

LECTIUNI
DE
CLINICA MEDICALA

DE
PROFESORUL N. KALENDERU

MEDIC-ŞEF LA SPITALUL BRÂNCOVENESC,
FOST INTERN AL SPITALELOR DIN PARIS,
MEMBRU CORESPONDENT AL ACADEMIEI ROMÂNE,
MEMBRU CORESPONDENT AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ DIN PARIS,
MEMBRU TITULAR AL SOCIETĂŢII DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE DIN PARIS,
MEMBRU CORESPONDENT AL SOCIETĂŢII DE ANATOMIE ŞI ANTROPOLOGIE DIN PARIS,
MEMBRU CORESPONDENT AL SOCIETĂŢII DE DERMATOLOGIE DIN VIENNA, ETC.

VOLUMUL I
CU MAI MULTE FIGURİ ÎN TEXT.

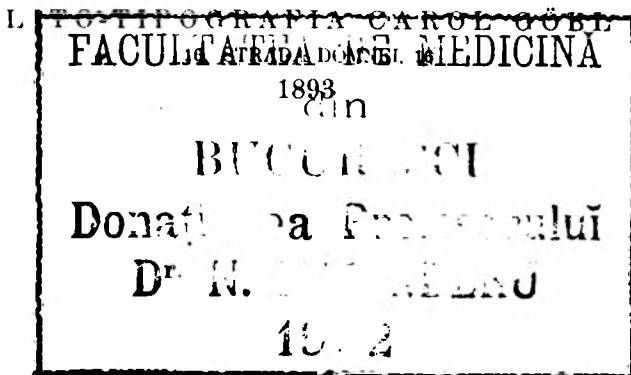
NOTE ADUNATE ŞI PUBLICATE

DE

DOCTORUL LUCA
ŞEF DE CLINICĂ LA FACULTATE,
MEDIC LA SPITALUL BRÂNCOVENESC.

28 MAY 2008

BUCURESCI



Dedic această scriere

Memoriei lui Ion C. Brătianu.



Exprimăm viile noastre mulțumiri D-lui Doctor Luca Theodoriu, pentru zelul și activitatea ce a pus în publicarea acestor lecțiuni de Clinică Medicală, ținute la Spitalul Brâncovenesc.

Acastă scriere făcută după notele luate de D-sa, va putea dovedi cititorului, că am știut să uităm multe din educațiunea noastră medicală trecută, pentru a ne îmbrăca, cu modestie și o judecată bine ponderată, cu vestmintele științei celei noui, fără a ne lăsa însă, ca entusiasmul să ne ducă prea departe, în afirmările încă îndoioase.

Suntem fericiți de a vedea astăzi, Spitalul Brâncovenesc deschis instrucțiunii medicilor, grație inteligenței direcțiunii și bine-voitorului concurs al actualilor Efori, Principii: A. Știrbey și Gheorghe Bibescu, cari ne-au dat tot concursul și au înzestrat Clinica Medicală cu amfiteatru, muzeu și săli speciale pentru Laboratoriă.

Profesor N. KALENDERU.

București, 16 Martie, 1893.

PRECVËNTARE

Domnilor,

Obiceiul cere, cã la deschiderea unui curs, sã se facã o precuvântare, pentru ca profesorul sã facã cunoscinãã cu auditorul sãu.

Mã voiã conforma acestei tradiãunii ãi dacã nu începem acãstã prelegere, ca Vesale intr'o suteranã, se datoresce preciosului concurs al domniilor epitropi, ai acestor aãeãeminte, cari aũ pus la dispoziãunea nãstrã acãstã salã, pãnã ce ãn curãnd vom putea avea un amfiteatru apropiat.

Eforiele aũ fãcut mult pentru instrucãiunea medicinei ãn ããra nãstrã ãi dacã Eforia spitalelor civile s'a semnalat ãn prima linie, nu mãi puãin am fost susãinuãi ãn acãstã privinãã de epitropia aãeãemintelor Brãncovenesci, prin deschiderea acestui spital, elevilor, noũ câmp de studiũ ãi de observaãiune a bolnavilor. Graãie bunei voinãe a domnilor Efori, personalul a fost preschimbat ãn tãte ramurile, ãefi instruiãi ãi cu experienãã conduc serviciile medicale ãi vedem cu mãndrie studenãi ãn medicinã romãni, dãndu-ne ãilnic activitatea ãi bine-voitorul lor concurs ãn conducerea misiunii nãstre. Vã pot asigura cã ãi pe viitor nu ne va lipsi acãstã bunã-voinãã ãi cu noile dispoziãuni ce s'aũ luat, acest spital va putea figura, cu onãre, ãn organisarea unui serviciũ, unde o clinicã medicalã sã se pãtã face ãn condiãiunile cele mãi inteãigente, cele mãi fericite, pentru a-ãi putea atinge scopul: instrucãiunea practicã a elevilor.

Acãstã catedrã de clinicã medicalã a fost ãnfiinãatã printr'un

vot, pot țice unanim, al Corpurilor Legiuitoare, și dacã inimî mici aũ cãutat sã oprẽscã o asemenea creațiune, care nu aduce de cãt un mare bine, chiar prin stimulațiunea între profesori, aceste persoane n'aũ manifestat aparițiunea lor, de cãt în mod ascuns și prin cãi piezișe. Sunt, domnilor, din aceia cari respectã opiniunile fie-cãruia, fie ele eronate; nu admit însă cã spiritul de intrigã meschinã sã oprẽscã în întunerice dezvoltare scințificã, atingẽnd chiar demnitatea celor în joc, și sã împedice instrucțiunea medicalã în acẽstã școlã. Tot ast-fel a fost purtarea lor și cu doctorii Davila, Polizu, Marcovici, Obedenaru, etc. D-lor, n'am fost nici odatã setos de o asemenea onóre, prea mult grea pentru mine, prea mare pentru rãspunderea ce-mî incumbã; am primit-o însă ca o datorie impusã, mai cu sãmã cã am fost pe deplin apãrat în demnitatea mea, prin cuvintele patriotice ale domnului ministru Brãtianu, cãruia îi exprim aci recunoștința mea.

Modul cum s'aũ creat aceste catedre, modul cu care ați primit numirea mea, 'mî face sarcina fôrte dificilã și fac apel la indulgența domniilor vóstre, avẽnd speranța cã simpatiele ce 'mî arãtați, vor indoi sforțãrilor mele pentru muncã și de aceia; vẽ exprim viua mea grațitudine și vẽ promit cã, nu voiũ cruța nimic pentru a atinge scopul dorit de noi toți: instrucțiunea domniilor vóstre.

Ce este clinica? Definițiunile nu lipsesc; unii o definesc: studiul medicinei la patul bolnavului chiar prin bolnav; el este un studiu profesional pot țice, care are de scop de a face cunoscutã maladia și de a o trata. Alții o definesc: «Acea ramurã a sciințelor medicale care resumãndu-le pe tóte cele-lalte într'un scop practic, se aplicã în studiarea unui organism bolnav, pentru a-l aduce în stare normalã, saũ pentru a-l modifica în bine, saũ pentru a-i prelungi existența.»

S'a țis cã clinica studiazã bolnavii, pe când patologia studiazã bólele; dacã trebuie sã facem acẽstã distincțiune în teorie, în practica zilnicã lucrurile se petrec alt-fel. Dacã în adevãr, un profesor de clinicã trebuie s'aibã în vedere schițarea istoricului unui bolnav, dacã el trebuie sã se aplice în dezvoltarea condițiunilor individuale a acestui bolnav; dacã în fine, el trebuie sã caute în ce și pentru ce acest bolnav diferã de altul care suferã de aceeași bólã, el împlinesce incontestabil datoria de clinician; nu este mai puțin adevãrat cã profesorul de clinicã trebuie sã facã o incursiune în domeniul patologiei

pentru a indica și mai bine elevilor în ce bolnavul de care se vorbesc se apropie sau diferă de tipul clasic; acest mod de a proceda este cu atât mai trebuincios cu cât este dificil de a se cunoște excepțiunile, dacă nu se cunosc regulele, și nu se pot vedea bine deosebiriile de cât prin comparațiune; așa dar vom fi siliți adesea de a face aceste incursiuni, cari vor înprospăta în memoria domniilor vóstre bólele, în mersul, durata, manifestațiunilor lor, etc. — Clinica rezumă tóte cunoscințele medicale pentru a atinge scopul său practic, de aceia nici una din aceste ramuri nu-ı este străină. — Recunosc, Domnilor, că la începutul studiilor mele, se discutaū aceste cestiuni și veți putea găsi o frumoasă pagină în această privință într'una din vechiele edițiuni ale bătrânului Cruveilhier, care căuta să convingă pe auditorul său despre trebuința cunoscințelor anatomice și anatomo-patologice în studiul medicinei propriu și a clinicei în particular.

Fisiologia care ne luminéză asupra funcționării organismului și a fie-cărui organ în special, este óre mai puțin trebuinciosă?

Să trecem acum la fisiologia patologică, care ne indică alterațiunile organelor și modificațiunile ce ele aduc în funcționarea lor; óre această ramură a sciințelor medicale este mai puțin trebuinciosă unui clinician?

În fine, Domnilor, cunoscințele fizice și chimice, patologia experimentală, de ce ajutor nu pot fi ele în clinică și ce progrese n'a realizat clinica prin ele? Vom fi dat datorii de a atinge, după puterile nóstre și chiar cu ajutorul altora ca colaboratori, aceste cunoscințe, pentru a vă pune în pozițiune de a vă lumina, de a vă instrui în prelegerile nóstre. În această expunere succintă n'am uitat igiena, materie medicală; mă opresc însă pentru a nu abuza de atențiunea domniilor vóstre.

Dacă complexul acesta de cunoscințe este trebuincios unui clinician, pot óre să le pretind de la domnia vóstră în prima ți? Nu, singura impunere ce vă fac, singura cerere ce vă adresez, este de a vă convinge despre avantajul observațiunei clinice a bolnavilor, cea mai bună școlă, pentru ca cu timpul să deveniți medici buni, medici practici.

De témă să nu mi se impute că sunt prea mult fiul secolului în care trăiesc, cu dispreț și fără cunoscință pent u trecutul istoriei me-

dicinei, să 'mi fie permis a vă schița figura unui mare observator, a lui Sydenham, acel Hipocrat al Angliei, care a căutat înainte de toate ca prin observațiuni să cunoscă și să trateze bolnavi. — Prin observațiune el a descris într'un mod magistral constituțiunile epidemice și ca un adevărat pictor de geniu, el a descris bólele, expunând simptomele proprii, esențiale, simple, nule, accidentale și cele străine. Din cetirea acestor descrițiuni vă veți putea convinge despre geniul acestui mare observator, care ne lasă tablourile cele mai perfecte despre constituțiunile epidemice, despre constituțiunile medicale ale epocii în care trăia (1624—1689). Dacă vă vorbesc despre această figură de clinician de mare, acesta o fac mai sémă, ca să vă conving despre acest adevăr: Lecțiunile nu vă vor putea servi ca fruct, dacă nu veți dezvolta ȳilnic, prin domnia vóstră, acest spirit de observațiune printr'un exercițiu continuu, iar nu cu speranța că profesorul vă va introduce în cerebru ca printr'o pálnie sciința medicinei. Ast-fel am procedat și pot ȳice că m'am dispensat chiar de a urma cursurile clinicei oficiale.

În cursul prelegerilor nóstre, vom avea adesea ocasiunea de a exprima respectuósa nóstră recunoscință, pentru toți acei cari au marcat în medicină și nu voiú lipsi de a vă atrage atențiunea asupra unui alt geniu, asupra lui Morgagni, care, ca anatomo-patologist, a servit așa de bine clinica.

Dacă veți dori să cunósceți ce a produs spiritul de observațiune în secolul al 18^{lea}, consultați pe Daramberg în istoria sciințelor medicale, și veți găsi peste 100 scrieri, cari nu conțin de cât monografii sau serii de observațiuni făcute și redactate numai din punctul de vedere practic. Este instructiv iarăși, a se sci cum s'au luat aceste observațiuni: unele sunt făcute pentru a răspunde sau confirma o ipotesă, această metodă trebuie depărtată din educațiunea domniilor vóstre; altele sunt făcute pentru a deduce o teorie, această metodă a fost urmată de Senac, Morgagni, Corvisart, Laennec, etc. Acesta este metoda ce trebuie s'o urmați.

În lecțiunile viitoare mă voiú sili a vă spune modul cum înțelegem facerea clinicei, modul examinării bolnavului, mijlócele fizice, chimice, de cari ne vom servi pentru a vă facilita diagnosticul. Astăđi mă voiú mărđini în istoricul clinicei în țera nóstră, în profesiunea

mea de credință, pentru ca să știți cu cine mergeți și unde mergeți în această educațiune medicală cu care sunt însărcinat într'un mod oficial.

