu insistăm mai mult asupra acestui procedeu primitiv şi prădalnic. Cert este, că cantităţile acestea mari de nomol sunt profund degradate şi calităţile nomolului caşi coloid, sunt foarte slăbite şi refacerea devine problematică.

Masa mare de nomol destul de groasă se aşează cu timpul şi devine compactă. E posibil ca ea să oprească sau să reducă cel puţin isvorîrea pânzei de apă dela marginea sânului Tekirghiol.

Se impune deci o despotmolire din acest colţ al lacului. El trebue curăţat, nomolul transportat în părţile lacului exploatate de mai mult timp.

2) *Salubritatea din jurul lacului.*

Inainte de toate trebue să stabilim un lucru:

Regiunea lacului Tekirghiol cu stabilimentele *Carmen Sylva, Tekirghiol-sat* şi *grupul Eforia,* constitue o staţiune balneară de primul ordin. In consecinţă la examinarea balneo-terapeutică şi a condiţiunilor higienice, trebue să se ţină seamă de aceasta.

Staţiunea Carmen Sylva şi grupul dela Sanatoriul Eforia se prezintă destul de curate.

In construcţia şi amenajarea clădirilor în general şi în particular, în depozitarea fecalelor, s'a adus o oarecare îngrijire, deşi nu există încă canalizări.

Din contră, situaţiunea este cât de puţin satisfăcătoare pentru satele Tekirghiol-sat şi Tuzla. Gunoae zac la marginea lacului, exalând un miros nesuportabil pe care localnicii doresc să-l confunde cu mirosul caracteristic al nomolului lacului.

In valea Tuzlei, la o depărtare de câţiva zeci de metri de nomolul lacului e o baltă spre care sunt canalizate, printr'un şanţ, rămăşiţele abatorului local, de altfel primitiv, aşezat la marginea răsăriteană a văei. In afară de aceasta se mai depune aici şi gunoiul din staţiunea Carmen-Sylva, la care se mai adaugă gunoiul unei ferme, depus spre povârnişul dinspre lac.

E natural că latrine să fie rarităţi în satul Tuzla. In staţiunea Tekirghiol ele nu par a fi construite în genere în condiţiuni higienice prescrise, de oarece chiar din partea direcţiunei navigaţiunei pe loc ni s'a prezentat reclamaţia că în imediata apropiere de debarcader, la marginea bancului de nomol vechi, se scurg fecalele în lac, umplând împrejurimea cu un miros insuportabil.

Este adevărat că clima de stepă se îngrijeşte în parte de desinfectarea şi descompunerea substanţelor organice, arşiţa soa-

relui usucă şi oxidaţiunea este activă. Totuşi ea nu poate distruge tot şi vântul de stepă marină se însărcinează cu transportul şi răspândirea părţilor uşoare ale gunoaelor de tot felul, încât posibilitatea de infecţiune deşi redusă, persistă.

Pe de altă parte, concentraţiunea apei lacului nu este aşa de mare ca să nimicească în genere microorganismele aduse în el, încât posibilitatea de infecţiune persistă şi aici, cel puţin vremelnic.

Mai primejdioasă este posibilitatea de infecţiune ce se produce prin aducerea directă în lac a conţinutului latrinelor sau depunerea dejecţiunilor de orice fel în apropierea lacului, încât ploile care cad uneori foarte mari, pot aduce şi acestea în lac.

In afară de această izolare defectuoasă a latrinelor şi a lichidului gunoaelor va avea drept consecinţă infiltrarea lichidului în loess şi nisipul grindului, aşa de poroase şi prin urmare posibilitatea infectării apelor din aceste două roce, iar acolo unde loessul are o grosime insuficientă, infiltraţia se poate face şi până în calcarele cavernoase ale Sarmaţianului, şi poate deci să atingă astăzi chiar pânza de apă sarmaţiană, care constitue astăzi rezerva principală de apă de băut.

O chestiune care trebue examinată de aproape de un biolog, este circulaţiunea pe lac. Bărci pentru exploatarea nomolului şi un serviciu regulat de bărci cu motor circulă toată vara pe lac.

Nelinişteа apei nu prea adâncă, scurgerile inevitabile de ulei şi benzină, pot avea o influenţă dăunătoare asupra procesului de formare, respectiv de refacere a nomolului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) *Mijloacele terapeutice ale staţiunei.*

Cu ocazia vizitei noastre am căutat de a lua informaţiuni precise asupra modului de utilizare şi de aplicare a factorilor curativi şi asupra instalaţiunilor balneare existente în jurul lacului.

Ca *factori curativi* vin în considerare:

1) Clima maritimă în zona climatică de stepă cu băile de soare şi de aer la plaja dela mare şi dela lac.

2) Băile de mare în Marea Neagră al cărui conţinut în sare aci este numai de 1,3%.

3) Băile de lac, concentraţiunea apei variind între cca. 7,5—9%, după datele actuale de altfel insuficiente.

4) Băi de lac cu aplicaţiuni de nomol rece şi cu băi de soare.

5) Băi sărate calde cu apă din lac, a cărei concentraţiune este după cum am văzut variabilă şi puţin cunoscută.

6) Băi calde de nomol.

7) Comprese calde de nomol.

Pentru aceste *aplicaţiuni* stau la dispoziţia publicului:

1) **a)** Plaja de mare dela Carmen Sylva; **b)** Plaja dela Sanatoriul Eforiei; **c)** Plaja nouă, concesiunea Constantinescu, între aceste două puncte, în dreptul grindului.

2) Băi reci de lac cu instalaţiile: **a)** Dr. Antoniu, la sud de Sanatoriul Eforiei; **b)** La Carmen Sylva; **c)** Trei instalaţiuni în jurul golfului dela satu-

Tekirghiol, concesiunile Georgescu I şi II şi concesiunea Constantinescu.

3) Stabilimente de băi calde: A. Dela Carmen Sylva: a) Din Hotelul Movila; b) Din Sanatoriul Militar; c) Sanatoriul C. T. C.

B. Dela Sanatoriul Eforiei Spitalelor;

C. Din satul Tekirghiol: a) La Sanatoriul P. T. T.; b) La Sanatoriul Ministerului Muncii (Clemente Popescu); c) Băile D-nei Dr. Creţulescu; d) Băile D-lui Niţescu; e) Băile D-lui Vidrighin; f) Băile D-lui Manolescu.

4) Stabilimente în care se aplică comprese calde de nomol sunt: a) Băile din Hotel Movila; b) Băile Eforiei Spitalelor; c) Sanatoriului P. T. T.; d) Băile Sanatoriului Ministerului Muncii.

Asupra acestor instalaţiuni balneare avem de observat următoarele:

Instalaţiunile dela plaja de mare şi de lac sunt în general corespunzătoare scopului, unele chiar foarte confortabile, dând toate posibilităţile de aplicaţiuni terapeutice în cadrul menţionat mai sus. Lipsesc însă în interiorul tuturora un scut de soare de pânză sau de scânduri pentru a putea adăposti capul la umbră, ceiace este absolut necesar pentru mulţi bolnavi.

La cele mai multe instalaţiuni lipsesc duşurile de curăţenie după bae. Closetele le-am găsit în genere bine izolate cu cloace de beton.

Anturajul multor din aceste băi reci, lasă însă de dorit din punct de vedere al salubrităţii.

Stabilimentele pentru băile calde de nomol oferă din punct de vedere technic, toate posibilităţile de o încălzire bună şi repede a apei şi a nomolului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Corespund mai mult sau mai puţin unui confort Băile Eforiei Spitalelor, Sanatoriul Militar, Movila, Sanatoriul P. T. T., a Ministerului Muncii, Băile Niţescu şi Papamihalopol.

Din punct de vedere higienic sunt de făcut următoarele observaţiuni: La toate stabilimentele se dă prea puţină importanţă ventilaţiei. Toate camerile de baie ar trebui să aibe ferestre la stradă sau în curte. Or, la cele mai multe, ferestrele se deschid în coridorul în care aşteaptă publicul. Unele camere nici n'au ferestre şi singura ventilaţie o face uşa cu geam prin care se intră în camera de baie. Mirosul nomolului şi umezeala băii pătrund în întregul stabiliment şi-l fac desgustător şi nesănătos.

La unele hoteluri instalaţia de baie este în parterul lor. Mirosul şi umezeala pătrund şi aici în întregul interior, se răspândesc în etajele clădirii şi formează o atmosferă neplăcută pentru locatari.

Putinile de băi cu nomol şi cu apă nu sunt întotdeauna aşezate una lângă cealaltă. Pacientul eşind din baia de nomol trebue să treacă dealungul sau dealatul camerii pentru a ajunge la putina cu apă. Duşumeaua se murdăreşte cu nomol, ce trebue evitat din punct de vedere practic şi de curăţenie.

La unele stabilimente putinele sunt prea înalte şi nu sunt lăsate în jos, în duşumea, încât e anevoios urcatul şi coborâtul din baie mai ales pentru reumatici şi artritici, cari dau un contingent mare.

Cele mai multe putini sunt formate din o masă de beton. Ele par a fi foarte practice pentru curăţire, însă pereţii lor se încălzesc mai greu, încât pacienţii se află de cele mai multe ori în o bae caldă de nomol cu fundul şi pereţii reci, deci nu la temperatura prescrisă.

Ni se pare până astăzi, că tot putinile de lemn sunt cele mai practice pentru băi de nomol.

Scurgerea apei cu nomol întrebuinţat se face aproape la toate stabilimentele separat spre malul lacului, pe uluci.

De acest nomol nu s'a îngrijit nimeni, şi astfel s'a produs înpotmolirea la satul Tekirghiol şi s'au pierdut mii de metri cubi de nomol. Noi vom reveni asupra acestei chestiuni.

4) *Consideraţiuni economice şi constatări asupra situaţiunii generale a staţiunilor.*

Inainte de a trece la constatarea situaţiunilor staţiunilor dimprejurul lacului Tekirghiol, socotim necesare de a o examina pe scurt ca factor economic. Valoarea totală a staţiunilor acestora stă în calitatea factorilor lor curativi şi în valoarea lor economică. Aceasta din urmă cade greu în cumpănă, când se iau în considerare investiţiunile necesare desvoltărei staţiunilor şi numai ea în cazul de faţă poate justifica cheltuelile mari ce sunt eventual necesare pentru a menţine valoarea lor totală. Deci în stabilirea unui program de desvoltare a regiunei Tekirghiol vom căuta să ne dăm seama de valoarea ei economică.

Datele ce am putut să ne procurăm, nu pot avea pretenţiunea unei preciziuni mari, ele însă ne dau o imagine clară asupra situaţiunei prezentului şi asupra posibilităţilor viitorului, dacă — bineînţeles — se va păşi cu seriozitate la excutarea unui program bine studiat, pentru a cărui alcătuire articolul prezent aduce primele jaloane.

Tekirghiolul are însuşirile unei staţiuni balneare de primul rang ce-l poate câştiga complect şi păstra, dacă se iau măsurile elementare şi absolut necesare cu privire la salubritatea generală, higienă şi confort modern.

Datele statistice din trecutul staţiunei Tekirghiol arată că în 1896 erau abia 25 vizitatori, 103 în 1898, în 1902 ar fi fost 122, iar în 1905 cam 500. Astăzi se evaluiază frecvenţa la peste 24.000 vizitatori. Nu există după cunoştinţele noastre în Europa o staţiune balneară care în timp relativ atât de scurt să fi luat un avânt aşa de impunător ca Tekirghiolul.

In raport cu numărul vizitatorilor s'a desvoltat pe lângă stabilimentele existente, hoteluri, pensiuni şi case în cari se poate adăposti numărul mare de public.

Statul, Eforia Spitalelor, Caritatea publică, Societatea pentru ocrotirea tuberculoşilor C. T. C., Crucea Roşie, unele Ministere (Comunicaţii, P. T. T., Munca), diferite societăţi, oraşe şi iniţiativa particulară, s'au întrecut în clădiri de sanatorii, băi, hoteluri, etc., în acest loc binecuvântat care dă atâtor oameni viaţă nouă şi sănătate.

Capitalul investit în cele trei localităţi ale staţiunei se ridică după părerea d-lui Senator Movilă la 3/4 până la un miliard lei. In anul 1930 Tekirghiolul a fost vizitat de peste 24.000 persoane, din cari majoritatea revin staţiunei Carmen Sylva (16.000). Socotind cheltuiala de pensiune la cel puţin 10.000 de persoană, sumă totală care a fost adusă în Tekirghiol în sezonul aşa de scurt al acestui an, s'ar ridica la 240 milioane lei, din care putem presupune că cca. 30% au rămas câştig proprietarilor adică 80 milioane lei.

Veniturile comunei Carmen Sylva sunt de 3 milioane lei, acele ale comunei Tekirghiol-sat şi grupul Eforia de 2,1/4—2,1/2 milioane lei. Comisiei balneare îi revin aproximativ 700.000 lei. Veniturile Statului din comunele regiuni se estimează la 3—4 1/2 milioane lei, mult sub cifra reală de încasat (jumătate). Venitul nomolului lacului e de 400—600.000 lei.

Cifrele de mai sus demonstrează limpede importanţa economică a staţiunei mai ales dacă luăm în considerare timpul scurt al sezonului şi dacă avem în vedere, că desvoltarea mare a regiunei s'a produs dela răsboi încoace. Din acest punct de vedere Tekirghiolul ocupă locul de frunte între toate staţiunile noastre balneare.

Trebue să recunoaştem că este demn de laudă efortul făcut la Carmen Sylva, pentru a da acestei staţiuni o desvoltare corespunzătoare staţiunilor din străinătate.

Edilitatea pare a fi fost condusă după un sistem destul de bine gândit. Clădirile în mare parte, după toate aparenţele, par a fi bine amenajate. De regretat este că nu se impune un stil apropiat condiţiunilor climatice şi peisajului şi mai ales că se tolerează contrariu regulamentului, credem noi, de a se clădi case care nici prin aspectul, nici prin confortul lor, nu pot intra în cadrul edilitar al staţiunei.

Ar trebui să se impună tuturor caselor, în mod obligatoriu, introducerea luminei electrice, îngrădiri corespunzătoare stilului caselor şi plantaţiuni.

Plantaţiunilor de altfel nu li s'a dat atenţiune pe toată întinderea staţiunei. E adevărat că ele întâmpină greutăţi mari în regiunea de stepă şi în apropierea mării. Acestea au fost însă învinse cu succes şi pilde remarcabile prezintă Sanatoriul Eforiei Spitalelor, Sanatoriul de copii tuberculoşi (Balş) şi plantaţiunile pe bulevardul şi pe plaja dela Carmen Sylva. Sistemul de a acoperi cu plante mari tot ce nu e clădit, menajând bineînţeles accesul caselor, apoi de a înfrumuseţa casele cu flori, ar trebui introdus şi chiar impus. E adevărat că trebue pentru aceasta apă şi multă apă, dar şi dificultatea aceasta se poate înlătura după cum vom vedea.

Nu trebue uitat că atracţia pentru bolnavii unei staţiuni cum este Tekirghiol, nu consistă numai în factori terapeutici, dar mai ales, în confortul, higiena, precum şi în farmecul ce are o vegetaţiune în monotonia văratică a stepei. Nu trebue uitat că clima de stepă se suportă greu chiar de oameni sănătoşi şi mai greu de bolnavi, şi acestora trebue dată umbra şi răcoreala ce produce vegetaţia.

In Tekirghiol-sat nu există în general nici un sistem edilitar şi fiecare face ce vrea.

Apă potabilă, bună, uniformă şi abondentă nu există, deşi este o primă şi esenţială condiţiune pentru orice staţiune balneară de rangul celei dela Tekirghiol. Astăzi alimentarea se face prin puţuri din loess sau din nisipul grindului sau din pânza de calcare sarmaţiene. Singur Sanatoriul Militar cât ştim noi, se alimentează cu apă captată dela isvoarele din Valea Urlichioi. Apa din loess şi grind are un gust sălciu, e prea mineralizată şi produce dese turburări gastro-intestinale.

Iluminatul. Lumina electrică se produce la Carmen Sylva în uzina staţiunei, la Sanatoriile mari de ele însăşi, la Tekirghiol-sat în mai multe uzine particulare. Majoritatea caselor ce primesc vizitatorii sunt lipsite de lumina electrică la Tekirghiol-sat.

O canalizare sistematică, a două condiţiune esenţială ce se cere unei staţiuni balneare importante, nu există. In unele clădiri este instalat un sistem Prister de curăţenie şi dezinfectare a fecalelor. Nu insistăm asupra inconvenientelor de tot felul, ce prezintă în acest caz lipsa canalizării, sau a unui serviciu de curăţenie a latrinelor, ele sunt prea bine cunoscute.

Comunicaţia tuturor staţiunilor dimprejurul lacului şi mării cu Constanţa prin C. F. R. şi şosele, e satisfăcătoare. Ar fi de recomandat numai pavarea succesivă a străzilor principale din Carmen Sylva şi Tekirghiol-sat, din cauza prafului.

Sub influenţa climei, piatra calcaroasă întrebuinţată la şoseluire se desagregează foarte repede. O gudronare simplă nu poate rezista, iar o refacere complectă a drumurilor din interiorul staţiunilor cu gudronare costă probabil tot aşa de mult, dacă nu mai mult decât o pavare care are avantajul de a nu cere decât puţină întreţinere. Facerea unei şosele ce ar lungi coasta de miazănoapte a lacului şi ar lega Tekirghiol-sat de Carmen Sylva, pare a fi necesară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In interiorul posibilităţilor de a organiza şi îndruma în mod normal desvoltarea staţiunei, credem util de a atrage atenţiunea însă asupra unui fapt care eşind din cadrul însărcinărei noastre, totuşi merită să fie relevat în interesul general. Intre proprietarii stabilimentelor de băi calde din Sanatoriul Tekirghiol şi între stabilimentele P. T. T. şi al Ministerului Muncii există frecări sociale şi economice cari trebuesc înlăturate. Stabilimentele acestea din urmă primesc nomolul dela stat cu 50% mai eftin, cheltuelile de regie sunt cu mult mai mici decât ale particularilor, pentru că personalul e recrutat din impiegaţii statului, plătiţi de stat şi detaşaţi acolo. Or, aceste stabilimente cari pot da băi cu un preţ mult redus funcţionarului departamentului din care face parte, au început să dea băi cu acelaş preţ, ori cu ceva mai scump, publicului. Se produce astfel o concurenţă ce dăuneşte grav stabilimentele particulare cari vor fi aduse în situaţia de a se închide. Cum instalaţiile în sanatoriile Statului sunt şi mai confortabile, ele sunt cu atât mai bucuros căutate.

Am constatat mai departe că la Tekirghiol-sat nu pare a exista sau nu se aplică nici o normă cu privire la construcţia stabilimentelor pentru băi şi la întrebuinţarea nomolului. Ori şi cine poate avea o concesiune de a deschide un stabiliment de băi calde sau reci, la lac, şi să cumpere nomolul dela Stat cu 50 bani kgr. fără nici o altă condiţiune, fără nici o garanţie.

In sfârşit se ridică chestiunea concesionării nomolului din lac în conformitate cu noua lege sanitară, pe baza prevederii comercializării staţiunilor balneare ale statului. Localnicii cred că această concesionare poate să ajungă în mâna unei întreprinderi, care ar putea specula în dauna chiar a desvoltărei staţiunei, exploatarea, respectiv vânzarea nomolului, dacă nu se vor prevedea clauze speciale ce ar putea îngrădi speculaţia.

PARTEA III.

Concluzii şi Propuneri.

Din observaţiile şi constatările făcute, se desprind în mod logic următoarele concluziuni şi propuneri:

1) *Existenţa lacului Tekirghiol este datorită în primul rând prezenţei pânzei de apă din calcarele sarmaţiene în care e tăiat lacul.* Retragerea lacului semnalată de unii, însă necontrolabilă şi necontrolată, nu pare a avea, dacă într'adevăr s'a produs caracterul grav ce i se atribue. Fluctuaţiunile în regimul lacului depind de precipitaţiunile anuale şi de evaporaţie. Limita inferioară a nivelului său este dată de pânza de apă sarmaţiană. Evident că echilibrul ce a stabilit natura între lac şi pânza de apă, respectiv scurgerea ei în lac, trebue menţinut. In consecinţă sunt de înlăturat şi de împiedecat toate acele acte cari opresc sau îngreunează afluenţa ei. Şi aici se ridică chestiunea înpotmolirei lacului la satul Tekirghiol cu nomolul din băi, care probabil împiedecă în acest sân al lacului eşirea liberă a apei din Sarmaţian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un control al oscilaţiunei nivelului prin mire, aşezate în cele trei braţe ale sale, se impune.

In afară de aceasta trebue determinat debitul isvoarelor apei din Sarmaţian.

Până atunci trebue oprit pe cât posibil o utilizare prea largă a apei din Sarmaţian, care după cum am spus deja, deşi constituind o pânză importantă, totuşi nu arată că ar prezenta acele însuşiri cari ar permite de a o considera ca putând alimenta şi staţiunile şi lacul.

Propunerile bazate pe observaţiunile de mai sus, combinate cu observaţiunile meteorologice, vor permite de a cunoaşte şi determina regimul lacului.

In orice caz nu există pericol de o reducere însemnată a întinderei lacului, care necesar trebue să aibe ca consecinţă o creştere mare în concentraţiune a soluţiunei şi bineînţeles o influenţă mare asupra procesului biochimic căruia se datoreşte formarea nomolului negru.

2) *Nomolul negru.* Influenţa terapeutică a nomolului se ba-

zează pe starea coloidală a compuşilor săi principali şi pe conţinutul său în săruri în substanţe adstringente, în monosulfura de fer şi sulf liber, precum şi pe prezenţa hidrogenului sulfurat. Plasticitatea sa face posibilă pătrunderea lui până în încreţiturile cele mai fine şi cele mai mici ale pielei, mărind astfel suprafaţa sa de acţiune.

Nomolul acesta e considerat ca factorul principal terapeutic şi economic al staţiunei. Desvoltarea sa actuală trebue din nou determinată şi regimul său studiat pe toată întinderea lacului. Una din principalele chestiuni este de a şti dacă în condiţiunile actuale în care se găseşte lacul, se continuă formarea nomolului şi în ce grad, şi apoi dacă nomolul întrebuinţat se poate regenera.

De determinat este atât temperatura apei lacului, cât şi compoziţia respectiv concentraţiunea sa în diferite regiuni şi la diferite adâncimi şi în diferite anotimpuri.

Noi n'avem cunoştinţă că s'ar fi observat o scădere în valoarea terapeutică a nomolului.

De astfel observaţiunilor medicale atât de interesante şi făcute cu multă trudă le lipsesc tocmai constatarea exactă a calităţilor fizico-chimice a nomolurilor întrebuinţate în diferite cazuri observate, cât şi a concentraţiunei apei din lac întrebuinţate.

De cea mai mare importanţă este regulamentarea exploatărei nomolului şi a apei din lac.

Dela măsurătorile făcute de Institutul Geologic prin d-l Inginer R. Pascu (1909) nu s'au mai făcut măsurări sistematice asupra profunzimei lacului şi grosimei straturilor de nomol. Exploatându-se nomolul fără nici un plan şi control, după bunul plac, suprafeţele concesionate nefiind exact limitate, nu se mai ştie în genere de unde s'a scos nomol, unde poate fi mai abundent şi de calitate mai bună şi ce a rămas neatins în limitele suprafeţelor exploatate.

D-l *Inginer* Georgescu reprezentantul Ministerului Sănătăţii, a căutat să reglementeze în anii din urmă exploatarea pe suprafeţe mai restrânse şi din anumite regiuni, ordinile D-sale însă nu sunt întotdeauna ascultate.

Se impune deci, atât din acest punct de vedere cât şi pentru studiile propuse o refacere a hărţii D-lui Pascu cu măsuri noui. Exploatarea să se facă în fiecare an după un program bine stabilit şi din perimetre exact limitate prin mijloacele obicinuite în hidrografie. Nomolul trebue să fie readus şi depus în lac în fiecare zi în regiuni bine determinate, corespunzând regiunilor exploatate în anii precedenţi.

Şi aici se ridică chestiunea aşa de importantă a nomolului vechiu din Tekirghiol-sat.

Cantitatea aceasta mare de nomol depozitată în marginea lacului, astăzi uscat, cu însuşirile sale fizico-chimice şi terapeutice modificate, în orice caz slăbite, este o perdere mare pentru rezervele din viitor. Dislocarea în lac a acestui nomol se impune, atât pentru a se despotmoli marginea lacului şi dând posibilitatea de

liberă isvorâre a apelor din Sarmaţian, cât şi din punct de vedere igienic şi al reconstituirei rezervei de nomol.

Pe de altă parte este nevoie absolută de a impune tuturor stabilimentelor de băi de nomol din sat, de a se uni, de a se sindicaliza pentru readucerea nomolului întrebuinţat în timpul sezonului, în lac. Construirea unui colector comun ce ar înainta destul de departe în lac pentru ca încărcarea să se facă mai uşor şi mai eftin, pare a fi indicată şi rămâne să fie studiată.

Impresiunea din cele văzute fugitiv cu privire la formarea nomolului este, că procesul acesta este probabil foarte redus actualmente şi atunci se pune şi întrebarea dacă o refacere calitativă a nomolului, întrebuinţat, şi în particular a nomolului vechiu dela Tekirghiol-sat, este posibilă. Profesorul Paul Bujor care şi-a îndreptat de mulţi ani cercetările sale cu succes în această direcţiune şi este fără îndoială cel mai bun cunoscător al procesului biochimic ce se produce, ar trebui să fie însărcinat cu studiul nomolului şi cu controlul lui.

După părerea noastră, braţul Urlichioi ar fi cel mai potrivit pentru reînceperea experienţelor; fiind neatins de exploatare, coastele sale nefiind locuite şi isvoarele afluente ale lui putând fi măsurate.

Toate aceste studii cer însă o revizuire a hărţii lacului ridicată de Inginerul R. Pascu, — insistăm asupra acestui punct — şi o ridicare generală a regiunei declarată staţiune balneară.

3) Pentru toate celelalte chestiuni care privesc staţiunile balneare, se impun fixarea cât de repede a unui *perimetru de protecţiune extern*, şi a unui *perimetru de protecţiune intern*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Perimetru extern ar trebui probabil să se întindă până la linia colinelor ce formează împrejmuirea bazinului de recepţiune al lacului. In acest perimetru, orice lucrare privind regimul apelor subterane (puţuri, etc.), sau a apelor temporar afluente ale lacului, orice înfiinţare de industrie sau lucrări mari, trebue să fie prealabil aprobate.

Perimetru intern, ar cuprinde suprafaţa din raza celor două (trei) staţiuni balneare propriu zise. Controlul se întinde aici la orice lucrare sau instalaţie (clădiri, deschideri de băi, apă, canalizări, deschidere de strade noui, parcuri, etc.), care ar trebui să se supue cu totul unui plan de sistematizare cu salvgardarea intereselor publice.

In acest cadru să se organizeze supravegherea igienică a regiunei.

Depozitarea gunoaielor de orice fel să înceteze în jurul lacului şi în văile afluente Tuzla şi Tekirghiol.

Dela începutul sezonului va trebui să funcţioneze o poliţie a lacului căreia ar incumba controlul lui zilnic. Ea să fie supusă direct *medicului sanitar* care ar trebui să fie răspunzător de ordinea sanitară, salubritatea şi higiena staţiunei, în lac şi în jurul lacului. Practica medicală ar trebui să-i fie interzisă în timpul sezonului, pentru ca să dispună de timp suficient de a face serviciu şi de a

supraveghea, oferindu-i-se în schimb o leafă convenabilă pe care să o suporte cele trei staţiuni balneare din jurul lacului.

4) Ridicarea şi menţinerea regiunei Tekirghiol la rangul unei staţiuni balneare de rangul prim implică aducerea unei *ape potabile, bune şi abundente.*

Pânza de apă din Sarmaţian nu poate acoperi nevoile aşa de mari ale staţiunei din timpul verii, fără a aduce probabil un prejudiciu lacului. Pentru acest motiv, propunerea d-lui Moviki de a aduce apa dela Constanţa cu garanţiile de a avea o apă ireproşabilă, este bine venită.

5) Nu mai puţin importantă şi grabnică este *canalizarea staţiunei Carmen Sylva şi grupul Eforiei Spitalelor.* Pentru Carmen Sylva rămâne de studiat posibilitatea de a canaliza totul înspre mare, la sud de Carmen Sylva, în josul ei, căci curentul marin lungeşte coasta, fiind îndreptat spre sud.

Tot acolo ar trebui mutat abatorul care chiar la marginea mării ar putea găsi şi apă dulce în Sarmaţian.

Pentru *satul Tekirghiol* canalizarea întâmpină dificultăţi mari din cauză că colinele pe care este aşezat satul se lasă toate înspre lac. Aci pare a fi de recomandat de a se prevedea latrine cu sistemul Prister şi depunerea fecalelor iarna pe câmp ca îngrăşeminte.

6) In ceiace priveşte *iluminatul* să fie obligatorie introducerea luminei electrice în toate stabilimentele de băi şi în casele ce se închiriază vizitatorilor, acestea atât pentru a ridica confortul pe care trebue să-l ofere staţiunea, cât şi pentru înlesnirea funcţionării ei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7) Pentru înfăţişarea generală a staţiunii ar trebui introdusă în mod obligator *plantarea succesivă* a tuturor terenurilor publice şi străzilor, aleelor, etc. Impresiunea ce produce o oază de grădini şi verdeaţă în peisagiul monoton al stepei în timpul verii, ar face staţiunea cu mult mai plăcută şi prietenoasă şi i-ar creia un avantaj mai mare faţă de staţiuni similare depe malurile Mării Negre din Basarabia şi aceea dela Odesa.

8) *Stabilimentele de băi* astăzi în funcţiune par a satisface frecvenţa actuală a regiunei. Deschiderea de stabilimente noui n'ar trebui admisă decât în caz dacă s'ar urca frecvenţa şi atunci numai sub condiţiune ca instalaţiile să fie absolut moderne, să ofere tot confortul şi să satisfacă complect cerinţele higienei.

Instalaţia de băi de nomol în clădiri locuite, în hoteluri şi sanatorii să fie oprită şi permisă numai în clădiri separate.

Pentru a da imboldul necesar iniţiativei particulare, care ea a creiat de fapt staţiunea Techirghiol şi a ridicat-o cu sacrificii mari la nivelul ei actual, şi care numai tot ea poate să o desvolte, ni se pare oportun de a interzice o concurenţă nepermisă a stabilimentelor statului, cum am arătat mai sus.

9) In sfârşit ţinând seamă de importanţa terapeutică şi de valoarea economică a staţiunei, propunem înfiinţarea unui *Institut balneologic* local, care ar fi un institut de *cercetare*, de *experimentare* şi un *organ de control ştiinţific.*

Ne închipuim institutul susţinut de Stat şi de Comisiile balneare ale staţiunilor din regiune. El ar fi în ţară şi pe coasta Mării Negre *primul institut de felul acesta* şi aşezat tocmai acolo unde terenul de activitate pentru un astfel de institut e mai prielnic.

In el s'ar concentra observaţiunile meteorologice şi observaţiunile şi cercetările privind regimul lacului şi a factorilor săi curativi precum şi observaţiunile medicale; dacă ar fi posibil, ar fi indicat ca medicul sanitar să fie organul executiv al institutului în chestiune de higienă, salubritate şi sănătate.

Institutul de felul acesta ar supraveghea în primul loc lacul şi staţiunile din punct de vedere balneologic şi higienic şi ar fi pavăza cea mai bună şi sigură pentru păstrarea echilibrului lacului şi a factorilor săi curativi, şi pentru progresul staţiunei.

Incepând modest cu un program restrâns dar bine stabilit şi răzimat pe un plan bine studiat, el ar putea să se desvolte succesiv.

Recapitulând şi rezumând în câteva cuvinte propunerile schiţate mai sus ce se desprind din concluziunile şi constatările făcute şi ţinând seamă de valoarea economică a regiunei, propunem:

a) *Cu privire la regimul lacului.*

1) Complectarea eventuală a observaţiunilor meteorologice ce se fac actualmente în staţiunea Carmen Sylva; instalarea unei staţiuni metereologice mai mici la Tekirghiol-sat şi instalarea de staţiuni pluviometrice în valea Urlichioi şi în satele dinprejurul lacului, pe o rază ce trebue determinată, dar care trebue să cuprindă în orice caz bazinul de recepţiune al lacului.

2) Măsurări zilnice a nivelului apei lacului prin aşezarea de mai multe mire în diferite braţe ale lui, de preferinţă la deschiderea văilor şi la Carmen Sylva.

3) Măsurarea regulată, zilnică sau cel puţin lunară a debitului isvoarelor din pânze de apă Sarmaţiană, ce se varsă în lac.

4) Inventarierea puţurilor existente în staţiunile şi împrejmuirea lor, situaţia lor, adâncimea lor, debitul şi calitatea apei.

5) Studiul chimic al apei lacului în diferite puncte, dela diferite adâncimi şi în diferite anotimpuri.

6) Măsurarea temperaturei apei isvoarelor ce se varsă în lac, al apei lacului în punctele, adâncimile şi anotimpurile (caşi sub 5).

7) Studiul curenţilor în lac în legătură cu 5 şi 6.

8) Analiza fizică şi chimică:

a) a **nomolului cafeniu** şi b) în particular a **nomolului negru,** şi anume, probe de nomol negru luate în diferitele anotimpuri, din diferite puncte cert neatinse de exploatare, din punctele exploatate, precum şi al nomolului depus la Tekirghiol-sat şi în sfârşit al nomolurilor eşite din băi.

9) Studiul biologic al nomolului negru:

a) Al nomolului neatins (în special din braţul Urlichioi); b) Al nomolului readus şi depozitat în lac din anul sau anii precedenţi; c) Al nomolului depus la Tekirghiol-sat; d) Al nomolului în momentul eşirii lui din lac; e) Incercări de refacere al procesului biologic în vederea de a readuce nomolul întrebuinţat în condiţiunile biologice ale nomolului neatins.

10) Ridicarea unui plan exact al lacului cu împrejurimile lui, cu măsurarea precisă a grosimei sedimentelor lacului.

11) Organizarea unei exploatări raţionale de extragere al apei şi al nomolului negru, fixându-se exact suprafeţele concesionate anual prin mijloacele întrebuinţate la lucrări hidrografice şi fixarea pe cât posibil a regiunilor exploatate, pe baza sondajiilor făcute cu ocazia ridicării planului lacului.

12) Readucerea imediată a nomolului întrebuinţat în lac, în zona de depozitare fixat ca sub 11).

13) Readucerea nomolului vechiu dela Tekirghiol-sat, în lac, în regiuni şi zone de fixat ca la 11).

14) Organizarea scurgerei apei şi nomolurilor, la Tekirghiol-sat, pe cât posibil într'un singur colector care să fie destul de întins în lac pentru a facilita readucerea nomolului cât de repede şi uşor în zonele destinate pentru debarcarea lui.

15) Delimitarea exactă a zonelor în care e permis să se scalde şi dacă va fi nevoie delimitarea liniilor de circulaţie pentru bărci cu nomol şi bărcile cu motor.

La nevoie circulaţiunea bărcilor cu motor va trebui oprită dacă studiile vor arăta că circulaţiunea lor ar turbura şi împiedeca desvoltarea şi refacerea nomolului şi ar influenţa viaţa din apă, necesară proceselor biochimice.

b) *Cu privire la edilitatea şi salubritatea staţiunilor.*

1) Infiinţarea unui *perimetru extern* de protecţiune.

Digitized by Centrul de Studii Transfrontaliere Oradea (CSTO)

2) A unui *perimetru intern* de protecţiune, în conformitate cu principiile menţionate mai sus şi cu drepturile şi obligaţiunile ce decurg din legea minelor şi legea balneo-climatică.

3) Facerea unui *plan de sistematizare* pentru staţiunile *Carmen Sylva, Tekirghiol-sat* şi *grupul Eforiei Spitalelor* sau armonizarea planurilor existente în vederea de o organizare unitară sau de măsuri unitare, etc., pentru anumite chestiuni.

4) *Alimentarea regiunei cu apă potabilă* şi abundentă şi în caz de s'ar aduce apa dela Constanţa, de a se examina posibilitatea de a alimenta satele şi sanatoriile, etc., între Constanţa şi regiunea Tekirghiol.

5) *Canalizarea staţiunei Carmen Sylva,* eventual grupul Eforia şi introducerea unui sistem experimentat de cloace betonate în satul Tekirghiol.

6) In legătură cu 4 şi 5, inventarul caselor din regiunea lacului cu privire la alimentarea lor cu apă, felul latrinelor, etc.

7) Mutarea abatorului din valea Tuzlei, la marginea mării înspre farul Tuzla.

8) Obligativitatea de a instala lumina electrică în toate casele, la Carmen Sylva şi grupul Eforia şi cel puţin în stabilimentele de băi şi casele ce se închiriază vizitatorilor la Tekirghiol-sat.

9) Pavarea succesivă a staţiunilor şi şoselelor cel puţin în limitele perimetrului extern de protecţie.

10) A nu permite de a se deschide stabilimente noui de băi

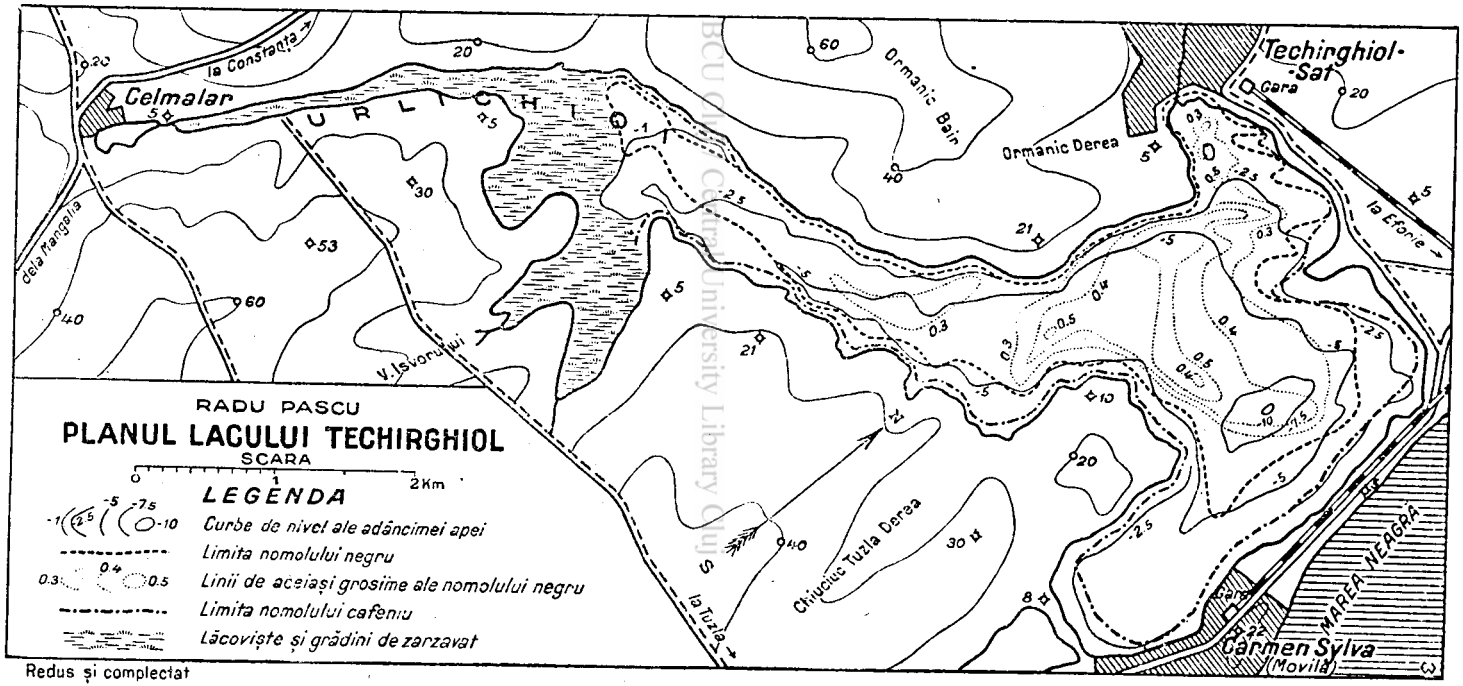
MIŞCAREA MEDICALĂ
ROMÂNĂ

No. 7—8 | 1932

PLANŞA I

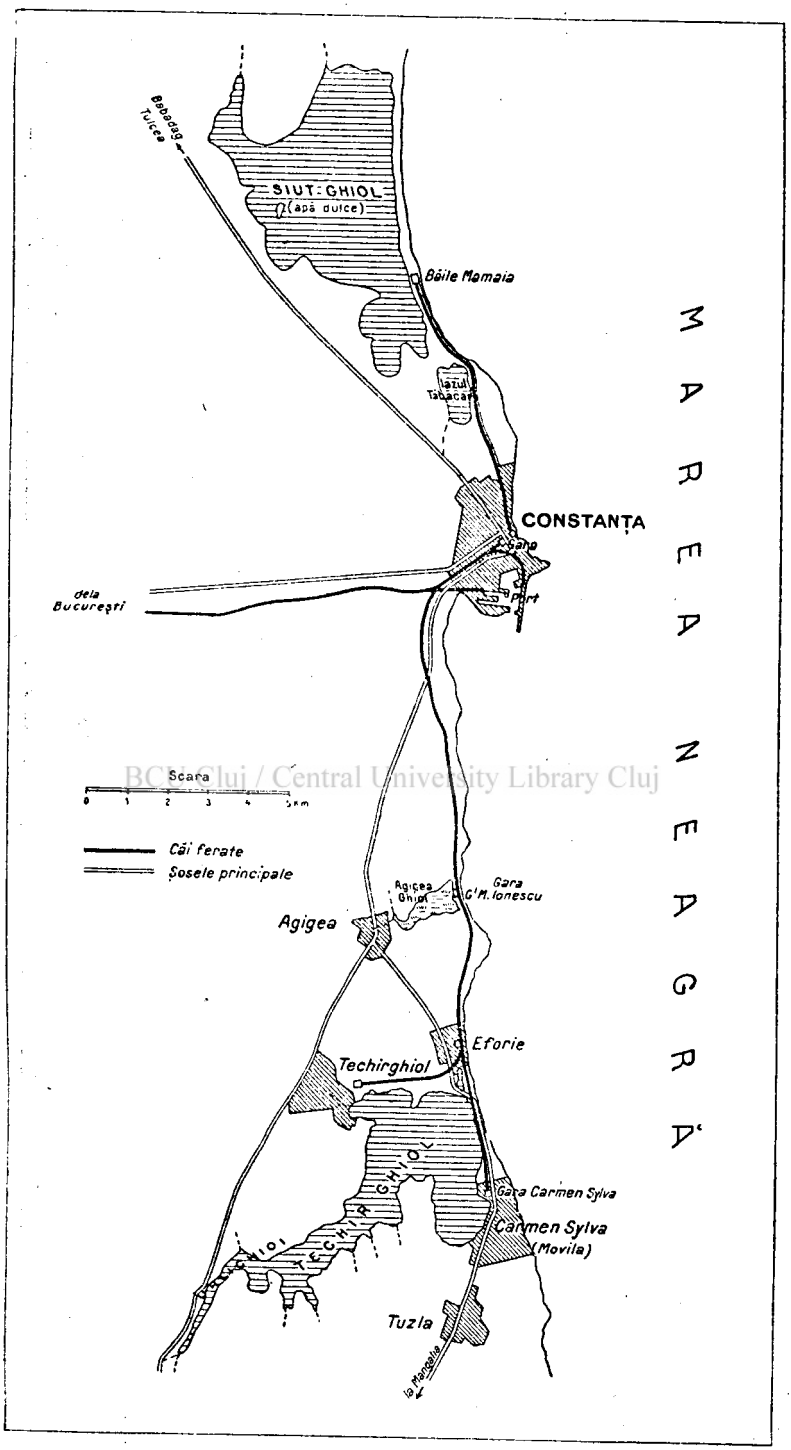
REGIUNEA BALNEARĂ A LACULUI „TEKIRGHIOL"

Prof. Dr. L. MRAZEC şi Prof. agr. M. STURZA



Redus şi completat

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANȘA II

calde decât cu condiţiunea de confort modern şi higienă perfectă şi în clădiri separate de locuinţe de orice fel.