Clinica, în accepțiunea sa restrînsă de serviciu spitalicesc în care se caută bolnavi și se instruesc elevii, a existat din cea mai veche antichitate. Asemenea clinici existaū la Arabi în Bagdad; una din cele mai celebre, a fost aceea a lui Boerhav în Olanda, la Leyda; acest om ilustru nu numai dezvoltă studiile clinice, dându-le o organizație mai largă și mai fecundă, dar știu să atragă un nu meros auditor, care în urma răspîndirii doctrinelor sale în diferitele unghiuri ale Europei, se formă Universitatea din Edinburg, așa se fondă Universitatea din Viena sub Van Swieten elevul său (1733).

La noi în țeră, am rămas tot timpul în această adormire, până ce un străin, un bun român, generalul Davila, a putut pune fundamentul acestei școli. — Nu doresc s'ating întru nimic această figură medicală, care, cu toate defectele sale, va rămânea mare. Doctorul Davila, Domnilor, dacă n'ar avea de cât meritul descoperirii inteligenței Românului, încrederea în viitorul său ca ființă cultivabilă, educabilă în știința medicală, dacă mă pot servi de această expresiune, acesta ar fi suficient pentru a-i conserva eterna noastră recunoștință. Doctorul Davila a fost un organizator și în materia de față el a lăsat sarcina la trei cliniciani, cari în deosebite timpuri și locuri au figurat cu onoare în istoria cliniceii în România. Doctorul Polizu, pentru a începe cu cel mai bătrân, a fost unul din acei medici, cari, prin calitățile sale intelectuale, prin simțul său moral bine dezvoltat, poate servi de exemplu generațiunei actuale. Abnegațiunea sa era proverbială, indulgent pentru toți, amicul tinerimei studioase, el a știut să conducă cu energie și inteligență gréua sarcină de Decan al Facultaței.

Domnilor, 'mă este plăcut și dureros de a vă vorbi de acei profesori cari au ilustrat mai mult școla noastră, de doctorii Marcovici și Obedenaru. Plăcut fiind, că 'mă rememorează o mare parte din tinerețea mea, timpul de activitate febrilă, de stimulațiune bine-făcătoare, care a contribuit a ne conduce pe drumul ce l'am parcurs. Camaradul, lui Alexandru Marcovici de la bacalaureat până la finele studiilor noastre medicale, am rămas până în ultimul moment amicul său, fără ca o pasiune meschină să ne fi despărțit.

Doctorul Marcovici a fost din acei rari ómeni, bine înzestrați de natură. Vorba lui era pură și corectă; el scia să dea relief și culóre cuvântărilor sale, pronunțare perfectă, voce clară și forte, cu inflexiuni carí încântău auditorul, acestea sunt calitățile sale de orator. Ca profesor a sciut să placă tinerimei, prin lecțiunile sale instructive, prin natura sa de artist, prin cunoscințele sale clinice. — Marcovici n'a lăsat, din nenorocire, nici o scriere care să 'l pótă perpetua în memoria generațiunilor viitoare. Acésta este singura greșală a sa și mare pierdere pentru literatura noastră medicală. Obedenaru, 'mí aparține de la începutul studiilor sale medicale, am avut distinsa onóre de a fi conducătorului sėu, în tot timpul șederei sale la Paris și am avut fericirea de a-l vedea clasat al 4^{-lea} la concursul de internat, asupra 300 de candidați. Doctorul Obedenaru a fost servitorul cel mai devotat al acestei țeri, în toate pozițiunile ce le-a ocupat. Inteligență bine echilibrată, spirit bine ponderat, iubitor de arta sa, născut pentru a forma un bun practician; acest distins bărbat a lăsat urmele cugetărilor sale în diferite publicări, fie asupra febreilor, fie asupra sarcocelului sifilitic, fie asupra altor publicațiuni populare și a contribuit ast-fel ca cunoscințele medicale să pėtrundă în toate clasele societăței noastre. Prin diferite articole publicate în dicționarul enciclopedic, el a sciut să ridice numele românesc și să deștepte atențiunea străinilor asupra patriei noastre.

Dacă în urmă, învins de suferințe, a trebuit să-și iea o altă direcțiune în activitatea sa, el a sciut să apere interesele României cu inteligență, activitate și spirit practic — Sper că vr'o dată să public corespondența noastră, care a durat în timp de 34 ani; cred însă că Academia română nu va rămâne nepėsătoare în fața numeróselor documente și notițe ce le-a lăsat și veți putea avea încă ocasiunea de a aprecia soliditatea intelectuală a acestui distins bărbat. Ca clinician el a fost un profesor savant, laborios și rezonabil în ideile sale, calități primordiale pentru studiul clinic, calități mari și, fiind-că prin ele se forméză buní practicanți.

Domnilor, eú unul am pierdut în Obedenaru un amic ce nu se póte înlocui și care pentru mine a fost pururea recunoscător, mână în mână, inimă pe inimă. Vedeți că am avut dreptate de a vă exprima durerea mea prin pierderea acestor distinși profesori, pierdere grea de înlocuit în acéstă Facultate.

Viu acum la un capitol mult mai în raport cu subiectul ce-l tratăm: profesiunea mea de credință.

Eșit din școlă franceză și din aceeași tulpină cu regretații mei colegi doctorii Marcovici și Obedenaru, m'am format sub direcțiunea lui Rostan, Louis, Andral, Cruveilhier, Velpeau și pot dice că, principiile cari conduceau acea școlă erau, în majoritatea profesorilor principiul organismului, «a se raporta toate fenomenele vieții la organizațiune; a se aplica fenomenele dișe vitale prin textura organelor și prin combinațiunea țesăturilor cari le compun, a considera ori-ce fenomen morbid ca rezultatul unei modificațiuni organice, materiale fie apreciable astăzi, fie de descoperit pe viitor.» Acesta era sistemul, care se pôte rezuma, în a nu crede de cât în ceea ce se vede și se pipăe. Dacă vă vorbesc de aceste figuri este numai pentru a vă dice că fie-care avea semnificațiunea sa proprie. În fiziologie eram în credințele lui Magendie, complectate în urmă prin admirabilele descoperiri ale elvului său Cl. Bernard.

În anatomie patologică făceam parte din școlă lui Lebert cu elevii săi Robin și Broca; cea întâiu sdruncinare în convinșiunile mele asupra specificității celulei cancerose, mi-a produs'o ilustrul Velpeau, care pe simpla observațiune clinică, mă glumea de câte ori veneam să-î arăt celulele cancerose tipice, desinate cu reliogisitate ca celulele specifice, ca celule de rea natură; figura lor era suficient după ideile de atunci, pentru ca să caracterizeze buna sau réua natură a unor tumori; dinstinșiunile ce se făceau pe baza acesta între tumorile cancerose și tumorile cancroidale, puteu servi în clinică atât în diagnostic cât și în prognostic. Ilustrul meu șef Velpeau, susține cu tărie că «dacă microscopul pôte fi de mare ajutor în diagnostic și în observațiunea clinică, el nu trebuie însă, să se constituie ca un tiran pentru a o înlocui sau a o domina, și consecinte cu observașiunile sale clinice, el nu admitea specificitatea celulelor cancerose; în urmă m'ain putut convinge prin numeroșe cazuri despre acest adevăr, pe baza observașiunilor clinice: am vedut tumori epiteliale reproducându-se, am vedut tumori enhondromatoșe la profesorul Riche Paget, etc. generalizate în pulmonii. Acastă modifiicare în constitușiunile anatomo-patologice, a fost în urmă și mai mult confirmată prin doctrinele ilustrului Virchow; ar fi curios de a se relata modul prin care aceste doctrine au pătruns cu încetul în școlă din

Paris. Universitatea din Strasburg pe care am putea-o numi Gallo-Germanică, a fost calea prin care ideile lui Virchow s'aŭ introdus în șcôla oficială franceză și dacă astăzi Strasburgul este o pierdere pentru Franța, el este o pierdere și pentru șcôla din Paris, fiind că servia ca mijloc de comunicațiune permanentă între popóarele din Germania și Franța.

În rezumat, cu venirea mea în România eram sub influența ideilor lui Rostan, Andral, Gendrin, Velpeau, Boulay și Siredey. În fiziologie cu entusiasm pentru Cl. Bernard. În anatomia patologică cu totul sub scutul ilustrului Virchow. Ce preschimbări însă de atunci și până astăzi, ce atingeri în afirmările acestui din urmă. Ar fi fost de dorit că această mare figură a secolului al 19^{-lea} să fi rămas în ideile sale prime, fără a căuta a se întineri, căci coloritul tinereții a alternat trăsurile pure ale bătrânului, și a deveni un solidist contrariu lui Koch, care póte trece de un umorist, pe cât el admite că bacilul este agentul morbifer indirect, prin secrețiunea ptomainei, care face tot răul. A trebuit óre să rămâi, în acest timp, nepăsător la mișcările ce țin se făceau? Nu, Domnilor, respectuos pentru istoria medicinei trecute, admiratorul individualităților cari s'aŭ născut în acest trecut, plin de recunoștință pentru acei cari m'aŭ condus în timpul duratei studiilor mele, n'am putut rămâne *indiferent la noile progrese și am salutat cu entusiasm* măsurat, noile idei cari 'mi dau o deplină satisfacțiune, în partea cea mai importantă și cea mai obscură a patologiei generale, în patogenia maladiilor.

Acastă evoluțiune fórte naturală, după mine, mă face să aștept în liniște viitorul, fiind că știu din istoria medicinei «că fie-care secol, lucrăză pentru secolul viitor».

Salut dar cu mândrie și fericire ivirea în timpul nostru a unui Pasteur; care va marca în medicină, pe aceeași tréptă ca Newton în științele fizice și ca Lavoiser în științele chimice. Trăim, ție amicului și camaradului meu, profesorului Ch. Bouchard, într'un timp în care se simte cine-va fericit d'a trăi, când se interesă de progresul medicinei.

Ce a trebuit să fac în fața importantelor lucrări de bacteriologie, în fața acelor materii destructive țise ptomaine și leucomaine și care aŭ un rol așa de mare în patologia generală?

Suferințele mele morale aŭ fost mari, în fața imposibilității de

a mă instrui în mediul în care trăiam în acest timp și lupta pentru existența punându-mă în imposibilitate de a părăsi țera unde un mediū de asemenea cultură 'mă lipsiea cu totul, și atunci nu numai în interesul meu propriū, dar și în interesul instrucțiunei domniei vōstre, am stăruit și am luptat, ca un om de valōre și de competența Domnului Babeș să fie introdus în Facultatea noastră.

Domnul profesor Cornil a fost primul care 'mă-a scris în această privință, el 'mă spuse în epistola sa, avantajele ce va trage școla noastră prin numirea domnului Babeș ca profesor, avēntul ce 'l va da și gloria ce vom trage cu toți din lucrările sale originale. Două ómenī m'aū înțeles în această privință: domnul ministru Sturdza n'a lipsit ocașiunea pentru a atinge acest rezultat așa de mult dorit, și a vē da dovedī pentru interesul ce pōrtă desvoltărei școlei de medicină. D-nul ministru I. C. Brătianu, pētruns de interesul instrucțiunei, de avantajeie economice pentru studierea epizootiilor etc., de avantajele unei descoperiri gloriose pentru România, n'a lipsit să cēră Camerilor credite considerabile pentru instalarea unui laboratoriu de bacteriologie.

Onóre lor, onórea acestor distinși patrioți pentru aceste noi impulsuni date studiilor medicale în România.

Voiū fi fericit, să mă prenumēr printre admiratoriī domnului Babeș și să vē conving prin mine, că chiar cu tot progresul obținut, trebuie să ședem pe băncile școlei.

Bacteriologia astăzi jōcă un mare rol în patologie, maladiile infectioase se înmulțesc, cunoșcința microbilor ne conduce la concepțiuni noi asupra evoluțiunei morbide, asupra fiziologiei, patologiei și terapeiei în maladii.

Dacă medicina are de scop prevenirea bólelor și tāmăduirea lor, nu trebuie să perdem din vedere nouile principii ce ne conduc pentru a institui o terapie conform lor; și care se pōte resuma într'o terapie profilactică și o terapie propriū șișă.

Recunosc că acesta din urmă trebuie bazată pe experimentațiuni, une-orī însă vom fi siliți de a ne conduce după rezonamentul simplu și după experiențele atât ale altora, cât și ale noastre proprii, pentru a recomanda medicamentele trebuincioase în casuri analoge, și prin experimentațiune vom fi siliți, o recunosc, a merge la o terapeie empirică, însă sciințifică, spre exemplu: Calomelul ca diuretic, etc.