11) In interesul de a nu se stânjeni iniţiativa particulară în activitatea ei, a evita concurenţa stabilimentelor statului.

12) A se examina facerea eventuală a unei şosele pe marginea de N.-E. (2,1/2 km.) a lacului, ce ar lega Tekirghiol-sat de grupul Eforia Spitalelor şi Carmen Sylva.

13) Fixarea atribuţiunilor medicului sanitar care să fie oprit dela practica medicală.

14) Infiinţarea unei poliţii de lac sub controlul medicului sanitar în sensul descris de noi.

15) Infiinţarea unui Institut balneologic local.

Aceste propuneri sunt isvorâte din examinarea repede a situaţiunei naturale a regiunei Tekirghiol şi a factorilor ei balneologici, sunt călăuzite de avântul repede, unic în Europa, ce l'a luat regiunea, precum şi de marea ei valoare economică. Propunerile reprezintă un program de muncă de zeci de ani.

Infăptuirea şi îndeplinirea lor va trebui să urmeze dela sine dacă există dorinţa ca staţiunea să se menţină pe drumul de propăşire, pe care a început aşa de bine.

Cu cât unele din propunerile, în special acele privind salubritatea, edilitatea şi confortul vor fi mai repede realizate, cu atât valoarea şi întâetatea staţiunilor din punct de vedere social, economic şi sanitar, vor fi mai bine garantate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta este în primul rând în interesul proprietarilor din jurul lacului, în interesul marelui public din ţară şi străinătate şi în interesul statului însuşi.

Acestei regiuni care merită să fie clasată după avântul ei şi numărul mare al vizitatorilor, ca ocupând locul de frunte între staţiunile balneare ale României-Mari, trebue să i se dea un sprijin larg şi real din toate punctele de vedere din partea tuturor factorilor competenţi ai Statului.

Capitalul considerabil învestit de atâţia factori publici şi particulari trebue scutit şi protejat, în schimb însă şi proprietatea publică şi particulară trebue să se supună disciplinei impuse de interesele salubrităţii, higienei şi edilităţei şi să aducă jertfe când este vorba de propăşirea staţiunei şi de ridicarea ei la un nivel superior, asemănător celui al staţiunilor balneare mondiale.

Adusă la perfecţionare, staţiunea balneară, lacul Tekirghiol va fi pentru totdeauna cea mai nobilă din staţiunile balneare de pe malul Mării Negre, un isvor de alinare a suferinţelor pentru atâţia bolnavi şi nevoiaşi şi nu mai puţin un far de cultură al românismului şi al latinităţii la marginea orientului, la hotarele de odinioară ale marelui Imperiu Roman, unde poetul Ovidiu îşi doarme somnul de veci.

RÉSUMÉ: Les Profs Dr. L. Mrazec et Marius Sturza—*La région balnéaire du lac Tekir-Ghiol.*

Les auteurs, chargés en 1930 par le Département de la Santé publique d'étudier au point de vue géologique, balnéologique et balnéothérapique la région balnéaire du lac Tekir-Ghiol, ont entrepris cette étude d'une manière complète, en présentant dans la première partie les conditions morphologiques, les connaissances sur la structure géologique et hidrographique de la région, puis les caractères physiques et la composition chimiques des eaux et des sédiments du lac.

Dans la deuxième partie les auteurs font des constatations spéciales sur l'exploitation de la boue noire et des eaux du lac, sur la salubrité des instalations d'autour du lac et sur les moyens thérapeutiques de la station, de même qu'ils exposent des considérations d'ordre économique sur la situation générale des stations établies tout autour.

Dans la dernière partie les auteurs tirent des conclusions et font des propositions de la plus urgente nécéssité en concernant le régime du lac, l'édilité et la salubrité des stations, entre autres propositions: l'établissment d'un périmètre externe et d'un périmètre interne d'exploitation et de protection; l'élévation d'un plan de systématisation des 3 stations d'autour du lac: Carmen Sylva, Tekir-Ghiol —village et le groupe de l'Ephorie des hôpitaux; l'alimentation de la région avec de l'eau potable; la canalisation des stations; le pavage des chaussées; l'établissment d'un institut balnéologique local etc.

RIASSUNTO: Prof. dott. L. Marzec.—Prof. dott. Marius Sturza.—*La regione balenearia del lago Techior-Ghiol.*

Gli A. A., incaricati nel 1930 da parte del Ministero della pubblica sanità di studiare de un punto di vista geologico, balneologico e balneoterapico la regione balnearia del lago Tekir-Ghiol, hanno intrapreso uno studio esauriente, dimostrando in una prima parte le condizioni morfologiche, i dati sulla costituzione geologica e l'idrografia della regione, indi i caratteri fisici e la composizione chimica delle acque e dei sedimenti del lago Teckir - Ghiol. Nella parte seconda fanno speciali rilievi riguardo allo sfruttamento del fango nero e delle acque del logo, alle condizioni igieniche degli impianti d' intorno al logo e ai mezzi terapeutici della stazione, aggiungendo considerazioni economiche sullo stato generale delle stazioni circostanti.

Nell' ultima parte gli A. A. conchindono sui loro rilievi e fanno proposte della massima utilità concernenti il regime del lago, l'edilizia e lo stato d'igiene delle stazioni od esso circostanti, fra l'altre proposta l'istituzione di un perimetro esterno e d'un perimetro interno di sfruttamento e di protezione; l'elaborazione d'un piano per sistemare le tre stazioni del lago: Carmen-Sylva, Tekir-Ghiol e il Consorzio ospedaliero; gl'impianti dell'acqua potabile, il lastricamento delle strade, la creazione d'un istituto balneologico locale, ecc.

dot. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Pr. Dr. L. Mrazec und Prof. Dr. Marius Sturza: *Die balneare Region des Tekir-ghioler-Sees.*

Die Verfasser, im Jahre 1930 vom Gesundheitsministerium beauftragt, die Baderegion des T. ghiolersees sowohl vom geologischen, balneologischen, als auch balneotherapischen Standpunkt aus zu studieren, unternahmen ein gründliches Studium und brachten in einem ersten Teil, die morphologischen Bedingungen, die geologischen Kenntnisse und die Hydrographie der Gegend, weiterhin die physische Beschaffenheit des Wasser und die chemische Zusammensetzung des Wassers und der Sedimente des Tekir-ghiolersees.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In einem zweiten Teil macht man spezielle Beobachtungen in Bezug auf die Gewinnung des Moores und auch des Seewassers, die Gesundheitsbeschaffenheit der Einrichtungen um den See herum und die therapeutischen Mittel des Badeortes, sowie auch die wirtschaftlichen Betrachtungen der allgemeinen Lage der Orte am See.

Im letzten Teil ziehen die Verfasser aus den Feststellungen, Schlüsse und machen Vorschläge von höchster Wichtigkeit bezüglich der Ausnutzung des Sees, der Verwaltung und öffentlichen Gesundheitspflege der Orte am See; unter andern Vorschlägen, folgende: die Einführung eines ausseren und inneren Perimeters zur Ausnutzung und Schonung; die Fertigstellung eiues Planes zur Sistematisierung der drei Badeorte am See: Carmen-Sylva, Tekirghioldorf und der Gruppe der Spitälerverwaltung; die Versorgung der Gegend mit trinkbarem Wasser; die Kanalisierung der Orte, Pflasterung der Strassen, die Einführung eines lokalen, balneologischen Institutes, u. s. w.

M. Mandler.

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROVEINASE

VARICE

FLEBITE

Turburări ale

PUBERTĂȚII și ale

MENOPAUZEI

Pudre de organe titrate
(Hypofisă, Thyroidă, Surenală)
Extracte uscate de plante stabilizate (Gânet, Cupressus, Castane de India, Hamamelis)

MARELE REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

2 la 6 comprimate pe zi — 4, Rue du colonel-Moll — PARIS

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 la 6 linguriţe de cafea pe zi

DIATHESA URICĂ

A SE SPECIFICA BINE NUMELE

PIPÉRAZINE MIDY

adesea imitată niciodată egalată

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Institutul de Radiologie al Facultăţii de Medicină din Cluj
Director: Profesor Dr. D. Negru

CONTRASTUL ARTIFICIAL IN RADIODIAGNOSTIC

de

Profesor Dr. D. NEGRU şi **Dr. EMIL ST. GRAUR**
şef de lucrări

Razele Röntgen nu impresionează direct retina noastră. Fără artificii speciale deci, nu am putea observa o imagine radiologică. Emulzia fotografică este sensibilă la acţiunea razelor Röntgen, întocmai ca şi la acţiunea razelor luminei. De aceea putem obţine o imagine radiologică pe un film fotografic (ori o placă fotografică), adică o *radiografie*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Unele substanţe ca platinocianurul de bariu, wolframatul de calciu, silicatul de zinc, etc., au proprietatea de a deveni luminoase (fluorescente) sub influenţa razelor Röntgen. Această luminiscenţă face parte din acelaş domeniu de raze ca şi lumina obişnuită, şi e perceptibilă pentru ochii noştrii. In felul acesta obţinem pe un ecran fluorescent o *imagine radioscopică*.

In toate cazurile însă, imaginea este umbra corpului examinat. Dacă corpul este omogen, umbra este şi ea omogenă, şi avem numai silueta acelui corp. Dacă corpul nu e omogen, din punct de vedere al absorbţiei faţă de raze, vom avea un complex de umbre de diferite intensităţi. Tocmai această diferenţiare în umbre de diferite tonalităţi, ne dă posibilitatea de a ne da seama de alcătuirea lăuntrică a corpului examinat.

Absorbţiunea razelor R. este un fenomen atomic, adică se petrece în atom. Un atom absoarbe mai mult, altul mai puţin. Fenomenul se petrece după o lege a lui *Bragg* şi *Pierce*. Conform cu această lege, absorbţiunea e proporţională cu puterea a 4-a a numărului atomic N.[1])

---

1) Numărul atomic (notat cu N) este numărul de ordine din tabloul lui *Mendeleeff*, şi indică câte sarcini pozitive (şi deci câţi electroni în jurul nucleului pozitiv) posedă acel atom.

Conform acestei legi, un atom de oxigen, care are numărul atomic 8, absoarbe faţă de atomul calciu cu No. atomic 20, de 40 de ori mai puţin, căci $\frac{20^4}{8^4} = 40$.

Tot din aceiaşi lege reese că de ex. un atom de iod absoarbe cât 2000 atomi de oxigen; un atom de bariu cât 2400 atomi de oxigen, iar un atom de bismut cât 10.000 atomi de oxigen.

Părţile moi ale corpului omenesc constau în cea mai mare parte din oxigen, hidrogen, azot şi carbon, care au numărul atomic mic şi puţin diferit unul de altul, afară de hidrogen. De aceea părţile moi n'au diferenţiare de absorbţie, iar apa are cam aceiaşi absorbţie ca şi părţile moi.

Dar absorbţia atârnă încă şi de densitate şi e direct proporţională cu ea. De aceea se observă o diferenţă de absorbţie între ţesuturile moi propriu zise şi grăsime; aceasta din urmă este ceva mai transparentă având o diferenţă de densitate de 0,1 faţă de părţile moi propriu zise. Densitatea părţilor moi este de circa 1000 de ori mai mare ca a aerului; de aceea există aşa de mare contrast între aer şi părţile moi, măcar că atomii lor luaţi în parte absorb cam la fel. Este evident că şi grosimea unei regiuni are aceiaşi influenţă asupra absorbţiei ca şi sporirea densităţii. Aşa de ex. o regiune de 2 ori mai groasă decât alta, absoarbe de 2 ori mai mult, ceeace echivalează cu absorbţia unui strat de grosimea celui dintâi, însă de 2 ori mai des.

In fine absorbţia mai atârnă (tot conform legei lui Bragg şi Pierce), şi de lungimea de undă λ a radiaţiunei. Variţia nu se face linear, ci cu puterea a 3-a a lungimei de undă. (λ^3). Aceasta înseamă că absorbţia creşte foarte repede, atunci când lungimea de undă creşte relativ încet. De aceea raze dure şi filtrate (fascicul omogen), dau un contrast foarte slab, adică sunt absorbite în diferitele părţi ale unei regiuni, în proporţii puţin diferite. Razele mixte însă, dau un contrast mult mai mare, datorită tocmai acestei mari deosebiri de absorbţie, căci am văzut că absorbţia variază direct proporţional cu cubul lungimei de undă.

In rezumat: Absorbţiunea este proporţională cu puterea a 4-a a numărului atomic N, cu cubul lungimei de undă (λ^3), cu densitate şi în fine cu grosimea regiunei. In corpul omenesc sunt, în mod normal, 4 trepte principale de absorbţie care au contrast între ele: 1) oasele; 2) cartilagiile, muşchii, lichidele; 3) grăsimea; 4) aerul şi gazele (Schintz).

Vom înţelege uşor deci, dece părţile moi (cartilagii, muşchi, parenchime, lichide), nu pot fi diferenţiate direct în imaginea radiologică, şi de ce trebue să introducem în unele din ele, artificial, substanţe de contrast, ca să le putem deosebi. Aceste substanţe de contrast trebue să aibă o absorbţie, fie mult mai mare, fie mult mai mică ca a părţilor moi. Asemenea substanţe sunt: bariul, iodul, bismutul, aerul, oxigenul, etc.

De contrastul absorbţiei în diferitele elemente ale unei regiuni, atârnă claritatea imaginei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Claritatea cu care se observă la razele R. un corp A, situat în alt corp B, aşa fel ca să fie înconjurat din toate părţile de substanţa acestuia, este reprezintată prin câtul dintre diferenţa intensităţilor I şi I', pe care le măsoară razele, după ce au traversat corpul B singur şi corpul B plus corpul A, şi intensitatea I. Adică, *Claritatea* $= \frac{I-I'}{I}$

Dacă această diferenţă (I—I') reprezintă faţă de valoarea lui I, o câtime importantă, claritatea va fi mare şi invers. De aceea, o cantitate de aer în stomac se vede prin umbra intensă a abdomenului. De aceea se vede prin umbra mediastinului, tracheea.

Este indeferent dacă corpul inclus este mai puţin absorbant ori mai mult. In ambele cazuri claritatea este aceeaşi, căci e vorba numai de contrast. Singura diferenţă ar fi că formula am scris-o, în cazul corpului A mai transparent: $\frac{I'-I}{I}$

Dacă diferenţa dintre cele 2 intensităţi (scăzând pe cea mică din cea mare) a aceiaşi şi în cazul când corpul A (cel inclus) e foarte transparent (aer), ori foarte opac (metal), atunci claritatea va fi aceiaşi, căci contrastul imaginilor va fi la fel.

De aceea întrebuinţăm ca mijloc de contrast, fie gaze (insuflarea stomacului, a vezicei urinare, a cavităţilor articulare, a ventriculilor cerebrali, etc.), fie substanţe mai absorbante decât organele în care sunt introduse (bariul, bismutul, iodul, oxidul de thoriu, etc).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Teoretic claritatea nu depinde de adâncimea la care e situat corpul mai absorbant, căci diferenţa între I şi I' nu atârnă de aceasta. In practică însă, deformarea imaginei corpului situat departe de placă, când distanţa focus placă e relativ mică, face ca corpul de contrast să nu dea imaginea clară. De exemplu, aerul din urechea externă, aplicată pe film în radiografia laterală a craniului, face să se obţină imaginea pavilionului urechei care a stat pe casetă. Urechea opusă ar da şi ea o imagină clară, dacă ar fi radiografiată la cel puţin 3 metri distanţă focus placă (Walter).

In cele ce urmează, vom expune pe rând diferitele metode cari au fost utilizate dela începutul erei radiologice până astăzi, pentru a obţine contrastul necesar vizibilităţii diferitelor organe.

A) APARATUL RESPIRATOR: Prima comunicare asupra injectărei arborelui tracheo-bronşic cu lipiodol, a fost făcută de *Sicard* şi *Forestier* la Societatea Medicală din Paris, în ziua de 17 Martie 1922.

Technica: 1) *Injecţie transglotică* sub controlul oglinzii laringeale, după anestezia laringelui. Metoda e delicată şi necesită un specialist. Anestezia se face cu cocaină sau novocaină; apoi se introduce canula laringeală şi se injectează oleul lipiodolat.

2) *Injecţie subglotică*, care e mult mai simplă şi accesibilă oricărui medic. Cu un ac curb se punctionează între inelul cricoidian şi marginea inferioară a cartilajului tiroid; apoi se injectează 2—3 cmc. din soluţia apoasă de cocaină 1/50 sau novocaină

3%, introducându-se 4—5 cmc. Cu o seringă de 40 cmc., având montură şi piston metalic, legată prin intermediul unui tub de cauciuc de acul curb. Se injectează lipiodolul 40% o combinaţie de iod cu oleu de garoafe, conţinând 0,45 iod pe cmc.). Se injectează 20—40 cmc. de lipiodol, la câteva minute dela anestezie. Bolnavul se culcă pe partea interesată, după care urmează radiografia.

Evacuarea substanţei opace se face chiar la 2 ore dela injecţie. După 3—4 zile se observă mici urme cari pot persista timp de 3—4 luni.

Inconveniente: Provoacă accese de tusă, oarecare durere în gât şi răguşeala vocei, fenomene însă trecătoare.

In afară de lipiodol, se mai poate întrebuinţa *iodipin* 40%.

Această metodă permite studiul pe viu a formei şi traectului bronşiilor; pune în evidenţă deviaţia tracheei şi a bronşiilor, modificarea permeabilităţii unui teritoriu bronşic, dilatarea bronşiilor, cavernele şi abcesele pulmonare, precum şi fistulele bronchopleurale.

B) TUBUL DIGESTIV: Fiind prea cunoscute metodele de explorare în acest domeniu, ne vom mărgini a le trece numai pe scurt în revistă, mai mult menţionându-le. In 1896, *Wegele* a recurs la sonde prevăzute cu mandrine metalice, iar în 1897, *Rosenfeld* a folosit sonde pline cu alice sau mercur, spre a pune în evidenţă esofagul şi stomacul. S'au fabricat apoi sonde direct opace la razele R. Metoda nedând rezultate satisfăcătoare a fost abandonată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă metodă de contrast e *insuflarea cu gaz* prin întrebuinţarea poţiunei lui Rivière sau Tonnet. Mai recent *E. Duval* inzistă asupra importanţei acestei metode, care ar constitui un examen complimentar al celorlalte examene radiologice asupra stomacului.

După acest autor, trebue renunţat la pudrele şi diferitele poţiuni efervescente, din cauză că nu se poate măsura niciodată tensiunea gazului degajat în stomac, şi nu se poate diminua pe loc această tensiune, spre a evita diferitele accidente ca reflexele cardiace şi perforarea peretelui gastric.

Se recomandă introducerea unui tub Einhorn şi când controlul radioscopic îl semnalează în stomac, se procedează la insuflarea aerului cu un aparat Dieulafoy, urmărind la ecran distensiunea stomacului. Dacă se produce cea mai mică senzaţie dureroasă, se aspiră imediat aerul intra-gastric. Această metodă e foarte indicată în cazurile de neoplasm vegetant, polip gastric şi tumorile endo-cavitare.

Substanţele opace au fost utilizate pentru prima oară în 1896 de *Becher* pe cobai, iar în 1897 de fiziologistul *Cannon* pe broaşte, întrebuinţând chiar săruri de bismut. *Strauss* a administrat în 1896 capsule gelatinoase cu subnitrat de bismut, procedeu perfecţionat apoi de *Boas* şi *Levy-Dorn.* Pe fiecare capsulă venea 1—3 grame de carbonat de bismut.

Lui *Rieder* i se datoreşte examinarea tubului digestiv pe omul viu, cu substanţe opace.

S'a întrebuinţat subnitratul de bismut, dar după câţiva ani din cauza toxicităţii sale prin descompunerea în nitriţi, a fost abandonată, recurgându-se la sulfatul de bariu chimiceşte pur preparat, spre a evita sărurile de bariu solubile, ce sunt toxice. E necesar de o cantitate de 20—30% în plus spre a egala opacitatea bismutului, dar e un preparat mult mai ieftin.

Substanţele opace pot fi administrate sub formă de:

a) *pastă* care se prepară amestecând 10—20 gr. pulvere cu puţină apă până se obţine o conzistenţă păstoasă; după *Schwartz* se amestecă 10 gr. pulvere cu marmeladă. E recomandabilă pentru examenul esofagului.

b) *suspensie apoasă* ce constă în amestecul sulfatului de bariu 60—120 gr. cu apă până la 250 cmc. la care se adaugă 3—4 gr. gumă arabică sau vre-un alt mucilagiu spre a susţine în suspensie substanţa opacă; pe lângă acestea se mai adaugă o substanţă aromatizantă oarecare, după gustul pacientului.

c) *masă opacă* ce se face încorporând substanţa opacă la un aliment solid mai mult păstos (lapte cu orez, făină de cereale, purée de cartofi, spanac, etc.).

d) *clismă opacă* pentru studiul intestinului gros. Se pune 200—300 gr. sulfat de bariu la 1200—1500 cmc. apă călduţă, la care se adaugă un mucilagiu pentru menţinerea suspensiunei.

In comerţ există o serie întreagă de preparate dintre cari menţionez Barium sulfuricum purissimum Merck, Citobarium Merk în pachete de 150—200 grame după cum e vorba de examenul gastric sau clismă opacă; Ventrobarit Chinoin, Gelobarine (sulfat de bariu cremos). Opacite care cuprinde 150 gr. sulfat de bariu în 250 cmc. apă, Biscopak, biscuiţi ce conţin 10 gr. sulfat de barit chimic pur şi 5 biscuiţi ar fi suficienţi pentru examenul complect al tubului digestiv, Basolac, cu bază de sulfat de bariu, e un preparat american şi în fine mai menţionez Fluidobaritul, o specialitate românească, gata preparat fiind necesar numai agitarea lui şi 200 cmc. lichid conţine 150 gr. sulfat de bariu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Apendicele spre a fi mai uşor vizibil, e necesar a se adăoga la substanţa opacă fie clorur de magnezie, apă minerală sau sulfat de sodiu; căci prin contracţiile ce le provoacă s'ar umplea acest apendice. Mai recent (1932) *Kadrnka* şi *Sarasm* recomandă pentru explorarea rapidă radiologică a apendicelui să se facă o purgare cu oleu de ricin şi înainte de a se termina efectul purgativului se face o clismă opacă, care va fi apoi evacuată prin efortul natural al bolnavului, în care moment se umple apendicele. Se insuflă aer sub controlul radioscopic, după care vom putea examina cu bune rezultate apendicele.

Studiul reliefului mucoasei a luat în ultimii ani o desvoltare foarte mare. Von *Elischer* prin metoda sa publicată în anul 1911, pare a fi părintele studiului mucoasei gastrice. In 1913, *Forsell* a dat bazele anatomice ale diagnosticului mucoasei gastrice. *G. Schwartz* descrie în 1915 că dinţăturile de pe marea curbură sunt datorite îngroşărei mucoasei, iar *Eisler* şi *Lenk* demonstrează convergenţa pliurilor mucoasei spre cicatricea ulcerului.

In 1923 *Rendich* face cunoscut metoda examinărei reliefului gastric, cu un mic amestec de 25% gumă arabică, 50% carbonat de bismut şi 25% apă. Lui *Berg* i se datoreşte sistematizarea acestui examen, aducând un progres în această metodă şi anume folosirea radiografiei în serie şi compresiunea dozată. Multe metode sunt descrise de diferiţi autori ca *Scott, Carman, Vilvandré, Barcley*, etc. *Baastrup* întrebuinţează pe lângă substanţa opacă şi insuflare de aer. Pentru această insuflare, *Béclère* se foloseşte de sonda lui Einhorn, sub controlul radioscopic. *Chaoul* în 1928 administra pentru obţinerea unui frumos relief gastric, un amestec de bariu cu guma arabică şi comprima stomacul cu un balon. Se mai poate întrebuinţa o lingură de gelobarină ce se amestecă cu 2 gălbenuşuri de ou, ce se ingerează şi bolnavul se culcă pe toate poziţiile, după care urmează radiografia ventrală. Neobaritul Merck serveşte special pentru studiul reliefului gastric. Mai recent cu bune rezultate s'au introdus pentru acest scop sărurile de thoriu, de către *Kalkbrener, Frik, Bluhbaum* Astfel de preparate sunt Muchotor şi Pulvothor.

Studiul reliefului mucoasei s'a extins şi asupra esofagului, aducând preciziuni în diagnosticul stenozei esofagiene şi a varicelor esofagiene. De asemeni şi la duoden s'a extins acest procedeu.

La intestinele gros, studiul reliefului mucoasei se face fie prin simpla administrare de clismă opacă, care fiind apoi evacuată, se vor face radiografii în serie studiindu-se aceste pliuri. Sărurile de bariu au inconvenientul sedimentării. Sărurile de thoriu sunt de preferat (se presupune că aceste săruri au o mare putere de aderare la mucoasă graţie floculaţiei lor sub influenţa lichidelor de secreţie ce ar poseda sarcini electrice opuse sărurilor, ce ar varia după diferitele puncte ale mucoasei normale ori patologică).

(c) Cluj Central University Library Cluj

O altă metodă ce se aplică atât la stomac cât şi la intestinele gros, o combinare a aplicărei sărurilor de thoriu, în soluţii coloidale stabilizate, cum e preparatul Umbrahtor (dioxid de thoriu cu 25% ThO_2) şi insuflare de aer.

La stomac *Regelsberger* administrează cam 20—30 cmc. din acest preparat cu o sondă, după care se masează bine timp de 10 minute spre a difuza această masă opacă şi tot prin intermediul sondei se insuflă aer, sub controlul radioscopic, urmând facerea radiografiei.

La intestinul gros e necesar o purgare cu oleu de ricin în ajunul examinării, urmată de o clismă simplă evacuatoare în ziua examinărei. Se administrează 200—400 cmc. de Umbrathor, se masează bine dealungul colonului, iar după 20 minute se evacuiază lichidul opac şi sub controlul radioscopic se insuflă aer, ce ne dă astfel un tablou real al pliurilor mucoasei. Tot prin aceste procedeie s'a ajuns în ultimul timp să se studieze şi mucoasa apendicelui.

Ca anexe la tubul digestiv vom adăuga aci:

Sialografia, care constă în punerea în evidenţă a căilor excretorii ale glandelor salivare, prin întrebuinţarea substanţelor opace.

Barsony s'a folosit în 1925 de iodură de potasă 20%; *Viskovsky*, precum şi *Jacobovici*, *Popolita* şi *Albu* în 1926, au recurs la iodipina *Merk* 20%; *Later*, *Carlsten* şi *Keith*, iar mai recent *Payne*, au întrebuinţat în acest scop lipiodolul.

Technica pentru evidenţiarea canalului lui Stenon, constă în descoperirea orificiului şi dacă acesta nu apare distinct, se recomandă masarea glandei parotide remarcându-se locul de scurgere a salivei. Se injectează cu siringa lui Anel, la care se adaptează o canulă potrivită, substanţa opacă, până ce bolnavul manifestă o senzaţie dureroasă (aproximativ 4 cmc.), după care urmează radiografia. Pentru canalul lui Wharton se descoperă orificiul la nivelul incisivilor şi se injectează substanţa opacă, cantitatea fiind cam jumătate din ceeace e necesară pentru canalul lui Stenon.

E recomandabilă această metodă pentru descoperirea unui eventual calcul, deci obstrucţia canalului, dilatarea lui, în boala lui Mickulicz dacă nu e interesat şi canalul respectiv.

Ficatul se poate pune în evidenţă fie prin insuflare de gaz în colon şi stomac, fără rezultate prea apreciabile, sau prin pneumoperitoneu. (A se vedea la pneumo-peritoneu).

Opacifierea directă a ficatului s'a propus pentru prima oară de Einhorn prin intermediul tetraiod fenoftaleinei, dar doza necesară depăşea toleranţa organismului, din care cauză a fost abandonată. In 1929 şi 1930 de *Oka* în Japonia şi *Radt* în Germania, s'a recurs la întrebuinţarea pe cale intravenoasă a unui preparat coloidal nestabilizat cu bază de thorium, anume *Thordiol*, care a dat fenomene grave de intoleranţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1930 s'a început experimentarea cu bune rezultate, a unui nou preparat, *Thorotrast*, care este o suspensie coloidală stabilizată thorium (dioxid de thorium), administrându-se de 4—6 ori, 0,80—.1 gram din această substanţă pe kilogram. Substanţa va fi injectată foarte încet, şi e diluată de 9 ori volumul său cu ser glicozat 5% sterilizat. La 24 ore dela ultima injecţie, se face radiografia.

Această metodă e contra indicată în cazurile grave de transformarea parenchimului hepatic.

Vezica biliară a fost opacifiată pentru prima oară de *Graham-Cole-Copher* prin injecţie intravenoasă de tetraclorfenolftaleină calcică, care nu era tolerată de bolnavi, la fel şi sarea sodică. In 1924 au recurs aceşti autori la tetraiod fenolftaleină sodică ($C_{20}H_8I_4O_4Na_2$) sau tetrabromfenolftaleină sodică ($C_{20}H_8Br_4O_4Na_2$), cu bune rezultate. In 1925, tot aceşti autori au întrebuinţat şi calea bucală, pentru opacificarea vezicei biliare.

Actualmente sunt în uz obişnuit următoarele preparate:

Oral-Tetragnost şi Iod-Tetragnost (intravenos) *Merck;* Radiotétrane Gérard ce se dă numai pe cale bucală; Shadocol, un preparat american, tot numai oral; la fel Tetradol Emulsion care cuprinde pentru o doză 4 grame.

In general se administrează 0,04 gr. pe kilogram de greutate.

Technica. Metoda orală: Ziua I-a: Oleu de ricin dimineaţa, iar seara clismă Ziua II-a: Dietă uşoară iar la 5 p. m. o masă cu

multă grăsime (de ex. pâine cu unt, ochiuri cu unt). După 2—2½ ore se ia soluţia de Oral Tetragnost ce constă în dizolvarea a 3—4 gr. din această substanţă în puţină apă la care se adaugă apoi ⅓ litru apă gazoasă şi sirop de smeură sau zahăr şi se bea încet. Timp de ½—2 ore se va culca pe partea dreaptă. In loc de soluţie se poate administra 8—10 capsule a 0,5 gr. cu mâncări uşoare ca gries cu lapte sau lapte cu orez în decurs de 20 minute. Ziua III-a: Clismă evacuatoare. La 12—15 ore dela ingerarea substanţei opace se face examenul radiologic.

Radiotétrane se administrează sub formă de drageuri (20) a 0,20 gr. în cursul cinei, sau în lichid zaharat (60 cmc.), ce se ia dintr'odată.

Metoda intravenoasă: Se foloseşte iod-tetragnost, substanţă solidă, păstrată în sticle de 4 sau 100 grame. Se disolvă 3—4 gr. în 40 cmc. apă destilată şi se sterilizează la baia marină timp de 15—20 minute. Pregătirea bolnavului e aceiaşi ca şi la metoda orală. Se injectează seara foarte lent timp de 20—30 minute soluţia pregătită mai sus, iar înainte de aceasta cu 15 minute se injectează 1 cmc. hipofizin sau pituitrin intramuscular. Radiografia se face la 8—12—18 ore dela injecţie. Mai recent avem la dispoziţie fiole sterile cu 3 gr. subst. dizolvată în 20 cmc. apă, sau fiole cu 4 gr. substanţă în 30 cmc. apă pentru persoane mai grase. Totul se mai diluiază în 20 cmc. apă destilată sterilă.

De menţionat metoda cholecistografiei rapide a lui *Antonucci* introdusă în 1931 ce constă în aplicarea unei diete săracă în hidraţi de carbon timp de 3—4 zile. Urmează injectarea intravenoasă de 125 cmc. de soluţie glucozată 40% plus 2—3 gr. tetraiod. Se mai adaugă 25 U insulină. Mai recent autorul crede că e mai preferabil injectarea separată a glucozei şi a tetraiodului, iar insulina să fie injectată subcutanat.

Vezica biliară ne apare vizibilă după o oră dela injecţie şi atinge maximul la 2 ore.

C) APARATUL URO-GENITAL. *Tuffier* a recurs în 1899 la sonde cu mandrin metalic pentru a cunoaşte traectul ureterului şi localizarea calculilor. In 1901 *Schmidt* şi *Kolischer*, apoi *Loewenhardt* au recurs la mandrine de plumb, iar în 1902 von *Illyes* la mandrine de argint. *Goebell* recomanda în 1906 sonde preparate dintr'un amestec de cinabru, mai apoi de bismut, evoluând astfel până la sondele metalice formate dintr'un fir rulat în spirală. *Pasteau* a introdus sonde gradate ce constau din părţi opace de o lungime de 1 cm. alternând cu segmente transparente de aceiaşi lungime. Sondele opace puneau în evidenţă un calcul ureteral prin faptul că se opria la nivelul calculului, apoi rinichiul mobil şi uneori hidronefroza prin rularea sondei în punga hidro-nefrotică. Technica consta în introducerea unei sonde simple pentru a se culege urina, apoi se introducea sonda opacă. In 1902 s'a recurs de către *Destot*, apoi de *Wittek-Payr*, *Béclère* la *insuflare de aer în colon* pentru a mări contrastul. Rezultatele obţinute au fost slabe. Alt procedeu de explorare e *pneumo-peritoneu* (a se vedea la acest capitol).

Biblioteca Centrală Universitară Iași

In 1921 *Carelli* şi *Sordelli* au imaginat şi realizat pentru prima oară *pneumorenul* (pneumo-peri-nephros) ce constă în introducerea de gaz (oxigen, acid carbonic) în regiunea renală pe calea extra peritoneală, mărind astfel contrastul renal.

Technica: Purgare în ajun, clismă în ziua examinărei. Bolnavul se culcă pe partea opusă celei de examinat; se reperează apofiza transversă a celei de a II vertebră lombară şi la 5 cm. în afara liniei mediane se introduce un ac de 7 cm. lungime perpendicular pe planul cutanat la 5 cm. profunzime, către polul superior al rinichiului. După ce se simte golul atmosferei perirenale, se introduce cu ajutorul unui aparat 300—500 cmc. gaz; bolnavul se culcă în decubit dorsal şi se face radiografia. Gazul se resoarbe singur.

Metodă puţin periculoasă când e corect aplicată. Nu dă rezultate în caz de aderenţe şi e contra indicată în hidronefroză. Avantajul e că pune în evidenţă polul superior al rinichiului.

De menţionat *pneumo-pielografia* preconizată de *Burkhard* şi *Polano* în 1907, însă n'a dat rezultate.

Pielografia a fost introdusă în uz de către *Voelcker* şi *Lichtenberg* în 1906, când au injectat o soluţie de 5% colargol în bazinetul renal. O mare extindere ia această metodă după lucrările lui *Braasch* (1910) şi încetul cu încetul s'a ajuns la perfecţionarea de azi a metodei.

Substanţele de contrast întrebuinţate sunt:

Colargolul utilizat în soluţie de 5% de *Voelcker* şi *Lichtenberg;* 10—20% de *Braasch* 40—50% de *Jaches* şi *Piernis.* Astăzi se întrebuinţează soluţia de 10—20%. E iritant şi s'au produs cazuri mortale prin infiltrarea substanţei în ţesuturi. *Electrargolul* în soluţie de 7—10%; *Argyrolul* 50% e iritant; *Iodura* de Ag. se menţine în suspensie printr'un mucilagiu de 10%; *Pyelon* preparat coloidal de iodură de argint, însă foarte iritabil; sărurile de bismut şi bariu fiind insolubile în apă şi fiindcă se menţin foarte greu în suspensie nu sunt utilizate cu folos; Lipiodolul e foarte bun dar prea vâscos; Iodura de Lithiu 25% încălzită la temperatura corpului; Bromura de Sodiu 20—30% e uşor de manipulat dar iritant pentru mucoasa vezicală şi pielică; Iodura de Sodiu 30% e mai opacă şi mai puţin iritantă sărurile de thoriu din cauza toxicităţii lor au fost abandonate; cel mai nou preparat e *Thorotrastul* care e un preparat coloidal stabilizat (dioxid de thorium 25%), e foarte opac şi complect nedureros.

Technica pielografiei: Purgaţie în ajun şi clismă evacuatoare. Examen cistoscopic pentru cateterismul ureteral. Introducerea sondei până în bazinet; se îndepărtează cistoscopul şi se fixează sonda la coapsă. Cu o seringă Record, sau alt dispozitiv, se injectează lichidul opac, încet şi foarte prudent, oprindu-se la cea mai mică senzaţie dureroasă. Cantitatea de lichid variază dela 5 cmc.—50—80 cmc. Urmează radiografia.

E contraindicată în: stările febrile, acute şi alarmante; hematurii grave; vârstă înaintată, când prin leziuni mecanice survine ruptura

BCU Cluj / Central University Library Cluj

peretelui; arterioscleroză înaintată; inflamaţii acute purulente ale vezicei urinare şi în insuficienţă renală înaintată cu stare uremică.