Sper, domnilor, că nu se vor ivi neînțelegeri între noi. Voiū căuta

pururea ca observațiunea clinică să fie precum vream conducătórea, și vă veți putea convinge pe viitor, că cu tótă plăcerea ce simt d'a fi în curentul ideilor a domnilor Jaccoud, Ch. Bouchard, nu mă voiú opri d'a face rezervele mele, avënd la activu'mi numeroase observațiuni și experiență îndelungată. Voiú sci să fac aceste reserve, lăsând ca timpul să mă convingă de contrariú, spre exemplu, endocardita ulcero-vegetantă și pneumonia. Nu pot admite teoria lui Jaccoud asupra influenței frigului.

În acéstă prelegere n'am putut fi just pentru toți, și acésta n'am făcut'o de cât din lipsă de timp. Știința este cosmopolită și am avut admirațiune pentru toți acei cari au putut să ne lumineze. Dacă Germanii au într'un mod mai particular meritul investigațiunilor paciente, Francia are în sine intuițiunea de generalizare; iar Englitera spiritul aplicațiunilor positive, etc.

Prin acésta recunosc serviciile aduse din tóte părțile și dacă n'am citat pe Koch, Gauthier, Selmi, Brouardel, Cornil, Babeș și pe numeroși colaboratori cari au luat parte la acéstă mișcare medicală în timpul nostru, acésta n'am făcut'o de cât din cauza orei oficiale.

Cum trebuie să facem clinica?

Vom procede la vizitele obicinuite de trei ori pe săptămână și vom căuta a examina bolnavi cu domniile-vóstre, pentru a fixa diagnosticul și a institui tratamentul; vă voiú atrage atențiunea asupra modului examinărei bolnavilor, asupra semiologiei, asupra particularităților ce ne-au prezentat; vom avea în vedere educațiunea și cultura simțurilor elevilor, pentru că cu timpul să devie buni observatori.

În timpul prelegerilor, de două ori pe săptămână vom cauta a face clinică asupra nouilor intrați, vă vom face expunerea bolnavilor de la intrarea până la eșirea lor, în fine ne vom aplica cu multă stăruință a ne justifica diagnosticul și a recunósce, cu bună credință, erorile, de câte ori le vom comite. Autopsiele se vor face regulat, prin modul acesta, veți putea exercita un control asupra noastră.

Dacă programul este acesta, vom putea óre răspunde la tóte trebuințele instrucțiunei domniilor vóstre? Adesea e greú de a face totul singur și de aceea m'am gândit matur la răspunderea ce 'mi incumbă și pentru a atinge mai bine scopul dorit, mi-am ales colaboratori în acéstă dificilă misiune, colaboratori cari nu doresc de cât binele elevilor și nu aspir de cât la recunoscința lor.

Acești colaboratori vor constitui un început de corp de agregați neoficiali, cari vă vor da știința lor și se vor forma, ast-fel în cât să ne pôtă înlocui la rîndul lor; acesta nu pôte fi de cât un bine pentru șcôla de medicină și pentru domniele vóstre în particular, și va avea avantajul de a ne pregăti succesori serioși, iar nu candidați nepregătiți, pentru că principiul concursului să devie un adevăr, iar nu o ficțiune.

Un lucru 'mi rămâne încă de spus, doresc ca să vă convingeți despre interesul ce aveți de a trăi în contactul bolnavilor, nu lipsiți dar de a urma regulat serviciul nostru, vă voi pune la dispozițiunea duoi sau trei bolnavi pentru ca să îi urmați cu mai mare interes; le veți lua observațiunile, veți fi conduși de o persónă specială și anume de Șeful de clinică, cari vă va corecta erorile ce le veți comite. Prin modul acesta, veți răspunde la speranța mea, la dorința modestă ce am: de a face din domniele vóstre medici practici serioși, pentru fericirea și trebuințele acestei țări.

Prin muncă inteligentă și neîntreruptă, veți putea deveni cu o individualitate proprie și veți putea contribui ca România, să aibă un rol civilisator și bine-făcător în Orient, să pôtă aspira, grație nouilor titluri date de domnia vóstră, la respectul și considerațiunea țărilor occidentale.

Acastă prelegere a fost un început de cunoștință între noi.

Termin, dîcîndu-vă că în persóna mea veți găsi profesorul cu tot dor de a vă instrui și a vă fi folositor.

În viitorea lecțiune vom începe cu semiologia în general.

DESPRE SEMIOLOGIE ÎN GENERAL.

Scopul ce urmărim în studiul clinic la patul bolnavilor, este nu numai de a pune un diagnostic bun, dar de a face prognosticul și tratamentul. Deci vom avea în vedere, pe lângă botezul maladiiei și tămăduirea ei; însă pentru a atinge acest finit, trebuie să aveți o sumă de cunoștinți serioș studiate și întrebuințate în mod metodic.

Este o greșală de a crede că, cine se servă de aparate numeróse

și complicate, p \acute{o} te ajunge mai u \acute{s} or și mai iute la punerea unui diagnostic; adesea fine \acute{t} ea și exerci \acute{t} iuul sim \acute{t} urilor sunt de ajuns pentru a diagnostica o maladie. In \acute{s} ă pentru a c \acute{a} știga ac \acute{e} stă fine \acute{t} ă trebuie timp și muncă; iar pe de altă, ave \acute{t} i nevoie și de cele alte sciin \acute{t} i ale ramurei medicale; ele sunt adesea a \acute{s} a de trebuincio \acute{s} e, \acute{i} n c \acute{a} t \acute{i} n unele \acute{i} mprejurări f \acute{a} ră dinsele, nu ve \acute{t} i putea pune un diagnostic. C \acute{a} te-va exemple vor l \acute{a} murl și mai bine cele ce \acute{i} nainte \acute{z} . Cine p \acute{o} te pune un diagnostic sigur, \acute{i} ntr'un cas de asocia \acute{t} iune bacteriană, de c \acute{a} t bacteriologia? Ast-fel \acute{i} ntr'un cas am avut a face cu impaludism și febră tifoidă. Cercetările ulterio \acute{r} e au demonstrat ac \acute{e} sta asocia \acute{t} iune, c \acute{a} ci am g \acute{a} sit și bacilul febrei tifoide și schiso mice \acute{t} i \acute{i} lui Laveran. In alt cas, culturile și prepara \acute{t} iunile anatomo-patologice, au demonstrat evident asocierea bacilului tuberculosei cu al febrei tifoide. T \acute{o} te aceste cercetări se g \acute{a} lesc publicate \acute{i} n acest volum la capitolul asocia \acute{t} ia microbienă.

Anatomia, fisiologia, chimia, fizica,.....t \acute{o} te ne dau ajuto \acute{r} e importante \acute{i} n punerea diagnosticului. Exemplele destul de numero \acute{s} e v'au putut convinge despre acest adev \acute{e} r; ast-fel a \acute{t} i v \acute{e} du \acute{t} \acute{i} n paralisiiile nervului facial, cum anatomia și fisiologia, ne-a ajutat \acute{i} n cuno \acute{s} cerea leziunilor acestui nerv: \acute{i} n encefal, capsula internă, protuberan \acute{t} a, bulb, etc. Electricitatea ca mijloc de diagnostic e asemenea trebuincio \acute{s} ă, e de ajuns se v \acute{e} citez, — reac \acute{t} iunea de degenerare a lui Erb. A \acute{s} putea d-lor să măresc num \acute{e} rul exemplelor, dar sunt sigur c \acute{a} sunte \acute{t} i conving \acute{s} i, c \acute{a} t \acute{o} te ramurile sciin \acute{t} elor medicale pot contribui \acute{i} n punerea unui bun diagnostic.

Afară de aceste mijlo \acute{c} e, r \acute{e} m \acute{a} ne \acute{i} n \acute{s} ă o altă parte care domină studiul clinice \acute{i} , este artifi \acute{c} iuul său mirosul medical, care nu se cap \acute{e} tă de c \acute{a} t \acute{i} n urma unei experien \acute{t} e \acute{i} ndelungate. Am v \acute{e} du \acute{t} suror \acute{i} de caritate \acute{i} n serviciul d-lor Velpeau și Roger, car \acute{i} prin lungă experien \acute{t} ă, prevesteau \acute{t} c \acute{a} cutare bolnav va muri prin crier, sau prin fenomene abdominale, cu t $\acute{o$ te c \acute{a} ace $\acute{s$ ti pacien \acute{t} i nu prezentase la \acute{i} nceput simptome din partea acestor organe.

Fără a mai prelungi acest preambul, vom divide studiul semiologiei \acute{i} n general, \acute{i} n trei p \acute{a} r \acute{t} i și a-nume:

- 1) *Arta de a aduna semnele și de a \acute{i} nv \acute{e} ța să le c \acute{a} u \acute{t} ăm.*
- 2) *Cuno $\acute{s$ cin \acute{t} a caracterelor semnelor și deduc \acute{t} iunea ce putem trage din ele.*

3) *Valoarea semnelor și critica acestor semne.*

1) *Arta de a aduna semnele.* Pentru acest scop trebuie o educație pozitivă și bună, ca nu din adunarea unui semn luat greșit, să trageți o concluziune patologică eronată. Un exemplu va lămuri cele ce vă spun:— Luați pulsul radialelor cu sfigmograful, dacă veți comprima o radială mai mult și alta mai puțin, veți obține două traseuri deosebite; iar ca concluzie, veți ajunge nu numai la un diagnostic greșit, dar la un prognostic din cele mai nefericite.

Un alt exemplu, e temperatura luată cu termometrul, dacă luați, presupunem la un bolnav temperatura cu două termometre în loc de unul, se poate întâmpla ca o parte a corpului să arate un grad de căldură mai mare ca în partea opusă; de aici iarăși concluzie greșită — diagnostic greșit.

Arta de a aduna semnele obiective trebuie completată prin semne subiective, de aci modul de a ști cum să chestionați bolnavii.— Veți avea în vedere deosebirea între întelegerile pacienților; ast-fel unii răspund la întrebări în mod clar, nu acoperă nimic, și din cele ce ne spun putem trage adesa concluziuni folositoare pentru diagnostic. În această categorie pot intra oltenii.— Alții din contra, abea răspund la întrebările ce le facem și cu multă greutate putem afla câte ceva. De aceia când mă vedeți că cu Transilvănenii am un alt limbagiū. Acesta nu o fac nici o dată premeditat pentru a le aduce insultă, dar pentru că aceștia răspund mai puțin precis ca cei din-tăiū. De asemenea sunt stări patologice cari contribue ca răspunsurile să fie mai puțin clare, după diferite stări morbide, unii având întelegerența mai mult sau mai puțin obtusă. Aceste dificultăți se înving prin răbdare, perspicacitate și obicinuință cu bolnavii.

2-a. *Cunoscința caracterelor, semnelor și deducțiunea ce putem trage din ele.*

Un semn patognomonic ne poate duce singur la diagnostic? Câte semne patognomonice mai există astăzi? Vă spun de la început, că aceste semne și se patognomonice încep a se micșora în clinică și numai adunarea la un loc a mai multor semne, ne dă dreptul de a trage concluziuni serioase, de a pune un diagnostic bun. Sa dat ca semn patognomonic șanțul acarului în scabie; dar acest șanț se poate confunda și cu alte leziuni ale peleii, când nu găsim sarcoptul.

Bactereologia ne-a demonstrat în mod sigur că bacilul lui Koch

este cauza tuberculozei; totuși câte odată nu e un semn patognomonic, căci acest bacil se asemănă cu bacilul lui Hansen sau al leprei.

Țicem că, de ordinar nu exist semne patognomonice, și trebuie mai multe semne reunite ca să puteți trage concluziuni, pentru a pune diagnosticul, prognosticul și în urmă a prescrie tratamentul.

Pe lângă acestea trebuie a avea în vedere și caracterul semnelor și a discuta valoarea lor. — Ast-fel când vorbim de ralură, trebuie a avea cunoștința dacă ele sunt bronchice, sau se petrec în vesiculele pulmonare, căci scim care e caracterul celor bronchice, și care e acelor din vesicule. — Cunoșcând aceste caractere vom ști ce valoare să le dăm.

3-a *Critica semnelor* trebuie făcută cu seriozitate, dar pentru a ajunge aci se cere timp și experiențe. — De exemplu, ce valoare pot avea ralurile crepitante?

Sunt ele datorite unei congestii pulmonare, unui edem pulmonar sau unei simple pneumonii? — Am găsit albumină în urină, trebuie a ne da bine socotela, dacă această albumină e provenită din cauza unei ingestii de alimente albuminoase, sau în urma unei catar vesical ori vaginal, sau poate este o albumină a căria cauză e o maladie de rinichi.