In 1923 sub inspiraţia lucrărilor lui *Graham* şi *Colle* din 1922 asupra cholecistografiei, autorii americani *Rowntree, Osborne, Sutterland* şi *Scholl,* fac primele încercări pentru *opacificarea parenchimului renal pe cale intravenoasă* uzând de iodura de sodiu. Rezultatele n'au fost satisfăcătoare, dar cercetările au continuat înainte. S'a folosit iodura de lithiu, bromura dee sodiu, neosilvol, oleul iodat. Un merit îl are *Roseno* care cu preparatul său *Pyelognost* (1929) ce e o combinaţie de iodură de sodiu cu uree, a obţinut rezultate clinice importante. Perfecţionarea acestei metode e de atribuit lui *Lichtenberg* şi *Swick* (1929) care ne-au pus la dispoziţie *Uroselectanul* ce e un derivat al grupei piridinice, conţinând 42% iod fixat organic.

Technica: Purgare în ajun; clismă în ziua examinării; 40 gr. de substanţă se disolvă încet în 100 gr. apă bidistilată; se filtrează de 2 ori, se sterilizează, se injectează cu seringa a 50 cmc. în două vene, lent. După 15 minute se face prima radiografie, după 3/4 oră a II-a; după 1/4 a III-a radiografie. Mai recent avem la dispoziţie *Uroselectanul B* în ampule cu 15 gr. substanţă în 20 cmc. lichid şi se face radiografia la 5 minute după injecţie.

In Aprilie 1930 de *Bronner* s'au comunicat primele rezultate obţinute cu noul preparat Abrodil ce este un mono-iodo-metansulfonat de sodiu, conţinând 52% iod bine fixat. După 24 ore 90% din substanţă e eliminată.

Technica: Purgare, clismă, regim lacto-vegetarian. Se administrează 20—25 gr. substanţă ce se disolvă în 100 cmc. apă destilată filtrată şi sterilizată. Injecţia se face rapid în 2—3 minute, iar după 15 minute se face radiografia, ce se repetă după alte 15 minute. *Contraindicat* în: insuficienţele renale grave, în unele cazuri de tuberculoză renală şi în caz de sarcină.

In 1931 a fost încercat *Tenebryl* (di-iodo-methane-sulfonat de sodiu), ce conţine 68,6% iod. Se elimină exclusiv prin urină, găsindu-se abia urme după 6 ore. Se injectează 15 gr. din acest produs şi la 7—10 minute se face radiografia.

Cystografia e studiul radiografic al vezicei urinare umplut cu substanţă opacă. A fost pentru prima oară în 1905 încercată de *Wulf* şi *Schonberg* cari au folosit lapte de bismut. Tot în acelaş an Voelcker şi Lichtenberg au utilizat sol. de colargol 5%.

Technica: Purgare în ajun (oleu de ricin), iar în ziua examinării clismă evacuatoare. Nu se recomandă anestezie generală, regională sau locală. Se introduce o sondă de calibru mare având la extremitatea ext. un robinet de deschidere şi închidere la care se adaptează seringa Guyon şi introducându-se 80 cmc. lichid opac călduţ, se închide robinetul şi se face radiografia.

Substanţele de contrast întrebuinţate sunt: 1) Săruri de bismut, nu sunt bune căci nu dau umbră omogenă şi se depun; 2) Iodura de Ag. 5—10% e iritant; 3) Nitrat de thorium e toxic; 4) Gelobarit se depune; 5) Iodura de sodiu sau potasă 10% e

toxică; 6) Iodur de Lithium e bun dar scump şi cere mare cantitate; 7) Argyrol 10—50% e scump; 8) Bromur de sodiu 10% e excelent şi uşor iritant; 9) Colargol 2—4—10—15% netoxic, neiritant, scump şi păteazǎ; 10) Thorotrast (dioxid de thorium) foarte bun şi nedureros.

De menţionat *pneumo-cystografia* prin introducere de aer. Rezultatele au fost satisfăcătoare. Dacă presiunea e prea mare poate da embolie gazoasă.

Combinarea metodelor acestora e mult mai practică. De menţionat o nouă substanţă *Umbrathor* ce conţine 25% ThO_2 ce se injectează în vezică (50 cmc.), iar după 10 minute se evacuiază insuflându-se aer. Permite studiul mucoasei vezicale, ce s'a impregnat cu această substanţă.

Uretrografia. Primele încercări sunt acele ale lui *Tuffier* în 1896 cu ajutorul sondelor opace. *Cunnigham* prezintă în 1910 primele radiografii cu stenoza uretrei anterioare, evidenţiate cu argyrol 50%; au urmat apoi în 1913 lucrările lui *Thevenat* şi *Beaujeu*, iar în 1921 ale lui *Haudek* şi *Priesel, Beclere* şi *Henry*. In 1924 s'a introdus lipiodolul.

Technica: Golirea vezicei; toaleta şi dezinfectarea glandului şi meatului; se introduce o canulă prevăzută cu manometru, ca presiunea să nu depăşească de 30 cm. Hg. *Substanţele opace* utilizate sunt: soluţii apoase de bismut ori bariu; colargol; iodur de sodiu; bromura de sodiu; clorur de stronţiu; lipiodolul ce e foarte opac şi bun, dar dezagreabil la manipulare; la fel iodipina; bun şi recomandabil e thorotrastul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Histero-Salpingografia: In 1913 Dimier a făcut prima explorare radiologică a uterului şi trompelor cu soluţie de colargol 1/10 bolnava sucombând în peritonită. In 1911 *Cary* a folosit tot colargol fără accidente. *Rubin* a recurs la citrat de thorium şi bromur de sodiu. *Mocquot* şi *Tussau* au încercat paste bismutate fără bune rezultate. Odată cu întrebuinţarea lipiodului de *Carlos* în 1924, metoda a fost mai perfecţionată de *Carelli*. In 1926 s'a preconizat de *Joachimowits* iodipin Merck 20%; în 1927 de *Hellmuth* umbrenal (iodur de litium). *Lipiodolul* s'a dovedit ca cel mai opac şi mai tolerat, nefiind iritant pentru peritoneu.

Technica: Spălătură vaginală şi clismă evacuatoare în preziua examenului; se repetă în ziua examinării. Se pune în evidenţă porţiunea vaginală cu speculum, se badijonează cu tinctură, prinzând buza anterioară cu o pensă; se introduce o canulă metalică în orificiul extern trăgându-se de pensă încât pavilonul canulei se aplică direct pe colul uterin, obstruându-l. Se injectează substanţa opacă încet, controlând la ecranul radioscopic şi ţinând cont de durerea pacientei. Dacă seringa e în legătură cu un manometru, se foloseşte o presiune de 20—30 cm. Hg. *Contraindicată* e această explorare în: stările febrile, reacţii pelviene, metroragii abundente sau în bănuială de sarcină. *Accidentele* ce pot surveni: ar fi eventuala ruptură a trompei, infecţia cavităţii peritoneale şi embolia, cari de altminteri sunt o raritate în urma perfecţionărei technicei şi prudenţei în ceeace priveşte contraindicaţiile acestei metode.

D) SPLINA devine vizibilă prin *pneumo-peritoneu* (a se vedea mai departe); *insuflaţie gastrică* (descrisă la stomac) ce pune în evidenţă polul superior al splinei; *insuflaţia colonului* preconizată de *Henszelman* şi *Rieder*, apoi de *Béclère*.

Technica: Clismă evacuatoare; apoi se introduce un tub rectal de 15—20 cm.; la capătul extern se adaptează para lui Richardson de cauciuc, şi sub controlul radioscopic se insuflă aer, până ce ne va apare colonul transvers, iar conturul splinei e net delimitat. Ortodiagrama şi radiografie. *Contraindicată* în leziunile perforante ale colonului, sau în inflamaţiile organelor abdominale.

O nouă metodă e *opacifierea directă* a organului prin injecţie intravenoasă de *Thorotrast*, suspensie coloidală stabilizată ce conţine 25% dioxid de thorium.

Technica: Se administrează intravenos de 4—6 ori 0,80—1 gr. pe kgr. în decurs de 6 zile, nedepăşind la prima injecţie 0,10 pe kgr. Va fi diluat de 9 ori volumul său cu ser glucozat 5% sterilizat şi se injectează lent.

După 24 ore dela ultima injecţie se radiografiază. *Contraindicată* în: cazurile grave de transformare parenchimatoasă cât şi în insuficienţa renală înaintată.

E) SISTEMUL NERVOS CENTRAL. *Ventriculografia gazoasă* a fost inaugurată de Dandy în 1918. Se extrage 15—25 cmc. lichid cefalo-rachidian şi se injectează oxigen, acid carbonic sau aer, care pare a fi cel mai bun, azotul fiind greu de rezorbit.

Technica: *Calea transoccipitală.* Anestezie locală; trepanaţie de 1 cm. de fiecare parte a protuberanţei externe; se suturează; se punctează cornul posterior al ventriculului lateral de partea sănătoasă, acul străbătând 6 cm.; se scoate 10—30 cmc. lichid rachidian şi se injectează 20 cmc. aer prealabil aspirat traversând o flacăre de alcool, pentru sterilizare. Injecţia se face lent, spre a evita hipertensiunea. Radiografie; dacă puncţia n'a reuşit, atunci se puncţionează partea bolnavă. *Calea anterioară* (Jüngling): Trepanaţie frontală la 2 cm. înaintea suturei fronto-parietale; puncţionarea cornului anterior de ambele părţi, urmând technica de mai sus. *Calea lombară* foarte uşoară dar nesigură. Nu totdeauna permeabilitatea găurilor Magendie şi Luschka permite trecerea aerului din spaţiul arachnoidian în ventriculi. Absenţa aerului nu permite afirmarea obstrucţiei.

Ventriculografia opacă constă în injectarea de lipiodol sau iodipin în ventriculi direct sau pe cale lombară folosind lipiodol sau iodipin ascendent. Rezultatele obţinute sunt slabe şi metoda a fost abandonată.

Canalul rachidian a început a fi explorat odată cu introducerea lipiodolului în 1923 de *Sicard* şi *Forestier*, având densitate 1,35 superioară lichidului cefalo-rachidian. Se foloseşte şi iodipin 40% (iod în oleu sesamic).

Technica: Puncţie occipito-atloidiană, sau între atlas şi axis, ori pe cale lombară. Se extrage 3—4 cmc. lichid cefalo-rachidian, după care se injectează 2 cmc. lipiodol ori iodipin, aşezându-se bolnavul în poziţia respectivă, după care se face radiografia.

Lipiodolul ascendent realizat de Sicard şi Binet în 1924, având densitatea mai mică ca a lichidului subarachnoidian, după injecţie, se poate ridica până la ventriculii cerebrali. Vizibilitatea slabă; metoda nesigură din care cauză nu e prea uzitată.

Spaţiul epidural poate de asemeni să fie pus în evidenţă prin injectare de lipiodol încălzit la 38 grade (pentru a fi mai fluid), în hiatul sacro-coccigian în poziţia declivă sau prin puncţia cervico-dorsală. Nu prezintă importanţă practică.

F) SINUSURILE: Uneori e necesar pentru precizarea diagnosticului, să injectăm o substanţă opacă în interiorul sinusurilor. Cel maxilar e cel mai accesibli.

Technica pentru sinusul maxilar, constă în puncţionarea sinusului prin fosa nazală sau printr'o alveolă dentară, după care se face un lavaj obişnuit, urmând injectarea lipiodolului sau a iodipinei.

Bolnavul va fi culcat cu capul în poziţia laterală. Se tamponează cu vată fosa nazală sub cornetul mijlociu spre a nu reflua subst. opacă. Radiografia se face în 2 poziţii.

Mai recent avem la îndemână metoda lui *Proetz*, sau metoda deplasării. Principiul acestei metode constă în aplicarea legei lui Mariotte. Printr'un exemplu, se va înţelege mai uşor principiul acestei metode: dacă avem un tub de sticlă strangulat la mijloc, unde rămâne un mic orificiu central, avem 2 cavităţi. Umplând pe cea superioară cu un lichid, nu va putea trece în cavitatea inferioară din cauza tensiunei aerului din această cavitate. Dacă la partea deschisă a camerei sup., cu un dispozitiv oarecare facem aspiraţie, se produce vid şi o diminuare relativă a presiunei; câteva bule de aer din camera inf. va trece în cea superioară. Suspendând aspiraţia, presiunea devine egală cu a atmosferei, volumul de aer din camera inf. se contractă şi câteva picături din camera superioară va trece în cea inferioară, de unde denumirea de metoda deplasărei. Camera super. reprezintă fosa nazală, cea inf. sinusul, iar orificiul dintre cele 2 cavităţi orificiul sinusului. Pe bolnav nu se face nici o anestezie. De preferat lipiodolul ascendent, care se introduce în fosa nasală cu o seringă simplă sau a lui Proetz. Sursa de aspiraţie e o trompă cu apă sau aer, ori pară de cauciuc. Presiunea negativă trebue să fie de 180 mmHg. Bolnavul va fi pus pe un scaun basculant în decubit dorsal cu capul răsturnat pe coapsele medicului 2 cmc. de lichid opac prealabil încălzit se varsă în nară, aplicându-se apoi aspiraţia intermitentă, având grija să se închidă complect cealaltă nară cu degetul. După 2—3 minute oleul trece în sinus. După o mică pauză se repetă până se introduce 3—8 cmc. fără nici o reacţie dureroasă. Radiografie, bolnavul fiind în poziţia verticală. Evacuarea lichidului se face chiar a doua zi cam 1/2 din cantitatea introdusă, iar după 4 zile abia se mai percep urme.

G) CAILE LACRIMALE: Ideia a fost emisă pentru prima oară de *Bonnefon* şi *Auraret* în 1910, ce au studiat pe cadavru, pentru a stabili diferitele raporturi anatomice existente între con-

ductul lacrimo-nazal şi cavit. nazală. Ei au folosit terebentină cu minimum. In 1911 Aubaret se foloseşte de această metodă pe viu pentru localizarea stenozei în dacriocistitele cronice. In 1914 *Szilly* a recurs la oxid de thoriu anhidru. Rezultate bune s'au obţinut odată cu introducerea lipiodolului în practică.

Technica: Dilatarea prealabilă a canaliculilor lacrimali, apoi cu seringa lui Anel se injectează lipiodolul, după care urmează radiografia.

H) TRAECTELE FISTULOASE: Adeseori trebue să recurgem la subst. opace spre a pune în evidenţă unele traecte fistuloase, spre a şti dacă ele aparţin părţilor moi sau altor regiuni ale corpului. De preferat bastonaşele (bacilii) cu subst. opace ca Kontrastin, Unt de Cacao câte 20 grame Xeroform 5% 2 grame, se fac bacili de 8 mm. lungime şi de 2—3 grosime. Aceste bastonaşe se topesc la temperatura corpului. In loc de Kontrastin se poate folosi carbonat de bismut sau sulfat de bariu pur. In considerare vine apoi Lipiodol, Iodipin, sol. de Bromur de sodiu 20—30%, Colargol 5%, iar mai recent s'a introdus în uz Thorotrastul. Substanţele lichide vor fi injectate lent, cu ajutorul unei siringi, pe când bastonaşele se vor introduce cu pensa unul după altul. Radiografia se va face de e posibil în 2 poziţii.

I) ARTICULAŢIILE: Pentru evidenţierea meniscului articular s'a făcut în 1905 de *Werndorf* şi *Robinson* injectarea articulaţiei cu gaz. Serveşte totodată pentru determinarea limitelor fundurilor de sac ale sinovialei, arătând libertatea lor, sau comunicarea anormală cu o higromă, un kist periarticular, un abces prin congestie. Conturile osoase sunt mai net desemnate, cartilagiul şi aparatul ligamentar intra articular apare vizibil pe clişeul radiografic. Intr'o ankiloză se poate depista vestigiile articulare cât şi pungile fungozităţilor. Accidente: o eventuală embolie ce se evită dacă acul nu va leza nici un vas, iar presiunea de insuflare să fie de 15—20 mm. Hg. Mai recent s'a recurs de asemeni la injectarea de subst. opace fie iodipin sau lipiodol! *Sievers* foloseşte această metodă mai ales la copii, în cazul luxaţiilor congenitale, spre a studia raportul dintre capul femural şi cavitatea cotiloidă, spre a cunoaşte prognoza repunerei şi retenţiei.

J) PNEUMO-PERITONEUL ARTIFICIAL: Prima oară făcută de *Kelling* în 1902, repetată după 8 ani de *Jacobaeus*, iar în 1913 de *Weber*, care a dat indicaţii mai precise asupra acestei metode. In urma lucrărilor lui *Goltz* (1917) şi mai ales ale lui *Alessandrini* (1919), această metodă a luat un avânt mai mare.

Technica: Purgare în ajun, clismă evacuatoare în ziua examinării. Se percută abdomenul spre a se evita vre-o matitate anormală; cu un trocart se face puncţia peretelui abdominal, la 2 laturi de deget spre stânga şi în sus de ombilic. Se adaptează apoi aparatul Dr. *Kuss* pentru pneumotorax, ce se compune din 2 vase comunicante, unul mobil altul fix, reunite printr'un tub de cauciuc.

Alessandrini insuflă 3 litri de gaz în decurs de 10—30 minute, iar alţi autori 2 litri. Examenul radiologic se face după unii la 12

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ore, iar după alţii la 2 ore. In ce priveşte gazul utilizat, variază după autori: unii folosesc aerul ce se resoarbe în 10 zile; alţii oxigenul ce se resoarbe în 2—3 zile, pe când acidul carbonic în cantitate de 2 litri să resoarbe în 1/2 oră, ceeace necesită un examen rapid radiologic.

Prezenţa gazului determină în cavitatea peritoneală o cădere viscerală generală, a cărei amplitudine e în raport cu tensiunea ligamentelor suspensoare şi a cărei direcţie relativă variază cu fiecare poziţie dată individului. Cazul astfel gonit din părţile joase, vine de înconjoară organele cele mai ridicate şi intensifică contrastele. Pentru fiecare organ se cere o anumită poziţie.

Această metodă dă multe preciziuni în ceeace priveşte forma organelor, hipertrofia lor, în tumorile organelor abdominale şi bazinului şi în aderenţele peritoneale.

Inconveniente: o eventuală perforare a intestinului sau lezarea unui vas ce ar duce la o embolie gazoasă, precum şi accidentele reflexe.

Contraindicată în stările generale grave ce împiedică un examen prelungit, în turburările respiratorii şi cardiace, în caz de apendicită sau anexită acută, precum şi în toate cazurile de inflamaţie acută a organelor abdominale.

K) ARTERIOGRAFIA: Incă din anul 1896 s'a pus în evidenţă pe cadavru, sistemul arterial cu ajutorul substanţelor de contrast, de *Dutto* în Italia. La scurt timp au urmat publicaţiile lui *Destot* şi *Bérard*. In acest scop *Vogt* s'a folosit de Oxid de plumb (Mennige) 120 gr., Parafină lichidă 120 gr. şi oleu de terebentină 60 gr., studiind arterele unei placente şi vasele noilor născuţi. (cadavre). *Zchakaja* pentru a evidenţia circulaţia vasculară osoasă, a injectat în artera popliteie a extremităţilor preparate, Mennige, Oleu de parafină şi terebentină în raport de 1 : 0,75 : 3. S'au mai folosit sărurile de brom, iod, bismut, bariu şi thoriu.

Pe viu, injecţiile intraarteriale au început odată cu introducerea lipiodolului în practică, în anul 1922; Hirsch a recurs în 1923, la iodur de stronţiu.

Pentru arteriografia membrelor, se recomandă o serie de subst. opace ca: iodur de sodiu ce e foarte dureros şi nociv asupra endoteliului vascular. Uroselectanul şi Abrodilul sunt de asemeni întrucâtva dureroase şi pot da tromboze. Umbrenalul şi Tordiolul (săruri de thoriu) dau embolii prin precipitarea sângelui. Thorotrastul e nedureros, neiritant pentru epidoteliul vascular şi nu dă embolii. Egalează în opacitate soluţia de iodur de sodiu 30% şi de abrodil 50%.

Această metodă caută să pue în evidenţă ocluziile vaselor periferice, să stabilească calibrul arterial, să deceleze embolia arterială, să facă diagnosticul diferenţial între arterio-scleroză şi endarterită, etc.

Technica constă în puncţionarea arterei respective prin piele. Printr'o butonieră cutaneo-fasială, se caută pulsaţia arterei, apoi se puncţionează. Injecţia e recomandabil a se face cu un dis-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pozitiv ce permite regularea presiunei. Astfel Dos Santos şi P. Caldas întrebuinţând therotrastul, recomandă punctionarea femuralei cu un ac 10/10 mm. şi presiunea să fie de 2 kgr., 20 cmc. pentru coapsă şi genuchi, 30 cmc. pentru gambă şi picior. Punctionarea subclavicularei se face cu ac de 9/10 mm., presiune de 1,5 kgr., şi 15 cmc. lichid pentru umăr şi braţ, etc.

Injecţia se face rapid şi radiografia instantaneie.

Encefalografia arterială e introdusă în practică în 1927 de Monniz. Se face punctionând carotida internă, după ce a fost descoperită chirurgical şi cu o pensă se face ligatura ei provizorie, după care se injectează 5—6 cmc. dintr'o soluţie de iodur de sodiu 25%, rapid; radiografie imediată şi instantaneie, iar în timpul expunerei se continuă injectarea subst. opace. Se scoate apoi pensa.

Ca substanţe de contrast s'au folosit: Bromur de strontium ori de lithium 70—100%, iodur de lithium 50—100%, iodur de sodiu sau potasă 50—150%; mai recent Thorotrastul (dioxid de thorium stabilizat) 8—10 cmc.

Aortografia e aplicată în 1929 pentru prima oară de *Reynaldo Dos Santos* şi *Caldas*. Permite punerea în evidenţă a circulaţiei arteriale organelor vecine, ca de exemplu arterele renale, etc. Injecţia se face punctionând aorta pe calea pesterioară la nivelul dorsalei a XII-a sau lombara a II-a, cu un ac lung de 12 cm., ce atinge marginea stângă a corpului vertebral şi străbate în aortă; se vede eşind un jet ritmic de sânge, se adaptează imediat dispozitivul cu subst. opacă şi se injectează 15 cmc. de lichid, iar în timpul radiografiei alte 5 cmc. Totul se face sub anestezia generală sau splachnică. Spre a evita difuzarea prea rapidă a substanţei opace se aplică la rădăcina membrelor 2 bande Esmarch.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca substanţe de contrast s'a folosit lipiodolul, dar produce embolii arteriolare şi capilare; soluţia de iodur de sodiu prin stagnarea într'un vas, poate da o gangrenă prin reacţie endarterială; abrodilul e bun dar tot e iritant pentru epiteliul vascular; mai recent a intrat în uz Thorotrastul care a dat foarte bune rezultate.

LITERATURA: Schintz: Lebruch der Röntgen-Diagnostik, Edit. Thiemme 1929; **Emile Sergent:** La Tuberculose, Edit. Maloine 1926; **Sergent** et **Cottenot:** L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire après injection intra-trachéal de lipiodol, Journal de Radiologie vol. 7; **Forestier** şi **Leroux:** Les injections intratrachéales d'huile iodée appliquées à l'arbre broncho-pulmonaire; **Duval:** L'insuflation de l'estomac en radiologie clinique, Presse Medicale 50/1932; **Schittenhelm:** Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Springer 1924; **Krause** şi **Schilling:** Die Röntgenologischen Untersuchungsmethoden zur Darstellung des Magendarmkanale mit besonderer Berucksichtigung der Kontrastmittel, Fort. a. d. g. d. Röntgenstrahlen Bd. 20; **Gilbert** et **Kadruka:** L'examen de la muquese des voies digestives au moyen de l'umbrathor, Bull. et Mem. d. l. Soc. D. Radiologie Française 177/1931; **Réné Gutmann, Nemours:** Un procédè simple d'étude des plis de la muquese gastrique, Bull. et Mem. d. l. Soc. d. Radiologie F. 181/1931; **Cottenot, Chérigiè,** etc.: Exploration radiologique du tube digestif au moyen de sels de thorium, Bull. et

Mem. 182/1931; **Kalkbrenner:** Uber eine neue röntgenologische untersuchungsmethode des dickdarms Fort. Röntgenstrahlen Bd. 38; **Bluhmann, Frik**, etc.: Eine neue Anwendungsart der Koloide in der Röntgendiagnostik Fort. d. Rtgenstr. Bd. 37; **Hilpert:** Das Pneumo-Relief des Magens, Fort. d. Rtgenstr. Bd. 38; **Teschendorf:** Beitrag zur Reliefdiagnostik des Dicksdarmes, Fort. d. Röntg. Bd. 45; **Sandera:** Kombinierte Kontrastdarstellung des canalis egestorius, F. d. Rtgen. Bd. 45; **Albrecht:** Die Röntgendiagnostik des Verdaungskanals, Thieme 1931; **Kadrnka:** Étude des muqueses digestives par des colloides opaques, Jour. d. Rad. 1931; **Kadrnka:** Un procédè rapide d'exploration radiologique de l'appendice, Presse Medicale 50/1932; **Antonucci:** La cholécistographie rapide, Presse Medicale 50/1932; **Garcin:** La cholécistographie, Jour. d. Rad. 1927; **Dimitriu V.:** Cholecistografia, Teză, 1928, Cluj; **Zollschau:** Die perorale Cholezystographie, Fort. Rtgenstr. Bd. 33; **Kadrnka:** Hepatosplenographie, Journd. Rad. 1931; **Jacobovici, Popolita** şi **Albu:** La sialographie, Presse Med. 1926; **Sialographie,** The Amer. Jour. of Roentgenology 1932; **Bellot** et **Pasteau:** De l'etat actuel des explorations radiologiques pour le diagnostic des affections renales, Jour. d. Rad. 1929; **Gavrilescu:** Pielografia intravenoasă, Spitalul 1931; **Burchard:** Röntgenologischen Nierendiagnostik Fort. Röntgenstr. Bd. 20; **Béclère** et **Porcher:** Premiers resultats de la méthode de Lichtenberg, Bull. et Mem. 1930; **Teposu:** Pielografie în explorarea afecţiunilor renale chirurgicale, Ştiinţele Medicale 1927; **Katz:** Pielografia intravenoasă cu Uroselectanul, Ştiinţele Medicale 1930; **Nemours:** Sur la pyelographie intra-veineuse par l'abrodil, Bull. et Mem. 1931; **Delherm,** etc.: Pneumo-périnephros, Jour. d. Rad. 1922; **Legue,** etc.: Urographies intraveineuse avec le Tenebryl, Bull. et Mem. 1931; **Blanc** et **Negro:** La cystographie, Masson 1926; **Raffo** et **Vallebona:** Quelques remarques a propos de la cystographie, Jour. d. Rad. 1929; **Lebard,** etc.: Urétrographie, Jour. d. Rad. 1928; **Jianu:** Câteva date asupra utero-salpingografiei, Clujul Medical, 1930; **Cl. Béclère:** Permeabilitatea şi obturaţiile tubare, Masson 1929; Idem, Jour. d. Rad. 1929; **Meyer:** Kritishe Besprechung der direkten Kontrastfullung der Harnwege, etc. Zeitsch. f. Urologie 1932; **Mitrea** şi **Jianu:** Lipiodolul în Ginecologie 1930; **Borza:** Uretero-pielografia, teză, Cluj; **Gavrilescu:** Contribuţiuni la studiul splinei, Teză 1929, Cluj; **Mitsutomo Oka:** Lienographie, Fort. d. Rtgenstr. Bd. 40; Idem, Fort. d. Rtgenstr. Bd. 41; **Chavany** et **Zimmern:** Diagnostic et thérapeutique des maladies du sist. nerveux, Masson 1930; **Kosta:** Lipiodiagnosticul sist. nervos, Teză 1928, Cluj; **Haguenau** et **Gally:** Exploration lipiodolée rachimédullaire et cranio-cerebrale, J. d. Rad. 1929; **Halphen** et **Morel Kahn:** De l'emploi du lipiodol en vue du diagnostic radiographique des sinusites maxilaires, Bull. et Mem. 1927; **Mée** et **Bouchet:** La méthode de déplacement ou de **Proetz** dans le diagnostic et le traitement des sinusites, Presse Medicale 1932; **Michaescu:** Examenul radiografic în studiul patologiei căilor lacrimale, Cluj Medical 1925; **Sgalitzer:** Zur diagnostischen Bedeutung von Fistelfüllungen, Fort. a. d. g. d. Röntg. Bd. 41; **Schintz:** Lehrbuch d. Röntgenstrahlen Thieme 1929; **Kaisin:** Insuflare de gaz oxigen în articulaţie, Jour. d. Rad. 1922; **Knoll:** Darstellung von Gelenken mittels Jodipin-Füllungen, Fort. der Röntg. Bd. 43; **Sievers:** Röntgenographie der Gelenke mit Jodipin, Fort. d. Rtgen. Bd. 35; **Mallet:** Pneumo-peritoine artificiel, Jour. d. Rad. 1920; **Mallet** et **Colliez:** Diagnostic radiologique des tumeurs de l'hypocondre gauche, Jour. d. Rad. 1922; **Vogt:** Röntgenuntersu-

Biblioteca Universitară Cluj / Cluj University Library Cluj

chungen über die Arterien der normalen placenta, Fort. d. Röntgen Bd. 21; **Monniz,** etc.: Die Vorzüge des Thorotrast bei arterieller Enzephallographie, Röntgenprix 1932; **Kremser:** Uber ein neues Kontrast mittel (Thorotrast) Röntgenpraxis 1932; **Truchot:** L'artériographie rénale, Bull. et Mem. 1931; **Ratschow:** Uroselektan in der Vasographie, Fort. d. Röntgen. Bd. 42; **Reynaldo dos Santos:** Arteriographie des membres et de l'aorte abdominale, Masson 1932; **Monniz, Dias, Lima:** Radio-artériographie et la topographie cranio-encephalique, Jour. d. Rad. 1928; **Radu Puşcariu:** Contribuţiuni la studiul arteriografiei pe viu, Teză 1932, Cluj.

RÉSUMÉ: Prof. Dr. D. Negru et le Dr. E. Graur.—*Le contraste artificiel dans le radiodiagnostic.*

Les auteurs montrent premièrement le mécanisme de production de l'image radioscopique, due à l'absorbtion des rayons. Cette absorbtion est un phenomène atomique; elle se conforme à la loi de Bragg et Pierce, c'est -à- dire est proportionnelle au quadruple du nombre atomique, au cube de la longueur d'onde (λ^3), à la densité et enfin à l'epaisseur de la région. Au corps humain l'on peut reconnaître 4 degrés d'absorbtion: 1) les os; 2) les cartilages, les muscles, les liquides; 3) les graisses; 4) l'air et les gaz.

Pour différencier les parties molles il faut introduire artificiellement des substances de contraste, qui doivent avoir une absorbtion beaucoup plus grande ou beaucoup plus petite que celle des parties molles (par exemple: le barium, l'iode—le lipiodol, le bismuth, l'air, l'oxigène). La clarté de l'image depend du contraste d'absorbtion pour les différents éléments d'une région. La clarté se définit par la formule: la clarté$=\frac{I-I'}{I}$, dans la quelle I représente l'intensité des rayons après avoir traversé un corps A inclus dans un corps B, et I' représente l'intensité des rayons ayant traversé le corps A plus le corps B. La formule montre qu'il est indifférent si le corps de contraste est plus absorbant que celui-là qui l'enferme, car au numérateur l'on deduit toujours le quotient moindre du plus grand. Théoriquement la clarté ne dépend pas de la profondeur, où se trouve le corps de contraste; mais dans la pratique intervient la déformation de l'image du corps situé loin de la plaque, ce qui diminue la clarté.

Les auteurs passent après à la description des moyens usités dans la pratique, pour l'exploration avec ces substances de contraste dans 1) L'appareil respiratoir; 2) le tube digestif; 3) la sialographie; 4) le foie et la vesicule biliaire; 5) l'appareil urinaire; 6) l'histero-salpingographie; 7) la rate; 8) le système nerveux central; 9) les sinus; 10) les voies lacrimales; 11) le pneumo-peritoine artificiel; 12) l'examen des articulations avec des substances de contraste; 13) les trajets fistuleux; 14) l'arteriographie.

En général dans ce travail les auteurs présentent succinctement l'hystorique de l'introduction de ce récent moyen de diagnostic; ils décrivent les méthodes preconisées, les indications et les contreindications, en montrant en même temps d'après leur riche expérience la méthode préférable.

RIASSUNTO: Prof. dott. D. Negru — dott. Emilio St. Graur — *Il contrasto artificiale in diagnostica radiologica.*

Gli A.A. incominciano col dimostrare il meccanismo di produzione dell'immagine radiologica, dovuta all'assorbimento dei raggi. Questo assorbimento è un fenomeno atomico; esso avviene secondo la legge di Bragg e Pierce essendo cioè direttamente proporzionale col numero atomico elevato alla qaarta potenza, col

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cubo della lunghezza d'onda (λ^3), colla densità e infine collo spessore della regione. Nel corpo umano è possibile distinguere schematicamente quattro gradi d'assorbimento: 1) ossa; 2) cartilogini, muscoli, liquidi; 3) grassi; 4) aria e gas.

Per distinguere tra loro le parti molli occarre quindi introdurre artificialmente delle sostanze di contrasto le quali debbono esser dottate d'un assobimento sia molto maggiore, sia molto minore delle parti molli (per es. il borio, l'jodio — lipiodol — il bismuto, l'aria, l'ossigeno, ecc.). E' dal diverso assorbimento nei varî elementi d'una regione che dipende la chiarezza dell'immagine.

Essa è indicata dalla formula: chiarezza $= \frac{I-I'}{I}$, nella quale I rappresenta l'intensità dei raggi dopo che essi hanno attraversato un corpo A racchiusso in un altro B e I' indica la loro intensità dopo che essi hanno attraversato insieme il corpo A e B. La formula dimostra che è indifferente che il corpo di contrasto sio più o meno assorbente del corpo che lo racchiude, detraendosi sempre nel dividendo il quoziente minore dal quoziente maggiore. Teoricamente la chiarezza non dipende dalla profondità ove trovasi il corpo di contrasto; in pratica però avviene la deformazione dell'immagine del corpo trovantesi lontano dalla lastra sensibile, cosa che è a danno della chiarezza.

Gli A. A. passano poi a descrivere i metodi adoperati in pratica per l'esplorazione mediante toli sostanze: 1) dell' apparato respiratorio; 2) del canale digestivo; 3) la scialografia; 4) del fegato e della cistifellea; 5) dell' apparato urinario; 6) l'isterosalpingografia: 7) della milza; 8) del sistema nervoso centrale; 9) dei seni; 10) delle vie lagrimali; 11) il pneumo-peritoneo artificiale; 12) l'esame delle articolazioni: 13) i tragitti fistolosi; 14) l'arteriografia.

Nel presente lavoro gli A.A. fanno dunque brevemente la storia dell' introduzione di questo nuovo mezzo d'indagine diagnostica, descrivono i metodi proposti, le indicazioni e le controindicazioni indicando nello stesso tempo il metoda da preferire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dott. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. Dr. D. Negru u. Dr. Emil St. Graur. — *Der künstliche Kontrast der Radiodiagnose.*

Die Verfasser zeigen uns zuerst den Mechanismus der Erzeugung des radiologischen Bildes, dank der Strahlenabsorption. Diese Absorption ist ein atomistisches Phänomen; sie findet laut dem Gesetze von Bragg und Pierce statt, sie steht nämlick im selben Verhältniss zur vierten Kraft der atomistischen Zahl, zur Kubenzahl der Welle, zur Dichte und schliesslich zur Dicke der Schichten. Im menschlichen Körper kann man schematisch vier Stufen der Aufsaugung (Absorption) unterscheiden: 1) Knochen; 2) Knorpel, Muskel, Flüssigkeiten; 3) Fette; 4) Luft und Gase.

Um die weichen Teile zwischen ihnen unterscheiden zu können, müssen wir daher künstlich Kontrastsubstanzen einführen welche entweder eine viel grössere, oder eine kleinere Absorption haben müssen, als die weichen Teile (Z. B. Barium, Jod (lipiodol) Bismuth, Luft, Sauerstoff u. s. w). Von dem Kontrast der Absorption in den verschiedenen Elementen einer Region (Gegend) hängt die Klarheit des Bildes ab. Die Klarheit wird bestimmt durch die Formel:

Klarheit$=\frac{I - I'}{I}$, I stellt die Dichte der Strahlen nach ihrem Eindringen in Körper A eingeschlossen in Körper B, und I' die Dichte der Strahlen nach dem Eindringen in Körper A plus Körper B dar. Die Formel zeigt, dass es gleichgültig ist, ob der Kontrastkörper mehr oder weniger Absorptions fähig ist, als der, der ihn umgibt, denn beim Zähler zieht mann immer die kleinere Anzahl von der grösseren ab. Theoretisch hängt die Klarheit nicht von der Tiefe des gestellten

Körpers ab, in der Praxis dagegen tritt eine Verunstaltung des Bildes ein, wenn die Gestalt von der Platte zu weit entfernt ist, was eine verminderte Klarheit zur Folge hat.

Die Verfasser gehen dann zur Beschreibung der in Gebrauch stehenden Mittel für die Forschung: 1) des Atmungsapparates, 2) des Verdauungskanals, 3) der Sialographie, 4) der Leber und Gallenblase, 5) des Harnapparates, 6) der Histero-Salpingographie, 7) der Milz, 8) des Zentralnervensystems, 9) der Sinuse, 10) Tränenwege, 11) des künstlichen Pneumo-Peritoneus, 12) der Prüfüng der Gelenke mit Kontrasten, 13) der Fistelwege und, 14) der Arteriographie, mit Hilfe dieser Kontrastsubstanzen, über.

Im allgemeinen zeigen uns die Verfasser in der vorliegenden Arbeit im kurzem die Geschichte der Einführung dieser neuen Mittel der Diagnose, beschreiben die vorausgesagten Methoden sowie die für-und wider-Indikationen, und zeigen gleichzeitig die am meisten vorzuziehende Methode.

M. Mandler.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obezitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS
18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR—BUCUREŞTI 4
Strada Mecet No. 8.

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10 cc de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* ANÉMIES (Carnot)

B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval:*
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANEMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

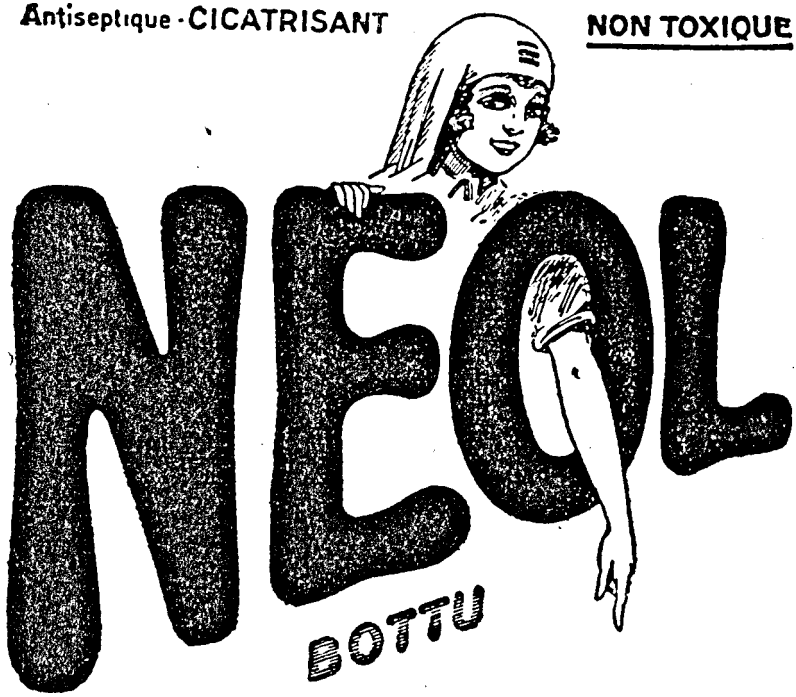
97 RUE DE VAUGIRARD, PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antiseptique - CICATRISANT

NON TOXIQUE



guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1/5) est utilisée journellement
dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 117 Rue Notre Dame des Champs — PARIS.
Agent pour la Roumanie : Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UN SGOMOT HIDRO-AERIC PLEURAL PROVOCAT: CLOCOTUL SAU GARGUIMENTUL PLEURAL

de

Dr GABRIEL CARTUŢA

Sanatoriul Leamna-Dolj

In hidro-pneumotorax sgomotele ascultatorii caracteristice, spre a fi auzite, trebuesc mai toate în prealabil provocate. Atât *sucusiunea hipocratică*, cât şi *glu-glu-ul lui Variot* nu se produc decât imprimând pacientului mişcări brusce: excepţie face *sgomotul de fistulă al lui Riegel*, care se produce spontan.

Extrăgând lichide pleurale cu aparatul lui Potain, am constatat că cu acest aparat aspirator se provoacă în lichidele pleurale însoţite de pneumotorax (hidro şi pyo-pneumotorax al marei cavităţi pleurale) *un sgomot, care nu se produce în cazurile când este prezent numai lichidul şi lipseşte aerul.* Cum nu avem cunoştinţă că acest sgomot ar fi menţionat până în prezent în literatură, credem că menţionarea şi descrierea lui nu va fi fără interes.

Pentru a-l produce, puncţionăm pleura cu trocarul sau cu un ac de pneumotorax în plin lichid şi, după technica obicinuită a aparatului Potain se aspiră lichidul. Cât timp se aspiră lichidul nu se aude nici un sgomot. De îndată ce limita superioară a lichidului a ajuns la nivelul orificiului trocarului aflat în pleură, încât acesta pluteşte între lichid şi aer pe suprafaţa lichidului pleural, se produce sgomot.

Odată cu apariţia sgomotului, lichidul aspirat care curgea până atunci în flacon într'o coloană regulată, începe să curgă în picături din ce în ce mai rare, mai mult sau mai puţin spumoase. Sgomotul se aude dela distanţă şi îl percep toţi cei din jurul bolnavului. Bolnavul însuşi îl aude şi are senzaţia uneori de uşoare mişcări intrapleurale. Sgomotul apare sau dispare, după cum pleura se află în comunicaţie cu vidul din flacon sau se interceptează această comunicaţie, învârtind robinetul dinspre pleură al flaconului.

Sgomotul este comparabil cu clocotul apei care fierbe într'un vas sau cu garguimentele pulmonare. Dă senzaţia auditivă de formaţie de bule mari şi mijlocii, numeroase, care sunt absorbite

odată cu aerul prin orificiul trocarului. Timbrul metalic al sgomotului este puţin manifest. Tonalitatea sgomotului variază: cu un trocar subţire şi când suprafaţa lichidului în contact cu aerul pleural este mică, se obţine un sgomot de tonalitate ridicată şi se obţine o tonalitate joasă cu un trocar gros şi la o suprafaţă întinsă a lichidului.

Această variabilitate a tonalităţii sgomotului dă şi explicaţia producerii lui. Orificiul trocarului fiind numai în parte în lichid, iar partea cealaltă în contact cu pneumotoraxul, vidul flaconului aspiră în acelaş timp şi lichid şi aer; atunci se produce la suprafaţa lichidului un fel de vârtej cu formare de bule, care tinde să pătrundă în orificiul trocarului. Tonalitatea ridicată sau joasă o iea sgomotul după cantitatea de aer pe care o permite calibrul trocarului şi după volumul pneumotoraxului care formează o casă de rezonanţă şi care este în raport de obiceiu cu suprafaţa lichidului.

Insemnătatea sgomotului constă în aceea că este patognomonic pentru hidro şi pyo-pneumotorax şi că furnizează unele date clinice:

1) *Sgomotul este caracteristic şi patognomonic, producându-se cu oricât de mică cantitate de gaz.* Se pot ivi cazuri în care cantitatea lichidului să şteargă orice semn clinic de pneumotorax, chiar sucusiunea hipocratică să lipsească, sau nebănuind existenţa pneumotoraxului să omitem căutarea sucusiunii. In acest sens dăm observaţia aceasta succintă:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERV. — Grossu I. de 22 ani, soldat, domiciliat în Craiova, intră în Sanatoriul de Tbc. Leamna, pentru tuse şi expectoraţie fetidă şi abundentă. Bolnavul spune că are această stare de un an, fără început brusc şi că a fost recrutat în această stare, ceeace este de crezut, având în vedere scleroza pleuro pulmonară constatată radiologic. Agravându-i-se starea, a fost internat într'un spital militar, de unde i s'a dat concediu fără vre-un tratament. Prezentându-se la un dispensar din Craiova şi prezentând actele că este în concediu bolnav de tuberculoză, medicul îl internează în sanatoriu fără a-l mai consulta. Bolnavul este de constituţie mediocră, are poftă de mâncare, nu febricitează şi nu are junghiu. Are dese accese de tusă, adevărate quinte, în timpul cărora expectorează mult, o expectoraţie purulentă şi fetidă; mirosul ei insuportabil răspândit în cameră face necesară izolarea lui. Percuţia dă o matitate absolută la baza dreaptă până sub axilă şi sub claviculă. La ascultaţie murmurul vezicular mult diminuat, nu însă abolit. Raluri umede groase, rare se aud la acest nivel în profunzime. Pulmonul stâng nimic deosebit. Radioscopia arată o opacitate în hemitoracele drept, limitată înăuntru de linia mamară, iar în sus de clavicula dr. Limita superioară este o linie orizontală. Imprimând mişcări brusce bolnavului, linia orizontală a opacităţii nu onduleazǎ. După acest aspect la ecran, încercând producerea sucusiunii hipocratice, o găsim absentă. Koch în spută negativ în trei rânduri. Face impresia unei pleurezii închistate. Se extrage cu aparatul Potain — pleura parietală foarte îngroşată fiind cu greu străbătută de trocar — 700 gr. puroi gălbui şi fetid. La sfârşitul acestei operaţii se

aude sgomotul descris mai sus şi care are o tonalitate ridicată. La ecran în urma punctiei se vede o zonă redusă în formă de triunghiu deformat — pneumotoraxul — iar pleura viscerală şi ţesutul pulmonar subjacent îi formează un contur opac de grosimea unui deget. După extracţie quintele de tusă şi expectoraţia au încetat, revenind însă după 8 zile, când puroiul refăcut ajunge la nivelul fistulei pleuro-pulmonare prin care pătrunde în bronchii.

Sgomotul acesta deci s'a produs în lipsa sucusiunii hipocratice, dându-ne certitudinea existenţii pneumotoraxului alături de lichid, ceeace ne făcuse să bănuim limita superioară a opacităţii la ecran care era orizontală, celelalte semne lipsind.

2) *Tonalitatea ridicată sau joasă a sgomotului,* — ţinând seamă şi de calibrul trocarului, — *poate da indicii asupra volumului pneumotoraxului,* arătând deci gradul de comprimare al pulmonului de către aerul pleural rămas, în lipsa radioscopiei.

3) Apărând în momentul când lichidul pleural a ajuns la nivelul orificiului trocarului, *constitue un semnal de alarmă, după care aspiraţia trebue oprită,* altfel urmând să extragem gazul (în hidro-pneumotoraxul terapeutic).

4) *Indică nivelul la care se află lichidul rămas,* deci şi cantitatea acestuia.

RÉSUMÉ: Dr. G. Cartutza. — *Un bruit hydro-aérique pleural: le gargouillement pleural.*

En extrayant des liquides pleuraux avec l'appareil de Potain, l'auteur a constaté que dans les pleurésies liquides accompagnées d'air se produit un bruit caractéristique, qui indique justement la présence de l'air, donc l'existence d'un hydro ou pyopneumotorax.

Le bruit se produit au moment lorsque sous l'influence de l'aspiration le niveau supérieur du liquide est arrivé à l'endroit du trocar, donc au moment lorsque le liquide melangé avec de l'air pénètre dans le trocar.

La naissance de ce bruit denonce donc la présence de l'air (d'où son utilité dans les cas lorsque par les moyens habituels d'investigation la présence de l'air serait passé inaperçue), il indique le niveau au quel est arrivé le liquide et peut même constituer un signal l'alarme, dans le sens que l'aspiration doit être arrêtée afin de ne pas sortir aussi l'air qui a son rôle de s'opposer à la production des phénomènes de decompression.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RIASSUNTO: Dott. Gabriel Cartuta: *Un rumore pleurico idro-aereo: il gorgoglio pleurico.*

Estraendo del liquido pleurico mediante l' apparecchio di Potain, l' A. ha potuto rilevare il provocarsi nei liquidi accompagnati da arie di un rumore caratteristico il quale indico appunto la presenza del gas e quindi l' esistenza d' un idro o pio-pneumotorace.

Il rumore insorge nell' attimo in cui sotto l'influenza del vuoto esistente nel recipiente il livello superiore del liquido è arrivato in corrispondenza dell' orificio del trequarti e quindi nell' attimo quando nel trequarti penetra del liquido commisto od ario.

Le 'insorgenza del detto fenomeno ci rende avvertiti della presenza dell' aria, indico il livello ove è giunto il liquido e può costituire un segnale d' allarme

indicando la necessità di arrestare l' estrazione per non svuotare anche l' aria contenuta nel sacco pleurico che ha l' ufficio di opporsi all' insorgenza dei fenomeni di decompressione.

dott. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Gabriel Cartuţa: *Ein hydro-aerisches Rippenfellgeräusch, sein Wallen und pleuritisches Glucksen.*

Beim Entnehmen der Rippenfellflüssigkeit mit dem Potain' schen Apparat, hat der Verfasser festgestellt, dass man mit diesem Apparat in den von Luft begleiteten Flüssigkeiten, ein charakteristisches Geräusch hervorruft, welches eben das Vorhandensein von Luft anzeigt, also das Bestehen eines hydro-oder pyo Pneumotoraxes.

Das Geräusch wird in dem Augenblick hervorgerufen, wenn das obere Niveau der Flüssigkeit, durch den Einfluss der Leere im Fläschen, genau bei der Mündung des Trokarts angelangt ist, also im Augenblick wenn die Flüssigkeit mit dem Wasser vermischt im Trokart eindringt.

Die Vollziehung dieses Phänomens weist also auf das Vorhandensein der Luft hin, zeigt das Niveau von die Flüssigkeit ankam an und kann vielleicht als Warnungszeichen gelten, indem Sinne, dass man die Ansaugung (Aspiration) unterbreche, um nicht auch die Luft aus der Pleura zu entziehen, welche ihre Aufgabe hat sich der Erzeugung der Dekompressionsphänomene zu widersetzen.

M. Mandler.

ATOLYSAN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIŢIE.

Acest complex cuprinde DIFERIŢI URICOLITICI asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de THEOBROMINĂ ceea ce măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antisepsia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor artritismului.

PREVENTIV ŞI CURATIV.

INDICAŢIUNI.

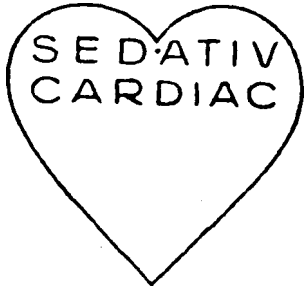
Gută — Reumatism — Artritism.

DOZE.

Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură Drogueria „Standard" 2 Str. Zorilor, Bucureşti.

SPASMOSÉDINE



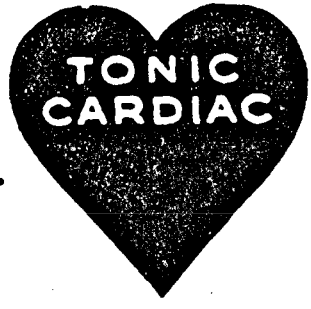
Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q. s.

2—4 compr. glutinizate pe zi înaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitaţii, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertije, ameţeli). **Algii precordiale şi Angină pectorală** (tratament preventiv).

DIGIBAINE

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Asociaţiune Digitalină-Ouabaină.

Doze mijlocii 20-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficienţă cardiacă dreaptă şi mai ales stângă. Cardiopathii valvulare în perioada decompensaţiunei. Miocardite toxice sau infecţioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGECO S. A. Bucureşti, calea Victoriei No. 29.

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL

SIFILISULUI

PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUŢIUNE APOASĂ COLOIDALĂ

MULT MAI PREFERABILĂ SOLUŢIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX
18 AVENUE HOCHE, PARIS

TRATAMENTUL SPECIFIC AL

PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAŢIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, terapeutica cea mai raţională şi cea mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul paludismului, complicaţiilor şi consecinţelor sale

In pilule şi în fiole pentru injecţiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura şi eşantioane medicale la reprezentantul general pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, Bucureşti IV.

Spitalul Militar al Corpului 3 Armată Chişinău
Serviciul Chirurgical.

UN PROCEDEU PERSONAL PENTRU TRATAMENTUL FISTULELOR SALIVARE PAROTIDIENE POSTERIOARE (retromaxiliare) APLICAT IN DOUA CAZURI CLINICE

de

Dr. C. STAMATIU
Chirurg Şef.

Fistulele salivare în general şi cele ale parotidei în special, constituesc o infirmitate desagreabilă — datorită neîncetatei prelingeri de lichid pe faţă şi pe gât, mai ales în timpul meselor.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Bolnavul se simte jenat de infirmitatea lui şi ne cere ajutorul ca să-l debarasăm pentru totdeauna. Chestiunea care ni se pune este ca tratamentul pe care-l vom institui să aducă o vindecare sigură şi definitivă. Procedeele sunt multe de încercat, diferând după sediul fistulei.

Obicinuit se descriu două feluri de fistule parotidiene: anterioare cari în majoritatea cazurilor sunt datorite unei fistule a canalului Stenon şi posterioare cari sunt fistule ale canaliculelor excretorii.

Şi unele şi altele au procedee comune de tratament, dar aceste din urmă se bucură de un procedeu imaginat de mine şi aplicat în două cazuri din serviciu, procedeu pe atât de simplu, cât şi eficace.

Mai înainte însă vreau să amintesc numai că aceste fistule sunt consecutive unor plăgi fie accidentale, fie chirurgicale, sau unui abces sau gomă sifilitică sau nu importă ce afecţiune care a produs o pierdere de substanţă în glandă şi canalele excretorii şi consecutiv o continuitate anormală între acestea şi tegument, tradusă printr'un traect fistulos şi orificiu. Sediul orificiului variază, aspectul lui însă e acelaş, mic, umed, cu puţine cruste în jur, cu eritem al tegumentelor. Din ele se scurge fie un lichid clar, fie opalescent sau chiar purulent. Cantitatea este mică în timpul repaosului, este abundentă şi jenantă în timpul meselor.

Redau pe scurt observaţiile clinice ale cazurilor:

OBSERV. I-a. — Bolnavul A. M. de 22 ani, suferă dela vârsta de 12 ani de o fistulă salivară parotidiană stângă, căpătată în urma incizărei unei tumori în acea regiune. De atunci în continuu se scurge din fistulă un lichid limpede, sirupos, foarte abundent în timpul meselor, care nu a încetat cu toate tratamentele locale încercate de diferiţi medici.

Examinat obiectiv, am constatat că prezintă în regiunea cervicală stângă, înapoia unghiului maxilarului inferior o cicatrice înfundată având în mijlocul ei un mic orificiu punctiform umed, cu tegumentele în jur eritematoase.

Dându-i-se o bucăţică de pâine ca să o mestece, am observat că în timpul masticaţiei începe să se prelingă din abundenţă pe gât o cantitate mare de lichid limpede.

Ţinând seama că procedeele locale încercate au eşuat, am hotărât să-i aplic procedeul profesorului Leriche. In ziua de 19 Martie 1929, sub anestezie locală am descoperit nervul auriculo-temporal stâng şi l'am smuls din profunzimea glandei parotide după indicaţiile date de Leriche, cu scopul ca prin secţionarea acestui nerv secretor al glandei (Cl. Bernard) să ajung la atrofia şi consecutiv la dispariţia secreţiei glandulare.

Am revăzut bolnavul 3 luni dela operaţie, fără să constat nici o diminuare a secreţiei, bolnavul spune din contră, că scurgerea s'a mărit.

Deşi Ch. Lenormant spune că ele se pot închide spontan, totuşi în cazul de faţă, această posibilitate nu s'a realizat.

Am intervenit a doua oară, încercând un procedeu nou şi anume:

Cu ajutorul unui fin fir de setolină introdus prin orificiul fistulei am ajuns secţionând tegumentele orizontal pe o distanţă de 2—3 cm. pe marginea posterioară a parotidei. Am disecat cu atenţiune şi am liberat această porţiune din glandă şi pe sub ea am trecut un fir gros de catgut pe care l'am strâns bine în jurul lobului parotidian care conţinea fistula, am rezecat porţiunea de glandă în afara ligaturei şi am suturat pielea. Reunire per primam, cicatrice estetică, dispariţia fistulei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul revăzut la un an după această operaţie, prezintă o cicatrice fără înfundare, fără urmă de fistulă, estetică.

Vindecarea a fost deci obţinută.

OBSERV. II-a. — Bolnavul B. V. de 21 ani, suferind din copilărie de o fistulă parotidiană retromaxilară stg., în urma unei intervenţiuni chirurgicale empirice (făcută de o babă din satul lui). De atunci i se scurge prin orificiu şi mai ales în timpul meselor, un lichid limpede, iar în timpul nopţei, perna se udă cu acest lichid.

Am încercat şi la el operaţia lui Leriche pe care am executat-o în ziua de 1 Febr. 1930 şi după cinci luni dela operaţie, nu am constatat nici o ameliorare.

Am intervenit a doua oară, făcându-i ligatura lobului parotidian care conţinea fistula canaliculară şi resecţia lui, obţinând vindecarea care persistă, sunt opt luni dela operaţie, — când a fost revăzut.

Cicatricea mică, nu strică estetica regiunei, nu se constată nici o fistulă.

Dacă operaţia lui Leriche este seducătoare ca teorie, practic însă nu dă rezultate întotdeauna, sau mai precis, nu dă rezultate imediate şi sigure cari să mulţumească bolnavul şi medicul.

Leriche, Leclerc şi alţii au comunicat diferite cazuri unde au

obţinut vindecări prin smulgerea n. auriculo-temporal — Kaeso, Henke şi Kleinschmidt au obţinut vindecări prin radioterapie — cea ce arată că aceste fistule au atras atenţia în deajuns a medicilor.

Şi radioterapia ajunge tot la distrugerea glandei, cea ce înseamnă că simplul tratament local al fistulei nu e deajuns.

Operaţia pe care am imaginat-o în aceste două cazuri este benignă, glanda parotidă rămâne intactă — minus porţiunea mică excizată — dă o cicatrice estetică, iar rezultatele obţinute sunt imediate şi definitive.

Nu se aplică însă decât în fistulele glandulare posterioare.

Am publicat aceste rânduri ca să arăt, că uneori fistulele parotidiene sunt rebele la tratament, contrariu părerei lui Ch. Lenormant, care crede că se pot vindeca uneori spontan sau în cel mai rău caz cu uşoare tratamente locale. Din cazurile acestea comunicate, se vede din contră că fistulele n'au cedat nici tratamentelor locale aplicate anterior de alţi medici, incizii, cauterizări, etc. şi nici n'au fost influenţate de operaţia lui Leriche. Singura operaţie pe care o preconizez prin faptul că s'a rezecat, după o ligatură bine făcută, lobul parotidian fistulizat, a dat rezultate imediate şi definitive.

BIBLIOGRAFIE

1). *Brachetto—Brian:* Revista de Cirugia an. V. No. 11 pag. 504—508.
2). *Henke:* Zeitschriit f. Hals, Nasen, Ohrenheilk. 1. X. 1924. pag. 373.
3). *Lecène:* Thérapeutique chirurgicale T. II p. 152.
4). *Leclerc:* La Présse médicale 54, pag. 595 an. 1923.
5). *Lenormant:* Pathologie chirurgicale t. II. pag. 572, ed. Masson 1924.
6). *Leriche:* l'operation de 1914, (Thérapeutique chirurgicale T. II. pag. 152 ed. Masson 1926.
7). *C. Stamatiu:* Comunicare Cerc. Sanitar Militar Chişinău şedinţa din 5. IV. 1931 (vezi Rev. S. M. 11/1931).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Dr. C. Stamatiu — *Un procédé personnel pour le traitement des fistules salivaires postérieures de la glande parotide (rétromaxillaires).*

L'auteur expose les cas cliniques de deux malades qui souffraient depuis 9—10 ans d'une fistule salivaire postérieure parotidienne (rétromaxillaire) traitée sans résultat, autant par incisions, cautérisations, etc. que par le procédé Leriche (L'arrachement du nerf auriculo-temporal).

L'auteur a appliqué dans ces deux cas un procédé personnel, qui consiste dans la ligature et l'excision du lobule parotidien fistulisé, obtenant des résultats définitifs.

Les deux malades revus après 8 à 12 mois depuis l'opération, ont été trouvés guéris.

RIASSUNTO: Dott. C. Stamatiu.—*Un procedimento personale per la cura delle fistole salivari pa rotideee posteriori (retromascellari).*

L'A descrive i casi clinici di duc pazienti portatori sino dall' infazia (dai 9—10 ani) din fistola salivare parotidea posteriore (retromascellare) trattata senza

nessun risultato tanto con incisioni, mezzi caustici, ecc., quanto, col metodo der Leriche (avulsione del nervo auricolo-temporale). L'A. ha messo in opera in questi due casi un suo procedimento proprio consistente nella allaciatura e nell'asportazone del lobo parotideo fistolizzato, ottenendo così dei risultati definitivi.

Entrambi i pazienti seno stati riveduti a distanza di 8—12 mesi dall' intervento, accertandone l'ottimo risultato.

dott. Giuseppe Lax.

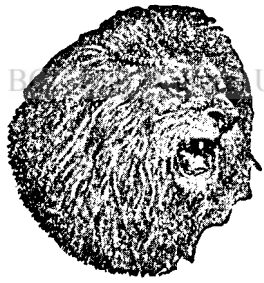
ZUSAMMENFASSUNG: Dr. C. Stamatiu — *Ein persönliches Verahren zür Behandlung der rückwärtigen Ohrspeichelfisteln (retromaxilare).*

Der Verfasser beschreibt die klinische Fälle zweier Kranken, welche schon in der Kindheit (von 9—10 Jahren) an rückwärtigen Ohrspeichelfisteln erfolglos behandelt trotz Einschnitten, Ätzen u. s. v. und dem Verfahren Dr. Leriche's (Entnahme der auriculotemporalen Nerven).

Der Verfasser hat diesen beiden Fällen ein eigenes Verfahren, welches aus der Unterbindung und dem Ausschneiden der fistulösen Ohrspeichellappen besteht und endgültige Resultate zeigte, hinzugefügt.

Beide Kranke wurden nach 8—10 Monate von der Operation geheilt wiedergesehen.

M. Mandler.



SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

Două produse cu efect sigur pentru combaterea Anemiei

Chlorosei, Cachexiei, Debilităţei, Lipsei poftei de mâncare

HEMOFER

Compoziţia:

HEMOGLOBINA,
OXYHEMOGLOBINA,

cu toţi componenţii sângelui sănătos, sub forma coloidală.

Lichid cu gust plăcut

Doza zilnică: { Ptr. adulţi 2—4 linguri / Ptr. copii 2—4 linguriţe

Preţul ptr. public flacon orig. 250 gr. **Lei 105**

PHYTINASE

Compoziţia:

PHYTIN, FER, ARSEN,
CHININ, STRYCHNIN,

în comprimate mici

Doza:

Pentru adulţi 3 — 5 pe zi
„ copii 1 — 3 „ „

Preţul pentru public
tub original cu 40 compr. **Lei 95**

Incurajarea industriei naţionale este un interes social şi naţional

GYNECON

Ovule vaginale glicero-gelatinate

Preţul pentru public cutii orig. cu 6 ovule

Icthyol o.5o	75.—	Natr. Iodat o,25	95.—
Thygenol o.5o	85.—	„ „ o,5o	1o5.—
Pratargol 5%	8o.—	Argyrol o,25	115.—
„ 1o%	95.—	„ o,5o	16o.—
Argonin o.25	95.—		

Indicaţiuni: *Vaginite, Metrite, Ulceraţiuni ale colului şi toate afecţiunile ginecologice*

Doza: *Se introduce un ovul cât mai profund în cavitatea vaginală până la colul uterin după care se aplică un tampon*

Laboratorul Dr. AL. ITEANU, Bucureşti I, Str. Vasile Lascar No. 5 şi 7

LUBROÏL

PARFUM CHIMIC PUR AROMATIZAT

Laxativ inasimilabil în tratamentul

Constipaţiilor rebele, Colitelor Mucomembranoase

Doza zilnică:

Pentru adulţi 1—2 linguri
„ copii 1—2 linguriţe

Preţul pentru public **Lei 80.**

VALOFLORIN

Lichid cu gust plăcut

Principii activi: Crategus, Passiflora, Guarana şi Valeriana.

INDICAŢIUNI: Stările de anxietate, depresiune, excitaţie psihică atât în pubertate cât şi la menopauză, în turburările de circulaţie, ameţeli, dureri de cap, călduri, sufocaţiuni şi palpitaţiuni nervoase, transpiraţiuni nervoase, turburări nervoase de menopauză, stări melancolice, insomnie, et .

Doza:

Două linguriţe pe zi, dimineaţa şi la ora 4 p. m.

Preţul pentru public: LEI 100

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GYNERGÈNE

„SANDOZ"

Tartrat de Ergotamină cristalizat (Stoll)

Medicaţiune Ergotinică cu efect sigur.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gynergène-ul e te un medicament absolut pur din punct de vedere chimic, stabil la infinit şi în consecinţă, având un efect constant şi sigur poate fi administrat în doze riguros precise.

In caz de urgenţă, gynergène-ul injectat sub piele, în ţesutul muscular, sau în sânge, are o eficacitate constantă şi energică.

Gynergène-ul nu prezintă culoarea şi mirosul respingător al preparatelor ergotinice obicinuite. Soluţiile sale sunt perfect de limpezi şi injecţiile subcutante cu aceste soluţii sunt indolore şi nu dau naştere la nici o complicaţie locală.

Comprimate	Picături	Fiole
3—4, rare ori 6, pe zi.	XV—XXX, de 2 ori pe zi (rare ori de 3 ori).	0,50—1 cc, pe zi.

Depozitul la Bucureşti: DROGUERIA D. NESTOR, Str. Şepcari 6

Depozitul la Cluj: DROGUERIA „ROYAL", Piaţa Unirii 26.

Literatură şi probe prin:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse).

CHLOROMUL ORBITEI

de

Docent Dr. NICOLAE BLATT

Tumoarea aceasta, curios colorată cu o nuanță verde-gălbui, proliferează din țesutul periostic în imediata vecinătate; dar în acelaș timp găsim asemenea proliferațiuni și în diferite alte locuri ale organismului, mai ales în oasele craniului și chiar și în alte oase.

Ea poate pătrunde atât în nerv cât și în măduva spinărei. Simptomele care se asociază acestei tumori sunt: febra, diathesa hemoragică și schimbări în composiția sângeiui.

Naegeli, diferențiază două forme ale acestei tumori și anume: forma myeloidă (chloromyelosarcomatosă) și forma lymfatică (chlorolymphosarcomatosă).

Din punct de vedere clinic amândouă formele sunt identice; ele diferă numai prin composiția sângelui și prin aspectul hystologic.

Ceia ce este caracteristic pentru ambele forme e culoarea verde a țesutului care se pierde repede în contact cu aerul.

Hystopatogenesa și etiologia Chloromului nu este nici până azi clarificată. Unii autori sunt de părere că această tumoare curioasă nu este altceva decât un simptom circumscris al unei boale generalizate, o formă biologic deviată a leucemiei; ceilalți nu împărtășesc această opiniune și cred mai degrabă că Chloromul face parte din grupa tumorilor sarcomatoase.

Clarificarea din punct de vedere patologic-clinic a Chloromului este cu atât mai grea, cu cât aceste casuri sunt din fericire extraordinar de rare.

Pentru a ne da seama de raritatea casurilor de Chlorom, ne putem referi la darea de seamă făcută de *Malkin*, care arată că în Clinica Oculistică Universitară din Saratow s'a aflat la 100.000 de bolnavi de ochi 0,03 % cu tumori orbitale și numai un singur caz de Chlorom al orbitei. *Marzio* cercetând literatura a găsit până la 1922 numai 93 de cazuri de Chlorom din care $^2/_3$ au fost localizate în orbită.

Dela publicația lui *Marzio* am găsit încă în literatură câte un caz de Chlorom al orbitei publicat de *Roberts* (1923), *Redell* (1922) asupra a 4 cazuri, *Ashby-Sellers* (1923), *Barnert* (1924) și *Malkin* (1925).

Malkin a găsit până la 1925 în întreaga literatură medicală

un total de 130 cazuri de Chlorom dintre care în 72 de cazuri a fost atacată orbita. De la această publicaţie am găsit publicat câte un caz de *Cohen* (1928), *Merkuloff* (1928) şi *A. Babeş, M. Cânciulescu, R. Hirsch;**) socotind şi cazul ce prezint astăzi, sunt în total 76 de cazuri cunoscute de Chlorom al orbitei în întreaga literatură mondială.

Cazul ce prezint este singurul ce am aflat la peste 20.000 de pacienţi ce mi-au trecut pe sub mână şi cei 18 ani de activitate oculistică.

Fiecare caz de Chlorom ne ajută să putem clarifica patologia şi clinica tumorilor de ordinul acesta, prin urmare publicaţiunea de faţă este justificată nu numai prin raritatea cazuistică ci mai ales prin această nevoie de clarificare.

Iată cazul observat de mine, a cărui fotografie şi placă radiografică îmi permit a le prezinta.

T. M., fetiţă de 3 ani. Starea pacientei la 14 Ianuarie 1931, a fost următoarea:

Ochiul drept: Exophtalmul mare; pleoapele nu se pot închide peste globul ochiului. Mişcarea ochiului în orice parte este suspendată; bulbul stă uşor dislocat către partea temporală şi în sus. Conjunctiva înroşită; vasele ei sanguine sunt dilatate. Cornea netedă şi strălucitoare dar complect insensibilă Pupila dilatată nu reacţionează nici la lumină nici la acomodaţie. Fundul ochiului fără schimbări, numai papila nervului optic arată oarecare paliditate; vasele retinale sunt absolut normale.

La palparea peste pleoape se simt deasupra şi dedesubtul ochiului masse tumorale cu suprafaţă neregulată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acuitatea vizuală nu se poate examina cu preciziune la copilă, dar faptul că se mişcă normal ne arată o vedere bine susţinută, dealtfel şi părinţii declară că copila vede bine cu acest ochiu. Ochiul stâng: (vezi fotografia) Bulbul eşit din orbită aproape de tot şi se află în mare exophtalm înaintea pleoapelor. El este complect înconjurat de masse tumorale de culoare verzui, în care este complect cufundat.

Massele de tumoare ies prin deschiderea palpebrală, suprafaţa lor neregulată, iar în unele locuri este gangrenoasă şi uşor sanguinolentă. Cornea complect distrusă, iar în locul ei se află un ţesut gangrenos şi supurativ, de culoare brun-cenuşiu.

Intreaga massă a tumoarei împreună cu bulbul are mărimea unui ou de găină şi o consistenţă dură.

Starea generală: In regiunile temporale se află tumori de aceiaşi consistenţă şi de mărimea unui ou de porumbel. Asemenea se află un tumor în regiunea frontală. Alte mici tumori se văd disparat pe cap şi care par că sunt localizate în ţesutul osos; pielea deasupra lor este mobilă.

Copila este desvoltată normal. Pielea şi mucoasele vizibile sunt palide. Glandele submaxilare mărite; starea otologică normală. Starea rinolaringologică nu s'a putut examina din cauza neliniştei copilei; iar părinţii s'au opus unei narcotizări pentru acest scop. Reacţiunea Wassermann şi proba cu tuberculina negativă. Starea plămânilor normală. Respiraţia liniştită; circa 25.

---

*) Dri A. Babeş, M. Cânciulescu şi R. Hirsch: *Consideraţiuni asupra unui caz de Chlorom* — Mişcarea Medicală, No. 4—5 | 1928.

CLOROMUL ORBITEI

NIC. BLATT

Fig. 1.
— Fotografie —

ED. MARVAN
Bucureşti.

SCRISUL ROMÂNESC
Craiova.

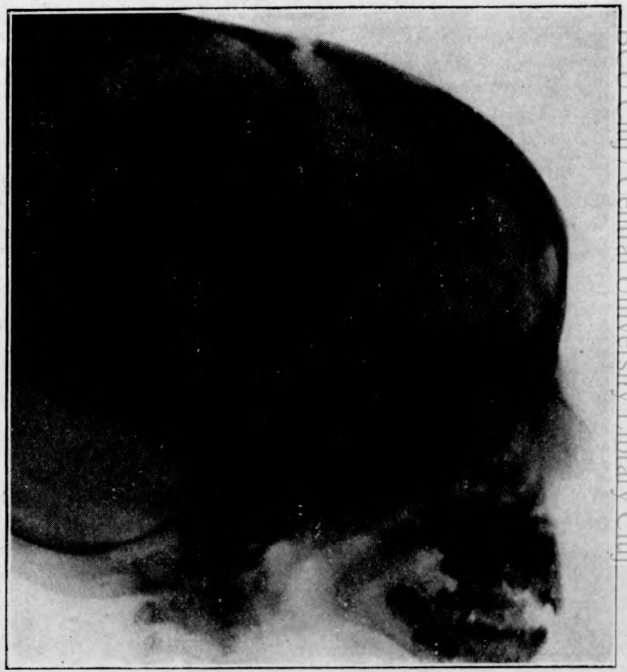


Fig. 2.
Radiogramă de profil.

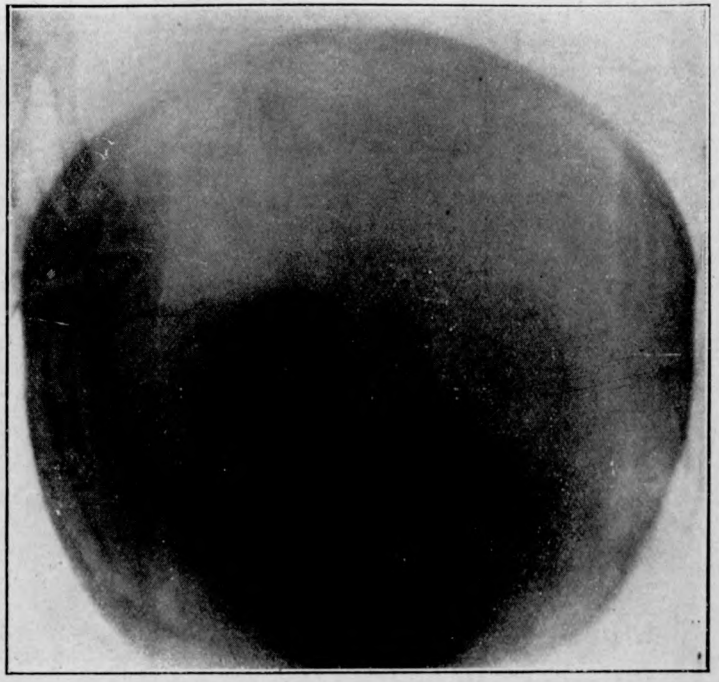


Fig. 3.
Radiogramă de față.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cordul normal, difuz se aude un suflu sistolic. Pulsul ritmic, circa 86. Tensiunea arterială Riva Rocci 120. Abdomenul fără schimbări patologice; ficatul şi splina nu sunt mărite.

In urină nu se găseşte nici albumină nici zahăr. Examenul neurologic arată starea normală, numai din când în când pacienta arată o stare de somnolenţă; nu prezintă nici pareză facială, nici atacuri epileptiforme. Oasele extremităţilor sunt normal desvoltate şi în raport cu vârsta. Temperatura 37° Celsius. Examenul radiologic: placa radiografică ce prezint şi care a fost examinată şi de către Roentgenologul Prof. **Schuller** din Viena şi Profesorul **Thiel** din Berlin ne arată următoarele: Craniul mărit; suturile dilatate, impresiunile digitale mai profunde. Pe osul frontal se văd infiltraţiuni şi excrescente osoase periostale radiale. Se mai constată distrugerea părţei anterioare a corpului sfenoidal, a părţilor posterioare a osului etmoidal, Ala major drept şi a osului zigomatic stâng.

Compoziţia sângelui: Conţinutul de hemoglobină 52%, erithrocite 3.100.000, globule albe 13.000. Din acestea din urmă sunt: leucocite polinucleare conţinând granulaţiuni neutrophile dense 57%; forme metamorfice cu nuclee mari 6%; leucocite mari basophile mononucleare 4%; leucocite eozinophile 3,5%; „Mastzellen" cu granulaţiuni intensiv basophile 1,5%; mielocite mononucleare cu granulaţiuni neutrophile 5%; mielocite eozinophile 1%; mieloblaste 4,5%; limphocite basophile 17,5%.

Rezultatul examenului histologic al unei bucăţele luată pentru biopsie din massa tumorală a ochiului stâng: Suprafaţa tăcturei se prezintă de coloraţiuni verde. Privită sub microscop prezintă o înfăţişare uniform-monotonă. Privită sub microscop cu un obiectiv şi mai mare se văd celule polimorfe îngrămădite unele în altele, toate de mărimea unei globule roşii de sânge. Nucleele celulelor sunt mari, rotunde şi intens colorate. Multe granulaţiuni celulare, care pe alocurea arată o culoare verzuie.

Printre aceste celule polimorfe se văd şi alte celule care au unele caracter de limphocite mici, altele de mieloblaste ori de mielocite.

Celulele sunt aşezate într'o reţea cu găuri foarte largi; pe alocurea această reţea se compune din fibre foarte fine.

Din loc în loc se văd în această reţea despărţituri formate din ţesut fibros, care sunt mai largi şi cari conţin şi vase mai mici; dealtfel se arată în întregul ţesut o vascularizare slabă. Mersul boalei mai departe nu s'a putut urmări fiindcă părinţii luând cunoştinţă de prognosticul defavorabil al boalei, au dus copila acasă la ţară.

După 8 săptămâni, dela examinare s'a prezentat la mine tatăl copilei aducându-mi la cunoştinţă decesul ei. Este regretabil că din cauza depărtării de oraş nu s'a putut face autopsia.

Cazul ce prezint poate fi considerat fără nici o îndoială ca Chlorom, aceasta fiind dovedită atât cu examenul clinic cât şi cu examenul radiologic, cu analiza sângelui şi cu examenul histologic.

Chiar şi din punct de vedere patologic, cazul ce prezint are un interes deosebit prin acea că procesul tumoarei s'a răspândit foarte mult în oasele craniului, că tumoarea a luat naştere în osul sfenoid şi că în acest caz a lipsit orice simptom clinic de o diateză hemoragică atât la organele interne cât şi externe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In simptomatologia Chloromului orbital, este sigur că domnează ca simptom timpuriu exophtalmul, pe care îl găsim în toate cazurile descrise în literatură.

Continuând creşterea tumoarei se prezintă dislocaţia bulbului. Tendinţa de creştere a tumoarei face ca massele tumoarei să apară mai de vreme în deschiderea palpebrală şi să înconjoare ochiul şi să-l distrugă.

Distrugerea conţinutului ochiului se datoreşte pe deoparte turburărilor mecanice, iar pe dealtăparte turburărilor trofice ale bulbului, cauzată prin creşterea tumoarei.

La începutul boalei se pot vedea oftalmoscopic schimbări intraoculare. La cazurile înaintate mai ales examenul radiologic ne poate da o orientare bună despre localizarea şi întinderea tumoarei. La cazurile de Chlorom care iau naştere pe osul sfenoidal sau în cavitatea osului sfenoidal, se constată la examenul radiologic aceleaşi simptome ca la alte tumori ale osului sfenoidal şi cari schimbări au fost precis descrise de către *Schüller*. Aceste schimbări nu sunt modificări ale şelei turceşti, deci sunt modificări structurale ale corpului osului sfenoidal, care se prezintă radiologic cu unele părţi mai mult umbrite iar altele mai puţin a corpului osului sfenoidal; cavitatea osului sfenoidal se prezintă mai umbrită.

Pe lângă examenul radiologic avem încă şi schimbările în compoziţia sângelui, care sunt considerate caracteristice pentru Chlorom, dar totuşi nu de aceeaşi valoare în diagnosticul acestuia ca radiologia.

In general autorii sunt dispuşi a considera Chloromul ca un simptom al unei îmbolnăviri sistematic maligne a aparatului hematopoetic şi în consecinţă, apreciază schimbarea în compoziţia sângelui ca un fapt sine qua non, fără care un Chlorom nu poate lua naştere. După diferitele forme în schimbarea sângelui îl împărţesc în două forme şi anume: *Chloromul mieloid*, dacă schimbarea sângelui are acelaş caracter ca în leucemia mieloidă şi *Chloromul limfatic*, dacă schimbarea sângelui are acelaş caracter ca în leucemia limfatică.

Dacă considerăm întreaga literatură asupra Chloromului de până azi, găsim că în sângele bolnavilor de Chlorom se află nu numai schimbări caracterizând leucemia limfatică ori caracterizând numai leucemia mieloidă, dar în acelaş timp se află, de exemplu, pe lângă limfocite şi mielocite ori mieloblaste, care dovedesc că schimbările la Chlorom n'au caracter pur limfatic sau pur mieloid.

Gravitatea schimbărilor în sânge depinde nu numai de mărimea şi întinderea tumoarei, dar mai cu seamă de localizarea metastazelor şi de tipul de durată al boalei, fiindcă la începutul boalei sângele nu arată încă schimbări patologice.

Trebue să dăm o mare importanţă faptului că în cazurile unde schimbările sângelui au caracter de leucemie limfatică, la autopsie se găsesc metastaze ale tumoarei în glandele limfatice, iar în acele cazuri unde schimbarea sângelui avea caracterul de leucemie mieloidă metastazele se găsesc în oase. E logic că schimbările sângelui se pot considera ca fiind cauzate direct de Chlorom

sau indirect de metastazele lui. La sarcome sunt destule cazuri cunoscute cu astfel de schimbări.