Rolul d-vastră nu trebuie să se mărginească numai a afirma o maladie, ci veți avea în vedere și tărâmul bolnavului. Fără îndoială o maladie oarecare devine mult mai serioasă, la un alcoolic, impaludat, alterio-sclerotic etc., de cât la un altul, ce nu are un tărâm pregătit.

Nu veți perde din vedere cunoștințele actuale de bacteriologie, cari ne sunt de mare folos în multe împrejurări, exemple am avut destule în serviciul nostru, unde ați văzut cum o maladie se suprapune altuia, constituind o asociație de maladii; cu alte cuvinte o asociație microbială.

Finesc aci cu aceste idei de semiologie generală și începem cu modul de a examina un bolnav.

MODUL DE A EXAMINA UN BOLNAV.

Pentru a vă pune o basă solidă în educațiunea clinică, calea cea mai nemeșită este observațiunea continuă și îngrijită a dife-

ritelor fenomene, destul de complicate, ce presintă bolnavul; apoi analisarea acestor fenomene și distribuirea lor, pentru a putea în fine, cu aceste date să ajungeți la noțiunea de diagnostic. Pentru a putea însă să faceți o analiză mai complectă și mai exactă a fenomenelor morbide ce bolnavii pot presenta, fenomene cari une-orî devin cât se pôte de complexe, găsesc de cuviință, pentru d-vóstră începători, a vă da o metodă deslușită, cu ajutorul căreia silințele d-vóstre să pótă atinge mai ușor scopul ce urmăriți. De aceea e fórté necesar să frecuentați spitalele, să examinați dilnic bolnavii și materialul pe care-l veți culege confus și fără ordine la început, vă va servi în viitor, pentru a diagnostica o maladie.

—Am fost în șcôla ilustrului Rostan și tot sub scutul lui mă voiú pune pentru a vă trata aci o regulă, o metodă, după care să vă conduceți în întrebarea bolnavului.

Acest ilustru clinician pentru a ușura examenul clinic, făcea totdeauna bolnavului următoarele întrebări:

Unde te dóre? și

De când ești bolnav?

Dacă bolnavul se plângea de o durere a unui organ óre-care, tot examenul se concentra asupra aceluí organ, îl cerceta în privința condițiunilor sale fizice, modul funcționarei; apoi trecea la organele cari erau în mai mare legătură cu acel organ bolnav și, în fine, parcurgea încetul cu încetul, tóte aparatele, fie chiar dacă acéstă examinare devenia inutilă pentru observațiune.

Păstrez încă imprimare, care 'mí serviaú de conducétóre în privința examinării bolnavilor și voiú fi fericit comunicându-vi-le, ca să puteți și d-vóstră avea un program metodic și pe care doresc să-l urmați cu un viú interes.

Să-mí fie permis a vă resuma acest tabloú, întinerindu-l bine înțeleș, după trebuințele investigațiunilor de astăzi.

Profesorul Rostan după ce adresa cele două chestiuni, începea de exemplu prin sistemul circulator.

Pentru a examina acest sistem voiú avea în vedere și óre-cari regule, pe care va trebui să le observe atát bolnavul cât și medicul.

Când cine-va nu e tocmai obicinuit cu ascultația, saú dacă sgomotele normale saú patologice sunt slabe și puțin distincte, invităm

pe bolnav să respire cât se poate de încet, sau chiar să-și suspende respirația pentru câte-va momente și atunci percepem mult mai bine sgomotele cordului.

Individul de obicei va sta culcat. Capul și trunchiul fiind rezemate pe un plan înclinat; unii bolnavi nu pot sta de cât sculați pe pat. Este bine în tot-d'a-una a examina bolnavul întâiu culcat și pe urmă ridicat, căci de multe ori prin variațiunea atitudinii, fenomenele acustice se schimb: Așa la un individ cu un extravasat și o pericardită, sgomotul de suflu poate să dispară în pozițiunea ridicată, din cauza deslăcării licuidului, care în pozițiunea culcată comprimă origina vaselor mari.

În genere bolnavul trebuie să fie pus într'o stare de liniște perfectă, pentru ca să nu se producă o turburare artificială a circulațiunii; alte-ori din contră vom provoca o accelerație a mișcărilor cordului, pentru a pune în evidență sgomote anormale puțin deosebite, puțin distincte mai înainte; pentru acest scop facem să mergă repede, sau îi punem să ridice ceva, când bănuim o afecțiunea cardiacă.

Sistemul circulator. În prima linie veți examina :

I) *Cordul*, sediul său, dacă este sau nu durere, cum sunt contracțiunile sale?

Ritmul este păstrat?

Unde bate vârful cordului?

Sgomotele sunt anormale? la din contra 'l vom examina în privința alterațiunii sediului, întinderei, ritmului, dacă bătăile sunt frecvente, precipitate, încetinele, intermitente sau neregulate; în privința intensității, dacă sgomotele sunt slabe sau forte; și în fine în privința timbrului, dacă sgomotele vor avea un timbru: clar, surd, uscat, dur, rauc, metalic, suflant, rapos.

Veți preciza direcțiunea și timpul în care se aud, dacă aceste sgomote sunt în formă de suflu, de pilă, musicale, sau se presint sub formă de frecătură, aspră sau dulce.

II) Veți examina vasele: *Pulsul arterial*, numărul pulsațiunilor pe minut; dacă aceste pulsații sunt largi sau mici, tari sau slabe, egale sau inegale, dure sau moi, regulate sau neregulate, intermitente sau imperceptibile, complectând această examinare prin traseul sfigmografic. *Puls venos*, veți indica pozițiunea, forța, caracterele sale. *Aorta*

va fi examinată în privința sgomotelor sale, dacă ele sunt duble sau unice.

După acesta trecem la aparatul care are mai intime relațiuni cu aparatul circulator.

2) **Sistemul respirator**, va fi examinat în totă întinderea sa prin inspecțiune, percuțiune și auscultațiune asupra thoracelui, cercetând tot-odată și tubul laringo-tracheal, examinând narinele, *laringele și trachea* fie direct, fie cu aparate apropiate după cum vom vedea mai târziu; în acest examen nu se va uita de a fi cercetate amigdalele, faringele, epiglota. La examinarea pulmonilor, trebuie să mai avem în vedere óre-carî regule de îndeplinit, voind să procedăm a căuta modificațiunile sgomotelor respiratorii, căutăm a da bolnavului pozițiuni variabile, după punctele thoracelui pe care voim a examina, în următorul mod:

Partea anterioară. Pacientul va putea fi în picioare, brațele atârdate și apropiate de corp, sau va putea fi așezat pe pat sau pe scaun.

Partea posterioară. Bolnavul va fi așezat în aceeași pozițiune, însă cu brațele încrucișate sau aduse înainte.

Părțile laterale. Bolnavul se va rezema pe partea opusă a părții ce examinăm, fie așezat, fie culcat, și va ținea în tot-d'a-una brațul părții de examinat pe cap.

În unele circumstanțe când voim să scim dacă un lichid conținut în cavitatea pleurală e dislocat prin diferitele schimbări, vom pune pacientul în poziție excepțională de exemplu: de-abușele. Dar oricare ar fi pozițiunea individului, el trebuie să respire în mod convenabil, adecă nu exagerat și fără să-și reție respirația, două extreme la cari el adesea-orî cade, fie de tēmă, fie din ignoranță. Pentru ca observatorul să nu se înșele trebuie să aibă în vedere:

Respirațiunea: este ea facilă sau dificilă, repede, lentă, inegală, laborioasă, durerosă, dispneică; se va marca iarăși dacă nu presintă vre-un caracter de respirație Cheyne Stokes.

Expectorația examinată trebuie să vedem, dacă este abondentă sau nu, dacă este grósă, spumósă, mucósă, purulentă, muco-purulentă colorată sau nu, dacă are colórea sângelui sau a ruginei, dacă există emoptisie și atunci să se indice caracterele sângelui, cantitatea și calitatea sa.

Microscopul la rîndul său ne va putea indica elementele din

care se compune expectorația, dacă conține corpi străini, fibre elastice sau diferite specii de micro-organisme ca: bacilul lui Koch, pneumococi etc.

Vom mai constata dacă expectorațiunea este dificilă sau dacă are sau nu odóre.

Toracele prin inspecțiune, se va constata întâiu dacă este bine conformat, dacă nu prezintă diformități și dacă ambele părți sunt egal dezvoltate.

Percuțiunea ne va da preschimbările în sonoritate; dacă este sau nu matitate, sub matitate sau sonoritate

Ascultațiunea va avea în vedere șgomotele normale sau anormale ale toracelui, constatând alterațiunile din partea murmurului respirator în ceea ce privește *intensitatea* dacă el este slab, forte, sau nul, constatând alterațiunile de caracter, dacă respirația este amforică cavernoasă, bronhică, rudă sau tubară; vom vedea dacă există vre-o alterațiune din partea ritmului; dacă este prelungită, rară, frecventă, sacadată. lungă sau scurtă; constatând raluri, veți căuta a specifica dacă ele sunt: sibilante, ronflante, crepitante, sub-crepitante sau cavernose, și în fine dacă există vre-un șgomot de frecătură, vom vedea dacă este pleuretic, dulce sau aspru.

Vocea examinată, vom observa dacă este bronhică, chevrotantă. cavernoasă, amforică, și în fine

Tusa, felul ei, dacă este tubară sau bronhică, cavernoasă, amforică, examinând încă póte vom constata țuitura metalică și sucusiunea Hipocratică.

3^o. **Sistemul nervos.** În privința examinării acestui sistem se cere multă atențiune, din care cauză la examinare veți căuta a nota particularitățile cele mai mici cu tóte că, multe din afecțiunile cerebrale adesea isbesc pe un medic cu rutină și 'l pun, înainte de a studia vre-un simptom particular, pe calea afecțiunei ce are de examinat.

Vom începe prin urmare și aci prin examinarea esteriorului. '

Stațiunea, vom vedea dacă nesprijinit póte să-și ție echilibrul, dacă membrele sunt strinse către corp și dacă există redóre, dacă are imobilitate absolută cu contracțiuni musculare, cu pozițiune fixă și invariabilă a unor articulațiuni, dacă capul nu este aplecat în jos

Trecând la figură să căutăm a nota cum 'i este fața? slabă, posomorită, suferindă, injectată, etc.

Expresiunea ochilor, sunt strălucitori sau umezi.

Dacă în figura bolnavului nu se face o schimbare alternativă de roșată și de palóre.

Dacă are un prolaps al pleopelor, sau imposibilitate de a le ridica fără să misce sprincenele.

Să esaminăm expresiunea feței, este ea furiósă, supărăciósă, blândă, afectuósă, voluptósă, estatică, cu ochii imobilí, stupiditate, idiotie, imobilitate, ris și plâns fără nici motiv.— Cum este *inteligența*? A perdut veselia, gustul jocului?

Daca e slăbită sau mărită? daca răspunsurile bolnavului sunt brusce, dificile, supărăcióse, amabile, blânde, scurte, monosilabe, să constate daca memoria e perdată.

Cum sunt mișcările, să vedem daca există imobilitate, mișcări variate, mișcări involuntare și în stare de somnolență (carphologie), daca are contracțiuni a extremităților, daca capul se află într'o oscilațiune continuă, dacă târâe vre-un membru inferior. Membrele, în ce stare sunt? de hemiplegie, paraplegie etc.

Cum este mersul? Sigur sau nesigur, cum se face respirația, dacă nu există intervale mai lungi între două respirațiuni consecutive, daca sunt vërsături, constipațiuni, turburări din partea excrețiunei urinei. În ce stare se află abdomenul.

Sunt turburări în *sensibilitatea generală*? Ca *cefalgie* și sub ce formă ni se presintă: frontală, occipitală, sub orbitară, emicranie; daca nu are rachialgie sau dureri vagi, arsuri, crampe, furnicături, înțepături fulgurante, daca există anestesie, hiperestesie sau analgesie.

Trecând la turburările organelor sensoriale, vom inspecta vederea daca nu este cum-va oclusiunea complectă sau necomplectă a ochiului, daca avem o deschidere permanentă a pleopelor, daca există nistagmus, strabism, dacă pupilele sunt dilatate sau inegale, daca există diplopie, amorosă, etc.

Din partea auzului vom putea constata: existența sgomotelor străine, — de sbârniitură, țiuitură sau surditate.

Din partea gustului vom cerceta daca gura e amară, limba încăreată, dacă simte gustul bucatelor și în fine.

Din partea odoratului vom căuta daca e anosmie.