Este încă neclarificat de unde vine culoarea verde a Chloromului, totuşi această culoare este un semn tipic al Chloromului. Tot aşa de neclarificat este şi cauza boalei acesteia.

In cele mai multe cazuri de Chlorom cari au fost observate până acum, a fost vorba de copii mici. Epoca în care această boală este mai frecventă este vârsta de 2—8 ani; foarte rar s'a găsit la indivizi mai în vârstă de 30—40 ani. Peste această vârstă n'a fost descris nici un caz.

Ori de câte ori observăm la copii mici un început de exophtalm, să ne gândim şi la Chlorom, al cărui diagnostic la începutul boalei este foarte greu, fiindcă între altele nici compoziţia sângelui nu-i schimbată. Şi mai greu este diagnosticul la începutul acelor Chlorome, care iau naştere la osul sfenoidal, aşa cum se prezintă cazul ce expun. Singur un examen radiologic ar putea lămuri asemenea cazuri, fiindcă ceea ce este curios este că asemenea tumori ale osului sfenoidal — nu numai Chlorome ci şi alte tumori — nu arată la început nici un simptom general clinic, chiar nici atunci când aceasta a distrus deja o parte din osul sfenoidal şi a înaintat până la şeaua turcească.

Prognosticul Chloromului este precum se poate judeca din cazurile publicate până azi, complect infaust. In toate cazurile a urmat exitul în timp scurt. Toate încercările terapeutice în caz de Chlorome au dat greş şi se pare că toate încercările chiar la cazurile incipiente sunt fără folos. Radioterapia a adus în câteva cazuri la început ameliorări, dar mai apoi foarte curând starea pacienţilor a devenit rea şi a sfârşit cu exitul. In ceea ce priveşte geneza Chloromului pluteşte încă în nesiguranţă, ca şi pathogeneza Leukosarcomatosei. Cum am amintit deja o mare parte din literatura nouă este înclinată a nu considera Chloromul ca o maladie sui generis ci judecând după examenul sângelui şi histologic, Chloromul ar fi, după părerea acestor autori, numai un simptom localizat al unei îmbolnăviri sistematice a aparatului hematopoetic.

Din parte-mi, eu, întreb dacă este justificat să se afirme în mod aşa de categoric că Chloromul este de origine leucemică?

Ca dovadă cea mai evidentă pentru justificarea acestei păreri aceşti autori aruncă argumentul schimbării compoziţiei sângelui. Dar eu am asupra Chloromului aceeaşi părere cum o are *Sternberg* şi alţi autori despre leucosarcomatosă, adică, că această boală să fie separată de leucemie ca boală originală şi că schimbările patologice în compoziţia sângelui pe care le găsim la Chlorom să fie considerate ca Sarcoleucemie (Chloroleucemie), ivindu-se prin intrarea celulelor tumoarei în aparatul circulator, ori că schimbările acestea ale sângelui la Chlorom să fie considerate ca consecinţa unei afecţiuni tumorale secundare ale aparatului hematopoetic. Eu merg mai departe şi afirm că după cercetările mele în literatură, schimbările în compoziţia sângelui la Chlorom nici nu constitue un factor determinant pentru o stare leucemică, cum este aşa de des conside-

rată. Din proporţia dintre eritrocite şi leucocite la Chlorom nu este îngăduit să ne gândim imediat la o leucemie, mai ales nu la copii, la care Chloromul se iveşte cel mai des şi la care şi la simpla anemie proporţia între susnumitele celule s'a găsit a fi de 1:12, 1:17, 1:20 (Iaksch). Deci ştim cu toţii. că la copii în decursul celor mai diferite boli se găsesc în sânge mai curând celule sub forme embrionare. E destul să avem la un copil o simplă anemie pentru ca să aflăm în sânge chiar megaloblaste, însă la oameni maturi acestea nu pot fi găsite decât în cazuri de anemie pernicioasă. Ba chiar ştim, că la anemie şi celulele eozinophile se pot înmulţi, dar nu pledează pentru o leucemie! *Iaksch* a găsit aceste şi la sarcomatose. De altfel este cunoscut că o leucocitosă se poate ivi în toate formele de sarcome; precum şi la cancerul cu evoluţia rapidă. La cachexia carcinomatoasă s'a găsit de multe ori poicilocitosă. Toate acestea ne îndeamnă să credem că schimbările în compoziţia sângelui la Chlorom sunt consecinţa directă a influenţei tumoarei. Şi la Chlorome trebue să considerăm — după părerea mea — schimbările sângelui numai ca un simptom şi anume ca un simptom malign în cazurile înaintate. La Chlorome este vorba de tumori maligne multiple care au tendinţa să se fixeze pe oase şi foarte natural că prin aceasta se iveşte îmbolnăvirea măduvei osoase şi a întregului aparat hematopoetic. Consecinţa acestei îmbolnăviri este că forme nemature de celule ale sângelui se produc într'o cantitate exagerată şi se aruncă în sânge. Pe lângă aceasta se găsesc şi alte schimbări calitative şi cantitative în compoziţia sângelui, din cauza unei anemii şi cachexii puternice, pe care le-a produs tumoare malignă toxică şi cu creştere exagerată. Rezultatul acestor schimbări este că avem în faţă o schimbare în compoziţia sângelui, care ne arată o formă „leucemoidă", dar nu leucemică. Aceasta este explicaţia schimbării compoziţiei sângelui la Chlorom.

Cu cât va fi mai puţin atacate de această tumoare malignă oasele, glandele limfatice, splina şi ficatul, cu atât mai puţin compoziţia sângelui va fi schimbată.

Din cele expuse până aici trebue să dăm dreptate lui *Marzio* care pleda pentru separarea Chloromelor de boalele leucemice şi rezervarea pentru acestea unui loc special în patologie. Deocamdată definiţia autorilor vechi ne explică mai bine fundamentul patologic al Chloromului, când ei ne spun că „Chloromele sunt sarcome rotundo-celulare ale sistemului osos şi mai ales a craniului, conţinând un pigment cu un aspect specific unsuros, cu o mare putere de refracţie a luminei. Pigmentul acesta dă Chloromului culoarea verzue *(Schmaus)*".

După părerea mea şi concepţia modernă asupra Chloromului se poate orienta în această direcţiune, adică de a primi Chloromul ca o Osteosarcomatosă, care se manifestă în forma clinică a Chloromului pe substrat embrionar, la indivizi cu o constituţie debilă a sistemului hematopoetic.

RÉSUMÉ: Dr. N. Blatt—*Le Chlorôme de l'orbite.*

Cette tumeur, curieusement colorée et de nuance vert-jaune, est une prolifération du tissu périostique de l'immédiate proximité; mais, en même temps, on trouve de pareilles proliférations en diverses autres places de l'organisme, surtout sur les os crâniens et même sur d'autres os.

L'hystopatogenèse et l'éthiologie du chlorôme n'a pas encore été jusqu'aujourd'hui bien éclaircie.

Certains auteurs seraient d'avis que cette curieuse tumeur ne serait autre chose qu'un symptôme localisé d'une maladie générale, une forme biologiquement déviée de la leucémie; d'autres auteurs ne seraient pas du même avis et pensent plutôt que le Chlorôme appartient au groupe des tumeurs sarcomateuses. Heureusement ces cas sont d'une extraordinaire rareté.

En considérant aussi le cas que je présente, il y a dans toute la littérature mondiale 76 cas connus de chlorôme de l'orbite.

T. M. Fillette de trois ans. Oeil droit: grande exophtalmie; globe oculaire légèrement disloqué; la pupille dilatée ne reagit ni à la lumière ni à l'accomodation. A la palpation des paupières, on sent au dessus et au dessous de l'oeil des masses tumorales à surface irrégulière. Oeil gauche: globe oculaire rejeté presqu' entièrement de l'orbite, étant dans une grande exophtalmie devant les paupières. Il est complètement entouré de masses tumorales de couleur verdâtre dans lesquelles il est complètement plongé.

L'examen radioscopique: On remarque sur l'os frontal des infiltrations et des excrescences osseuses periostales divergentes. On constate aussi la destruction de la partie antérieure du corps sphenoïdal, des parties postérieures de l'ethmoïde, du maxilaire droit et du zygoma gauche. Huit semaines après l'examen, le décès de l'enfant est survenu.

Le cas peut être sans doute considéré comme chlorôme, ceci étant prouvé par un examen clinique et radiologique, par l'analyse du sang et par l'examen hystologique. Sauf l'examen radiologique, il y a aussi les changements dans la composition du sang, qui sont caractéristiques dans le chlorôme, mais pourtant pas d'une valeur égale au diagnostique radiologique. Les changement du sang peuvent être considérés comme la conséquence directe du chlorôme, ou bien indirectes de ses métastases.

Dans le chlorôme il s'agit de tumeurs malignes multiples qui tendent à se fixer sur les os et naturellement cela finit par attaquer la moelle osseuse et tout l'appareil hématopoïetique. D'après la conception moderne, on peut être orienté dans la direction de considérer le chlorôme comme une Ostéosarcomatose, manifestée dans la forme clinique du chlorôme sur un fond embryonnaire, chez des individus ayant une constitution débile de leur système hématopoïétique.

RIASSUNTO: Dott. Nicola Blatt: *Il cloroma dell' orbite.*

Questo tumore stranamente colorato in verdegialliccio prolifera dal tessuto periosteo orbitario, ma possiamo trovare talvolta simili proliferazioni in diversi altri punti dell' organismo, nelle ossa craniche prevalentemente, per quanto anche in altre ossa. L'istopatogenesi e l'eziologie del cloroma non è ancora al giorno d' oggi chiarita. Certi autori ritenqono che questo strano tumore altro non sie che un sintomo circoscritto d' una affezione generale, una forma biologicamente modificata della leucemia; certi altri, non condividendo una simile opinione, ritengono piuttosto il cloroma appartenente alla classe dei tumori sarcomatosi. Il cloroma è fortunatamente straordinariamente raro. Calcolando insieme agli altri il caso ora presentato possiamo contare in tutto 76 casi noti di cloroma dell' orbita in tutta la letteratura mondiale.

T. M., bambina di 3 anni. Occhio destro: grande esoftalmo, bulbo spostato,

pupille dilatata, non reagente nè alla luce nè alla accomodazione. Alla palpazione sulle palpebre si avvertono al disopro e al disotto dell' occhio delle masse tumorali a superficie regolare. Occhio sinistro: bulbo fuoriuscito quasi completamente dall' orbita e in grande esoftalmo innanzi alle palpebre. Esso è circondato do masse tumorali di colorito verdognolo e trovasi intimamente innicchiato in esse.

Esame radioscopico: sull' osso frontale vedonsi infiltrati e protuberanze ossee periostee radiali.

Si nota anche le distruzione della porzione anteriore del corpo dello sfenoide, delle porzioni posteriori dell' etmoide, dell' ala major destra e dell' osso zigomatico sinistro.

Otto settimane dopo l' esame, esito letale.

Il caso può essere indubbiamente considerato come cloroma, essendo stato questo dimostrato tanto dall' esame clinico, quanto dalla indogine radiologico, istologico ed ematologico. Accanto all' esame radiologico possediamo anche la nozione dei mutamenti nella composizione del sangue che sono considerati caratteristici del cloroma sebbene non si annetta loro valore diagnostico uguale alla radiologio.

I mutamenti ematici si possono considerare provocati direttamente dal cloroma oppure indirettamente dalle sue metastasi.

Nella maggior parte dei casi di cloroma finora osservatti si tratta di piccoli bambini.

La prognosi del cloroma è, come risulto dai casi finora pubblicati, sempre infausta. In tutti i casi l' esito è sopraggiunto in breve tempo. Le modificazioni nella composizione del sangue nel cloroma sono conseguenza diretta del tumore. Anche nel cloroma dobbiamo considerare le modificazioni sanguigne come un sintomo soltanto e precisamente come un sintomo maligno nei casi avanzati.

Si tratta nel cloroma di tumori maligni multipli aventi tendenza a fissarsi sulle osso ed è ovvio comprendere la facilità che ha di ammalarsi il midollo osseo e tutto l' apparato ematopoietico. Il concetto moderno sul cloroma potrebbe dirigersi in questa direzione, di considerare cioè il cloroma come una osteosarcomatosi che si manifesta nella forma clinica del cloroma su un terreno embrionario negli individui con sistema ematopoietico a debole costituzione.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dott. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. N. Blatt. — *Ueber das Chlorom der Orbita.*

Aetiologie und Histopathogenese des Chloroms sind eigentlich noch unaufgeklärt. Nach manchen Autoren stellen diese eingenartigen Geschwülste Herd symptome einer generalisierten Systemerkrankung, eine biologische Abart der Leukämien, dar. Andere Autoren hingegen vertreten den Standpunkt, dass die in pathologischer Hinsicht bestehenden Aehnlichkeiten zwischen dem Syndrom des Chloroms und demjenigen der Leukämie zu sehr und zu Unrecht hervorgehoben werden, dass das Chlorom vielmehr als Abart der sarkomatösen Geschwülste aufzufassen ist.

Die Klärung der pathologisch-klinischen Verhältnisse beim Chlorom ist schon aus dem Grunde viel schwieriger, als solche Fälle glüklicherweise Raritäten bilden. Die Gesamtzahl der Fälle von Orbitalchlorom beträgt, nachstehenden Fäll hinzugerechnet, 76.

Mädchen von 3 Jahren. Rechtes Auge: starker Exophthalmus, Bulbus in leichter Dislokation temporalwärts und nach oben. Pupille stark erweitert, reagiert weder auf Licht noch auf Akkommodation. Beim Betasten mit dem Finger lassen sich obehalb und unterhalb des Augapfels höckerige Geschwulstmassen von harter Konsistenz fühlen. Linkes Auge: Starker Exophtalmus; der Augapfel

liegt vor den Liedern, aus der Orbita fast vollkommen vorgedrängt. Der Bulbus ist von braungrünlichen Tumormassen vollkommen umwuchert und liegt in diese Geschwulstmassen ganz eingebettet. Röntgenbild: Infiltration und periostale radiäre Knochenneubildung am Stirnbein. Destruktion des vorderen Teiles des Corpus sphenoidale, der hinteren Teile des Os ethmoidale, der rechten Ala major und des linken Jochbeines. 8 Wochen nach der vorgenommenen Untersuchung Exitus.

Neben dem Röntgenbild ist es das Blutbild, welches uns oft, wenn auch bei weitem nicht mit der diagnostichen Treffsicherheit des ersteren, die Charakterisi tika des Chloroms aufzudecken hilft. Auf Grund des Blutbildes ist eine strenge Scheidung der Chloromarten in rein lympatische oder in rein myelogene nicht zulässig. Der Grad der Blutveränderung ist nicht so sehr von der Grösse und Ausdehnung der Geschwulst, als vielmehr von der Dauer der Erkrankung sowie von der Lokalisation der Metastasen abhängig. Das Blutbild der Chloromkranken ist nur als Symptom aufzufassen, und zwar als malignes Symptom bei weit vorgeschrittenen Fällen. Bei den Chloromen es sich um eigenartige, multiple maligne Tumoren, die mit Vorliebe die Knochen ergreifen und somit Erkrankungen des Knochenmarkes, des hämopoetischen Apparates hervorrufen.

Chlorome sind von den leukämischen Erkrankungen zu trennen und für sie ein besonderer Platz in der Pathologie zu fordern. Das Chlorom wird als eine Knochensarkomatose aufgefasst, welche sich bei Individuen mit minderwertigem hämopoetischen System auf dem Boden embryonaler Anlagen entwickelt und klinisch eben als Chlorom manifestiert.

N. Blatt.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

INTREBUINŢARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine:

Clorhidrofosfolactat de Calciu	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi	Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c., 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriţiunii generale.

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

2 Préparations arsenicales:

NOVARSÉNOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfoxylate de soude

Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho-carbonate de Bismuth

Injections intramusculaires

3 Produits dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le traitement de la

SYPHILIS

dans toutes ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS (3e)

AG. GEN: J. D. CANTELAR, CAL. VICTORIEI 2, BUCAREST (I), Tel.332'35

Central University Library Cluj

TRATAMENTUL PARALIZIEI GENERALE PROGRESIVE PRIN CURENŢI DE MARE TENSIUNE CU UNDE FOARTE SCURTE

de

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU

Curenţii de mare tensiune cu unde foarte scurte au deschis în ultimii ani orizonturi noi în tratamentul diferitelor afecţiuni ale sistemului nervos.

La clinica de psihiatrie din Viena se experimentează de câtva timp în mod intens şi nu fără succes acest nou metod de tratament pe bolnavii suferinzi de paralizie generală progresivă.

Cercetări similare a început în ultimele luni şi *Schlipphacke* din Jena, iar rezultatele obţinute urmează a se da în curând publicităţii.

Profesorul *Wagner-Jauregg* consacră un lung articol în un număr recent din „Wiener Medizinische Wochenscrift" studiului detaliat al acestei probleme.

Şedinţa din 12 Febr. a. c., a Soc. Medicale din Viena e ocupată în întregime cu chestiunea modului de aplicare şi eficacităţii terapeutice a curenţilor de mare tensiune cu unde foarte scurte, iar Dr. *O. Kanders* comunică, că în ultimul timp a început şi el experienţe de administrarea acestor iradiaţii în tratamentul paraliziei generale progresive, fără însă să anticipeze asupra bunelor sale rezultate, ele fiind de dată prea recentă.

Dealtfel principiul acestui metod de tratament prin curenţi de mare tensiune cu unde foarte scurte nu e nou şi pare a fi acelaşi, care stă şi la baza piretoterapiei în general.

Whitney din New-York a construit încă din anul 1927 un aparat de înaltă frecvenţă de 20.000 Vatt, la o tensiune de 15.000 Volţi şi generator de circa 60.000.000 oscilaţiuni pe secundă. Cu acest aparat Whitney reuşia să producă timp de 15 minute la toate persoanele din raza de acţiune a câmpului de oscilaţiuni electrice o senzaţie de oboseală şi stare febrilă iar pe diferitele animale de experimentare (cobai, iepuri) interpuse între 2 plăci condensatoare o hipertermie generală maximă suportabilă.

Chiar dela acea dată s'a născut ideea utilizării acestor curenţi în piretoterapia paraliziei generale.

Mehrtens şi *Pouppirt* relatează 2 ani mai târziu 11 cazuri de paralizie generală progresivă, tratate prin piretoterapie cu băi fierbinţi de 43,5^0 C, cu o durată de 1—2 ore, menţinute încontinuu la aceeaşi temperatură; o cură complectă reclamând 14—15 băi. Ei pretind, că au obţinut prin acest tratament 2 remisiuni complecte şi 4 ameliorări importante şi durabile. *Carpenter* şi *Boak* au intreprins în 1930 tratamentul sifilisului de inoculare la cobai prin interpunerea acestora între 2 plăci condensatoare ale unui aparat de înaltă frecvenţă. S'au utilizat în acest scop 45 cobai inoculaţi cu virus sifilitic; 20 dintre aceştia cari au servit ca martori, au sucombat cu diverse complicaţii luetice, iar din restul de 25 cobai, cari au fost expuşi iradiaţiilor, 19 s'au vindecat complect, 1 ameliorat şi 5 aşişderi au sucombat prin diferite maladii intercurente.

Tratamentul cu iradiaţii de înaltă frecvenţă, s'a început deobicei a 7-a zi după infecţie, a durat 7 săptămâni cu 2—3 iradiaţii săptămânale şi durată de 30 minute fiecare.

In timpul şedinţelor temperatura corpului examinată rectal se ridica cu 4—6^0 F., iar cea a organelor interne (cord, ficat), înregistrată cu un ac termo-electric era de 44,30^0 C.

Hinsie şi *Carpenter* au început mai târziu (1931) să aplice şi la om curenţi de înaltă frevenţă cu unde scurte, în tratamentul paraliziei generale progresive, utilizând în acest scop un aparat de înaltă frecvenţă, construit în mod special şi denumit „Radioterm". Bolnavii sunt introduşi în un fel de dulap între două plăci condensatoare ale aparatului (analogie cu obişnuitul solenoid de autoconducţiune), capul rămânându-le afară. Durata unei astfel de iradiaţii este de 60-80 minute, în care interval de timp temperatura corpului se ridică la 40—40,5^0 C. Această stare de hipertermie e menţinută apoi la acest nivel încă timp de 6—7 ore prin diferite mijloace improvizate.

Iradiaţiile se repetă la interval de 2 zile, realizându-se în acest mod o curbă termică similară cu cea din malaria-terapia formă terţă. O cură complectă reclamă circa 10 şedinţe de iradiaţii.

Autorii au tratat în acest mod până în prezent 55 cazuri de paralizie generală progresivă, obţinând numeroase şi importante ameliorări şi remisiuni complecte. Ei nu pot însă să-şi spună ultimul cuvânt asupra valorii reale a acestui tratament şi mai ales asupra durabilităţii remisiunilor obţinute în mare număr, bolnavii având nevoie să fie ţinuţi sub observaţie timp mai îndelungat.

C. Neumann şi M. König comunică 75 cazuri de paralizie generală progresivă, în cari hipertermia corpului s'a obţinut prin şedinţe de d'Arzonvalizare de mare cantitate, aplicându-se un mare electrod dorsal şi altul toraco-abdominal, debitându-se un curent de 4—5 mii de miliamperi.

Remisiunile şi ameliorările ce s'au obţinut de către aceşti autori, au fost de 24 şi 64 %.

Prof. Wagner von Jauregg deasemenea nu poate avea încă

o opiniune definitivă faţă de aceste noi metode electro-piroterapice în curs de experimentare şi la clinica de psihiatrie din Viena.

D-sa e în acelaşi timp de părere, ca această metodă să fie experimentată şi de alţi autori pe cât mai numeroase cazuri şi un timp cât mai îndelungat.

Acesta e stadiul în care se găseşte chestiunea tratamentului paraliziei generale progresive prin iradiaţii de înaltă tensiune cu unde foarte scurte.

In ceeace priveşte mecanismul de acţiune al acestui tratament, e oare la baza lui numai principiul piretoterapic în general, sau e şi o altă influenţă sui generis favorabilă a oscilaţiunilor electrice cu frecvenţă mare şi unde foarte scurte, a căror natură e similară cu cea a iradiaţiilor din seria X şi Y (gama)?

Fiind pe cale de a experimenta şi noi eficacitatea acestor iradiaţiuni pe un număr mai mare de bolnavi din serviciul D-lui Agregat Dr. Dem. Paulian, Instit. Central de boale mintale din Bucureşti, sperăm să revenim în viitor cu date personale asupra eficacităţii electropiretoterapiei în tratamentul paraliziei generale progresive.

RÉSUMÉ: Dr. I. V. Bistriceanu — *Traitement de la P. G. P. par courants de haute tension et ondes très courtes.*

L'auteur expose le principe et la technique de cette méthode de traitement, qui s'encadre dans la pyrétothérapie artificielle.

Il rapporte les premiers essais des auteurs américains (Whitney, Mehrtens et Pouppirt) et leurs résultats thérapeuthiques sur 11 cas de P. G. P. traités par les courants de haute fréquence. En même temps il rappelle les recherches expérimentales de Carpenter et Boak (1930), expériences faites sur 45 cobayes inoculés avec le virus syphilitique, et enfin les succès de C. Neumann et M. König dans 75 cas de paralysie générale progressive exposés à ces irradiations.

L'auteur nous fait encore savoir que dans le service neurologique de Mr. l'agregé Dr. Paulian de Bucarest, on a commencé à étudier la technique pour l'aplication de cette méthode de traitement, espérant de pouvoir publier sous peu es résultats qu'il aura obtenus.

RIASSUNTO: Dott. I. Bistriceanu. — *La cura della paralisi generale mediante correnti d'alta tensione e onde cortissime.*

L. A. espone il principio e la tecnica di questo metodo di cura che si deve collocare fra gli altri di piretoterapia artificiale.

Egli riporta i primi tentativi degli autori americani (Whitney, Mehrtens e Pouppirt) ed i loro risultati terapeutici in undici casi di paralisi generale trattati mediante correnti d'alta frequenza. Ricorda anche le ricerche sperimentali su 45 cavie innestate col virus della sifilide, eseguite do Carpenter e Boak, nonchè i successi di Neumann e König su 75 casi di paralisi progressiva. Promette di pubblicare prossimamente i suoi propri risultati ottenuti nella divisione neurologico del dottor Paulian di Bucarest.

dott. Giuseppe Lax.

© 2012 http://Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr I. Bistriceanu: *Die Behandlung der allgemeinen, progressiven Paralyse durch Hochfrequenzstrahlen und sehr kurze Wellen.*

Der Verfasser stellt das Prinzip und die Technik dieser Behandlungsmethode dar, welche in die künstliche Pyrétotherapie eingereiht wird.

Er berichtet über die ersten Versuche der amerikanischen Autoren (Whitnay, Mehrtens und Pouppirt) und ihre Heilerfolge in 11 Fällen von allgem. progressiver Paralyse, welche mit Hochfrequenzstrahlen behandelt wurden.

Zugleich erinnert er an die experimentellen Forschungen mit 45 cobayes mit syphilitischem Wirus imfizierten, welche von Carpenter und Boak gemacht wurden, sowie auch an die Erfolge von Neumann und König in 75 Fällen von allgemeines, progressiven Paralyse; er verspricht uns in Zukunft seine eigenen Resultate, die er im neurologischen Dienste des Dr Paulian aus Bukarest erhalten hat, mitzuteilen.

M. Mandler.

TRATAMENTUL FITOTERAPIC

AL STĂRILOR NEVROPATICE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

II.

ACTUALITAŢI MEDICALE

Fisio-patologie.

Dr. LEONIDA POPP-Galaţi: **Anomalia mesenterium commune, complicată de apendicită.** — Clujul Medical No. 1/1932.

Intre săptămâna 8—12 la embrion se petrec anumite rotaţiuni din partea canalului intestinal primitiv şi se diferenţiază mesenteriul porţiunilor de mai târziu, cari fenomene aduc intestinul subţire la stânga coloanei vertebrale, iar ceco-colonul asendent la dreapta ei.

Dacă nu se petrec aceste rotaţiuni, are loc cea ce francezii au numit „oprire în torsiunea intestinală embrionară", iar germanii „mesenterium commune".

In această anomalie mesenteriul primitiv ne mai diferenţiându-se, rămâne comun pentru tot tractul intestinal subţire şi gros, inclusiv duodenul, cari rămân libere şi nefixate în cavitatea abdominală.

Asemenea cazuri mai înainte nu erau întâlnite de cât la autopsie sau în chirurgie.

Primul diagnostic radiologic l-a făcut Altschul în 1924, Hăngănuţ a publicat în 1930 primele 3 cazuri în literatura românească, cu care ocazie a adunat încă 20 cazuri din literatura radiologică universală.

La acestea D-rul L. Popp mai aduce cazul său şi încă 5 (ale lui Weiss şi Spalke, publicate în Röntgenpraxis, 1930 şi 1931) germane.

Clinicește anomalia se traduce prin turburări vagi de ordin dispeptic, de torsiune parţială şi trecătoare a anselor intestinale (uneori mergând până la volvulus), de ordin hepatic (icter, când comprimă canalul coledoc) sau pancreatic (când comprimă pe cel al lui Wirsung, dând uneori tabloul pancreatitei acute, sau fenomene de periviscerite variate.

Radiologic: stomacul şi bulbul duodenal rămân pe loc; porţiunea descendentă a duodenului însă nu se îndoae în potcoavă şi trece la stânga, ci rămâne la dreapta, nu constitue un unghiu duodeno-jejunal normal, ci trece direct în jejun, întreg intestinul subţire rămânând la dreapta coloanei vertebrale; în schimb ceco-colonul ascendent trec la stânga coloanei vertebrale şi se situează în fossa iliacă stângă.

Un atare caz, confirmat prin laparotomie, şi complicat cu apendicită, publică autorul.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. ILIE JANA: **Un caz de intoxicaţie cu mac la sugaci.** — Clujul Medical, No. 12/1931.

Autorul relatează cazul unui sugaci, căruia, ca să-l facă să doarmă, mamă-sa îi dedese de cu seara o fiertură cu 2 capsule uscate de mac; din care nu s'a mai deşteptat a doua zi dimineaţa şi s'a învineţit, prezintând şi accese de contractură.

Un tratament energic cu toni-cardiace, spălături de stomac, gavaj (copil de o lună) l-au readus la viaţă.

Cu toată întreb. întinsă a macului la copii, intoxicaţiile cu mac sunt totuşi rare la sugaci; se administrează în medicina populară capsulele de mac uscate, în infuzie 10 la 1000, o capsulă dând 5—6 grame.

Proprietăţile sale narcotice şi sedative sunt urmărite şi ele sunt datorite opiului în constituţia căruia intră între alţi alcoloizi din aceiaşi serie şi morfina foarte periculoasă pentru copii mici.

M. C.

Agregat Dr. G. MARINESCU: **Limfogranulomatosa benignă (maladia lui Nicolas şi Favre.** — România Medicală, No. 8/1932.

Autorul pune la punct istoricul şi starea actuală a cunoştinţelor asupra acestei boale, numită de Nanta a 4 maladie veneriană.

Insistă în special asupra datelor mai noi, precum dovedirea specificităţii boalei prin intradermoreacţia (reacţia lui Frey) cu puroiu prelevat dintr'un ganglion limfogranulomatos, asupra transmisiunei boalei la maimuţe de către Levaditi şi colab., cari au mai dovedit şi receptivitatea şoarecilor, şi au mai riscat, cu succes, şi transmisiunea la om; asupra noii patogenii, limfogranulomatoase, care se recunoaşte stenoselor rectale, socotite până acum ca fiind de natură sifilitică, precum expun şi toate metodele de tratament (medical, radioterapic şi chirurgical), ce se pot încerca, nu întotdeauna cu succes.

Dr. M. C.

Prof. Dr. D. MIHAIL: **Cisticercosa oculară în România.** — Clujul Medical, No. 4/1932.

Autorul constată că cisticercosa oculară care nu fusese semnalată în România înainte de resboiu, numără azi 11 cazuri publicate.

Printre aceste cazuri, 7 au fost subretiniene, 2 în corpul vitros, 1 în camera anterioară şi 1 orbitar.

Autorul a întâlnit 2 şi le-a operat cu succes: unul de cisticercosă orbitară şi altul subretinienă.

Insistă asupra frequenţei cisticercosei subretiniene cu sediu cu totul posterior în România şi asupra marilor variaţiuni ale eosinofiliei sanguine (2—18%).

Consiliază extracţia precoce a cisticercului, oricare i-ar fi sediu, pentru a putea salva ochiul şi funcţia lui.

M. C.

D-ri GH. BOLINTINEANU şi G. BĂJEU: **Lymfagiomul kistic al gâtului.** — Spitalul, No. 1/1932.

Autorii publică observaţia clinică a unui atare caz, expun succint cunoştinţele relative la aspectele lor clinice (2 forme: a noilor născuţi, adevărată neoplazie, aşezată sub regiunea parotidiană la început şi în urmă încercueşte gâtul; a adulţilor, aşezată lateral, de predilecţie în regiunea supraclaviculară), datele anatomo-patologice şi teoriile patogenice (inflamatorie, mecanică şi neoplasică), mecanismul fisio-patologic propus de Wagner, diagnosticul diferenţial (de kistele branchiale cu alt sediu, de lipomele cu altă consistenţă), precum stabilesc şi indicaţiile operatorii.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. I. HAŢIEGANU şi Dr. M. HANGANUŢ: **Stasă duodenală în icterul cataral.** — Clujul Medical, No. 2/1932.

Autorii practicând examenele radiologice în 24 cazuri de icter cataral, au constatat în 21 dintre ele turburări în vacuarea duodenului; şi anume în 12 cazuri o stază foarte pronunţată (între 4—5 minute), în 3 cazuri o stază de 1—3 minute, iar în 6 cazuri o evacuare lentă fără stasă.

In toate cazurile au mai constatat un antiperistaltism foarte accentuat.

Stasa poartă asupra bulbului şi a porţiunei descendente deasupra unghiului inferior; evacuarea porţiunei ascendente se face normal.

Această stasă autorii o pun mai mult pe seama unui proces de duodenită (decât a unui spasm, stasa menţinându-se multă vreme şi după dispariţia icterului), de oare-ce în toate aceste cazuri prin sondaje au scos un suc duodenal turbure plin de flocoane mucoase şi bogat în celule epiteliale şi leucocite.

Au mai constatat în 50% a cazurilor de icter cataral şi semne de insuficienţă pancreatică.

Aceste constatări au făcut pe autori să admită că, în icterul cataral afară de o hepatită, există şi o duodenită şi uneori şi o pancreatită; duodenita se traduce prin fen. de stasă.

Stasa duodenală se stabileşte dela început şi persistă mult timp şi după dispariţia icterului, constituind astfel un sindrom digestiv post-icteric, care poate favoriza rechute şi recidive icterice; această stasă precoce poate chiar favoriza apariţia icterului, căruia i-ar putea astfel constitui un moment patogenic iniţial.

M. C.

GR. T. POPA şi V. D. MARZA: **La Biologie des spermatozoïdes.** — Arch. r. de path. exp. et microb. No. 3—4/1931.

Autorii prezintă într'un studiu de totalitate, însoţit de o vastă bibliografie şi indice explicativ al materiilor precum şi de minunate planşe ilustrate cercetările lor făcute timp de 5 ani asupra spermatoizilor diverselor specii, din care reese bogata contribuţie originală ce au adus acestei chestiuni.

Autorii au adus fapte noi asupra structurii spermatoizilor: (precum existenţa a 2 prelungiri mobile la nivelul centrosomului anterior şi pe cari le-au numit sensilloae amoeboidae; rolul de „echilibrator" al globulului protoplasmatic cu poziţie variată pe piesa intermediară; existenţa unui înveliş proteguitor lipidic în jurul spermatozoidului) şi au făcut interpretări noi (asupra centrosomului anterior, care are forma unui inel iar nu a unei plăci; asupra capuchonului cefalic, care nu este rezistent, şi nu i se mai recunoaşte rolul de perforator al membranei ovulare, el începând a se distruge de cum a intrat în tractusul genital al femeii; asupra discului terminal, care el deslănţue şi conduce mişcarea spermatozoidului; asupra prezenţei în capul spermatozoidului a unei substanţe hidrofile, alta hidrofobă şi alta lipofilă); — asupra puterii reacţionale (reacţia lui Lillie: amestecul lichidului foliculilor lui de Graef cu sperma produce un coagul ireversibil, de o anumită semnificaţie); — asupra mobilităţii spermatozoizilor (au stabilit felul pendular şi apoi girator al acestei mişcări, precum şi factorii cari condiţionează mişcarea); — au fixat modificaţiunile ce încearcă spermatozoizii în tractusul genital al femeei (Homoeospermiophagia: cum pătrund în vagin spermatozoizii produc o congestie intensă a mucoasei şi aflux considerabil de leucocite, cari îi fagocitează pe cea mai mare parte odată

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cu microbii îngrămădiţi ce cară cu ei; această fagogitoză şi reacţia lui Lillie ar protegui organismul femeii de microbii cari cu spermatozoizii ar pătrunde astfel în peritoneu; — şi, însfârşit asupra topografiei chimice a substanţelor, cari iau parte la constituirea spermatozoizilor, autorii arată că ea este totdeauna precisă şi rămâne aceiaşi pentru o fază anumită a vieţei lor.

Dr. M. C.

Prof. G. MARINESCO et G. STROESCO: **Études sur la pathologie de la rage.** — Arch. r. de path. exp. et microb. No. 3—4/1931.

Autorii tratează despre poarta de intrare şi transmisiunea virusului turbării, despre patogenia turbării şi semnificaţia corpusculilor lui Negri, asupra determinării naturii cărora au făcut întinse cercetări personale, expun principiile unei teorii personale a mecanismului de propagaţiune a ultra-virusurilor neurotrope, ajungând la aceste concluziuni: transmisiunea ultravirusurilor, printre cari al turbării, este condiţionată de mai mulţi factori, printre cari: odogeneza, încărcarea electrică a virusurilor, pH ţesuturilor şi potenţialul lor de oxidoreducţie, factori cari explică particularităţile esenţiale ale virusurilor şi anume: cito şi kariotropismul, de cari depind cele 2 aspecte sub cari se prezintă leziunile nervoase în turbare: în celulele ganglionilor spinali fermenţii oxidaţi sunt distruşi şi nucleul lor prezintă leziuni degenerative prin alteraţia catalizorilor lor, şi prezenţa corpusculilor lui Negri.

In ce priveşte în special formaţia acestora, autorii cred că ei nu reprezintă o fasă pansporablastică vizibilă a turbării, adică ei nu pot fi socoti ca protozoare, lipsindu-le cromatina, pe care constant reacţiile lui Feulgen şi Macalum pozitive o decela în protozoare şi pe care negativitatea acestor reacţii o refuză corpusculilor lui Negri.

Aceşti corpusculi ar lua naştere sub acţiunea excitantă a ultravirusului turbării asupra nucleolului, din care s-ar produce granulaţiuni oxifile cari sub influenţa unor fenomene electro-chimice ar traversa membrana şi ar trece în cito-plasmă.

In aceste granulaţiuni, cari constituesc corpusculii lui Negri, s-ar găsi ultravirusul turbării, granulaţiuni cari nu ar face decât să apere restul citoplasmei de acţiunea nocivă a agentului turbării.

Prin aceste cercetări de ordin histologic şi chimic, autorii confirmă părerea lui Levaditi asupra naturii nemicrosporidiene a corpusculilor lui Levaditi.

Punerea precisă la punct a lucrărilor tutulor autorilor români asupra turbării, caşi o admirabilă planşe cu o precisă legendă complectează originalul studiu.

Dr. M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. CANTACUZENE et EUG. SORU: **Le mecanisme de l'accolement de l'épiploon aux portions lésées de la cavité péritonéale.** — Arch. r. de path. exp. et microb. No. 2/1931.

Autorii pornind dela constatarea că în cazurile de lezionări ale intestinului epiploonul în mod precipitat merge şi astupă orificiul produs şi împiedecă astfel infectarea cavităţii peritoneale (la om caşi în experienţele pe animale de laborator), au căutat să explice acest fenomen natural.

Au ajuns la concluzia că fenomenul este datorit diferenţei de potenţial electric, care se stabileşte instantaneu între punctul lesat şi intestin, epiploonul reprezentând polul pozitiv şi diferenţa de potenţial trebuind a fi superioară la 20 milivolţi.

Observarea unor atari fenomene la organele unor specii inferioare (urnele Sipoclelor şi mesenterele Phoscolosome-

lor); dovedirea că procesele de atracţiune sau de repulsiune, ce se petrec la ele, sunt de natură electrostatică; constatarea unor diferenţe insignifiente de potenţial electric pe epiploon şi intestinul nelesat şi din contră stabilirea unei diferenţe subite şi f. mari, atunci când se produce o lesiune a intestinului; neproducerea fen. de acolare atunci când în mod experimental (bloeajul epiploonului prin substanţe colorante cu încărcătură pozitivă sau prin emulsiuni microbiene imunizante — cari se fixează pe epiploon), se împedecă stabilirea unei atari diferenţe de potenţial electric şi din contră determinarea lor de îndată ce cauza împedecătoare nu s-a produs şi diferenţa de potenţial se constată, au condus autorii la aceste concluziuni ferme că: acolarea epiploonului la o lesiune a intestinului este în funcţiune de stabilirea unei diferenţe de potenţial electric şi constitue un fenomen natural de autoapărare a cavităţii peritoneale.

Dr. M. C.

L. TONELLI: **Deformaţia pupilei consecutivă apăsării pe globul ocular ca semn al morţii.** — Il Policlinico, Febr. 1932.

L. Tonelli susţine că semnul de deformare al pupilei după moarte este distinct şi uşor de provocat.

Pe o persoană în viaţă (de asemenea într'o stare de moarte aparentă) comprimarea energică aplicată cu degetul pe două sau mai multe părţi ale globului ocular nu va produce nici-o modificare a conturului rotund al pupilei, pe când pe un individ mort, presiunea bilaterală sau plurilaterală aplicată pe ochi, chiar uşor, produce repede o deformare uşor de observat a pupilei, care devine ovală, triungulară sau poligonală, depinzând de direcţia, în care a fost aplicată apăsarea. Autorul bazat pe 655 de observaţiuni, accentuiază valoarea practică a seninului pupilei ca o probă sigură a morţii reale.

Medic Gen. Dr. Aug. Vasilescu

G. MARINESCO et STATE DRAGANESCO: **Myélite nécrotique aigue.** — Annales de Médécine, Tome XXXI, No. 1, 1932.

Autorii prezintă din punct anatomoclinic, două cazuri de mielită necrotică acută cari se apropie de boala izolată de Foix şi Alajouanine.