Venind la *simptomele care depind de organele active ale mișcării*, vom vedea dacă există vre o paralizie musculară, sediul ei, în mușchii voluntari sau involuntari. Mișcările voluntare sunt pierdute? contractilitatea galvanică e conservată? sau vice-versa, sau ambele mișcări sunt pierdute. Póte bolnavul să se ție pe picióre și să umble fără sprijin.

Mișcările reflexe și mersul, dacă există *resoluțiune*, atunci vom observa figura și expresiunea bolnavului, membrele și forța lor, dacă are contracturi sau convulsii.

Când vom afla că pacientul are *convulsii*, vom cerceta forma lor (parțiale, generale), permanente ori pasagere, sunt însoțite cu pierderea cunoștinței sau nu, dacă sunt turburări din partea sensibilității și a mușchilor, dacă există febră.

Nu vom uita a pune pe bolnav să umble, ca să constatăm dacă există sau nu ataxie.

Vom vedea dacă are *tremurături*. Dacă există *delir*, vom descri forma lui, e continuu, intermitent, febril, apiretic, convulsiv.

Dacă există *comă*, să cercetăm dacă este însoțită cu sau fără pierdere de cunoștință, dacă sensibilitatea e conservată, dacă există *resoluțiune*, cum este expresiunea feței? are *delir*? convulsii. Cum sunt pupilele? Există *vertige*? sub ce formă ni se presint? Examinând *măduva spinării* vom căuta turburări în mers, turburări din partea rectului, din partea vesiceî, reflexele tendinoase, sensibilitatea, dacă există rachialgie, dureri vagi cu arsuri, crampe furnicăturî, înțepături, dureri fulgurante.

Trecând la simptomele fizice, vom căuta leziuni din partea tegumentelor craniului și a diverselor părți ale corpului și în fine vom cerceta dacă nu a survenit vre-o preschimbare în formă și volumul craniului.

4) **Sistemul digestiv.** Inspectăm gura, starea buzelor, a dinților, a salivei și a gustului.

Limba. Culórea și aspectul ei, volumul, figura, forma, starea de umeđelă sau de uscăciune. Deglutițiune.—Faringele.—Esofagul.

Stomachul. Apetitul, setea, dacă există durere, umflătură, vėrsături și ce caracter presintă materiile vėrsate. — Dacă stomachul este în starea flatulentă sau de eructație.

Abdomenul. Pentru a'l examina, bolnavul va fi culcat pe pat, în decubitul dorsal, cóscele puțin ridicate și genunchile ușor îndoite.

Une ori vom da alte pozițiuni după trebuința ce vom simți și vom constata prin palpațiune dacă sunt dureri, dacă se pôte simți vre-un sgomot particular numit frecătură peritoneală, dacă este distensiune sau scădere a abdomenului, borborigme, tumori, constipație sau diaree și, în fine, caracterele materiilor alvine vor fi indicate.

Ficatul, pozițiunea sa, dimensiunea și starea sa fizică. Este sensibil, are tărie, tumori sau fluctuațiuni pe părțile sale.

Vesica biliară. Avem sau nu gălbinare, vom vedea dacă prin ascultație se comunică urechei creptațiuni și dacă ele sunt sensibile mâinei. Splina trebuie avută în vedere în toate împrejurările.

V. Sistemul genito-urinar.

Organele genitale feminine, aspectul lor exterior, dacă există sau nu ulcere sau alte modifițiuni.

Uterul Vom întrebuița speculum și tușeul. Acastă educațiune o veți dobândi pe viitor, veți constata starea sa de menstruațiune, dacă există amenoree, dismenoree, menoragi, metroragi, leucoree etc., în fine mobilitatea, sensibilitatea, și direcțiunea sa.

Membrul viril. Aspectul său exterior, dacă e mare, mic, perforat, puțința exagerată sau diminuată, neputință, ejaculațiune anormală.

Uretrul Felul și frecuența micțiunei, durerea, unde, și locul când se simte; aspectul colonei de urină, calitatea udului; examinarea sa prin pipăire și cateterism.

Bășica udului. Sediul ei, dacă este plină sau gôlă, sensibilitatea, dacă simte dureri când umblă pe jos sau în trăsură, dacă are polakiurie, să se vadă udul dacă are sânge, puroi, gravele, să se facă cateterism.

Rinichii. Se va constata dacă acuză sau nu dureri; forma acestor dureri; volumul rinichilor, cercetările chimice și microscopice vor fi făcute cu multă atențiune.

Sistemul tegumentar. La examenul său vom inspecta:

În privința suprafeței externe a corpului, — vom vedea colorea pielii dacă este rudă, uscată, umedă sau môle, dacă transpiră, are erupțiuni, pete sau cicatrice, și în fine veți face:

Istoricul bolnavului. În ceea ce privesce vârsta, constituțiunea, predispozițiunile ereditare, profesiunea sa, modul său de a trăi, alimentația, locuința în care trăesce, localitatea, apa ce bea. Abusuri alcoolice sau alte. Veți căuta dacă există efecte ale contagiunei sau

a vre-unei infecțiuni. — Dacă sunt osteneți exagerate. Se va indica începutul bôlei. — Cum, și prin ce? Maladiile anteriore. — Tratatul anterior. Dacă este vorba de o femeie să se cerceteze menstruele, câți copii a făcut, dacă a abortat sau a avut alte maladii.

Aceste sunt cestiunile cari trebuie să le aveți în vedere în timpul examinării unui bolnav, și la cari trebuie să răspundeți într'o observațiune.

Nimic nu este de prisos, mai bine să fiți mai scrupuloși de cât să lăsați în îndoială unele cestiuni — nu trebuie să uitați că în tot timpul, aveți aface cu suferinși — fiți sensibili la durerea lor, fiți umani; bunătatea și delicatetea trebuie să fie atribuțiile d-voastră în acest examen.

Dacă puneți întrebarea: unde te dore? vedeți locul durerei, unde indică bolnavul cu degetul său, iar nu acolo unde ȃic că'i dore, căci adesea ori confundă stomacul, cu cordul etc., locul odată precisat faceți examinarea prin palpare, ascultație, etc.

Aceste părți lămurite puteți reveni la programul ce v'am descris mai sus, în privința ordinii examinării organelor.

După toate acestea, veți putea pune diagnosticul. Dacă însă nu aveți elemente îndestulătoare pentru a atinge acest scop, veți amâna pentru mai târziu opiniunea d-vóstră, până ce veți putea ajunge la o conclusiune serioasă, după o a doua examinare.

Dacă la patul bolnavului ne vom găsi în diferite împrejurări pentru a ascunde adevăratul diagnostic, ne vom servi de un limbajiu străin bolnavului.

Limba latină fiind astăzi neusitată, veți alege o limbă mai în raport cu educațiunea d-vóstră, pentru a spune lucruri cari dorim să fie necunoscute suferindului.

O dată tratamentul prescris, nu vom lipsi d'a visita ȃilnic bolnavii și a răspunde la cererile lor; examinarea se va face cu totă serioșitatea și veți atrage atențiunea asupra particularităților celor mai mici ce vor prezenta în cursul maladii.

În fine, dacă nenoracirea v'e va conduce d'a perde pacientul nu veți lipsi de a'i face, dacă se va putea autopsia pentru a verifica diagnosticul. Piese!e microscopice vor completa această examinare macroscopice.

Autopsiile. La necropsii autopsii veți examina în tot-d'a-una cele trei cavități și veți avea în vedere de a determina:

- 1) Causa morței.
- 2) Aprecierea simptomelor în raport cu leziunile.
- 3) De a cunoște natura maladiei.
- 4) De a vă servi în tot timpul de toate mijlocele pentru a atinge acest scop.

La autopsii veți lua note imediat.

1) *Asupra stărei exterioare.* — Ca pelea, dinții, cicatrice, colorațiune, starea de conservare sau de putrefacție.

2) *Capu.* — Păru, țesta, meningele, crebru, cerebelul, cu toate părțile și particularitățile sale, nervii, sinușii, vinele, arterele — etc. — Aspect — consistență — greutate.

3) *Colona vertebrală* — cu conținutul său.

4) *Gâtul* cu tot coprinsul său.

5) *Peptul* cu toate detaliurile externe și interne. — Aparatul circulațiunii — respiratorii, și tot ce conține toracele.

6) *Abdomenul.*

7) *Sângele.* — și alte lichide ale economiei.

8) *Examenul microscopic al tuturor țesuturilor morbide.*

Eu pe tărâmul practic v'am procurat ocasiunea să vedeți pe d-nul profesor Babeș făcând autopsii și ați putut vedea adesea ori, cum scie să păstreze toate organele, pentru a putea servi din nou la examinare în cas de constatare medico-legală, sau pentru demonstrațiunii ulterioare. — Ați văzut cum deschide: cordul, plămâni, colona vertebrală, pentru a arăta cu facilitate măduva spinării și ganglionii spinali.

În tot timpul acestui examen, făcut cu conștiință, trebuie adesea ori timp mult și dacă este vorba de examinarea microscopică atunci vă vor trebui mai multe zile pentru ca se puteți face aceste demonstrațiunii.

Se poate întâmpla ca să revenim mai târziu asupra autopsiilor; după cum importanța casurilor o vor cere.

Aceste sunt reflexiunile ce aveam să vă fac asupra metodei de a examina un bolnav — asupra modului d'a face un diagnostic — asupra modului de a vă verifica acest diagnostic prin autopsie.

În prelegerile viitoare vă voi întreține la patul bolnavului și de câte ori circumstanțele imi vor permite voi vorbi:

Despre situațiunea organelor în starea normală, despre palpațiune, mensurație, percuție, ascultație; în acelaș timp nu voiü perde din vedere de a vë arăta cum să mănuiți diferitele instrumente, necesare în clinică, precum și diferite reactivе pentru cercetările elementare.

În fine, Domnilor, nu voiü lipsi d'a vë da un rezumat practic asupra acestor mijlóce, cari vë pot înlesni examinarea bolnavului, și ușura diagnosticul.

Rëmâind ca atât la laboratorul meü, cât și eü însu'mi să reviu cu mai mari esplicări asupra acestor puncturi de investigațiune, de câte ori vom observa particularități sau dificultăți cari vor cere deslegarea lor.

Pentru acest scop, voiü imprima într'un tabel tot ce am đis asupra examinărei unui bolnav. După acest tabel veți culege la început observațiunile clinice.

Mai târđiü când veți fi bătrâni și le veți citi din notă, veți găsi cu mândrie, dacă chiar vor fi îmbătrânite și ele în raport cu progresele medicinei, partea aceea, care va rëmânea pururea tînără, partea clinică propriü đisă cu analiza faptelor, independentă de orí-ce teorie esplicativă, care se va putea schimba cu progresele medicinei dobândite.

Faptele vor rëmâne, prin ele vë veți marca și d-vóstră și veți găsi la bătrânețe prin citirea lor, douë lucruri:

Amorul studiului și satisfacțiunea datoriei împlinite cu conștiință.

Modul de a se face examinarea sistemului.

C I R C U L A T O R

Cordul	{ sediu durerea contractiunea ritmul unde bate virful cordului } <i>sgomotele cord.</i>	{ <i>Sediul</i> } { <i>Ritmul</i> } { <i>Intensitate</i> } { <i>Timbrul</i> } <i>Intinderea.</i>	{ scoborâte ridicate laterale }
			{ precipitate încetinite intermitente neregulate }
			{ slabi forti }
			{ clare surde uscate dure metalice sufiante rapose }
	<i>Sgomotele cordului</i>		
		Anormale	
			{ <i>Intra cardiace</i> }
			{ suflu musicale fremisment }
			{ <i>Extra cardiace</i> }
			{ frotment aspru " dulce sgomot de ra- clare }
Vasele	{ <i>Arterele</i> } { <i>Venele</i> } { <i>Aorta</i> }	{ } { } { }	{ sgomotele arteriale }
			{ sgomotele venose }
			{ sgomot unic dublu }

Toracele

Respirația

Alterațiunea intensității } forte
slabe
nule

Alterațiunea Ritmului } prelungită
scurtă
lungă
sacadată
frecventă
rară

Alterațiunea caracterului } amforică
cavernosă
bronhică
tubară
rudă

Alterațiunea sgomotelor normale

RĂLURI

uscate } sibilante
(vibrante) } ronflante

umede } crepitante
(umede) } sub crepit.
cavernose

Sgomotele de frotment } frotment.
pleurit.
unic
dublu

Vocea } bronhică
chevrotantă
cavernosă
amforică

Tusa } bronhică
tubară
amforică
țuitura metalică

Conflictul lichidelor și a gazelor conținute în cavitatea pleurală, dă naștere la cea ce se numește *sucusiunea hydropocratică*.

NERVOS

Decubitus } Póte să-și ție echilibrul?
există redóre
constrăcțiunii musculare
imobilitate.

Fața	slabă posomorită suferindă expansiunea figurai stupóre roșie injectată ochii brilianți, umeđi alternativ roșată și palóre prolaps al pleopelor, și imposi- bilitatea de a le ridica fără să misce sprâncenele <i>Expresiunea feței</i>	furiósă supărăciósă blândă afectuósă extasică stupidă idiotă ris-plâns fără motiv.
Inteligența	slăbită mărită perderea memoriei <i>răspunsurile</i>	brusce dificile supărăcióse scurte monosilabe
Mișcările	Contracturi Oscilațiunea capului Mersul Starea membrelor sup. și inf.	paresiate sau nu paralizate » » hemiplegie paraplegie
Caractere g-le	respirația vėrsături constipațiuni turburări a excrețiunei urinare.— Escare pe fesiere. Abdomenul	umflat escavat dur-móle
Turburările sensibilității g-le	<i>Cefalagie</i> <i>Hiperestésie</i> <i>Anestésie</i> <i>Analgesie</i>	frontală sub orbitală occipitală hemicranie

Turburări
sensoriale

<i>Ochiul</i>	{	închis deschis	
nistagmus strabism pupila	{	dilatată mobilă inegală	<i>Odoratul</i> { anosmie
diplopie amorosă			<i>Gustul</i> { gura amară limba încărcată perderea gust.
<i>Auđul</i>	{	sgomotul exterior sbârnituri țuituri surditate	

Simptome
care depind
de organele
active
ale mișcării

<i>Paralizie</i>	{	sediul mișcării { voluntari nevoluntari. contracilitatea galvanică mersul reflexe	
<i>Resoluțiune</i>	{	figura expresiunea membrele forța inteligența contracturi convulsii	
<i>Convulsii</i>	{	forma { parțiale generale. permanente pasagere cunoștință febră turburări în sensibilitate » » mișcare	
<i>Contracturi</i>	{	sediul forma	<i>Delir</i> { continuu intermitent febril apiretic convulsiv
<i>Tremurături</i>	{	forma locul	
<i>Coma</i>	{	cunoștința sensibilitatea expresiunea feței delir convulsii pupilele	<i>Vertige</i> { forma lui

Meduva spinărei	} } } } } } }	turburări în mers	
		» » vesică	
		» » rect.	
		rachialgie	
		dureri vagi	} arsură } crampe } furnicăături } înțepături } fulgurante
		sensibilitate	
		reflexele tendinoase	
Simptome fisice	}	Lesiuni din partea tegumentelor și a diverselor părți ale corpului.	
		Preschimbarea în formă și volumul craniului.	

Gura	}	buzele	
		dinți	
		saliva	
		limba	} colorea } aspect } volum } forma } umedă } uscată
Deglutiția Faringele Esofagul	}		
Stomachul	}	apetitul	
		setea	
		durere	
		umflătură	
		vărsături și caracterul lor.	
		în stare flatulentă	
		» » erucția	
Abdomenul	}	dureri	
		frotement	
		borborisme	
		tumori	
		constipație	
		diaree	
Ficatul și Vesica Biliară	}		
		pozițiunea	
		dimensiunea	
		sensibilitatea	
		fremisment	
		duritate	
		crepitația din partea vesicii	
Splina	}	volumul	
		durerea	

<i>Vulva</i>	{	aspectul exterior
<i>Uterul</i>	{	tușeul menstruele amenoree dismenoree menoragii metroragii leucoree
<i>Membrul viril</i>	{	aspectul exterior putința { exagerată { scădută neputința ejaculațiune { normală { anormală
<i>Uretru</i>	{	Felul frecuența } mictiunii colóna urinară calitatea udului
<i>Rinichi</i>	{	sediul dureri volumul Urina { calitatea { cantitatea { greutate specifică
<i>Beșica udului</i>	{	sediul sensibilitatea polakiurie dureri, mai pronunțate la mers sau la mișcare.

Atitudinea bolnavului	}	umedă
Expresiunea fisionomiei		uscată
colorațiunea buzelor		rudă
starea fizică a bolnavului		mole
suprafața externă a corpului și a peleii		transparentă
		pete erupțiune cicatrice

Vîrsta
 Constituțiunea
 Predispozițiunile
 Modul sîu de trai
 Locuința
 Localitatea
 Abusuri alcoolice sau de altă natură
 Contagiunea
 Infecțiunea
 Ostenei esagerate
 Debutul bôlei
 Maladii anterioré
 Tratamentul anterior {
 La femei } menstruele
 } copii
 } aborturi

Acum când aveți idei despre semiologie în general, și de modul cum trebuie a examina un bolnav, putem începe studiul diferitelor maladii, ce mi se vor părea mai importante și mai necesare educațiunei d-v. medicale.





DESPRE EPILEPSIA JACKSONIENA

Astăzi vă voi întreține asupra unei bolnave pe care am lăsat'o destul timp pentru ca s'o puteți observa, să citiți asupra acestui subiect, se reflectați ca la timp, să vă puteți da cont singuri de cele ce vă voi spune. E vorba de bolnava din sala No. 2, culcată pe patul No. 11, numită Elisa Svoboda, atinsă de «*Epilepsie Jacksoniend.*»

Înainte însă, vă voi expune pe scurt lucrările făcute asupra sistemului nervos în această privință.

Știți, d-lor, că sistemul nervos a ocupat pe toți ómenii științei, pe fiziologiști, clinicieni și anatomo-pathologiști; așa pe la 1860 se făcu experimente fiziologice, la 1863 se culese observațiuni clinice serioase și de atunci lumini noi s'aú ivit asupra sistemului nervos central.

Considerând cercetările anatomo-pathologice, atenția e atrasă nu atât asupra leziunii, nici a naturei ei, ci asupra cunoștinței esacte a sediului acestei leziuni.

Căci, pe cât anatomia-pathologică vă interesază natura leziunii la alte organe, tot la această maladie sediul leziunii cerebrale vă interesază în primul rând.

Acest preambul ne conduce la o altă serie de idei și cari intră în domeniul Clinicei adică, la chestiunea «*localisațiunilor cerebrale.*»

Ideia localisațiunilor începe a se nasce pe la 1865, în acest timp am avut fericirea și distinsa onóre de a face mensurațiunea craniului

și cântărirea crierilor, fiind pus de D-l Profesor Broca în serviciul căruia mă aflam intern; ear pe la 1867, Broca a indicat oficial localizațiunea Afasiei motrice. H. Jackson basat pe observațiuni clinice, (1863) a văzut că, de multe ori lesiunile substanței corticale a cerebrului determină accese de epilepsie, cari încep cu un membru și apoi se generalisază.

Aceste fapte clinice aũ fost punctul de plecare la o mulțime de experimente, cari aũ condus la descoperirea saũ indicațiunea localizațiunilor cerebrale.

Experiențele nu sunt departe de noi, așa ele aũ fost făcute în 1870 de Fritsch și Hitzig, confirmate de Carville și Duret.

Ferrier reinoi experimentele la 1873 asupra maimuțelor. Putem cita asemenea pe Horsley.

Resultatele obținute de ei, ne dau astă-đi posibilitatea de a avea cunoscința topografieii zonelor motrice corticale.

În cea ce se referă la centrii corticali de sensibilitate generală și specială, experiențele n'aũ ajuns la acest grad de perfecțiune, cu tóte cercetările lui Munck, Luciani, Tamburini etc.

Lucrări originale s'aũ făcut asupra vederei; diferiți autori și Neuro-patologiști aũ ajuns astă-đi a determina localisarea centrului vederei, memoriei vizuale, simțului muscular în scórța cerebrului.

D-l Profesor Vitzu la noi, a făcut lucrări confirmative în acelaș sens, trebuie să recunosc că óre-care reserve ni sunt impuse, căci, toți autorii nu sunt în deplin acord în acésta privință și mai cu sémă asupra punctelor de localizațiune a acestor centri.

Daca am vorbit în treacăt de lucrările fiziologiștilor, le am făcut cu scopul se reeasă și mai bine progresele făcute în această privință basate pe observațiunile clinice, și pe anatomia pathologică.

Clinica, în adevěr, a permis bătrânului Duchenne să facă descoperiri importante, va fi de ajuns citându-l numai în Atrófia musculară progresivă.

Asemenea Türck, descrie alterațiunile capsulei interne. Broca indică Afasia motrice, avënd locul la piciorul circonvoluțiunei a 3-a frontale stângi. Charcot asemenea descrie zonele motrice corticale.

Zic d-lor, óre acești autori nu aũ făcut lucrările lor în urma observațiunilor clinice?

În 1877, Charcot publică un memoriu asupra Epilepsiei Jacksoniene sifilitice.

În 1883, Pitres publică diferite memorii asupra localizațiilor cerebrale.

Clinica trebuie deci să fie conducătorul d-v. și eu ca Profesor de clinică vă indic această metodă anatomo-clinică și vă urez ca și d-v. pe viitor să ajungeți la asemenea descoperiri, câmpul fiind destul de întins în desideratele funcțiunii crebrului.

Metoda anatomo-clinică a conduspe Jackson la studiul Epilepsiei parțiale, pe care o scote din Epilepsia disă esențială (numită încă reul caduc nervos) prin acest studiu a putut vedea că, această Epilepsie parțială e în raport cu leziunile cōjei crebrului.

Autorul a fost precedat în acest studiu clinic de Bravais care în 1827 scrisse o tesă intitulată: *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'Épilepsie Hemiplegique*, care se remarcă prin superioritatea analizei clinice a simptomilor; dar în scrierea sa nu se găsesc încă indicii despre localizațiunii cerebrale.

Bolnava de la sala 2, patul No. 11, ne dă ocaziunea să vorbim despre Epilepsia Jacksonienă.

Intrăm ađi în analiza casului nostru și în ședința viitoare vom face studiul acestui sindrom, servindu-ne de diferitele memorii și în particular de al d-rului Rolland medicul azilului alienaților din Dordogne, publicat în 1888.

Pacienta Svoboda, de ani 24, germană, intră în serviciu la 17 Martie 1889. Ea e foarte inteligentă și ne expune cu claritate că, în 1885 a fost operată la Viena de Profesorul Bill-roth pentru un sarcom ce 'l avea în fosa nasală dreaptă, când ia extras tumora și câte-va oșe.

În 1886 Ianuar 25, a fost din nou operată având trei noduli în jurul nasului, și care noduli apăruse la patru săptămâni după prima operație.

În 1887 a fost în mai multe ședințe operată pentru a-î da nasului un aspect mai estetic (autoplastie). Ultima operație i-s'a făcut tot în acest an.

E de notat că, din acest timp nu a mai apărut nici o tumoră.

În vara anului 1888, a început să aibă dureri de cap foarte intense, localizate în regiunea fronto-parietală dréptă.

A avut din ziua ultimei operațiuni vătășurii apröpe continue (pină la 20 pe zi.)

La începutul lunei Septembrie acelaș an a observat că devine nervösă. In una din zile mergënd pe drum cu umbrela în mâna stângă, a fost apucată de tremurături în acea mână începënd din degete, acompianate de amorțelă, înțepături și apoi de mișcări convulsive.

Face câți-va pași, simte că îi vine amețelă, auzea un șgomot de mașină, respirația îi sforăitoare, mâna îi tremură continuë, fără a perde cu totul cunoșcința și cade jos; nu scie ce i-s'a întâmplat, auzea însă o șforăitură. Acéstă stare durează ca un șfert de oră. La deșteptare mâna stânga e înțepenită, nu o póte mișca, nu a putut vorbi.

După câte-va zile atacurile suntmai frequente, dar mai ușóre: începeau cu fața, cu deschiderea gurei și devierea ei spre stânga, ochii clipesc, mai mult însă cel stâng, capul asemenea deviază la stânga; nu perde cunoșcința și in brațul stâng nu se petrece nimic neobicinuit.

La 17 Februarie 89 mergënd pe stradă a simțit din nou mișcări, în degete, ajunse acasă, cade apröpe fără cunoșcință, se deșteptă, când a început să aibă mișcări în membrele superióre; în cele inferióre, la față și gât nu se observă nimic. In urmă a supra venit alte atacuri mai mici, până la 1 Marte când a fost apucată iarăși de un atac mare chiar în cancelaria serviciului, un al doilea la șase ore diminéța.

Bolnava ne spune că are un fel de presimțire, o frică că va avea accesul și nici o dată nu se înșală.

De la ultimul atac, a rămas cuun «tic» în muschii feței stângi, în policele și indexul de aceeași parte (contrațiuni musculare convulsive), contrațiunile nu se modifică în tim-pul mișcărilor voluntare.