In cazul prim clinic, tetraplegie flască, turburări sfincteriene, turburări sensitive de tipul siringo-mielic, evoluţie febrilă letală în 5 săptămâni; anatomopatologic cistită ulceroasă cu pielonefrită ascendentă, focare de congestie pulmonară, lesiuni miocardice, ramolisment în măduva cervicală inferioară.

In cazul al doilea clinic, paraplegie fulgerătoare totală, turburări sfincteriene, disociaţie siringomielică, hiper albuminosă a lichidului cefalo-rachidian, evoluţie foarte rapidă; la autopsie, ramoliţie cu abcese ale jumătăţii anterioare a măduvei, dela al 5-lea până la al 9-lea segment dorsal; procesul interesează atât substanţa cenuşie, în care determină o adevărată necrosă cât şi substanţa albă, în care provoacă o mielită lacunară.

Autorii cred în existenţa unei lesiuni primare a sistemului nervos, printr'un agent infecţios (în cazurile lor nedescoperit pe secţiuni), a cărui identificare numai cercetările experimentale o vor putea afirma.

M. C.

S. METALNIKOV: **Immunité d'adaption et immunité de défense.** — Noua revistă medicală franco-română, No. 6/1931.

Imunitate de adaptaţiune este aceea când un organism se obişnueşte cu o substanţă nocivă; acel organism îşi di-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

minuă astfel sensibilitatea faţă de acea substanţă toxică şi această desensibilizare sau fenomen de obişnuinţă, se stabilesc numai încet încet începând cu doze extrem de mici şi administrate progresiv şi succesiv în oare-care timp

Imunitate de apărare este cu totul altceva; ea se obţine printr'un complex de reacţiuni (uneori f. violente, chiar mortale) din partea celulelor organismului faţă de agentul nociv, printre aceste reacţiuni avem şi fenomenele inflamatorii, cari constau în: digestia intracelulară a micorbilor (fagocitoza) sau în afară de celule (bacterioliza); intracapsulaţia cu formaţia de celule gigante; eliminarea microbilor prin formaţia de abcese sau furincule; — şi fenomenele de imunisare constând în producţia de anticorpi şi antitoxine.

In această imunitate de apărare, care se produce prin fenomene reflexe spontane din partea organismului, ia naştere o creştere de sensibilizare deci o hipersensibilizare a diverselor celule ale organismului şi această sguduire se produce rapid. uneori printr'o singură vaccinaţie cu virusul atenuat.

Hipersensibilisarea este uneori aşa de puternică încât poate da naştere la fenomene grave, ca în anafilaxie, care deci caşi imunitatea îşi are cauza în augmentarea sensibilităţii celulelor organismului.

Imunitatea se poate produce printr'o stimulaţie nespecifică (proteinoterapia) sau specifică (vaccinoterapia). *M.*

Prof. I. HAŢIEGANU şi I. IACOBOVICI: **Trei cazuri de tumoră sifilitică a lui Hausmann.** — Clujul Medical, No. 5/1932.

Autorii publică 3 cazuri de această afecţiune, asupra descripţiei căreia insistă cu această ocazie. Tumorile lui Hausmann sunt infiltrate sifilitice retroperitoneale, mesenterice, epiploice ori ganglionare, cari evaluează sub aspectul unei tumori abdominale, localizată cel mai adesea în etajul superior al abdomenului.

O caracterizează localizarea ei retroperitoneală, dând infiltrate gomoase întinse, cari comprimă organele vecine, mai ales stomacul, duodenul sau pancreasul şi determină astfel o simptomatologie înşelătoare, de o oare-care neoplazie în special.

Aceste infiltrate iarăşi prezintă o sensibilitate excesivă, dau dureri iradiate în tot abdomenul uneori sub formă de crise paroxistice, cari fiind dată şi leucocitoza, ce le însoţeşte şi febra fac a ne gândi la un proces infecţios sau supurativ oare-care abdominal, în primul rând apendicita sau un abces abdominal, subfrenic, etc.

Reacţia Wassermann totdeauna intens pozitivă, evoluţia lentă cu tot cortegiul sgomotos, proba terapeutică de eficacitate promptă şi uneori biopsia confirmă diagnosticul. *C.*

ROWLAND: **Maladia lui Schüller-Christian. O turburare a metabolismului lipidic.** — Journ. Americ. Assoc., Mai, 1932.

Acum 40 de ani Hand în dările de seamă ale Societăţii de Patologie din Filadelfia, comunică un sindrom clinic şi anatomic special, caracterizat prin leziuni osoase xanthomatoase şi poliurie. Intrucât bolnavul său prezenta şi simptome de tuberculoză, el considera manifestările xanthomatoase ca fiind de natură tuberculoasă. Cazuri similare nu au mai fost publicate până acum 20 de ani, când Schüller atrase atneţia asupra unor deformaţiuni geograficeşte delimitate pe cranii de adolescenţi şi care prezentau în plus şi dispituitarism. O asociaţie analoagă de simptome fu observată de Christian, care delimita un sindrom complex consistând din defecte ale oaselor membranoase, diabet zaharat şi exoftalmie.

Cazuri mai mult sau mai puţin înrudite cu cele descrise de Hand Schül-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ler şi Christian au mai fost publicate din timp în timp sub diferite denumiri şi au fost interpretate ca fiind de natură granulomatoasă sau blastomicetică.

Rowland studiind în mod intuitiv legăturile etiologice, a adunat tot acest material, grupând la un loc toate cazurile asemănătoare şi bazându-şi analiza sa pe studiul amănunţit a două cazuri din practica sa, ajunse să stabilească substratul anatomic al unei entităţi morbide.

El demonstră că turburările osoase, dispituitarismul şi exoftalmia are o cauză comună, anume, formarea de leziuni xanthomatoase în dura-mater şi în vecinătatea regiunii infundibulare. Boteză această formă osoasă de xanthomatoză: „Maladia lui Schüller-Christian.

Literatura modernă clinică şi anatomo-patologică conţine multe observaţiuni, care arată că xanthomul este realmente manifestaţia locală a unor turburări în metabolismul lipidelor.

Astfel maladia lui Schüller-Christian devine înrudită cu alte turburări bine definite ale metabolismului lipidic şi în special cu maladia lui Gaucher şi maladia lui Niemann-Pick.

Potrivit cu noţiunile noastre moderne, deosebirea esenţială între cele trei afecţiuni pare a fi natura chimică a substanţei lipidice, care este formată şi reţinută în cantităţi considerabile şi depozitată în ţesuturi, în special în acele înzestrate cu o mare putere de depozitare (celulele aparţinând sistemului reticulo-endotelial).

In maladia lui Gaucher aceste substanţe sunt depozitate în ficat, splină, ganglioni limfatici şi măduva oaselor. In maladia lui Niemann-Pick cantităţi însemnate de fosfolipide apar aproape în toate organele inclusiv în creer. Leziunile caracteristice ale maladiei lui Schüller-Christian sunt bogate în cholesterol şi etheri lui (Epstein).

Intr'o dare de seamă amănunţită asupra anomaliilor metabolismului lipidic, Rowland sugerează o clasificare a acestor anomalii, care poate folosi pentru investigaţiuni în viitor.

El face deosebirea între turburările esenţiale sau primare ale metabolismului lipidic, care cuprind în esenţă xanthomatoza, maladia Schüller-Christian, Niermann-Pick şi Gaucher şi turburările simptomatice sau secundare, ce se observă în diabetul zaharat, icter, sarcină, anomaliile menstruale şi boalele rinichilor. Deci aspectul clinic şi anatomic al acestor stări este bine stabilit, se mai cere încă multă străduinţă în scopul de a găsi natura proceselor biochimice, care duce la producerea lor.

Medic Gen. Dr. A. Vasilescu

Dr. GH. NASTASE: **Astm sifilitic.** — Revista medico-chirurgicală din Iaşi, No. 5/1931.

Autorul publică cazul unei femei de 36 ani, la care accesele au persistat survenind noaptea cam la aceiaşi oră, cu tot tratamentul impus de neurologi şi internişti emeriţi şi cari au încetat definitiv după o lună de tratament specific, numai revenind de câţiva ani.

Soţul era sifilitic.

Clinica şi radiologia n-a decelat nici o leziune mediastinală sau broncho-pulmonară.

Sifilisul, afirmat de autor în baza influenţei favorabile a probei terapeutice, a putut provoca lesiuni pe sistemul vago-simpatic (cum afirmă Dufour), sau pe ganglionii tracheo-bronşici (cum afirmă autorul), sau să determine modificări ale glandelor endocriniene (Ch. Flandin ş. a.), pe cari tratamentul să le fi îndepărtat.

Dar unii autori susţin ca crizele de astm la sifilitic sunt influenţate nu atât specific, cât în mod nespecific prin tratamentul, care poate determina fenomene de choc şi deci modificări ale mediului humoral sensibilizat.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In cazul de faţă autorul se întreabă dacă crizele cu caracter nocturn şi ore fixe nu ar fi fost dictate de însuşi spirochetul, care activând ca agent alergisant deslănţuitor de criză şi-ar sgândări noaptea, dupe obiceiul lui, propriile lui lesiuni anterioare, lesiuni cari în speţă constituiau spine iritative.

Dr. M. C.

D-ri E. RADU şi N. DABIJA: **Contribuţiuni la diagnosticul radiologic al pleuritelor bazale,** — Revista Medico-chirurgicală dela Iaşi, No. 5/1931.

Ca semne oare-cum clasice de ordin radiologic ale pleuritelor bazale sunt cunoscute: Imobilitatea relativă a diafragmului (care depinde nu numai de starea pleurei, ci şi de a plămânului subjacent); valoarea sinusurilor costo-diafragmatice (care uneori lipseşte sau se poate întâlni şi în pleureziile exudative cu oare-care cantitate de lichid, lipsind şi aci când lama de lichid este subţire); neregularităţi ale diafragmului, care se deformează în inspiraţii profunde, devine ondulat (trădând mai mult aderentele post-pleuretice). Dar autorii au constatat cu o covârşitoare preponderenţă (statistica purtând pe 2 loturi de cazuri, unul de 500 cazuri pleurite însoţite şi de semne clinice şi un lot de 200 cazuri pleurite quasi latente din punct de vedere clinic) un semn nou: o imobilizare costală regională, anume o imobilitate a peretelui costal inferior mărginită la cele 3—4 coaste ultime, diafragmul păstrându-şi jocul liber.

Procedeul urmat: dupe câte-va inspiraţii profunde, în apnee se înscrie cu creionul dermografic conturul peretelui costal şi al diafragmului; se face acelaş lucru într'o inspiraţie profundă; în caz de existenţă a imobilităţii costale inferioare liniile, cari se depărtau la nivelul peretelui costal superior şi la acel al diafragmului, se suprapuneau la nivelul ultimelor coaste.

Imobilitatea totală a peretelui costal a fost constatată în pleureziile cu exudat abundent sau în sclerosele pleuro-pulmonare întinse; o imobilitate parţială a fost observată la nivelul vârfului (în apexite sau tuberculose incipiente), sau lateral, la nivelul unei scisurite — dar bazală şi cu această frequenţă chiar în lipsa altor semne numai în pleurita bazală a fost întâlnită.

Semnul se constată de timpuriu şi este interpretat de autori ca un reflex de apărare al pleurei inflamate (precum contracţia peretelui abdominal în apendicite).

Dr. M. C.

Dr. GR. IAMANDI: **Un procedeu simplu şi rapid pentru recoltarea şi montarea în preparate fixe a ouăloor de helminţi.** — Revista Medic.-Chir. din Iaşi, No. 5/1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In laboratoriile de biologie şi mai ales de parasitologie pentru demonstraţii sau pentru comparaţie şi chiar numai ca piesă de museu este nevoe a avea asemenea preparate sau ouă de helminţi la îndemână.

Procedeurile usitate până în prezent erau nepractice, greoaie şi nu prea fericite în recolta materialului dorit, de aceea spune autorul că în asemenea laboratorii, chiar de parasitologie preparatele cu ouă de helminţi sunt socotite ca rarităţi şi piese de preţ.

Pentru aceasta, autorul a imaginat un procedeu original, prin care se obţin ouă de helminţi cu milioanele şi se pot păstra într'o soluţie conservatoare, de unde se pot uşor extrage şi monta în preparate fixe cu balsam de Canada.

O planşe demonstrativă însoţeşte descrierea acestui procedeu, care va interesa pe specialişti.

M. C.

THÉODORE DUMITRESCO **Observations sur un cas d'agranulocytose.** — Arch. mal. du coeur, No. 1/1932.

Autorul publică observaţia detaliată clinic, la care nu s-a găsit la ex. de sânge niciun polinuclear, şi la necropsie pe 6 lame cu frotiuri din măduva sternului şi a tibiei n'a găsit decât 65 elemente albe, din care cea mai mare parte mononucleare, câte-va mieloblaste şi iarăşi niciun polinuclear, niciun mielocit; prezenţi mari bacili de aspectul bacilului perfringens.

Concluziunile ce trage autorul, sunt: agranulocitosa este datorită la insuficienţa de formaţie a elementelor granulate, iar nu unei distrucţiuni exagerate a acestora în sânge; boala este datorată unei mielopatii, iar bolnavul sucombă pentru-că lipsit de elemente granulate nu mai poate lupta contra infecţiunei; în cazul său cauza mielopatiei a fost determinată de o septicemie cu anaerobi, cu punct de plecare dentar; lipsa totală a granulocitelor a putut dicta evoluţia rapidă a sindromului agranulocitar.

M. C.

D-ri I. OREVICEANU, I. HEROVICI şi W. GRUNBERG: **Contribuţiuni la diagnosticul şi tratamentul otitei şi mastoiditei latente la sugari.** — Rev. Şt. Medicale, No. 5/1932.

De când M. Renaud în 1921, a atras atenţia asupra legăturei între otita latentă şi turburările g. intestinale la sugari, chestiunea a devenit de actualitate, mai cu seamă fiind dată frequenţa rino-faringitelor (mai ales în timp de epidemie de gripă) la sugari.

Legătura este de multe ori greu de stabilit şi diagnosticul poate trece neobservat într'un complex simptomatologic constând din: fen. generale cu febră şi stare infecţioasă sau toxică; turburări digestive gastro-intest. cu scăderi rapide în greutate (prin hidrolabilitate mai ales la hipotrofici); fen. nervoase (convulsiuni) şi turburări locale, între cari semnul lui Vacher (constatat de autori în obs. lor în 90—95% a cazurilor) este de foarte mare utilitate (apăsând pe tragus sugarul ţipă sau contracteazâ muşchii feţei) mai ales când copilul este liniştit şi semnul este cercetat de mama sau îngrijitoarea lui.

Acest semn se mai întâlneşte şi în catarul retro-nasal fără supuraţie în urechea medie; dar el trebue să provoace numai decât cercetarea otoscopică a urechei, la un examen chiar negativ să se practice trepanaţia timpanului şi, dacă puroiul nu se scurge cum trebue şi fen. generale nu cedează, să se practice antrotomia.

Autorii, cari prezintă numeroase observaţii clinice se folosesc şi de datele examenului sângelui în serie cercetând formula hemoleucocitară şi pun bază pe scăderea proporţiei monocitelor şi pe prezenţa în sânge a unor forme tinere de trecere între mieloblast şi mielocit, numite promielocite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetarea aceasta, dupe autori, este mai ales de folos când constatând reacţia mastoidienă, trebue să deosebim mastoidismul de mastoidită sau când punctionând timpanul puroiul nu se scurge, iar fen. generale infecţioase persistă.

Dr. M. C.

D-ri C. VASILIU, E. VASILIU şi C. ANDREOIU: **Diagnosticul sarcinei prin metoda E. Manoilov.** — Spitalul No. 7—8/1932.

Manoilov a propus o metodă de diagnostic prin reactivi chimici în 1931, simplă, precisă şi pozitivă în 91,5—96 la sută a cazurilor, dupe autor.

Technica metodei: într'o eprubetă sterilisată se amestecă 5—6 picături de ser sanguin proaspăt cu 2—3 picături soluţie apoasă de diuretină 2%; se mai adaugă o picătură de soluţie alcalică 0,2% albastru de nil, se amestecă bine.

Rezultatul se citeşte dela câteva minute la mai multe ore: dacă amestecul devine galben, gălbui ori galben-roz, rezultatul este pozitiv, adică femeia este însărcinată; dacă rămâne albastru sau albastru-roşcat femeia nu este însărcinată.

Cercetările făcute de autori în serviciul de consultaţie al D-rului Gh. Băltăceanu dela Spit. Brâncovenesc, pe 41 bărbaţi şi femei au arătat că metoda Manoilov nici nu merită a fi luată în seamă pentru-că s-a găsit positivă la uni bărbaţi şi negativă la unele femei însărcinate, precum iarăşi pozitivă în diferite boale femeieşti.

Cea ce era de aşteptat à priori.

Dr. M. C.

Dr. ENACHESCU S. D.: **Cercetări asupra histofisiologiei ţesutului elastic al peretelui esofagian.** — Spitalul, No. 6/1932.

Ţesutul elastic al esofagului este constituit din fibre elastice dispuse paralel cu trajectul organului; la animalele de laborator există 3 bande de f. elastice: subepitelială, subcelulară şi la periferia ţesutului muscular; la mamiferele superioare se găseşte o a 4 bandă elastică între cele 2 bande de fibre musculare; la toate animalele se mai găsesc fibre elastice f. fine cu dispoziţie transversală.

Mişcările pasive ale esofagului, cari se efectuează pe un ax longitudinal, sunt determinate aproape exclusiv de fibrele elastice dispuse paralel cu trajectul axului motilităţii.

M. M. R.

PAUL VEIL: **Le phénomène de la tension douloureuse.** — Archives des maladies du coeur, No. 3/1932.

Autorul a descris împreună cu Corhipertensiv, căruia i se ia tensiunea moyenne" sensaţia de nelinişte, jenă sau durere chiar, ce o simte un bolnav hipertensiv, căruia i se ia tensiunea cu brassardul ap. Pachon atunci când în timpul decompresiunei se ajunge la preajma oscilaţiunei celei mai mari, care se presupune a reprezenta cifra tensiunei medii.

Autorul crede că această sensaţie, — care se percepe în timpul presiunei mijlocii, pe care o anunţă, — nu se întâlneşte decât în cazul pusseurilor hipertensive, pe care le denunţă.

M. C.

Prof. Dr. OBREGIA: **Stigmatul unghiilor.** — România Medicală, No. 11 /1932.

Autorul descrie un stigmat antropologic nou, acela al unghiilor, care prin desvoltarea embriologică şi condiţiuni patogenice întrucâtva asemănătoare se apropie de acela al dinţilor.

Fanerele ungueale la om, după pubertate se desvoltă astfel încât diametrul lor longitudinal, în direcţia degetelor, îl întrece şi încă apreciabil pe cel transversal.

Tipul ungueal se stabileşte pe de altă parte în concordanţă cu cel antropologic, la indivizii brevilini diametrul longitudinal scăzând în favoarea celui transversal, iar achondroplasicii având diametrul transversal mai mare ca cel longitudinal.

Dar adevăratul stigmat se consideră atunci când individul nefiind achondroplazic prezintă ungiile cu diametru transversal predominent.

O atare atipie din partea unghiilor, pe care autorul a întâlnit de 8% pe 300 bolnavi din clinica sa psichiatrică presupune existenţa unei atipii în desvoltare, pe care turburările psichice ce prezintă individul o coroborează.

Alcoolismul şi sifilisul părinţilor se numără printre cauzele primordiale ale determinării acestui nou stigmat.

Dr. M. C.

Bibl. Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Terapeutice.

Dr. C. DOLJAN: **Un nou agent hipotensor-opoterapia prostatică.** — România Medicală No. 7/1932.

Autorul pornind dela constatarea că femeile la menopausă prezintă o ridicare a tensiunei arteriale (din cauza insuficienţei ovariene), care se combate cu succes prin opoterapia ovariană, a recurs la principiul prostatic (extract prostatic) în injecţii intramusculare dozate la 0.10 ctgr. principiu activ sau la comprimate şi a constatat acelaş efect hipotensor; cu scăderea tensiunei se ameliorează şi nutriţia generală a organismului.

De asemenea autorul a mai constatat aceleaş bune efecte, cu caracter hipotensor, prin opoterapia încrucişată, adică administrând preparate ovariene la bărbat şi preparate testiculare sau prostatice la femee.

Autorul mai sprijinându-se pe numeroaselor dovezi cari stabilesc puterea de absorbţie a mucoasei vaginale, crede că încetarea sau rărirea raportului sexual a femeilor la menopausă sau înaintate în vârste conduce prin sustragerea organismului lor efectelor hipotensoare ale hormonilor genitali masculini, cari s-ar absorbi astfel prin mucoasa lor vaginală, la provocarea hipertensiunei menopausice.

De asemenea şi bărbatul abstinent s'ar sustrage efectelor de acelaşi sens de acţiune al substanţelor glandulare femenine, pe cari le-ar absorbi prin mucoasa sa subprepuţială.

Autorul preconizează din aceste motive opoterapia pluriglandulară şi intersexuală, din punct de vedere endocrinologic bărbatul şi femeia trebuind a fi consideraţi ca formând o entitate +—, ce se complectează şi ajută reciproc.

Dr. M. C.

Dr. V. STAVILLA: **Contribuţiuni la tratamentul leprei.** — Bucureşti Medical, No. 9—10/1931.

Autorul a experimentat pe 32 bolnavi de lepră cu leziuni (leprome şi ulceraţiuni) în diferite grade dela leprozeria dela Tichileşti-Tulcea, preparatul său „Metaliodo-Camphoric" o asociaţiune de iod metaloid şi camfor, şi cu care obţinuse rezultate extrem de favorabile şi în alte boale infecţiose şi a obţinut şi aci rezultate nesperate.

Lesiunile mici şi de dată recentă se vindecă în puţine zile, cele mai vechi şi întinse se ameliorează evident, durerile dispar, starea generală se îmbunătăţeşte şi cu ea moralul bolnavilor se ridică.

Injecţiile se fac intramuscular, zilnic, câte 5 ctmc.; în total 10 injecţii, apoi pauză şi dupe o lună încă 10 injecţii.

Aplicat în pansamente locale pe lesiunile ulcerative întinse odată cu trat. general dă rezultate şi mai rapide.

Autorul afirmă că făcut la timp tratamentul influenţează precis evoluţia boalei, iar aplicat celor cari au stat în contact cu leproşii le previne apariţia boalei.

Dr. M. C.

Dr. GRIGORIU DUMITRU: **Un tratament uşor, cu totul nou şi specific al nevralgiei sciatice.** — Bucureşti Medical, No. 1/1932.

Autorul relatează rezultatele extrem de favorabile, ce a obţinut cu un preparat personal, a cărui formulă nu dă pentru moment, pe un număr de 35—40 Sciatice acute şi cronice. „Rezultatele au fost întotdeauna din cele mai fericite; durerea acută dispare aproape regulat dupe prima injecţie, sigur dupe a 2-a; puterea funcţională revine dupe a 3-a injecţie, iar dupe o

BCU Cluj / Central University Library Cluj

serie de 6—8 injecţii durerea sciatică este dispărută şi nu mai apare niciodată".

Redă şi observaţiile a 2 cazuri recente şi termină socotindu-se îndreptăţit a afirma că tratamentul preconizat poate fi socotit ca specific indiscutabil al sciaticei, ori care i-ar fi forma şi vechimea.

Propune a face experimentări într-o clinică oare-care.

M. C.

Dr. CRISTOFOR ASVADUROV: **Tratamentul guturaiului prin „picătura de iod a lui Bier".** — Bucureşti Medical, No. 5/1932.

In urma tratamentului preconizat de Bier în 1925, bazat pe doctrina homeopatică şi cu doze mici a lui Hahnemann, cu o picătură de soluţie Lugol diluată în apă şi luată de îndată ce au apărut primele semne de guturaiu, autorul dupe 2 ani de experimentare asupra sa şi a celor din jurul său recomandă cu entuziasm acest tratament; insistă numai ca picătura să fie luată dela primul strănutat, iar dacă guturaiul s-a manifestat, să se ia câte o picătură de 3 ori pe zi. Secreţia încetând după 1—2 zile.

M. C.

RENÉ LERICHE: **Traitement chirurgical de l'angine de poitrine.** — Bucureşti Medical, No. 6—7/1932.

Intr'un articol scris anume pentru această revistă chirurgul dela Strasbourg, bazându-se pe experienţa de 8 ani, ce a căpătat împreună cu colaboratorul său Fontaine asupra acestei chestiuni, pe bogata sa statistică operatorie privind chirurgia simpaticului (între 600 operaţii simpatice 125 purtând asupra lanţului cervical, dintre cari 60 ablaţii ale ganglionului stelat şi printre acestea de 14 ori de ambele părţi) în general şi a celui cervical în particular, spune că în prezent nu mai împărtăşeşte concepţia, care conform ideilor Prof. Danielopolu îl făcea să prefere o ramisecţie joasă cu resecţia lanţului cervical deasupra ganglionului stelat şi cu respectarea absolută a acestuia.

Azi autorul s-a oprit la formula stelectomie, adică resecţia a ganglionului stelat şi resumă ideile sale astfel: a) a) multe angine de piept constituesc boale chirurgicale, cari vor trebui operate în viitor; b) operaţia va trebui efectuată cât mai precoce; c) cele mai favorabile cazuri sunt cele fără obliteraţie coronariană întinsă sau cele cu coronarită joasă şi foarte localizată; d) în prezent cea mai bună operaţie constă în ablaţia ganglionului stelat, în primul rând practicată de partea pe care o indică semnele clinice sau efectele infiltraţiei anestesice a celor 2 ganglioni unul dupe altul; în principiu operaţia trebue să fie bilaterală.

Autorul formulează anumite obligaţii în practciarea acestei operaţii, pe cari le cere de altfel şi atunci când se operează experimental pe animale, între altele neîndepărtarea dela condiţiile normale de existenţă, operarea în mai mulţi timpi, şi o mare îndemânare operatorie.

Conchide în definitiv că practicată, cum trebue, stelectomia este fără pericol pentru inimă.

M. M. R.

Prof. I. MINEA: **Despre antifermentoterapie în scleroza în plăci.** — Clujul Medical, No. 7/1932.

Lesiunea caracteristică a sclerozei în plăci fiind demielinisarea fibrelor nervoase la nivelul plăcilor, cu conservarea relativă a axonului, şi acţiunea virusului sclerozei în plăci asemănându-se cu aceia a unui ferment lipolitic sau o lipază, care saponifică mielina — autorul care mai înainte aplicase în tratamentul sclerozei în plăci lecitina pură în injecţii intrarachidiene sub forma unei emulsii proaspete în ser fisiologic cu

rezultate relativ favorabile, a aplicat ulterior în 2 cazuri, ce relatează pe larg o antifermentoterapie adevărată prin injecţiuni intrarachidiene de ser antilipazic.

Acest ser îl obţinea injectând bolnavilor săi ca antigen o lipasă extrasă din pancreasul de porc, intramuscular, succesiv câte 1/2, 1 şi 1 1/2 cmc. şi apoi le recoltă propriul lor ser sanguin, pe care în doze de 10—20 cmc. îl reinjecta aceloraş bolnavi în canalul rachidian.

Proptitudinea efectului favorabil în ambele cazuri face pe autor să excludă posibilitatea unei ameliorări spontane.

Dr. M. C.

Dr. ŞTEFAN POPESCU: **Contribuţiuni la tratamentul ozenei.** — Rev. Şt. Medicale, No. 5/1932.

Autorul a încercat în trat. ozenei acecolina, un vagetonic puternic, pornind dela teoria că turburările simpaticului dictează patogenia ozenei.

Acest tratament, încercat pentru întâia oară de Guns şi Caene, s-a substituit celui cu pilocarpină (sau jaborandului cu derivaţii săi), care fiind un excitator al parasimpaticului venea să înlocuiască simpatectomia pericarotidiană, metodă mai greu de aplicat.

Technica întrebuinţată a fost următoarea: pansamente locale cu acecolină soluţie 5%, aplicate timp de 4—16 ore (după toleranţa fiecărui bolnav). dupe ce mai înainte se badijeonase mucoasa nasală cu acid lactic soluţie 2%; pansamentele s-au aplicat la 2 zile pentru fiecare nare şi în număr de 30—40

Din 15 bolnavi trataţi astfel, 3 s-au vindecat, 8 s-au ameliorat (dintre cari la 4 au survenit recidive), 4 n-au suferit nici-o modificare.

Rezultatul favorabil s-a manifestat în sensul că durerile de cap şi mirosul fetid au dispărut, crustele s-au fluidificat, mucoasa a căpătat o coloraţie roşată, iar respiraţia nasală s-a ameliorat.

Vindecările au survenit în ozenele incipiente.

Dr. M. C.

Dr. CLAPIER: **Le rhodanate de potassium médicament de l'arterio-sclérose.** — Paris méd. No. 22/1932, pag. 463.

Intrebuinţează rodanatul de potasiu în doza de 0,90 gr. pe zi şi obţin o scoborâre a tensiunei arteriale, dar pentru un tratament prelungit 0,60 gr. pe zi fracţionat în trei prize. Rodanatul de potasiu nu e toxic. Comunică rezultatele obţinute la 45 hipertensivi nealbuminurici şi neozotemici. La început bolnavii nu simt nici o ameliorare subiectivă, după o lună de tratament cu rodanatul de potasiu presiunea arterială scade cu 2—3 centimetri. In urma unui tratament mai prelungit cu rodanat de potasiu autorii observă o atenuare a celui de al doilea sgomot al aortei care a fost confirmată radiologiceşte. Cu ajutorul indicelui oscilometric observă la cei trataţi timp de 6 luni cu rodanat de potasiu o modificare a pereţilor arteriali.

Confirmă deci cercetările autorilor americani şi ale lui Benichou şi obţin rezultate satisfăcătoare la hipertensivi în urma administrărei de rodanat de potasiu. Tratamentul prelungit cu rodanat de potasiu are acţiune asupra sclerozei vasculare. Este un medicament ce modifică profund nutriţia hipertensivilor.

R. H.

P. AMEUILLE et V. HINAULT: **Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée.** — Paris méd. No. 2/1932, pag. 33.

Autorii caută a arăta influenţa auroterapii în evoluţia şi vindecarea tuberculozei. Principalele accidente sunt

BCU Cluj / Central University Library Cluj

accidente gastro-intestinale, greață, vărsături, colici, diaree; accidente cutanate și mucoase ca prurit, urticaria, eriteme, stomatite și conjunctivite. Nefritele aurice sunt rare, albuminuria aurică n'are importanță.

Autorii cred că aceste accidente nu sunt datorite unui choc tuberculinic și se pot asemăna cu accidentele intoxicației metalice iar hemoptiziile, febra, pleureziile observate în cursul auroterapiei nu sunt datorite auroterapiei. Ne dau o schemă a tratamentului cu săruri de aur în tuberculoza pulmonară cronică; se vor face injecții cu 0,50 ctgr. sanocrysină. E prudent a începe cu 0,10—0,25 ctgr. hiposulfit aurosodic și trecem apoi la 0,50 ctgr. ca să ajungem la două injecțiuni de 0,50 ctgr. pe săptămână. Uneori, dar mai rar se va injecta de două ori 1 gram pe săptămână până ce bolnavul a căpătat 10 grame în totalitate. Dozele slabe n'au nici un efect. Cred că trebue să începem cu doze mari și le vom întrerupe când se vor ivi accidente. In tuberculoza evolutivă forma pneumonică se vor face doze slabe 0,05—0,25 și se vor administra sărurile de aur cu prudență. Pe 1800 cazuri observate de autori numai în 10 cazuri au întrerupt tratamentul. Tratamentul accidentelor aurice: autohemoterapia, opoterapia hepatică și splenică 0,20 ctgr. pe zi influențează turburările digestive. Clorurul de calciu intra-venos a dat rezultate bune în vărsături și diaree. Serul artificial adrenalinat, bromurul de sodiu intravenos și glycoterapia au influențat accidentele aurice. Autorii susțin acțiunea bine-făcătoare a auroterapiei în tuberculoza pulmonară și dat fiind raritatea accidentelor grave această therapie trebue să ia loc la therapeutica tuberculozei.

R. H.

L. PLAZY, GERMAIN et M. PLAZY: **Du traitement de la fièvre exanthématique par le sang total de convalescent de la même maladie.** — Bull. de la Académie de med. No. 6/1932, pag. 205.

Intrebuințează injecții intra-musculare de sânge de convalescent în tratamentul febrei exantematice. Fac injecție de câte 20 cmc. sânge timp de trei zile, alte-ori fac 4—5 injecții. Cu cât tratamentul a fost făcut mai precoce, cu atât a fost mai eficace, astfel cei tratați a 4 zi de boală au beneficiat de injecțiile de ser de convalescent; mai puțin eficace când s'a instituit tratamentul a cincia, a șasea, a 7 zi de boală și e aproape ineficace, când se face a 8—9 zi de boală. Acest tratament face ca reacția Weil Felix să apară mai repede. Weil Felix devine pozitiv în prima săptămână a apyrexiei, pe când la bolnavii tratați cu ser de convalescent reacția Weil-Felix devine pozitivă în perioada febrilă. Roux propune ca să nu mai întrebuintermenul de febră exantematică, ci de tifos exantematic (fie de origină umană sau de origină murină.

Dr. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII — TEZE*)

Doc. Dr. M. POPESCU—BUZEU: **CROMOCISTOSCOPIA.** — Tiparul Românesc, Bucureşti, 1932, Un volum de 136 pag., 1 planşe colorată, preţ 150 lei.

Odată cu descrierea acestei probe de explorare funcţională a rinichilor şi ureterelor, probă relativ nouă, autorul expune în mod succint şi „noţiunile generale de fisiologia şi fisio-patologia rinichiului şi a ureterelor în raport cu explorarea lor funcţională prin coloraţi".

Prezentarea elogioasă a acestei monografii o face în *Prefaţa* ce-i scrie, însuşi cel mai autorizat în materie specialist dela noi, d-l *Prof. N. Hortolomei*, directorul clinicei urologice dela facultatea de medicină din Bucureşti, când afirmă că: „o descriere de întreg a acestei metode neexistând în literatura urologică, d-l Dr. Popescu-Buzeu prin publicarea acestei lucrări împlineşte o lacună des simţită de urologi", precum şi atunci când consideră această lucrare ca un studiu critic foarte documentat, bazat pe cercetări personale numeroase şi pe cunoaşterea întregei literaturi în chestiune.

D-sa mai recunoaşte autorului o deosebită competinţă în materie de explorare a funcţiei renale şi găseşte în studiul său „unele explicaţiuni şi interpretări personale foarte judicioase".

In **Introducere** autorul face istoricul cromocistoscopiei, care în forma ei definitivă a fost pusă la punct în 1903, când Voelker şi Ioseph au propus în locul albastrului de metilen, preconizat pentru prima oară în 1892 de R. Kutner, indigocarminul.

Bucurându-se de o favoare variată în dif. ţări, metoda a fost introdusă la noi de Prof. Ţeposu dela Cluj, care în 1920 o descrie în „Clujul Medical" No. 4/1920, şi a fost adoptată de autor dela 1926, aplicând-o până în prezent la peste 120 cazuri.

Lucrarea cuprinde în 3 părţi:

---

*) Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.

In partea I se fac **Considerațiuni generale,** expunându-se evoluția și metodele de explorare ale funcțiunei renale; se arată cum se comportă substanțele străine în organism, în special indigocarminul, și se descrie fisiologia ureterului împreună cu fisiologia normală și patologică a jetului ureteral, ilustrată vizibil printr'o planșe cu 3 figuri.

In partea II-a se expune **Technica cromocistoscopiei** dându-se la început câteva noțiuni preliminare, apoi indicându-se calea de injectat, accidentele posibile (în cele peste 120 cazuri autorului numai 4 accidente, toate cu aspect de choc coloidoclasic, fără urmări), soluțiunea și cantitatea de injectat, modul de urmărire al eliminării colorantului (timpul de apariție, intensitatea eliminării și durata) și cromocistocopia cu alte substanțe, întru cari Phenolsulfonftaleina (P. S. P.).

In partea III-a se pun **Indicațiunile speciale,** și **cele relative;** între primele: tuberculoza renală, pielita, pielo-nefritele, pionefroze, litiaza renală, Hidronefroze, tumori, anomaliile reno-ureterale; apoi se arată alteraţiile dinamismului ureteral, aplicațiile cu rezultatele obținute în afecțiunile uro-ginecologice și se indică raportul între datele cromocistoscopiei și lesiunile anatomo-patologice constatate ulterior.

Numeroase obs. clinice ilustrează aplicațiile metodei, în special de tuberculoză renală, afecțiune în care în primul rând se cer date precise asupra stării de funcționare a rinichiului lesat, ca și a celuilalt, pentru a putea pune indicațiile operatorii.

In **Concluziuni finale** autorul arată că se impune înainte de a practica cateterismul ureterelor o cromocistoscopie de orientare, această metodă uneori fiind singură posibilă, de cele mai multe ori complectându-l, și niciodată datele obținute prin cromocistoscopie nefiind în contrazicere cu acelea ale cateterismului ureteral.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O bogată indicație bibliografică termină această valoroasă lucrare, atât de utilă pentru urologi.

Cealaltă contribuție românească în materie este de asemenea nu numai indicată dar relatată, precum: aplicarea metodei acesteia asupra eliminării bilii, Prof. Hațieganu și Haliţa făcând din ea o probă de retenţiune vesiculară, complimentară a probei Meltzer-Lyon; iar D-rul Stromingher întrebuinţând în 15 cazuri metoda cromocistoscopiei pentru reperarea orificiilor ureterale.

Dr. M. Cânciulescu.

* * *

Doc. Dr. L. CÂMPEANU: **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUBERCULOZEI PULMONARE — 1 vol. de 125 pag., cu numeroase figuri, scheme și fotografii explicative, apărut în Tipogr. Göbl Fii, București, 1932.**

In *Prefață,* D-l *Dr. S. Irimescu* arătând cu cifre și statistice îngrijitoare consecinţele dezastruoase pentru ţara noastră (50.000 morţi anual de tuberculoză pulmonară, 200.000 bolnavi cu lesiuni deschise și deci răspânditori de germeni, 17.5 miliarde lei pierduţi din cauza inactivităţii) ale acestui flagel, care la noi se pune înaintea sifilisului, alcoolismului și paludismului; precum și expunând rezultatele favorabile, ce în multe cazuri dau metodele chi-

rurgicale aplicate în tratamentul tuberculozei pulmonare, subliniază prin aceasta folosul real, ce va aduce corpului medical românesc această lucrare a D-rului L. Câmpeanu, „căreia textul clar şi figurile explicative îi asigură caracterul unui excelent manual didactic", şi căruia practica întinsă în chirurgia generală şi specială pulmonară i-au asigurat autoritatea necesară de a-l scrie.

Azi când ftisiologia trebue să se predea ca o disciplină anume în învăţământ şi când această predare trebue să se facă în clinice speciale de tuberculoză, este necesară, mai adaugă d-l Dr. Irimescu, înfiinţarea în aceste clinice speciale a secţiuni de chirurgie pulmonară contra tuberculozei; secţiuni cari funcţionează la noi până în prezent în 3 centre: la Bucureşti, în Sanatoriul dela Filaret, fiind condusă de Prof. Dr. Cosăcescu, la Cluj funcţinând în chiar clinica chirurgicală a Prof. Iacobovici şi la Braşov înfiinţată de D-rul L. Câmpeanu.

In capitole, cari se succed şi se complectează pe rând, autorul, „care a verificat la faţa locului, în cele mai importante instituţiuni pentru combaterea tuberculozei pulmonare din Europa, efectele colapso-terapiei sub toate formele ei" prezintă Noţiunile practice de colapsoterapie pulmonară, pe cari le trage din anatomie, ftisiologie, radiologie şi chirurgie.

Ni se face astfel cunoştinţă, pe scurt şi numai cu cât trebue pentru urmărirea scopului, cu formele anatomo-clinice, diagnosticul şi prognosticul tuberculozei pulmonare; — cu principiul, efectele, indicaţiile şi contraindicaţiile colapsoterapiei în tb. p.; — cu multiplele metode de colapsoterapie, în primul rând cu pneumotoracele artificial, a cărui technică (un foarte instructiv tablou datorat D-rilor Bălănescu şi Teodoreanu asupra fenomenelor, ce se petrec după poziţia acului, o complectează) indicaţii, contraindicaţii, accidente şi complicaţii, rezultate ne redă; — cu oleotoracele, toracoplastia şi pneumoliza intrapleurală, frenicectomia, pneumoliza extrapleurală şi plomba pulmonară, toracoplastia extrapleurală.

Se prezintă în urmă complicaţiile pleurale în colapsoterapie şi într'un capitol final se stabilesc relaţiile dintre colapsoterapie şi climatoterapie, indicându-se condiţiile ce se cer unei localităţi, ca să fie favorabilă curei unui tuberculos şi cum trebue să se comporte un atare tuberculos în acel climat.