Acum, Domnilor, vă voiü descri în scurt, fenomenele unui acces ce s'a desfășurat înaintea ochilor noștrii.

Vorbind cu dënșă, bolnava neprevestese că îi va veni atacul. Incepu să aibă furnicături și mișcărimai frequente în mâna stânga, policele și indexul intrară în contrațiuni violente, ochii clipesc din ce în ce mai des și mai ales cel stângü, contrațiunile feței stângi sunt numeroșe; în urmă tötă partea stângă e trasă spre drépta, așa că dä bolnavei un aspect cu totul particular, după douë minute capul cu totul este deviat spre drépta, ast-fel gâtul părea a fi sucit.

Stă în acéstă pozițiune, fără a se observa vre-o mișcare convulsivă în muschii gâtului.

Nu constatăm mișcări în cele alte membre, nici pierderea cunoștinței, nici strigăt inițial, nici somnul consecutiv. Accesul acesta a ținut cam vre-o trei minute, bolnava și-a revenit fără a fi lăsat ceva urme de existența lui.

Cred că e instructiv pentru d-vastră acum de a proceda la examinarea bolnavei în mod sistematic.

Calota craniană aproape simetrică, puțin mai dezvoltată în regiunea fronto-parietală dreaptă, unde se găsește o fisură lungă de 6 c. m., ocupând parte din sutura craniană și perdenându-se în sus aproape de linia mediană, iar în jos la nivelul suturei parieto-temporale. Această fisură oferă o lărgime de 2 c. m., e dureroasă atât la pipăire cât și spontan.

Bolnava ne spune că n'a avut dureri în această parte după operație și că ele au venit o dată cu durerile de cap, (tot în partea dreaptă) adică în toamna anului 1888.

Escavațiunile temporale nu sunt simetrice : cea dreaptă prezintă o proeminență considerabilă (ca la 4 c. m.) înapoia apofizei orbitare externe și nu e dureroasă la presiune.

Pe frunte observați o cicatrice acesta nu e o leziune întâmplătoare, ea e urma lamboului luat pentru autoplastia nasului.

Bosele frontale simetrice, nasul môle, cea ce arată o pierdere de substanță a părților osoase. Mirosul abolit, ochii puțin proeminenți nu prezintă nici o turburare anatomică sau funcțională. Nu e «hemianopsie» (Westfal, Charcot.)

Pupilele neegale, — dreapta mai dilatată, aproape mobilă; stânga normală. Gura puțin deviată spre stânga agitată, aproape continuă prin contracțiunile spasmodice, mai ales ale mușchilor zigomatici stângi. Comisura buzelor trasă în afară și în sus spre osul molar.

Nervul sub orbital drept e dureros la pipăire, asemenea și cel supra orbital. Limba normală, mobilă, nu e deviată, asemenea și velul-palatului; gustul păstrat.

Aparatul digestiv sănătos.

Aparatul respirator asemenea.

Toracele bine conformat, cordul sănătos, pulsul de și mic, nu prezintă nici o intermitență.

Membrele superioare anormale în cea ce privesc volumul, astfel :

Brațul stâng la locul cel mai gros, măsoară 193 mm; cel drept 206 mm. deci stângu e mai atrofiat și prezintă o diferență de 13 mm.

Observăm asemenea o slăbiciune în tot membrul superior stâng. Policele și indexul sunt în contracțiunii aprópe permanente cu predominanță în mușchii flexori și adductori. Nu póte apuca nimic cu mâna stângă din cauză că degetele sunt slăbite și convulsionele se accentuéză și devin mai frecvente în timpul mișcărilor voinței. Degetul cel mare tinde a se așterne în palma mânei și indexul se inflexéză asupra lui. Reflexele par mai exagerate în membrul superior stâng, de și se constată cu anevoie din cauza nestabilității muschilor.

În membrele inferioare nimic anormal, sensibilitatea generală intactă. Inteligența clară, memoria păstrată.

Dacă încercăm să o irităm, bolnava devine supărăciósă.

Rezumând acum în câte-va cuvinte cele ce v'am arătat și expus observăm că, pacienta noastră este atinsă de accese convulsive parțiale, începând fie din față, fie din mâna stângă, convulsii anunțate de «Aura» care începe de cele mai multe ori în mușchii feței și ai brațului stâng.

Bolnava nu perde cunoștința, în atacurile mari a perdut cunoștința însă incomplect; chiar când capul era deviat, tot 'și putea da sémă de sine. (Contrar afirmațiunei lui Jacko-son, Rolland.)

Are un sentiment particular, o frică că ȳ va veni accesul, apoi simte în degetele mânei stângi un fel de furnicături, degetul mare se flexéză în palma mânei, cele alte degete se îndoesc peste el și accesul începe.

Alte ori atacul începe prin față: gura e trasă spre stânga, ochii clipeșc repede și accesul ține 3—4 minute.

Avem, prin urmare, la aceasta bolnava incontestabil sindromul clinic descris de H. Jackson și despre care v'e voiú vorbi în viitórea lecțiune.

Țineam d-lor, ca să isprăvesc cu această maladie expuind în mod general tóte fenomenele ce le putem observa la Epilepsia Jacksonienă. Trebuie să v'e mărturisesc că, în totdeauna am avut-o deosebită dorință de a face mai mult clinică de cât să v'e vorbesc asupra unei maladii în general, și la clinică se v'e arăt particularitățile ce presintă fie-care caz în parte.

Sunt, cu tóte acestea împrejurări unde nevoiți suntem, de a vorbi de o maladie în general și aceasta din cauza rarilor casuri ce ni se presintă în serviciú.

În lecțiunea trecută vă citeam observația femeii Svoboda și vă arătam la patul pacientei, toate particularitățile ce ea prezenta, astăzi vă voi face o lecțiune în general asupra Epilepsiei Jacksoniene.

D-lor, în cea ce se referă la acest morbo, în timpurile mele nu era botezat cu această denumire, ci o numeam Epilepsie simtomatică, Epilepsia parțială. Sub această din urmă numire se făcuseră numeroase publicațiuni cari atrase mai mult sau mai puțin atențiunea lumii medicale. Epilepsia Jacksonienă n'a avut o monografie și nu e mai mult de cât un an, de când toate lucrările privitoare la Epilepsia parțială, s'au adunat într'un singur volum.

Onoarea acestei publicațiuni, revine lui E. Rolland, medic al Asilului «John Bost» care dădu la lumină în 1888 monografia intitulată: «De L'Épilepsie Jacksonienne (1).»

«În 1848, un mare filantrop John Bost, preot al satului Laforce, situat aproape de Bergerac (Dordogne) fundă cu resursele carității private primul stabiliment: *Familia*, destinat a primi copilele Orfeline sau abandonate.

Puțin timp după aceasta, destinațiunea institutului se schimbă în favoarea diferiților suferinzi, căci începură a se primi infirmii, idioții, epilepticii, etc.

Apoi se înființară mai multe secțiuni cu maladii nervoase diverse și de unde Doctorul Rolland a putut culege un material abondent asupra Epilepsiei Jacksoniene.

Istoricul acestui sindrom pe terenul clinic se datorește Doctorului Engles Huhglings Jackson, care descrie convulsiunile epileptiforme limitate la jumătatea corpului și tot el cel d'ântâiu, atribue aceste simptome unor leziuni a părților corticale a creierului. Cu toate acestea, după cum v'am mai spus, precursorul său a fost Bravais, intern la Salpetriera (Paris) care în 1827, scrisese teza sa asupra convulsiunilor hemiplegice. Considerând acest fapt, vedem că se ia o parte din gloria lui Jackson.

Epilepsia parțială a fost observată din timpuri depărtate. Hipocrot vorbește de convulsiunile parțiale, el zice: «Epilepsiile cari încep printr'o mână sau prin un picior sunt relativ de un prognostic favorabil.»

(1) Dr. Eugène Monod, loc. cit. pag. III.

Galien descrie cazul unui copil de 13 ani, pe care o tămădui, aplicându-i o legătură de asupra locului de unde începea «aura», apoi îi puse în acest punct o visicătoare.

De sigur Galien nu s'a gândit la nici o teorie, de cât la vindecare și vom vedea mai târziu cum mulți autori ca Pitres, întrebunțează și legături și visicători și pentru mulți rezultatele au fost favorabile.

În memoriile societății Regale Suedese (1780) se găsesc observațiuni asupra Epilepsiei parțiale.

Autorii specialiști ca Lallemand, Serres, Abercrombie citează cazuri. Vedeți că clinicesc acest sindrom a fost studiat neîntrerupt, numai observațiunile n'au fost culese cu atâta minuțiositate cum le făcu Bravais, ast-fel lucrarea sa rămâne un «model de observațiune» (Charcot). Jackson cel întâiu avu îndrăsneala să localizeze mișcările în circumvoluțiunile cerebrale și textul original arată că, partea corticală cenușie este locul leziunilor cari produc aceste convulsțiuni.

Broca în 1867 citează un exemplu cu alterațiunile circomvoluțiunilor cerebrale. În 1870 doi autori germani, Hitzig și Fritsch, arătară:

a) cerebrul este escitabil prin electricitate.

b) există o relațiune între locul escitat și partea corpului care se pune în mișcare; ast-fel descriu patru centri motori corticali.

1) Membrul anterior, 2) membrul posterior, 3) Trunchiul și al 4-lea față.

În 1873 Hitzig publică mijlocele prin cari pôte produce pronăția, extensiă sau flexiunea degetelor, înacelaș timp descrie centrul mișcării globilor oculari, ai urechilor, limbei, buzelor, etc.

David Ferrier (1873) confirmă afirmațiunile clinice ale lui Jackson precum și cercetările lui Hitzig.

Este o scriere care de și publicată în 1887, nascerea sa e anterioră, ea e făcută cu doi ani înainte, (1885) de d-r François Franck la colegiul de France, pe când acesta înlocuia pe d-nul Marey.—Scrierea pörtă titlul: *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale.*»

În unire cu Pitres, Fr. Franck făcu un important studiu asupra cânilor escitându-le zonele motrice prin curenți faradici și obținu de ordinar două faze: a) tonică b) clonică și câte-o-dată o periódă tonică se interpune între două periode clonice. Accesele încep tot-dea-una în mu-

schii cari sunt legați prin funcțiunile lor cu punctele escitate ale zonei motrice. Refrigeratia și cloralisațiunea face substanța corticală inaptă pentru a mai produce accese de epilepsie. Fr. Franck nu s'a mărginit numai la escitațiunile electrice, ci a observat că și escitațiunile mecanice pot produce acțiuni convulsive.

El făcând experimete asupra localisațiunilor cerebrale, n'a neglijat de a utiliza datele clinice și această unire a cliniceii cu experimentațiunea, făcu din lucrarea lui Fr. Franck o scriere de mare valoare, cea ce se vede din prefața cărței în care d-l Charcot îi aduce laudele sale.

Aceste experimete ne conduc la subiectul nostru în cea ce se referă la acest sindrom; iar conclusia sumară a acestor cercetări autorul o resumă în următoarele cuvinte: «Ori-care ar fi idea asupra naturei funcționale a regiunilor zise motrice e sigur că numai unele părți ale crebrului pot provoca mișcări și lesiunile mai profunde ale acestor părți produc paralisii motrice. Ori-care vor fi și sunt atacurile aduse doctrinei localisațiunilor, aceste două puncte rămân inatacabile; iar doctrina intactă »

Lucrările și mai recente în privința Epilepsiei parțiale se găsesc resumate în memoriul lui Rolland.

Simptomatologia. Studiind simptomele acestui sindrom dintote punctele de vedere, în genere ele se produc când individul se găsește sau pare a se găsi în perfectă sănătate. Trece un timp mai mult sau mai puțin lung, în care interval el e în stare normală. Cu toate acestea mulți bolnavi atinși de Epilepsie Jacksoniană sunt mai supărăcioși, mai nervoși; câte odată se plâng de o greutate în membru sau în porțiunea de membru de unde încep convulsiiunile.

O bolnavă care suferă de această maladie voesce, spre exemplu, a urca scările locuinței sële, ea simte în gambă (de unde de ordinar încep mișcările) furnicăături, crampe, cari de obicei prevestesc că atacul va sosi și dacă nu se odihnesce accesul vine și și urmăză cursul.

Sunt bolnavi iritabili cari în urma discuției său chiar în discuție simt că le va veni răul.

Alții aū vre-o cicatrice pe un membru, se schimb condițiunile atmosferice, atacul începe din acel loc. Câte odată afecțiunea debută prin vërsături său cefalalgii, (veđi observația 2-a) acestea aū un interes par-

ticular, când sunt la stânga convulsiile se produc în dreapta și vice-versa. Avem chiar astăzi în serviciul nostru un bolnav care suferă de cefalalgie dreaptă și accesele se ivesc în stânga.