La urmă se expun date climatologice asupra localităţii Braşovului şi a câtorva regiuni vecine, cari prezintă condiţii variate şi favorabile diferitelor forme clinice de tuberculoze.

Citând la fiece capitol lucrările româneşti respective, datorate toate celor mai autorizaţi specialişti dela noi, autorul întinde omagiul, ce-l aduce din capul locului d-lui Dr. S. Irimescu; îl întinde la toţi ftisiologii români şi prin aceasta excelentul său manual didactic capătă un caracter ştiinţific manifest românesc.

Lucrarea aceasta „menită — după intenţia autorului — să fie lanţul de legătură în colaborarea dintre practician, ftisiolog, radiolog şi chirurg" atingându-şi scopul acesta pentru ceilalţi, va mai marca, fără îndoială, începutul unei activităţi personale

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fructuoase în rezultate pentru însă-şi autor, care în viitor ne va prezenta bilanţul ei.

Competinţa, de care dă dovadă, mai este favorizată de condiţiile prielnice de ordin climatologic ale regiunei Braşovului, spre care afluează cu predilecţie în prezent mai toţi tuberculoşii noştri.

Dr. M. Cânciulescu.

* * *

Dr. C. BACAOANU: **SCURT ISTORIC DESPRE MEDICII ŞI ACTIVITATEA MEDICO-SOCIALA A ORAŞULUI BOTOŞANI** — Botoşani, tip. B. Saidman, 1932.

Este de remarcat cu ocazia apariţiei acestei monografii, în care autorul, un scriitor medical de valoare cu o întinsă activitate publicistică, a cuprins viaţa medicală din trecut şi prezent a oraşului său, în primul rând lăudabila intenţie, care ar trebui să servească de imbold şi pentru alţii.

Pe lângă interesul deosebit, ce ar suscita în masa localnicilor, asemenea scrieri cu valoare documentară medicală istorică ar putea contrribui în modul cel mai eficace, mai documentat şi mai autorizat la edificarea în viitor a unei *Monumentale Istorii a Medicinei Româneşti pentru întreg cuprinsul ţării.*

Şi încă, aşa cum doreşte autorul pentru lucrarea sa, din asemenea documentări disparate şi variate se va putea întocmi *Monografia istoriei generale a unui oraş,* a fiecăruia şi deci a tuturora, în special a capitalelor de judeţe, din punctul de vedere al aspectului variat sub care se manifestă viaţa sa medicală, juridică, religioasă, administrativă, etc. etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asemenea *Pagini de istorie locală* complectează în mod util *Istoria generală a unei ţări şi popor,* punându-se în mod fericit în evidenţă trecutul alături de prezent pentru fiecare localitate.

Monografiile medicale vor trebui să cuprindă şi — aşa cum autorul acesteia regretă că din lipsă de mijloace n-a putut-o face pentru oraşul său — „momente interesante din viaţa medicilor, aprecieri despre oamenii din vremurile apuse şi mai ales istoricul marilor epidemii — precum pentru oraşul Botoşani al celor de holeră din 1848 şi 1865, — grafice interesante de mişcarea populaţiei cu ani în urmă".

Asemenea complectări ar interesa pentru plăcerea lecturii şi ar folosi pentru documentarea prezentării.

Monografia cuprinde în capitole distincte, cari vor putea servi ca modele de expunere: un **Scurt istoric al serviciului sanitar din oraşul Botoşani;** — relatări **Despre cei dintâi doftori, Despre higiena şi salubritatea publică din trecut, Dupe prima lege sanitară;** — prezentări pentru **Farmaciile, Spitalele, Dispensariile** şi **Institutele de ocrotiri sociale** ale oraşului, şi termină cu **Constatări de actualitate,** foarte îmbucurătoare unele, precum acelea cari vorbesc de alimentaţia cu apă sau de rezultatele vaccinărilor cu B. C. G. la sugari sau de clădirile monumentale ale spitalelor clădite în trecut de generositatea particulară; foarte triste altele, precum acelea cari amintesc de grelele condiţii, de existenţă ale spitalelor Botoşanilor, unele închise şi altele „caşi închise, din cauză că plata întreţinerii se face la câte 6—7 luni".

Dr. M. C.

Dr. C. STAMATIU: **ACTIVITATE CHIRURGICALA** — Tipogr. Centralei Coperativelor, Chişinău, 1932.

O broşură de 28 pag., în care autorul, în prezent medic-şef al Serv. chirurgical din Spit. Militar C. III A. Chişinău, prezintă pe scurt activitatea ce a desfăşurat pe terenul chirurgical în acest serviciu începând dela 15 Martie 1925 până la 1 Oct. 1928, ca medic secundar şi dela Oct. 1928 până la Aprilie 1932, în calitate de chirurg-şef al serviciului.

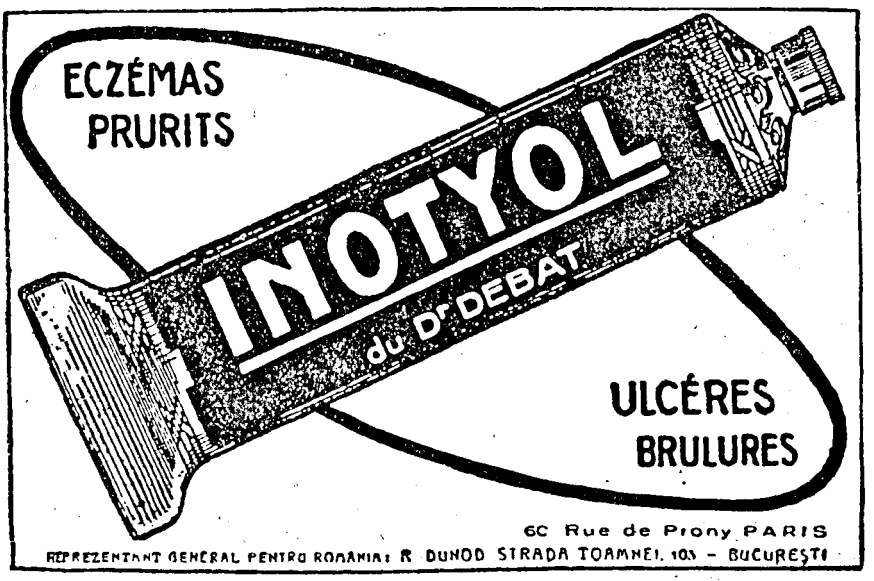
O frumoasă activitate chirurgicală, care constă în *41 lucrări* (cu acea ce publică în numărul prezent al M. M. R.), personale sau în colaborare, comunicate la Cercul Sanitar Militar din Chişinău şi publicate ulterior în Revista Sanitară Militară, prezentând multe din ele cazuri rare, vederi originale sau procedee personale; — precum şi *un total general de 1427 operaţii*, în cari mortalitatea globală de 3% a fost datorată la cazuri foarte grave cu complicaţii multiple.

Printre comunicări semnalăm: **Un caz de embriom al testiculului, Un caz de tuberculoză a glandei parotide, Tratamentul pleureziilor purulente acute prin injecţiuni intrapleurale de neosalvarsan** (technică personală), **Un procedeu personal pentru tratamentul fistulelor salivare parotidiene**, etc.

Intre operaţiile executate între Aprilie 1925 şi Aprilie 1932, remarcăm: 86 apendicite cronice, 18 desarticulaţii diverse, 15 osteo-sinteze pentru fracturi, 665 hernii inquinale, 7 strangulate, 52 ceco-apendiculare, 35 recidivate, 51 hidrocele, 14 laparatomii pentru peritonite, 82 pleurezii purulente, 116 varicocele, etc.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



B. — REVISTE MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE

No. 2 şi 3—4 | 1931

M. NASTA, I. JOVIN et M. BLECHMANN: **Recherches expérimentales sur l'action pathogène du virus tuberculeux filtrable,** No. 2/1931.

J. CANTACUZÈNE et Eugénie SORU. — **Recherches sur la mécanisme de l'accolement de l'épiploon aux portions lésées de la cavité péritonéale. Intervention de phénomènes d'ordre électrostatique.**

M. CIUCA: **Contribution à l'étude de la vaccination antityphique (évolution de la maladie chez les vaccinés).**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

G. MARINESCO et G. STROESCO: **Etude sur la pathologie de la rage,** No. 3—4/1931.

I. CIUREA: **Les poissons de la Mer Noire comme source d'infestation par les trématodes de la famille des hétérophyidés et des échinostomidés.**

G. T. POPA et V.-D. MARZA: **Biologie des spermatozoïdes.**

G. MAGHERU et A. MAGHERU: **L'action empêchante de la toxine diphtérique sur le phénomène de Pfeiffeer. Dissociation entre l'intensité et la rapidité du pouvoir fixateur.**

D. COMBIESCO, M. ILIESCO, N. DEMETRESCO et N. COMBIESCO: **Recherches sur l'analyse sérique qualitative dans la fièvre typhoïde.**

A. OLARIU: **La vaccination antiscarlatineuse par l'anatoxine streptococcique.**

C. POPESCO et GH. PANAITESCO: **Sérothérapie antistreptococcique dans l'érysipèle et les septicémies streptococciques.**

* * *

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 9—10 | 1931 şi 1, 2, 3—4, 5, 6—7 | 1932

Prof. Dr. I. IADASSHON: **Chestiunea cantităţii în toxicordemiile idiosynerasice şi de sensibilizare** (fine), No. 9—10/1932.

Dr. V. STAVILLA: **Contribuţiuni la tratamentul leprei.**

Dr. I. BORDEIANU: **Grefa epidermică pentru pierderi mari de piele,** No. 1/1932.

Dr. CHRISTOFOR ASVADUROV: **Un caz de hypertrichosis.**

Dr. GRIGORIU DUMITRU: **Un tratament uşor, cu totul nou şi specific al nevralgiei sciatice.**

Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Amiotrofia spinală post traumatică. (Studiu neurologic şi medico-legal),** No. 2/1932.

Dr. N. WEINER: **Tratamentul ulcerului duodenal prin insulină.**

Dr. SYLVIU D. CONN: **Forme tardive de reumatism blenoragic tratate cu săruri arsenicale.**

Dr. C. EFTIMIE şi Dr. ST. MARIN: **Un an de activitate chirurgicală la spitalul Piatra-Neamţ,** No. 3—4/1932.

Dr. M. SCHAECHTER: **Splenoterapie şi tuberculoza (Analiză critică).**

Dr. C. MARTINESCU şi Dr. SCHAFLER: **Sifilisul stomacal,** No. 5/1932.

Dr. CHRISTOFOR ASVADUROV: **Tratamentul guturaiului prin „Picătura de iod a lui Bier".**

Prof. Dr. RENÉ LERICHE (Strasbourg): **Traitement chirurgical de l'angine de poitrine,** No. 6—7/1932.

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 5—6—7 | 1932

Dr. TRAIAN BONA: **Doi ani de activitate la spitalul din Suceava.**

Agregat Dr. DUMITRESCU-MANTE: **Secreţia şi excreţia biliară,** No. 5—6—7/1932.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

CLUJUL MEDICAL

No. 5, 6 şi 7 | 1932

Prof. Dr. I. HAŢIEGANU şi Prof. Dr. I. IACOBOVICI: **Trei cazuri de tumoră sifilitică a lui Hausmann,** No. 5/1932.

Prof. Dr. VICTOR PAPILIAN şi Dr. AUREL NANA: **Vicii de conformaţie obţinute experimental.**

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Cataracta comoţională.**

Dr. DOMINIC STANCA şi Dr. TRAIAN RAŢIU: **Cercetări asupra 200 cazuri cu metoda Prof. Urechia şi D-na Retezeanu.**

Dr. GH. IRIMINOIU: **Terapia cu antivirus Besredka.**

Dr. I. PETRI: **Noua staţiune climaterică Teiuş-Caransebeş.**

Dr. ST. STROIA şi Dr. TR. GEORGESCU: **Pustulă maligną juxtaorbitară cu enorm edem al feţei, asociată cu erisipel, vindecată prin doze masive de ser.**

Dr. WEISS H. MENDEL (Reghin): **Calculul salivar în canalul lui Wharton.**

Prof. Dr. I. HAŢIEGANU şi Prof. Dr. I. IACOBOVICI: **Două cazuri de pseudo-tumoră intestinală de natură sifilitică,** No. 6/1932.

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Cutarea retinei printr'un mucocel frontal orbitalizat.**

Prof. Dr. E. ŢEPOSU, Dr. R. POPA şi Dr. I. DANICICO: **Consideraţiuni asupra tuberculozei latente a glandelor suprarenale în tuberculoza renală.**

Docent Dr. GHEORGHE POPOVICIU: **Problemele puriculturei în apus şi la noi. Soluţii pentru ţara noastră.**

Dr. V. ALEXA: **Analiza apelor minerale dela Sângiorzul-Băi (jud. Năsăud).**

Dr. DAGHIE VASILE: **Consideraţiuni generale asupra infecţiunilor mânei şi a tratamentului lor.**

Dr. ALEXANDRU NEMEŞ: **Operaţia cesariană.**

Dr. E. CSILLAG: **Vaccinarea antivariolică în practică.**

Prof. Dr. I. MINEA: **Despre antifermentoterapie în scleroză în plăci,** No. 7/1932.

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Chist epitelial intra-scleral.**

Dr. IOAN N. BÂRCĂ: **Tuberculoză fibro-osoasă a salpingelor.**

Dr. AUREL BOTIŞ şi Dr. EUGEN DORCA: **Cercetări clinice cu o nouă combinaţiune de eter-chinină (chinaether).**

Dr. SNEER IŢCOVICI: **Asupra unui caz de amenorhee tratat în mod eficace cu „Ovarine Byls" în fiole.**

Prof. VALERIU L. BOLOGA: **Animatorul mişcării medico-istorice româneşti.**

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NOUA REVISTĂ MEDICALĂ

Anul III — No. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | 1931
Anul IV — No. 1 şi 2 | 1932

S. METALNIKOV: **Immunité d'adaption et immunité de défense,** No. 6/1931.

Dr. B. M. TATARSKY: **Corpul străin în conductul auditiv extern.**

Prof. C. I. PARHON et M-me MARIE BRIESE: **Contribution à l'etiologie — encephalite épidemique probable — et à la pathogènie du virilisme. Présence d'une substance virilisante dans le sang d'une jeune fille de 18 ans,** No. 7/1931.

Dr. G. MARINESCU: **Tratamentul câtorva cistite cronice prin spălături ale basinetelor.**

Dr. POPESCU-SIBIU: **Psihosexualitatea.**

Dr. A. LAFONT: **Les Protozaires des Plantes,** No. 8/1931.

Dr. M. POPPER şi Dr. B. MANDEL: **Valoarea semiologică a hemoptiziei.**

M-me CONSTANCE PARHON ŞTEFANESCU: **Troubles osseus, en rapport avec la sécrétion parathyroidienne.**

Prof. M. WEINBERG: **Infecţiunile cu microbi anaerobi şi tratamentul lor serie,** No. 9/1932.

Conf. SĂRĂŢEANU EM. FL.: **Tratamentul eczemei seboreice.**

Docent Dr. L. STROMINGER: **La périnéorraphie et la colibacillose urinaire.**

Dr. BAKK ALEXE: **Meningită streptococică vindecată prin seroterapie.**

Prof. M. WEINBERG: **Infecţiunile cu microbi anaerobi şi tratamentul lor seric,** No. 10/1932.

Dr. M. CARZIS: **Contribution au traitement des néoplasies.**

Dr. GRAIN: **De la thérapeutique des suppurations nasales.**

Dr. SCHACHTER-NANCY: **A propos de un cas de sifilofobie.**

Prof. N. ZAHARESCU-KARAMAN: **Maternitate conştientă,** No. 11/932.

Dr. IOSIF WESTFRIED: **Anxietate.**

Dr. M. SCHACHTER: **Considerations générale sur l'Enuresis nocturne infantile.**

Dr. GEORGE BARDELLY: **Pe marginea regulamentului colegilor. — Reforma Universitară.**

Profesor N. ZAHARESCU-KARAMAN: **Maternitate conştientă,** No 12/1932.

Dr. EUGEN SPIRT: **Cincizeci de ani dela descoperirea făcută de către Robert Koch a baccilului tuberculozei (24 Martie 1882).**

Dr. IOSIF WESTFRIED: **Pe marginea celui de al patrulea an,** Anul IV, No. 1/1932.

Prof. Dr. S. LALU: **Elogiul Prof. Paulescu.**

Dr. L. STROMINGER: **Sur l'hématurie dans la colibacillose urinare.**

Profesor GOUGEROT: **Le centenaire d'Alfred Fournier.**

Prof. Dr. S. LALU: **Cursul de fiziologie** (urmare). (Anul IV, No. 2/932.

Dr. BOBY: **Action des sels halogènes de magnésium sur les troubles urinaires d'origine prostatique.**

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Dr. BELA RÉVÉSZ: **Paralizia generală, sifilisul şi alcoolismul.**

* * *

REVISTA DE OBSTETRICA GINECOLOGIE PUERICULTURĂ

No. 4 | 1931 şi 1 | 1932

N. GHEORGHIU: **Chestiunea controlului uterin după congresul dela Bordeaux,** No. 4/1931.

VICTOR DIMITRIU şi ALEX. SEIMEANU: **Endometrioză recto-vaginală voluminoasă.**

GHEORGHE D. VINTILĂ: **Consideraţiuni asupra unui caz de trombus vulvo-vaginal.**

TRAIAN RAŢIU: **Tentativă de avort în sarcina extrauterină.**

H. SLOBOZIANU: **Intrebuinţarea făinoaselor în prima copilărie.**

L. NISSIM: **Propaganda.**

D. SĂVULESCU: **Congresul francez de ginecologie şi obstetrică.**

C. I. PARHON — M-lle CHERTA WERNER: **Sur la Calcémie, la Potasémie et le rapport K. Ca pendant l'époque intermenstruelle et menstruelle, au cours de la grossesse et de la lactation,** No. 1/1932.

MARIUS GEORGESCU: **Observaţiuni asupra forcepsului Kjelland.**

D. SĂVULESCU: **Noţiuni despre fecundaţie şi grefarea oului în cavitatea uterină caduca.**

MEDEA NICULESCU-LUCIA BANCHERIU: **Sarcină extra-uterină recidivată.**

M. GEORGESCU — E. STĂNCESCU: **Peritonită difuză post-partum.**

GEORGE D. VINTILĂ: **Facere distocică prin exces de volum al fătului, în special al umerilor.**

H. MAKELARIE — E. PĂCESCU: **Facere distocică prin făt hidrocefal**

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

No. 4, 5, 6 | 1932

I. ENESCU şi G. BRĂNIŞTEANU: **Consideraţiuni asupra clorului gastric în stare normală şi patologică la om,** No. 4/1932.

Prof. Dr. L. SPILLMAN şi Dr. L. I. SEGAL: **O chestiune nouă în medicina modernă. Echilibrul acido-bazic în sânge.**

Dr. P. SAMARIAN: **Ciuma în trecutul românesc.**

Prof. ANGELESCU, G. BUZOIANU şi D. CARAMZULESCU: **Rachianestezia cu percaină.**

Dr. STATE DRĂGĂNESCU şi Dr. SERGIU AXENTE: **Asupra patogeniei epilepsiei esenţiale.**

Dr. I. OREVICEANU, Dr. I. HEROVICI şi Intern. W. GRUNBERG: **Turburări grave produse de otita şi mastoidita latentă la sugari; contribuţiuni la diagnosticul şi tratamentul precoce,** No. 5/1932.

Dr. CONSTANŢA V. IONESCU: **Alcolism acut la copil.**

ŞTEFAN C. POPESCU: **Contribuţiuni la tratamentul ozenei.**

TR. BENDESCU: **Atrofie optică bilaterală în legătură cu un pneumosinus sfenoidal dilatator unilateral.**

TRAIAN BONA: **Un caz rar de pneumatoză chistică intestinală.**

C. I. PARHON: **Un plan general pentru studiu bolnavilor în Institutele neuropsihiatrice şi endocrinologice,** No. 6/1932.

Prof. Dr. P. NICULESCU: **Insulina.**

EMIL SAFTA: **Despre transplantările osoase în Morbul lui Pott.**

CONSTANŢA V. IONESCU: **Indicaţiile curei helio-marine.**

* * *

REVUE MÉDICALE ROUMAINE

No. 3, 4, 5, 6 | 1931 şi 1, 2, 3 | 1932

GABRIEL PADEANO: **L'Epreuve du Métabolisme Basal. Ses variations pathologiques, sa valeur clinique et ses indications pratiques** (3-e et dernière partie), No. 3/1931.

Prof. OBREGIA AL., CONSTANTINESCO S. et DIMOLESCU AL.: **La Pseudosclérose sans lésions hépatiques,** No. 4/1931.

ODOBESCU G.: **Les Rapports entre la Psychologie et la Psychiatrie.**

Prof. OBREGIA AL., CONSTANTINESCO SEB. et DIMOLESCO AL.: **Tetraplegie avec Rigidité de Décérebration,** No. 5/1931.

ODOBESCU GR.: **Les Rapports entre la Psychologie et la Psychiatrie** (2-e partie).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. OBREGIA, CONSTANTINESCO SEB. et DIMOLESCU ALF.: **Tétraplégie avec rigidité de décérebration** (Suite et fin), No. 6/1931.

ODOBESCU GR.: **Les Rapports entre la Psychologie et la Psychiatrie** (3-e partie).

Prof. PARHON C. et CONSTANTINESCO SEB.: **Sur deux cas d'épilepsie myoclonique. L'action de la parathormone et l'hypothèse pathogénique de Lundborg (hypoparathyroïdie) de cette forme d'épilepsie,** No. 1/1932.

ODOBESCU GR.: **Les Rapports entre la Psychologie et la Psychiatrie** (4-e et dernière partie).

Prof. BOLOGA V.: **Les influences occidentales dans la formation de la Médecine Scientifique Roumaine,** No. 2/1932.

MAVROMATI L.: **La pathogénie des troubles rachianesthésiques.**

L. MAVROMATI: **Pathogénie des troubles rachianesthésiques (Deuxième partie). Théories pathogéniques,** No. 3/1932.

MARIE BRIESE: **Le système nerveux végétatif en pathologie nerveuse.**

* * *

ROMANIA MEDICALA

No. 9, 10, 11, 12, 13—14 şi 15—16 | 1932

Număr consacrat Centenarului Eforiei Spitalelor civile, No. 9/1932.

Prof. Dr. A. JIANU şi Dr. V. MOISESCU: **Rachianestezia corectată prin Racedrină şi Lobelină pe cale rachidiană,** No. 10/1932.

Dr. POPOVICI-LUPA şi Dr. TH. MOISESCU: **Accidentele nervoase în cursul pneumotoraxului terapeutic.**

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Dr. S. SFINŢESCU: **Radioterapia siringomieliei.**

Prof. Dr. OBREGIA: **Stigmatul unghiilor,** No. 11/1932.

Docent Dr. C. MILLIAN: **Hipertermii neinfecţioase la copii.**

Dr. L. MAVROMATI: **Hormonii ovarieni şi raportul lor fiziologic.**

Dr. I. SIMIONESCU: **Luxaţiile vechi înapoi ale cotului.**

Dr. ION ARITON şi Dr. ZOLTAN SZABO: **Consideraţiuni noi în Hematologie.**

Dr. C. DĂNULESCU: **Insulina şi boalele inimei.**

Prof. Dr. S. NICOLAU: **Profilaxia sifilisului nervos,** No. 12/1932.

Dr. BELCIUGĂŢEANU şi Dr. I. BLUM: **Tratamentul sindromului entero-renal în staţiunea Călimăneşti-Căciulata.**

Prof. Dr. S. NICOLAU: **Profilaxia sifilisului nervos,** No. 13—14/932.

Agregat Dr. BĂLTĂCEANU: **Tratamentul hidro-mineral al reumatismelor.**

Agregat Dr. G. MARINESCU: **Pielografia descendentă cu „Abrodil".**

Agregat Dr. CHRISTIDI, Dr. GRIGORESCU şi Dr. GADEI: **Acţiunea ephedrinei asupra hipotensiunei arteriale produsă de rachianestezie cu novocaină.**

Agregat Dr. P. TOMESCU: **Monumentul şi Cartea de aur a ofiţerilor sanitari.**

Docent Dr. PLĂCINŢEANU: **Pentru o nouă organizare a spitalelor provinciale.**

Profesor Dr. N. HORTOLOMEI: **Stadiul actual al tratamentului ulcerului gastric şi duodenal,** No. 15—16/1932.

Conf. Dr. SĂRĂŢEANU EM. FL.: **Tratamentul Actinodermatozelor.**

Dr. L. VAIAN: **Cel d'intâi istoriograf medical român. Insemnările de Medicină şi de Folklor ale Principelui Dimitrie Cantemir.**

Dr. P. TOMESCU: **Serviciul sanitar românesc în faţa crizei financiare.**

Dr. ŞTEFAN ANATSASIU: **Tratamentul cu ape minerale naturale româneşti la pavilionul din Cişmigiu.**

Dr. D. BAGDASAR: **Biblioteca Facultăţei de Medicină din Bucureşti.**

* * *

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALA DIN IAŞI

No. 5 | 1931

Prof. Dr. I. TĂNĂSESCU: **† Profesor Dr. N. Leon, No. 5/1931.**

Profesor Dr. N. ZAHARESCU-KARAMAN: **Maternitatea conştientă.**

Dr. GH. NĂSTASE: **Astm sifilitic.**

Docent Dr. E. RADU şi Dr. N. DABIJA: **Cazuri de tumori maligne mediastino-pulmonare diagnosticate şi tratate radiologic.**

Dr. GR. IAMANDI şi Dr. D. LĂZĂRESCU: **Contribuţiuni la evoluţia şi diferenţierea panusurilor corneene de natură exematoasă şi tracomatoasă.**

Dr. GH. NĂSTASE: **Caz de acnee cornoasă a pielei capului.**

Dr. GH. CHIPAIL şi Dr. R. PUIU: **Torsiunea anexelor normale. Hematosalpinx.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. I. CLAUDATUS: **Consideraţiuni asupra microanalizei lichidului cerebro-spinal.**

Docent Dr. F. RADU şi Dr. N. Dabija: **Contribuţii la diagnosticul radiologic al pleuritelor bazale.**

Dr. GR. IAMANDI: **Un procedeu mai simplu şi mai rapid pentru recoltarea şi montarea în preparate fixe a ouăle de helminţi.**

Dr. G. NĂSTASE şi Dr. D. PETROVANU: **Psoriasis rubra artropatic tratat cu succes cu antigen metilic.**

Dr. EUGEN BUTTESCU: **Asupra unui caz de scarlatină formă hipertoxică, complicat cu un sindrom hipertoxic tardiv. Vindecare cu ser de convalescent pe cale intravenoasă şi subcutanată.**

SOC. DE MEDICI ŞI NATURALIŞTI: **Şedinţa din 28 Oct. 1931.**

Dr. E. ABUREL: **Inciziile de col în obstetrică. O nouă indicaţiune.**

Dr. P. IONESCU şi Dr. C. STRAT: **Epilepsia în raport cu menstruaţia, sarcina şi alăptarea.**

Prof. Dr. GH. TUDORAN, P. IONESCU, C. STRAT şi HERESCU: **Acţiunea colecisto-kinetică (colagogă) a apelor de Slănic.**

* * *

REVISTA SANITARA MILITARA

No. 4 şi 5 | 1932

Dr. C. NICOLEANU: **Un caz de asfixie prin oxid de carbon,** No. 4/1932.

Dr. C. N. ILIESCU: **Consideraţiuni radiologice asupra fracturilor prin sporutl de sky.**

Dr. CIORAN şi Dr. SIMA GH.: **Un caz de abces subfrenic gazos, operat şi vindecat.**

Dr. MICHAIESCU C. şi Dr. BALABAN: **Serviciul Sanitar la gazaţi pe câmpul de luptă.**

Dr. ABRAMOVICI D.: **Dare de seamă asupra activităţii Spitalului militar de ochi, Dumbrăveni-Ardeal.**

Dr. D. OPRESCU şi Dr. OCTAV. SONEA: **Un caz de peritonită pneumococică primitivă la un copil,** No. 5/1932.

Dr. I. DRĂGULESCU: **Tensiunea arterială mijlocie în clinică.**

Dr. MAVRU AUREL: **Tratament pseudartrozelor diafizei femurale în lumina noilor cercetări.**

Dr. FISI VICTOR: **Otrăvirile şi examenul medico-legal într'un caz de otrăvire.**

Dr. AL. PAPIU, Farm. Dr. CERBULESCU şi, Dr. NICOLAESCU: **Nemi şi coeficientul „Pelidissi".**

Dr. MICHAILESCU C. şi Dr. BALABAN I.: **Serviciul sanitar la gazaţi pe câmpul de luptă** (urmare şi sfârşit).

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA DE IGIENA SOCIALA

No. 5, 6, 7 şi 8 | 1932

Prof. G. K. CONSTANTINESCU: **Săptămâna laptelui,** No. 5/1932.

Prof. GNICHITA: **Valoarea alimentară a laptelui de vacă.**

I. NEMOIANU: **Organizarea asistenţei infantile de stat în România.**

GR. BUICLIU: **Câteva consideraţii asupra combaterii tuberculozei în clasa meseriaşilor.**

GH. ATANASIU: **Directive economico-sociale pentru aşezămintele de surdo-muţi.**

I. CIOCÂRLAN: **Planul şi scopul unui muzeu de antropologie şi eugenie în legătură cu problemele demografice.**

B. DRĂCEANU: **Tifosul exantematic în diversele ţări dela 1929 la 1931.**

M. SCHACHTER: **Influenţe nocive asupra organismului lucrătorilor din fabricele de tutun.**

I. CONSTANTINESCU: **Instituţii de reeducare intelectuală şi morală în Belgia.**

G. BANU: **Introducere la studiul igienei muncii** No. 6/1932.

A. VOINEA: **Cosmetologia medico-socială şi calipedia.**

D. LĂZĂRESCU: **Conjunctivita gonococică la sugarii şi copiii internaţi în clinica oftalmologică din Iaşi (1919—1931 incl.).**

GH. POPOVICIU: **Probleme actuale de puericultură la noi.**

A. D. d'ARGENTA: **Cercetări asupra vaccinaţiunii cu B. C. G.**

I. MARCU: **Activitatea serviciului sanitar al jud. Covurlui pe anul 1931.**

M. ISĂCESCU: **Propuneri de legiferare a combaterii bolilor venerice şi prostituţiei în România.**

N. COTOI: **Activitatea sanitară a oraşului Şimleul-Silvaniei pe 1931.**

G. BANU: **Originile igienei muncii şi factorii mediului profesional,** No. 7/1932.

M. NASTA, A. TOCILESCU şi C. BĂCANU: **Activitatea unui dispensar de profilaxia tuberculozei al Casei asigurărilor sociale, Bucureşti.**

I. D. ENESCU: **Personalitatea urbanistică a Municipiului Bucureşti.**

IOAN MATEI: **Prostituţia şi combaterea sifilisului.**

B. TATARSKY: **Expertiza şi calculul pierderii capacităţii profesionale în îmbolnăvirile urechii.**

G. BANU: **Activitatea institutului internaţional de organizare ştiinţifică a muncii.**

B. ŞAPIRA: **Eugenie cantitativă şi calitativă.**

V. DRĂGOŞESCU: **Din trecutul igienei şcolare în România.**

E. RĂSMERIŢĂ: **Apărarea populaţiei civile împotriva războiului chimic.**

CHRISTINA GALITZI: **Plan de organizare a unui institut internaţional de sănătate publică şi prevedere socială.**

Prof. Dr. MARIUS STURZA Cluj: **Orientări pentru cure balneare şi climaterice de vară,** No. 8/1932.

Docent Dr. GH. POPOVICIU: **Cauzele şi prevenirea mortinatalităţii şi a mortalităţii copiilor sub un an în Ardeal.**

Docent Dr. A. VOINA: **Biologia socială a frumuseţii. Terapia calipedică. Intre ştiinţă şi empirism.**

EMIL CERKEZ: **Istoricul asistenţei sociale în România dela înfiinţare până în anul 1930.**

Dr. NIC. SOLONENCU: **Activtiatea sanitară şi igienico-socială în circumscripţia Pojorâta (jud. Câmpulung) dela 1 Aprilie 1930 până la 1 Iulie 1932.**

Dr. I. CIOCÂRLAN: **Războiul şi copiii.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

DIVERSE INFORMAŢIUNI

Organisarea asistenţei infantile de stat în România

D-l Dr. I. Nemoianu dela Temişoara, atacă această chestiune în „Revista de Igienă Socială", No. 5/1932.

„La un număr de circa 600.000 naşteri pe an, am avut în 1928 în mediu 352.000 morţi, din cari 115.060 decedaţi în primul an al vieţei (o medie de 122.997 între 1920—1925)", citează D-sa dupe lucrarea d-lui Dr. G. Banu „Mortalitatea infantilă în România" apărută în 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar dupe statistice personale (făcute pe 2226 noi născuţi la Institutul obstetrical din Temişoara), mai adaugă la această excesivă mortalitate, care ne aşează în capul tuturor popoarelor din Europa, „o natalitate în continuă scădere, care pe alocuri se manifestă printr'un deficit al mişcării populaţiei şi simptome de degenerare ale neamului românesc".

Expune apoi **„Mijloacele de luptă în stadiul actual"** cari constau în legi numeroase şi ineficace şi creare de servicii suprapuse, cari nu-şi ating toate scopul, şi pentru cari se cheltueşte şi 163.000.000 lei pe an.

Pentru-că este nevoe de o lege unitară şi de o concentrare de sforţuri, autorul expune **Planul unei noi organizaţiuni**, şi anume: „o lege specială" să limiteze numărul copiilor, cari au neapărată nevoe a fi asistaţi (15.000 circa); să se organizeze un „serviciu central al protecţiunei copilăriei" (în Ministerul Sănătăţii publice); în fiecare din cele 12 oraşe mari ale ţării să se înfiinţeze câte un „centru de protecţiune a copilăriei" care să cop' un serviciu social, dispensarii, infermiere-educatoare, 2—5 sate pentru colonii de creştere a copiilor, un spital de copii şi maternitate.

Această organizaţie să dea asistenţă şi copiilor infirmi, delinquenţi şi anormali mintali.

Autorul crede că s-ar putea astfel anual adăposti 12—36.000 copii, s-ar face 400.000 consultaţii, s-ar asista 15.000 mame şi s-ar face o educaţie eficace a populaţiei; şi toate astea cu numai 133.000.000 anual.

* *

Activitatea în 2 ani a unui dispensar de profilaxia tuberculosei din Bucureşti

Acest dispensar aparţine Casei Centrale a Asigurărilor Sociale şi este condus de D-nii D-ri M. Nasta şi A. Tocilescu, intern Dr. C. Băcanu.

S-au examinat 4664 bolnavi, dintre cari s-au găsit tuberculoşi 1779 (892 fiind diagnosticaţi la dispensar, dintre ei 565 cu forme evolutive); buna organizaţie şi practica colapsoterapiei ambulatorii au crescut zi de zi afluenţa bolnavilor; s-au făcut 16.510 consultaţiuni, s-au practicat 5460 radioscopii, 903 radiografii şi 1438 examene de spută.

Datele sunt luate dupe expunerea însişi autorilor făcută în „Revista de Igienă Socială" No. 7/1932.

* * *

O societate română de Hematologie

Această societate s-a constituit în Bucureşti, cu următorul comitet: Preşedinte, Prof. I. Cantacuzino; Vice-preşedinte, Prof. D. Danielopolu şi Ionescu-Mihăeşti; Secretar general, Conf. I. Pavel; Casier, Conf. E. Crăciun; Secretari de şedinţă: Calalb şi Răileanu.

Comunicările vor fi publicate în revista „Le Sang" (Paris).

* * *

† D-rul Gh. Alexandrescu
1896—1932

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A murit la Nissa în Aprilie 1932, Doctorul Gh. Alexandrescu din Botoşani, în ultimul timp colaborator al Prof. Voronoff.

Extern în 1919, intern clasificat întâiul în 1921 la Spitalul Brâncovenesc, asistent al lab. de Istologie în 1923, teză de doctorat în Medicină în 1923, tratând despre Gastro- şi entero-radiculitele sifilitice, Secundar în spitalele Eforiei în 1926, assistent étrager la Collège de France în 1928, Doctorul Gh. Alexandrescu devenise colaboratorul reputat al Prof. Serge Voronoff, cu care a publicat în ultimul timp numeroase lucrări de valoare, printre cari: Struture de greffons testiculaires datant de 4 ans et 5 mois — Tumeurs abdominales multiples chez le rat blanc expérimentalement produites par l'ingestion repetée d'un mélange à base de goudron — La greffe testicullaire du singe à l'homme, etc.

* * *

Noul Comitet al soc. Studenţilor în medicină din Bucureşti pe 1932—33

S-a constituit astfel: Preşedinte, Lucian Dumitrescu; Vice-preşedinţi: G. Georgescu, H. Ungureanu, Stamate Leţu; Secretar general: M. Constantinescu; Casier, V. Băleanu; Vice-casier, I. Roşianu; Bibliotecar, Ilie Săbăilă; Secretari de şedinţă: Gh. Rădulescu, Gh. Stoica, D. Matheiu, Gabriel Borcănescu, I. Tomescu.

* * *

Noi docenţi la fac. de medicină din Bucureşti

Şi-au trecut examenul de docenţă la Fac. de Medicină din Bucureşti, în anul 1932, D-ri *Alfred Dimolescu* în specialitatea Psihologie patologică; *Gh. Niculescu* în Terapeutică; *C. Nicolau* în Hematologie clinică.

* * *

Comitetul soc. de Terapeutică din Bucureşti pe 1932

Preşedinte, A. Dobrovici; Vice-preşedinţi: Conf. Dumitrescu-Mante şi G. Băltăceanu; Casier, Dr. Cociaşu; Secretar general, Doc. H. Angelescu; Secretar de şeddinţă, Doc. G. Niculescu.

* * *

Terapia calipedică, ramură a medicinei

In No. 6 şi 8 ale Revistei de Igienă Socială, d-l **Docent Dr. A. Voina** din Bucureşti, expune din punct de vedere medico-social şi biologic chestiunea **Cosmetologiei,** pe care o defineşte ca „o ştiinţă a înfrumuseţării, care poate fi de esenţă chimico-farmaceutică, medicală sau medico--socială", a **Calipediei,** pe care o socoteşte un „Cult al frumuseţii" şi a **Terapiei calipedice,** pe care o face tributară medicinei şi o reclamă pentru medici.

In capitolele extrem de interesante, cari aduc lucruri noi sau reînprospătează altele cu totul uitate autorul, un distins şi dermatolog expune relativitatea concepţiilor despre frumuseţe (Voltaire a spus că „broscoiului nu-i place lebăda, ci broscuţa lui"); face consideraţiuni istorice (In poemul lui Ovidiu: de medicamina faciei femineae se dau cele mai complecte sfaturi de ordin costmetologic); arată că medicina curativă trebue să se pună în serviciul costmetologiei, pentru-că frumuseţea fisică este în funcţie de igienă preventivă şi pentru-că înfrumuseţarea îşi găseşte o justificare medico-socială (frumuseţea identificându-se cu noţiunea de sănătate iar urâţenia cu acea de boală), dar calipedia sau cultul frumuseţii nu trebue să facă recurs la cosmetice sau farduri ci la mijloacele, cari fac să se desvolte organismul în cele mai armonioase condiţiuni de ordin psihofisic; demonstrează imperativul social-economic al înfrumuseţării arătând că frumuseţea aceasta biologică astfel înţeleasă este cea mai eficace armă în lupta pentru existenţă; expune istoricul succint al tipologiei frumuseţei fizice punând în evidenţă că femenismul de azi împinge femeia la defemenisare, adică o îndepărtează dela rolul ei social şi biologic; azi terapia înfrumuseţării în loc să se facă ştiinţific, se practică în mod empiric şi cu mijloace nepotrivite, pentru-că se recurge numai la remedii chimico-farmaceutice, costisitoare, de compoziţie uneori nocivă, dacă nu banală sau inadequată scopului.

Autorul în concluziuni practice de cea mai mare importanţă spune că calipedia şi cosmetologia trebuesc considerate ca ramuri ale medicinei şi că terapia lor trebue să se inspire numai dela doctrinele medicale ştiinţifice, nu dela empirism.

Dr. M. C.

* * *

Asfixia prin oxid de carbon între accidentele de aviaţie

Este cazul ofiţerului aviator român, Romeo Popescu, a cărui moarte se datoreşte asfixiei prin oxidul de carbon, ce a inspirat în timpul pierderei de cunoştinţă determinată prin isbitura cu capul de marginea carlingei în timpul capotajului din apropierea staţiei Lehliu.

Asemenea accidente sunt cunoscute, întrucât motoarele de avioane degaje cantităţi foarte mari de oxid de carbon; de asemenea se citează numeroase cazuri când aviatorii au aterizat pentru-că literalmente se asfixiaseră prin emanaţiunile de gaze ale motorului.

Cefalea, astenia musculară şi psichică, insomnia nocturnă cu somnolenţă diurnă, nevralgii, etc, cari se observă la aviatori, au fost puse pe seama acestei intoxicaţii.

In cazul citat la lab. central de chimie al armatei s-a constatat în sângele luat din cord prin metoda spectroscopiei prezenţa de CO.

Prezentarea acestui caz, primul în aviaţia română, şi documentarea lui prin citarea literaturei străine şi a protocolului autopsiei o face d-l **Col. Dr. C. Nicoleanu** în Revista Sanitară Militară No. 5/1932.

M. M. R.

* * *

Maternitatea conştientă

Intr'o lecţie ţinută în toamna anului 1931, la fac. de medicină din Iaşi, şi publicată în Revista Medico-Chirurgicală din Iaşi No. 5/1931, care ulterior a fost amplificată într'o conferinţă ţinută în Aula Fundaţiei universitare Carol I, în ziua de 12 Martie crt. şi reprodusă de Noua Revistă Medicală în No. 11 şi 12/1932, d-l **Prof. Dr. Zaharescu-Karaman** atacă problema socială a maternităţii şi natalităţii conştiente şi inconştiente, precum şi pe acea a selecţiunei umane, căreia pretutindeni, dar mai ales la noi, i se acordă mai puţină atenţie decât aceleia a selecţiunei plantelor şi reproducţiei animalelor domestice.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Cu această ocazie, expunând principiile Maltusianismului, care recomandă omului să procreeze atâţia copii, câţi poate creşte şi-i permit ereditatea aspiraţiunile şi posibilităţile lui de creştere, precum şi acelea ale şcoalei neo-maltusiane, care recomandă restrângerea populaţiei nu prin ascetism, abstinenţă şi continenţă sexuală, ci prin practicarea mijloacelor anticonceptionale şi efectuarea avortului — autorul se întreabă dacă ideile neo-maltusiene au pătruns în viaţa oraşelor şi satelor noastre.

Şi răspunde că până în prezent „la noi asupra acestor probleme sociale nu s-a precizat nici-o opiniune, sau ea nu îndrăsneşte să se afirme nici măcar cu timiditate; pentru acesto chestiuni sociale nu s-au găsit încă exponenţi, şi nici cadre potrivite discuţiei, chiar în sânul societăţilor ştiinţifice constituite de învăţători şi cărturari români".

Mai departe, reproducând din Anuarul statistic al României pe 1931, cifre care ne pun în primul rând al popoarelor atât prin natalitate, dar şi prin mortalitate, şi constatând că excedentul populaţiei în România este asigurat de surplusul natalităţii rurale asupra celei urbane — autorul explică aceste fenomene prin pătrunderea maltusianismului şi a practicelor anticonceptionale şi abortive la oraşe, pe când la sate „cu toate condiţiunile

aspre ale vieţei celor, ce fac să rodească mănoasele lanuri, puterea lor creatoare de viaţă nu este stânjenită de raţionalizarea maltusiană, iar viaţa isbucneşte spontană, clocotitoare de pretutindeni, în cântecul doinelor, ca şi seva plantelor la lumina şi căldura soarelui".

Totuşi... o opiniune asupra acestor chestiuni s-a închegat şi în ţara noastră, din moment ce ea a pătruns şi în tribuna liberă a unor reviste şi ziare cotidiene (**„Se poate oare îngădui avortul?"**) se întreabă d-l **Docent Dr. V. Trifu** în „Universul" No. /1932, pentru a răspunde în numele religiei, moralei şi biologiei medicale că „nu" — în timp ce **D-na Elena Manoilescu** în „Lumea nouă" între **„Concepţiile sociale greşite"** dela noi socotise cu puţin mai înainte şi interzicerea avortului, „a cărui pedepsire ar fi o crimă pentru poporul nostru".

Şi încă... dacă nu maltusianism, dar ceva neo-maltusianism a pătruns şi la satele noastre, din moment ce după câţiva copii şi ţăranca noastră recurge, pentru îndepărtarea celorlalţi, la trasul babelor şi din ce în ce mai des şi la meşteşugul doctorilor dela oraşe.

Adevărul la noi stă la mijloc, pentru toate aceste afirmări, extreme — câte-va mii, dacă nu şi mai multe, observaţii luate pe lume de sate şi de oraşe, în cari însemn starea de puerperalitate, pentru fiecare, arătându-mi că la noi, deşi interzis, avortul se practică cu furie la oraşe şi din ce în ce mai mult şi la sate; că nu se rezolvă problema nici prin a decreta libertatea absolută sau legalizarea avortului şi Rusia Sovietică în momentul de faţă gândindu-se iarăşi la restrângerea avortului, mai ales a celui clandestin; — precum problema avortului nu trebue nici închisă prin interdicţia de pleno a provocării lui, în virtutea dreptului divin şi a biologiei speciale a femeii, cât timp cruda realitate de ordin economic, moral şi social împinge pe femee a-şi face avortul şi pe bărbat a o împinge la el prin degajarea lui de orice responsabilitate în materie de procreaţie.

Dr. M. Cânciulescu.

* * *

Al doilea congres naţional de tuberculoză

In cursul jumătăţii a doua a lunei **Maiu 1933**, va avea loc la **Cluj**, sub preşedenţia d-lui Profesor I. Haţieganu, al **II-lea Congres Naţional de Tuberculoză** organizat de Societăţile pentru Profilaxia şi pentru Studiul Tuberculozei.

La ordinea de zi sunt următoarele chestiuni:

1) Principii de organizare a armamentului antituberculos. Raportor D-l Dr. Irimescu.

2) Formele de debut ale Tuberculozei pulmonare şi diagnosticul lor. Raportor D-l Dr. Daniello.

3) Artrodeza în tratamentul coxalgiilor. Raportor D-l Prof. Iacobovici.

Data precisă şi detalii de organizare se vor mai anunţa mai târziu. Informaţii se pot obţine dela secretariat: **Dr. L. Daniello**, Clinica Medicală Cluj, şi **Dr. M. Nasta**, Institutul de Seruri şi Vaccinuri, Spitalul Independenţei 103, Bucureşti.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nemi şi Pelidisi în România

Pentru calculul raţiei alimentare Von Pirquet a întrebuinţat **Nemul**, care este unitatea de măsură a valoarei nutritive a alimentelor, dupe cum şi caloria reprezintă valoarea nutritivă a alimentelor.

Nemul (prescurtat dela latinescul „nutritionis elementum) reprezintă valoarea nutritivă a unui gram de lapte, care se ştie că are 667 calorii pe litru.

Nemul reprezentând maximul ce poate fi absorbit de mucoasa intestinală, pentru a calcula în Nemi maximum de nevoi alimentare, descoperitorul acestei noi unităţi trebue să calculeze în centimetri patraţi suprafaţa intestinală a cuiva, să mai ţină seama de relaţia ce există cu înălţimea sa măsurată de la şezut (Sedentis altitudo), pe care o înseamnă cu SI; şi însă să mai ţină seamă de circonferinţa medie a intestinului, pentru ca conform unei formule matematice de tipul acesteia: Suprafaţa intestinală $= L \times C = 10 \times SI \times \frac{SI}{10} = SI^2$, să ajungă la concluzia că dacă SI = 80 cmt., omul are nevoe de 6400 Nemi pe zi.

Tot Von Pirquet a calculat cifra Nemilor dupe cantitatea constituantelor chimice ale laptelui; tot el a mai imaginat formula numită **„Pelidisi"** pentru a determina starea de nutriţie a unui individ care s-ar exprima astfel:

$$\text{Pelidisi} = \frac{\sqrt[3]{V\,10\,P}}{SI}$$

D-ni **D-ri Gen. Papiu Al., Nicolăescu M.** şi **Farm. Col. Dr. Cerbulescu C.** bazaţi pe considerentul că misiunea americană, care la Viena, după răsboiu, cercetând starea de nutriţie a populaţiei dupe formulele de mai sus, a dat suplimente de alimentaţie celor cu Pelidisi sub 94; precum şi ţinând seama de recomandaţia călduroasă ce face aplicării în armată acestor date medicul maior din armata elveţiană, Dr. Meseorli; şi utilizând, pentru a evita calculul unor rădăcini cubice, nişte tabele ceva mai practice ale ftisiologului Cevey din Lausame, au calculat coeficientul Pelidisi la gradele inferioare ale comp. II sanitară din Bucureşti şi au găsit că la soldaţii vechi coeficientul a variat între 95—102, numai 2 avându-l sub 94; că la elevi ai Şcoalei de reangajaţi numai unul a avut 94, ceilalţi prezintând coeficientul între 100—103; că la 173 recruţi, contig. 1932, 22 prezintau un Pelidisi sub 95, la rest variând între 95—102.

Autorii remarcabilului studiu publicat în „Revista Sanitară Militară No. 5/1932, angajându-se a urmări pe cei cu coeficientul sub 95, propun ca acest mijloc de apreciere a rezistenţei soldaţilor să se introducă şi în armata noastră, cât şi în liceele şi şcolile militare româneşti, odată cu celelalte măsuri, coeficientul Pelidisi putând încă a permite studii şi noi deducţiuni folositoare normelor de higienă, supraveghere medicală şi educaţie fizică a elevilor şi soldaţilor".

Numai că Nemul şi Pelidisi pornesc dela un substrat prea abstract şi se servesc de formule matematice, cari n-au nimic deaface cu biologia, iar armata română are mai mult nevoe de sanatorii pentru tuberculoşi, pe cari medicii militari să-i scoată la timp dintre rândurile soldaţilor sănătoşi, iar şcoalele româneşti încă nu cunosc pe indispensabilul medic şcolar, cari să mai ştie a-şi face şi datoria.

Dr. M. C.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un an de activitate chirurgicală într'un spital din provincie

D-l **Dr. C. Eftimie,** fost medic secundar şi intern al d-lui Prof. Juvara, şi activul medic primar al secţiei chirurgicale, de 30 paturi, a Spitalului din Piatra Neamţu, publică în Bucureşti Medical No. 3—4/1932, o statistică a activităţii secţiei sale dela 1 Jan. 1931—1 Ian. 1932, din care se vede că: s'au prezentat la consultaţiile secţiunei 5559 bolnavi; (3475 bărbaţi, 2084 femei); au fost internaţi 813; din ei s-au vindecat 781, au murit 32 în majoritate accidentaţi; s-au efectuat 785 operaţii.

* * *

Medici fără titlu de doctor

Există la noi, în Basarabia; o spune d-l **Dr. I. Bordeianu,** dela Hotin, în România Medicală No. 21/1931.

„S-ar părea că aşa ceva nici nu poate să existe, de vreme ce legea este categorică în această privinţă. Totuşi există. Intr'o ţară, unde toleranţa constitue o mândrie, iar nepăsarea celor chemaţi să vegheze este portiţa veşnic deschisă tutulor posibilităţilor, nu se putea să nu existe şi medicul cu şcoala neisprăvită, dupe cum există şi dentişti fără şcoală".

Ei provin din Rusia, în cari pe timpul răsboiului necesităţile au crescut enorm unmărul acelora, cari şi mai înainte netrecându-şi teza şi ne obţinând titlul de doctor „se intitulau numai „Vraci" şi sub acest titlu puteau practica.

Azi însă, aceşti „Zauriad-vraci", adică medici militari provizorii, dupe cum spune autorul:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„s-au aşezat prin oraşele şi târguşoarele basarabene şi nesupăraţi de nimeni au început să practice medicina, şi-au făcut instalaţii Roentgen, s-au declarat specialişti"... „ceea ce loveşte în prestigiul colegilor cu toate drepturile legale şi constitue un subiect inepuisabil pentru certuri şi neînţelegeri între medicii din provincie".

Iar mai departe autorul declară: „colegiul medical central, chemat să vegheze la ridicarea şi păstrarea prestigiului medical, are, credem, datoria şi putinţa de a se interesa mai de aproape de medicii fără titlu de doctor cât şi de medicii cu şcoala neterminată, cari uzează şi ei de acest titlu, să le interzică de a se folosi de el,... să se ia şi alte măsuri, pe care le va găsi de cuviinţă".

Precum şi de toţi ceilalţi cari practică ilicit medicina (farmacişti şi personal auxiliar sanitar titrat sau netitrat).

M. M. R.

* * *

† Profesor Dr N. Leon
1862 — 1931

„Prin modul cum a înţeles să-şi ducă viaţa el constitue o personalitate aparte.

Născut la Botoşani în anul 1862, a urmat liceul la Institutul Academic din Iaşi, şcoală vestită pe vremuri.

Inscris la Universitatea din Iaşi o părăseşte curând ca să se înscrie la Universitatea din Iena. Pe acele timpuri această Universitate, numită şi Cetatea Darwinismului, era graţie profesorilor ei cea mai însemnată din Germania.

Elev al lui Haeckel şi Oscar Hertvig, aceştia au avut o influenţă covârşitoare pentru formarea personalităţei culturale a D-rului Leon.

Simpatizat de Haeckel care-l trimite în Norvegia, face cunoştinţă la Bergen cu Nansen, în tovărăşia căruia lucrează o vacanţă întreagă şi cu care face legături de prietenie, despre care ne vorbea uneori cu un entuziasm deosebit.

Inzestrat cu o cultură specifică şcoalei germane de pe vremuri, se întoarce în ţară şi la vârsta de 25 ani este numit profesor suplinitor la catedra de botanică dela Facultatea de Ştiinţi din Iaşi. In anul 1888 trece la medicină, iar la 1899 este numit profesor definitiv.

In această calitate şi-a ilustrat catedra timp de 32 ani.

Conştiincios şi exact el a înţeles să pună totdeauna interesele învăţământului înaintea celor personale.

S'a ridicat pe vremuri cu toată energia contra profesorilor ambulanţi.

Ascultat şi stimat de studenţi pentru modul cum ştia să le transmită cunoştinţele disciplinei ce preda; — le-a inspirat o serie de teze, printre care unele de o reală valoare ştiinţifică, erau rezultatul multiplelor cercetări din laboratorul ce cu atâta competinţă conducea.

Demn şi mândru, nu suferea niciodată ca să se încalce drepturile Universităţei noastre pe care le-a apărat cu toată energia ca profesor, decan şi rector.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca om de ştiinţă el a păstrat legăturile cu apusul prin multiplele lucrări publicate în revistele de specialitate germane şi franceze şi pe baza cărora a fost cooptat ca membru al diferitelor Societăţi de Zoologie şi Entomologie străine.

Preocupat în special de malarie şi de parazitismul intestinal a dat la lumină o serie de lucrări de valoare.

Ca părinte Dr. Leon a fost un model.

Din citirea amintirilor lui se vede importanţa ce acorda vieţei lui intime, grija şi duioşia întru creşterea şi educaţia copiilor pentru care, cum singur o spune, a trebuit în unele împrejurări să fie şi mamă şi tată.

Iubitor de viaţă în concepţia largă a cuvântului, era un mare admirator al naturei în toate ale ei manifestări.

Cu Dr. Leon dispare una din figurile de elită a Iaşului, pe care l-a iubit şi pe care nu a voit să-l părăsească nici când i se oferea o situaţie mai bună în Bucureşti".

Astfel prezintă d-l **Prof. Dr. I. Tănăsescu**, în **Revista Medico-Chirurgicală din Iaşi** No. 5/1931, **Viaţa şi Opera marelui naturalist**, adept convins a lui Haeckel, **Prof. Dr. N. Leon dela Iaşi.**

* * *

Cercul oftalmologic dela Chişinău

In luna Decemvrie a anului trecut a luat fiinţă în Chişinău, pe lângă Spitalul de ochi al Epitropiei Orbilor din Basarabia, „Cercul Oftalmologic" sub preşidenţia Prof. L. I. Polev, având scopul principal cercetarea ştiinţifică a materialului clinic şi bibliografia sistematică a literaturei oftalmologice curente.

Până acum s'au ţinut următoarele şedinţe cu prezentări de bolnavi:

Prof. Polev: Impresiuni din călătoria ştiinţifică la Viena, Bucureşti şi Cluj.

Dr. Tumarchin: Metoda lui Bjerrum pentru diagnosticarea afecţiunilor afecţiunilor nervului optic (cu demonstrarea unui bolnav).

Prof. Polev: Rezultatele terapeutice obţinute cu preparatele lui Ziegler „Desa" în conjunctivita granuloasă.

Dr. Barhudarov: Un caz de flegmon orbitar post-scarlatinos la un copil (cu demonstrarea cazului).

Dr. Rozenfeld: Terminologia şi clasificaţia afecţiunilor foliculare şi trahomoide ale conjunctivei.

Prof. Polev: Particularităţile clinice şi anatomo-patologice ale tumorilor epiteliale corneene (cu demonstrarea preparatelor histologice).

* * *

Conferinţe medicale

In ziua de 13 Aprilie crt., D-l Profesor **Dr. C. Daniel,** directorul clinicei ginecologice dela Spitalul Colţea, a ţinut la Fundaţia universitară Carol I, o conferinţă tratând despre **„Sufletul chirurgului"**, iar în ziua de 20 Aprilie, d-l **Prof. Dr. S. Nicolau,** directorul clinicei dermato-veneralogice dela Spitalul Colţea a vorbit despre **„Hereditatea sfilitică şi mijloacele de prevenire".**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Unificarea instituţiunilor de asistenţă medicală din Capitală

O propunere

In No. 10 al revistei sale „România Medicală", d-l **Dr. P. Tomescu,** după ce omagiază opera săvârşită de Eforia Spitalelor civile în decursul celor 100 ani dela fundaţie, Centenar serbătorit cu fast în ziua de 20 Aprilie la Spitalul Colţea, în prezenţa Majestăţii Sale Regelui Carol II-lea, după ce mai scoate în evidenţă talentul de organizator şi realizator al actualului efor, d-l Prof. Dr. Mezincescu, face propunerea de a se găsi mijlocul ca toate instituţiunile de asistenţă medicală, cari funcţionează în prezent în Capitală, precum şi toate câte se vor mai înfiinţa de acum înainte, să fie grupate, strânse la o laltă, în felul Eforiei spitalelor civile, şi puse sub conducerea celor 2 mari instituţiuni din Capitală, Eforia Spitalelor civile şi Facultatea de medicină din Bucureşti.

Aceasta în vederea realizării unei îndrumări şi control technic, ca să corespundă cât mai bine scopului urmărit şi unei necesităţi cu adevărat simţite, anume acela de a da o asistenţă cât mai eficace şi realmente necesară populaţiei în lipsă.

Strângerea şi mânuirea fondurilor ca şi autonomia administrativă ar rămâne sub dependenţa autorităţilor, cari le-au creiat, mai cu seamă pentru cele oficiale şi cari gravitează în jurul asigurărilor sociale; dar şi pentru cele particulare, a căror numai justificare de scop şi necesitate, precum şi control technic ar urma să fie aprobate şi exercitate.

M. M. R.

* * *

Centenarul Eforiei spitalelor civile dela spitalul Colţea

In ziua de 20 Aprilie curent, între ora 10 jum. şi 1, *în prezenţa M. S. Regelui şi Voevodului Mihai*, a avut loc în amfiteatrul Spitalului Colţea, *Sărbătorirea Centenarului Eforiei Spitalelor Civile.*

Au asistat *membrii guvernului* în frunte cu d-l Prof. N. Iorga, I. P. S. Patriarh Miron Cristea, d-nii: Mareşal Prezan, Mihail Sadoveanu, preşedintele Senatului, Ion Mihalache, Gen. Butoianu, Gen. Popovici, Dr. C. Angelescu, Dr. Petre Topa, D. Băbeanu, directorul general al Eforie, Doctor Profesor Mezincescu, efor A. Slătineanu şi numeroşi fruntaşi ai corpului profesoral universitar şi ai intelectualităţii noastre.

După oficierea serviciului divin, în capela spitalului *I. P. S. S. Patriarhul Miron Cristea*, o ţinut o înălţătoare cuvântare evocând trecutul nostru veşnic în legătură cu biserica şi amintind glorioasa muncă de înfăptuiri, realizate de către Eforia Spitalelor.

După aceea întreaga asistenţă în frunte cu guvernul, a trecut în marele amfiteatru al spialului Colţea, unde, cel dintâi, a luat cuvântul d-l efor *Jean I. Ghica*. D-sa a făcut un istoric al Eforiei spitalelor civile, spitale a căror origine este mult mai veche decât un secol întrucât primul aşezământ de asistenţă datează încă de acum două secole. D-sa, în continuare precizează importanţa acestei instituţii în viaţa poporului românesc relevând realizările pe care Eforia le are la activul său.

D-l *Efor Prof. Dr. Mezincescu*, arată evoluţia instituţiunii pe care o conduce şi în lumina datelor statistice, relevă că aproape 70 la sută din bolnavii cari au fost adăpostiţi în spitalelee Eforiei au ieşit vindecaţi.

E suficient să precizez — spune D-sa — că, dela 1865 până astăzi, peste 1.300.000 de bolnavi au găsit adăpost şi îngrijire medicală în spitalele Eforiei.

Roagă pe suveran să ia sub înalta sa protecţie această instituţie şi, prin influenţa sa, să facă să se repare nedreptatea pe care a suferit-o Eforia de pe urma exproprierii bunurilor sale.

D-l *Ministru Cantacuzino*, aduce un omagiu pios ctitorilor Eforiei, acri au înţeles să aline suferinţele bolnavilor indiferent de origină şi de religie, în mod cu totul gratuit. D-sa relevă importanţa instituţiunii Eforiei spitalelor civile în istoria medicală română şi îşi exprimă încrederea că Eforia va fi repusă în drepturile ei prin reintegrarea patrimoniului ce i-a fost expropriat. Aceasta e o chestiune de interes naţional şi nu trebue să se întârzie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l *Prof. Bălăcescu*, decanul facultăţii de medicină, aduce omagiile de recunoştinţă ale institutului ce reprezintă pntru tot ce Eforia spitaleelor civile a făcut pentru învăţământul medical în România.

D-l *Prof. Dr. Angelescu* din partea corpului medical, spune că Eforia şi-a îndeplinit cu prisosinţă îndatoririle contribuind la transformarea şi progresul ştiinţii medicale româneşti.

D-l *intern Grigore Popescu*, preşedintele asociaţiei internilor, se asociază la omagierea activităţei Eforiei, mulţumind eforilor pentru tot ceeace au realizat pentru instituţia internatului.

M. S. REGELE a rostit următoarele:

„Privind cu adâncă evlavie la aceşti o sută de ani dela înfiinţarea Eforiei spitalelor civile şi la opera măreaţă a înaintaşilor noştri, ne plecăm în faţa operei înfăptuite.

Ctitoria aceasta, curat boerească, poate să pară în aceste zile de ultra-democraţi, ca un anachronism, dar el este un anachronism curat românesc, un produs specific neamului nostru. Este o dovadă că numai dintr'o iniţiativă pornită din adâncul sufletului, se pot face opere ca aceasta, care rămân.

Nedreptăţile săvârşite din anumite necesităţi de ordin social, şi Eu cred că trebuesc într'o zi reparate, fiindcă nu se poate ca datorită acestor neecesităţi să se sacrifice interesele generale ale Neamului.

Inchinându-mă cu adâncă emoţie în faţa celor cari au jertfit viaţa, avutul şi munca lor, cred că pot declara că Eforia spitalelor civile a binemeritat dela Patrie".

BJU Cluj / Central University Library Cluj

Modul detaliat cum a decurs solemnitatea şi redarea în extenso a cuvântărilor sunt făcute în „România Medicală" No. 9/1932.

Darea de seamă prezintă şi mai multe fotografii, între cari: o aquarelă de C. Bugeanu, făcând parte din colecţia d-lui Prof. Dr. I. Cantacuzino, care reprezintă **Spitalul şi Turnul Colţei în 1845**; un **Chenar din Condica Frăţietăţii Mânăstirei Colţea din 1703**, care reprezintă o scenă de spital din vremurile acelea; **Decisia No. 223 din 2 Aprilie 1832 a Generalului Kisseleff**, prin care s-a decretat înfiinţarea Eforiei Spitalelor; un tablou de Th. Aman, dupe o pictură de biserică, care reprezintă pe **Marele Spătar Mihail Cantacuzino**, Fundatorul Mânăstirei şi Spitalului Colţea; un alt tablou, care reprezintă pe **Grigoe al II-lea Ghica Vodă**, Fundatorul Mânăstirei şi Spitalului Pantelimon.

Eforia Spitalelor Civile a luat naştere prin reuniunea patrimoniurilor şi contopirea administraţiei fundaţiunilor Colţea, Pantelimon şi Filantropia.

Spitalul acesteia din urmă a fost fondat în 1813 dupe îndemnul doctorului Caracaş, de mai mulţi boeri şi negustori pe un teren dăruit de marele Ban Grigore Băleanu.

La aceste fondaţiuni de început s-au adăogat cu vremea alte numeroase danii, cari s'au contopit în Instituţia generală a Eforiei Spitalelor, pentru administraţia căreia în decursul timpului trebuind un reprezentant al familiilor Cantacuzino şi Ghica, ajutaţi de un medic.

Cu ocazia serbării Centenarului său, Eforia a făcut să apară un **Volum ocazional aniversar,** în care Istoricul, acte, documente, tablouri, fotografii, gravuri şi tot ce priveşte trecutul şi prezentul său sunt redate în amănunte.

M. M. R.

* * *

Ce a putut lucra într'un spital mixt (în 3 ani şi 8 luni de activitate) D-l Dr. I. I. Simionescu dela Chilia Nouă.

„Socot utilă o dare de seamă din care se pot vedea fapte atât pentru profesorii mei, cât şi pentru tineretul medicinist care ieşind din Facultate nu ştie dacă e preferabil să plece în provincie sau să îngroaşe pletora medicală din centrele mari lungind coada supranumerară a unei clinici oarecare.

Din 1 Aprilie 1927, ocup postul de medic şef al spitalului mixt Chilia Nouă.

Intr'un mic port în care vara te înneacă praful, iar toamna şi iarna noroaele, am găsit un spital dărăpănat, cu zidurile proptite în bârne, având 25 de paturi.

Clădit de Prinţipesa Tolstoi în anul 1904, a trăit vremurile revoluţiei Ruse din care am găsit ruina, desmăţul personalului şi un mare număr de păduchi şi ploşniţe.

Ca să-l repun în picioare mi-au trebuit formidabile eforturi.

In prezent am un spital reparat, înzestrat cu strictul necesar, cu 40 paturi de un an, dintre cari 20 pentru medicina internă şi contagioşi. Am un instrumentar frumuşel, în sumă de 350.000 lei, care însă este personal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ori cât ceri la Minister nu capeţi nimic sau ţi se dă ce scapă printre degete, ca şi cum la un spital dela graniţa ţărei n'ar fi aceleaşi nevoi ca la o clinică din centru.

A trebuit o muncă formidabilă pentru căpătat fonduri de reparaţii, a trebuit să rup dela hrana bolnavilor ca să pot aranja sală de operaţie, băi, closete, etc. Am avut de luptat nu numai cu incuria administrativă, dar chiar cu câte un şef din branşa medicală care se supără de câte ori vedea o înbunătăţire făcută „fără aprobare".

Şi acum când operez noaptea sub o lumină electrică, mi se pare un secol dela timpul când făceam o laparatomie grea de urgenţă sub fumul înecător a zece lămpi cu petrol.

Am înfrumuseţat şi exteriorul, plantând o grădină cu pomi fructiferi, alta cu arbori de ornament şi o mică vie.

Intr'un spital mixt am fost silit să abordez toate laturile medicinei şi mai ales ale chirurgiei.

Am în prezent trei ani şi opt luni de activitate la spitalul meu, restul timpului fiind în concediu pentru concursuri sau studii.

In acest timp am tratat în spital 8178 de bolnavi internaţi, dintre care 285 cu boli contagioase, restul de medicină internă şi chirurgie, cu un total de 46.560 zile de tratament. La acest număr am 94 de morţi din cauza afecţiunilor grave şi bolilor contagioase, plus 19 morţi pe un număr de 664 operaţiuni mari, afară de un număr însemnat de intervenţiuni mici,

aparate ghipsate, etc. Am consultat 16.746 de persoane, făcând un număr de 907 intervenţiuni mici ca: incizii, abcese, flegmoane, parafimoze, fimoze, polipi, corpi străini, reduceri de luxaţii, aparate ghipsate, etc.

Mortalitatea pe numărul intervenţiilor mari este de 3%, pe numărul internaţilor: 1.04%, pe numărul operaţiunilor mici: 0".

După ce expune tabloul cu operaţiile făcute, la care a fost ajutat în majoritate de o moaşe, autorul, în articolul publicat în „Spitalul" din Ian. 1932, redă un tablou cu activitatea cihirurgicală a câtorva servicii chirurgicale şi clinice din Capitală şi altor centre mai importante din ţară — din care, într'adevăr, se poate vedea cum într'un spital mic, în provincie, se poate lucra mai mult şi cu mai mult folos pentru populaţia băştinaşe, decât pentru cea din centrele mari.

D-l *Dr. I. Simionescu* este fostul preşedinte al Soc. Studenţilor în medicină, care a pus peatra de temelie a actualului palat al Studenţimei medicale din Capitală şi articolul său, care nu reprezintă numai un crez teoretic, ci prezintă şi fapte concrete de lăudabilă activitate practică, merita a fi reprodus între ghilimele.

M. C.

* * *

Săptămâna laptelui în România

In **Revista de Igienă Socială** No. 5/1932, D-l Prof. Dr. **G. Constantinescu** expune chestiunea propagandei în favoarea laptelui (a creşterii consumaţiei lui şi indirect a ajutorării crescătorilor de vite, precum şi a îmbunătăţirii rasei animalelor producătoare de lapte) în străinătate şi la noi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O **Federaţie internaţională de lăptărie la Bruxelles,** la care aderă 24 state, fiecare cu comitete naţionale constituite aparte, există de mult.

Comitetul naţional român al laptelui s-a constituit în 1930, are de preşedinte pe autorul articolului şi sediul la Institutul naţional zootechnic din Bucureşti.

Săptămâna laptelui românesc a căzut între 16—22 Mai şi a fost încurajată şi patronată de Guvern.

Inaugurarea s-a făcut în ziua de 16 Mai crt., în prezenţa M. S. Regelui, cuvântări ocazionale ţinând D-l **Prof. Dr. G. Constantinescu,** preşedintele Comitetului naţional român al laptelui, care distinge problemei laptelui la noi mai multe laturi: producţie, transport, conservare şi consumaţie; D-l **Argeteianu,** Ministru de interne, care situează problema laptelui în cadrul mişcării generale economico-sociale dela noi; D-l **Ionescu-Siseşti,** Ministrul Agriculturii, care reclamă sforţarea în favoarea laptelui şi pentru celelalte produse ale ţării; D-l Prof. **Dr. Cantacuzino,** Ministrul Sănătăţii, care atrage atenţia asupra febrei de Malta, care se propagă prin laptele de capră şi care din bazinul mediteranian acum câţiva ani a ajuns şi în ţara noastră; D-l **Dobrescu,** primarul Capitalei, care a arătat progresele mari cari s-au realizat la lăptăria comunală prin pasteurisarea laptelui.

In ziua de 17 Mai, d-l **Prof. Dr. R. Vlădescu** a ţinut o conferinţă tratând despre **„Valoarea alimentară a laptelui"**; în ziua de 18 Mai, D-l **Prof. Dr. Manicatide** a vorbit despre **„Laptele în alimentaţia copilului"**;

în ziua de 20 Mai, D-l **Prof. N. Minovici** a expus **„Diferitele aspecte ale problemei laptelui la noi".**

In favoarea laptelui s-au făcut şi la noi, dar nu în proporţie ca în străinătate, propagandă, în care instituirea unor premii pentru cele mai bune tablori-reclamă; **premiile respective** în ordinea clasificării au fost obţinute la noi dintre 60 lucrări expuse de pictorii **Chirovici, B'arg, Mac Constantinescu şi Fekete.**

Cu această ocazie am aflat că în **România se bea foarte puţin lapte,** 120 grame de cap de locuitor pe zi; (în Anglia, Germania, Statele-Unite, cam un litru de cap); şi că consumaţia mai bogată se face în restul ţării (centrul Temişoara, Oradea), pe când în Est (centrul Constanţa) este cea mai redusă (sub 100 gr. pe zi); că în unele centre se oferă laptele cu 2 lei litrul şi nu găseşte cumpărători.

Pentru propagandă se recurge la conferinţe, broşuri, filme, expoziţiuni, etc.; în străinătate şi la procedee sau formule impresionante; astfel: şease milioane copii, cărora la foarte mulţi li s-a dat săptămâni dearândul lapte gratuit, au fost cântăriţi şi măsuraţi în „anul copiilor" şi conclusiunile trase din cifre au fost afişate peste tot; sau: „nici viligiatură, nici munte, nici plaje, numai lapte" se spune copiilor în şcolile americane; ori că profesorul american nu spune copilului pipernicit şi cu pieptul turtit „stai drept, scoate pieptul înainte" ci-i spune „bea lapte".

Aproape 150 milioane lei se cheltuesc anual în Statele-Unite pentru propaganda în favoarea laptelui; la noi există intenţionare, dar încă nu un început de un asemenea budget.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. M. R.

* * *

O anchetă medico-socială asupra: Reproducerei umane eugenetice în România

D-l *Prof. Dr. N. Zaharescu-Karaman* dela Fac. de medicină din Iaşi, dorind a face o anchetă asupra stării actuale de fapt a reproducerii umane în ţara noastră, precum şi asupra măsurilor de propus şi de luat, pentru-ca această reproducţie să se facă conform cu preceptele eugeneticei, a adresat corpului medical românesc prin „România Medicală" No. 11/1932, pag. 149, sub titlu de mai sus, acest apel:

STIMATE COLEG,

Naţiunea română, însângerată şi istovită de marele războiu de întregirea Neamului, deşi stânjenită de o stare economică precară, şi-a concentrat toate energiile pentru marea operă de consolidare naţională, de reorganizare şi unificare administrativă, culturală şi socială.

Statornicirea acestor rânduelì n'a lăsat timp pentru preocupări de ordin medico-social — şi astfel maladiile sociale, consecinţe ale multiplelor cauze morbide organice şi sociale mineazâ vitalitatea rasei, corodează sufletul şi scad moralul naţiunei.

Sufletul românesc, robit de veacuri fatalismului oriental, priveşte încă cu pasivitate şi suportă cu resemnare soarta protivnică — printr'o prodigioasă natalitate, traducând un înalt potenţial vital neamul românesc, compensează cu prisosinţă golurile lăsate de mortalitatea considerabilă infantilă, — dar nu în aceiaşi măsură ameliorează şi calităţile rasei.

Carenţele alimentare, lipsa elementarelor reguli de igienă individuală şi colectivă, necunoaşterea şi nesocotirea legilor biologice ale Eugeniei, duc fatal la degenerarea indivizilor şi descendenţilor lor.

Cercetând alcătuirile noastre sociale constatăm că reproducerei umane nu i se acordă atâta atenţiune cât se dă reproducerei animalelor noastre domestice şi plantelor.

Pentru acestea s'au făcut legi şi s'au creat instituţii de ocrotire, de selecţionare şi ameliorare a raselor, în timp ce oamenii pentru ei sunt în aşteptarea unor asemeni legiuiri.

Factorii ce influenţează sporirea sau micşorarea calităţilor fizice, mintale şi sociale ale viitoarelor generaţiuni omeneşti fiind supuşi controlului social şi Eugenetica umană, care se ocupă cu studiul acestor factor, neavând însă drept de cetăţenie la noi.

Deschizând o anchetă medico-socială asupra reproducerei umane eugenetice în România, sunteţi solicitat a contribui cu competenţa şi binevoitoarea colaborare la săvârşirea ei.

Această colaborare se va reflecta în formularea judicioasă şi circumstanţiată ce veţi găsi oportună pentru întrebările, ce pun în evidenţă anumite aspecte şi laturi ale problemei reproducerei.

Răspunsurile elaborate cu severitatea educaţiei ştiinţifice, scrutate de conştiinţă, întocmite în spiritul rasei şi al moralei etice, cadrând cu condiţiile sociale şi economice ale vieţei, vor constitui un material informativ şi documentar de valoare, ce va permite precizarea şi sinteza concepţiei predominante a lumei medicale, spre a servi drept directivă a îndrumărilor şi indicatoare a înfăptuirilor, în domeniul social al procreărei umane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Selecţionarea umană eugenetică.

1. Selecţionarea procreatorilor constituind o condiţie de ameliorare a rasei prin ce mijloace s'ar putea realiza?

2. Educaţia fizică, igiena alimentară, igiena morală, în ce măsură sunt adaptabile mediilor noastre sociale, pentru ameliorarea produşilor umani?

3. Certificatul prematrimonial, bazat pe teste serologice, fiziologice, radiologice ar fi o suficientă garanţie de ocrotire a eugeniei?

4. Anormalii fizici şi mintali, fiind un pericol social şi o cauză de degenerare a rasei, prin transmiterea ereditătii patologice, pot avea libertatea şi dreptul la procreare?

5. Ce mijloace medicale şi sociale ar putea fi preconizate pentru a împedeca procrearea anormalilor fizici şi mintali?

II. Malthusianismul social.

6. Raţionalizarea malthusiană a procreărei, cu reducerea natalităţei şi contingentarea numărului copiilor în limitele capacităţei de existenţă ale familiei poate modifica favorabil condiţiunile economice şi sociale ale mediului?

7. Paternitatea şi maternitatea conştientă, ca funcţiuni sociale ale reproducerei umane, îndeplinind condiţii optime biologice, fiziologice, morale, sociale şi economice pot favoriza crearea unei elite omeneşti, stabilizatoare a echilibrului social?

8. Sterilizarea voluntară, preconizată şi realizată prin ascetismul malthusian şi prin practicele anti-concepţionale neomaltusiene, înlesnind profilaxia avortului poate fi considerată ca imorală şi antisocială?

Raţiunile de ordin social pot justifica suprimarea unei sarcini intempestive, tot aşa precum raţiunile de ordin medical îndreptăţesc întreruperea sarcinei, când sănătatea şi viaţa mamei sunt în primejdie?

Cari sunt raţiunile sociale determinante, ce împing clasele sociale urbane şi rurale la suprimarea sarcinelor nedorite şi nevoite?

Stimate coleg, adresându-mi rezultatul constatărilor, reflexiunilor şi sugestiilor personale, răspunzând anchetei, vă mulţumesc cu recunoştinţă pentru contribuţia luminată ce va înlesni lămurirea problemei reproducerei umane.

Prof. Dr. N. Zaharescu-Karaman
Strada Dionisie No. 47
Bucureşti, s. III.

* * *

Studiul obligator al tuberculozei în facultăţile noastre de medicină

Acest studiu, care până în prezent în facultăţile noastre de medicină nu s-a făcut decât la cursurile clinicilor generale, deci în mod cu totul incomplect şi individual, iar nu în cadrul lui social, cum trebueşte considerat, d-l **Dr. S. Irimescu**, directorul Soc. pentru profilaxia tuberculozei l-a reclamat într'un discurs pe care l-a ţinut în parlament în ziua de 1 Aprilie crt.

D-sa a arătat că pentru a putea pune un diagnostic precoce şi a institui apoi un tratament raţional şi mai ales eficace pentru individul luat în mediul lui social, din care de cele mai multe ori nu se poate desprinde. sau în care se va întoarce înainte ca boala lui să fi fost vindecată trebue ca acest învăţământ să se predea de specialişti şi în instituţiuni medicale specializate, precum în clinice sau sanatorii de tuberculoză.

De asemenea pentru-ca lupta dusă în contra acestui flagel social să fie cât mai folositoare pentru colectivitate, D-sa a mai cerut ca studiul acesta să fie complectat în dispensariile antituberculoase, cari prezintă mai bine caracterul social al tuberculozei.

Pentru traducere în fapt a acestor desiderate, cari exprimă necesităţi inexorabile pentru ţara noastră, d-l Dr. Irimescu a cerut: a) ca la art. 28 al legei învăţământului superior, care prevede cele 29 discipline, cari trebuesc predate în facultăţile noastre de medicină, să se înscrie alături de endocrinologie şi ftisiologia; b) ca acest studiu să se întregească cu acela al medicinei sociale, care astfel va avea rol nu numai curativ ci mai ales preventiv; c) pentru recrutarea corpului de specialişti, cari să predea învăţământul ftisiologiei în facultăţi, între diverşi medici primari putând fi chemaţi a ocupa o catedră universitară, conf. art. 88 al aceleaşi legi, să fie socotiţi şi medici primari sau şefii de sanatorii sau spitale de tuberculoşi.

Toate aceste propuneri au fost votate de parlament, urmând ca la timpul oportun să fie traduse în fapt.

M. M. R.