Ast-fel în mijlocul unei sănătăți reale sau aparente, pacientul simte de odată în mână, picior sau într'un punct a corpului, o senzațiune particulară, «Aura».

Aura. Este o senzațiune fugitivă, ce plécă dintr'un punct órecare, de unde se suiă în lungul membrilor sau a corpului și ea póte fi de natură sensitivă sau vaso-motrice.

Mai toți bolnavii istorisesc destul de clar fenomenele de care sunt coprinși în timpul aurei și acesta pentru resonul că ei naū perdut cunoscința. Aura sensitivă în majoritatea casurilor are caracterul duros: bolnavul simte o durere surdă mai mult sau mai puțin intensivă, sau o senzație de arsură la epigastru, o apăsare precordială, etc. Câte odată pacientul se plânge de dureri fulgurante ca în Tabes.

Vom adăoga, crampele viscerale, colici, palpițațiuni dureróse. Aura sensorială constă în vederea de colorii ce nu exist în realitate, așa noi posedăm o observațiune unde bolnavul vede colorile cele mai variate, alte ori ne spune că zăresce sburând insecte prin cameră sau o apă care strălucesce ca focul.

Pacienta «Svoboda» auzia nu rarī ori, un urlet de câne turbat sau o sforăitură de animal ce dórme. Alte ori bolnavul are iluziuni așa de înspăimintătóre, căci rămâne ca tetanizat.

Aura vaso-motrice consistă din: o senzațiune de răceală, vânt, sau de un liquid ce se scurge pe membre.

Se întêmplă ca bolnavii să aibă senzațiunea că ar fi aruncați în apă. Aura motrice e cea mai frequentă (daca începe spre es. prin membrul superior) degetul mare se încovóe spre podul palmei, iar cele alte mează aceași cale acoperindu-l, pumnul intră în contractiune, antebrațul se încovóe pe braț, ochii sau staū ficsați sau încep a se mișca și îndată vin convulsiunile propriu zise și când ele coprind fața, rarū perd cunoscința.

Teoriile «Aurei» sunt numeróse. Charcot se exprimă: «Aura este o proiectiune a centrilor spre periferie.»

Convulsiunile pot varia în limite mai mult sau mai puțin întinse, ele pot să se mărginească la degetul mare sau indicatorul mânei, sau numai la orbicularul pleopelor; alte ori cuprind o grupă de mușchi isolați

și destinați la mișcări complexe cum sunt mușchii feței, gâtului; ori convulsiiunile pot apuca de o dată mușchii diverselor părți a unei jumătăți de corp. Când o parte în tregă a corpului este supusă convulsiiunilor, atunci și mușchii din partea opusă sunt atinși. Vom observa însă, că convulsiiunile predomină în acea parte de unde ele au început. Cu cât convulsiiunile sunt repezi cu atât ele au tendința a se generalisa, iar atacul este mai scurt; din contra dacă convulsiiunile se întind cu încetul, e mai mult sigur că vor coprinde un mic grup de mușchi—(Es: braț sau fața) și atacul va fi mai lung.

Durata accesului ca și a *aurei* este variabilă (1) «între un minut, două, și chiar mai mult ca douăore.»

În cea mai mare parte din casuri se observă o contracțiune inițială, o crampă musculară, urmată de sgduituri clonice sau spasmodice.

După atac unii bolnavi n'au apetit două sau trei zile, alții au o senzațiune de arsură în jumătatea frunței opuse de unde a început convulsiiunile, sau durere de cap în acea parte, durere care poate rămănea mai mult timp. Se observă asemenea fenomene psychice (halucinațiuni), vęd colorii, obiecte bizare, persóne, în vreme ce ele nu exist.

Atacurile cu convulsiiuni puternice aduc după ele adesea trebuința de somn. Rolland țice: «Somnul este profund dar nereparator, căci pătimașul se scóla după câte-va ore de somn profund, cu o obosélă extremă, cu cefalalgie intensă, ceia ce face pe subject impropriu de a lucra, etc.»

Disfasia (hesitațiune în vorbire) pacientul găsește cuvintul, îl are în minte; însă simte o greutate mare pentru a'l pronunța.

Paralisiit transitorit se observă asemenea după atac, cari pot fi mai puțin întinse, mai mult sau mai puțin complete.

Starea reflexilor după acces afost studiată de Wesphal, Jackson, Gowers, Charcot și alții, unde au constatat că în majoritatea casurilor, reflexele tendinóse în genunchiul membrului atins sunt exagerate; fapt pe care și noi l'am controlat și afirmat în două rinduri.

Afasia post epileptoidă se observă în óre-cari casuri, mai ales când convulsiiunile sunt limitate în partea dreaptă.

Afasia poate fi temporară, avënd diferite grade; ea poate merge de la simplă jenă a articulațiunei cuvintelor până la afasia complectă. (Veđi obs. Herman Goldimberg).

(1) Rolland, pag. 40.

Am zis că afasia supravine în particular după convulsiuni epileptiforme limitate din partea dreaptă. Cu toate acestea afasia se poate observa și când atacul începe în stânga, astfel d-r Weber la congresul din Londra a relatat două cazuri; asemenea Brow-Sequard dăce că a văzut cazuri de afasia consecutive convulsiunilor părții stângi

Temperatura în timpul accesului e mai urcată, cifra maximă notată de Bourneville a fost de 38°,5.

Tipuri. Clinicesc vorbind deosebim trei tipuri:

1. Tipul facial
2. Tipul brachial
3. Tipul crural.

Înainte de a face descripțiunea acestor tipuri cred oportun a vă cita pe scurt două observațiuni culese în serviciul nostru, în care se întâlnește existența acestor tipuri.

OBSERVAȚIA II.

Herman G . . . de ani 38, israelit, profesia zugrav, intră în cura spitalului la 9 Ianuarie 1890.

Mama lui e mortă în urma unui cancer (?) Tatăl trăește. Pacientul a avut un copil, suferea de epilepsie apoi a murit de scarlatină.

Bolnavul neagă alcoolismul și sifilisul. A avut 10 ani dureri în gamba stângă, mai cu sémă nocturne. Tratamentul cu Iodur de potasiu i-a alinat suferința. Pe locul indicat găsim mici cicatrice de colóre alburie închisă. Oasele tibiei neregulate la suprafață.

Două săptămâni înainte de a intra în spital a avut pentru prima oră convulsiuni pe jumătatea stângă a feței, motilitatea și sensibilitatea rămân intacte.

După atac rămase cu o greutate în vorbire, cam vre-o jumătate oră.

În urmă a mai avut încă două atacuri. Starea actuală: slab, anemic, constituție debilă, greutate în vorbire, intelectul intact. Suferă de o scurgere uretrală cronică, còda epididimului drept îndurată și se simte acolo o tumore de mărimea unei alune, durerósă la pipăit. Cordonul de acéstă parte mai gros și mai sensibil.

Arterele radiale și temporale sclerosate, sgomotele cordului profunde și surde.

Pulmonii bolnavi: virful drept îndurat, sputa muco-purulentă. Șeful de clinică dr. Luca a găsit bacilul lui Koch.

Diagnosa. Tuberculosă pulmonară.

În ziua de 27 Ianuarie d. Manicatile, internul serviciului, asistă la un acces de Epilepsie parțială:

Cu un sfert de oră mai înainte, bolnavul simte o senzațiune particulară, un fel de nervositate, o durere de cap mai intensivă în tâmpla dreaptă, apoi contractiunea maseterului; maxilarul din partea stângă se contractă, convulsiuni clonice, în urmă vin și tonice în mușchii stângi ai feței, apoi sunt prinși și cei din partea dreaptă, orbicularul ochiului stâng clipesc neconținut; se observă mișcări convulsive în limbă; fața e foarte deviată la stânga. Cunoscința perfectă, el voesce să-și exprime suferința; dar nu poate articula de cât nisce sunete neînțelese, un fel de bolboroselă. Atacul se termină după 5—6 minute, în urma căruia rămâne cu o stare de neliniște generală și vorbirea e tot dificilă.

El ne spune că durerea în regiunea temporală dreaptă e mult mai violentă în timpul atacului și nu dispăre cu totul. Durerea 'și are sediul cam la nivelul piciorului circumvoluțiunei a 3-a frontală.

D-lor timpul nu ne permite de a vă da toate detaliile asupra acestui cas, el însă intră în tipul dis facial.

Eată acum cari sunt în general fenomenele ce le putem observa la acest tip.

Tipul facial coprinde accidentele convulsive cari încep de la comisura buzelor, mușchii globului ocular, orbicularul pleopelor, mușchii feței, limbei și pe acei ai gâtului: bolnavul simte de o dată comisura buzelor trasă în jos și înainte. Ochiul alérgă în orbită apoi se fixează în sus și în afară, mușchiul sterno mastoidienul se contractă întorcând capul de partea opusă, gura se strămbă, ochii din ficși ce erau încep din nou a se mișca în orbite, pleopeleclipesc neîncetat. Fața devine palidă.

Nu a rari ori convulsiunile se întind la brațul drept sau cel stâng.

In schemă generală acesta se numesce tipul facial.

OBSERVAȚIA III.

Vă citez acum a treia observațiune.

D-na Vasilichi R., de ani 75, văduvă, soțul său a murit de a-

poplexie(?) a fost mult timp tratat cu mercur de unul din Medicii renumiți din Atena.

Cu multă probabilitate era atins de sifilis. Pacienta a avut cinci copii din cari trei aborturi, al patrulea móre la vârsta de 21 de ani atins de infecție sifilitică, al cincilea trăesce, e debil și fórte nervos.

Bolnava suferă de 14 ani de durere de cap, care crește la cea mai mică obosélă, ametește și ar cădea jos dacă nu s'ar odihni.

Aura Când e să soséscă accesul, cefalalgia devine intensă și se întinde mai mult în partea stângă a capului. Degetul mare de la mâna dreaptă se încovóe spre centrul pumnului, în urmă cele alte degete se alongesc, apoi se așađă unul câteunul pe degetul opus; mușchii jumătăței drepte a gâtului se contractă, înclinând capul spre epoletul drept, plopele se închid, bolnava are fața palidă, simte că accesul vine și 'și caută un loc pentru a se rezema.

Accesul. Fața decolorată fisionomia abătută, ochii se deschid sunt strălucitori și fixi, pare că ar privi ceva în depártare; pleopele încep a clipi animate de mișcări convulsive. Degetele mânei intră în convulsioni tonice apoi clonice, brațul drept se contractă în extensiune și pronațiune, pumnul se întórce în ast-fel de pozițiune că forméză cu brațul un unghiú drept. Convulsioniile se întind la mușchii feței,—orbicularul buzelor se mișcă mai mult la comisurá dreaptă, maxilarele energic contractate, cea ce împedică bolnava de a vorbi. Contractiunile mușchilor gâtului devin fórte întense, rotind capul de la stânga spre dreapta, bárbia se apropie de sternum; când ea cade jos dacă nu e cine-va să o susție. Obs. de dr. Luca șef de clinică.

După 3—4 minute accesul trece și rémâne cu o extremă obosélă.

Domnilor, această observațiune coprinde în sine descrițiunea aprópe complectă a tipului zis *brachial*, vė adaug numai că în acest tip pot supraveni și convulsioniile membrului inferior.

Tipul crural este cel mai rar, pacientul nu perde nici o dată cunoscința, convulsioniile succed imediat aurei, membrul întreg saú un segment de membru e prins de convulsioni, cari se pot opri la cópsă saú că se întind și la braț.

Anatomia patologică. Epilepsia Jacksonienă în majoritatea casurilor este produsă de lesiuni ce pot determina escitațiuni saú iritațiuni a unei porțiuni mai mult saú mai puțin întinsă a substanței corticale a cerebrului — Lesiunile corticale cari sunt în raport cu turburările de mo-

tilitate a membrilor sunt limitate în lungul scisurii lui Rolando, în regiunea «Psyho-motrice (Charcot et Pitres).

Natura acestor leziuni e diferită, Rolland în 112 necropsii a găsit asupra meningelor și scórței cerebrului tumori ca: gliome, sarcome nevroglice sau angiolitice, carcinome, mixome, gome, etc.

Vă voi cita textual tabelul lui Rolland.

Tumori diverse a scórței cerebrale	41
Idem a invelitorilor cerebrului	7
Ramolimente inflamátore	21
Meningite acute sau cronice	14
Traumatisme	8
Abscese superficiale sau profunde	9
Hemoragii corticale	7
Atrofie cerebrală	5
Total	112

Aceste leziuni le putem divide în :

- a) Leziuni iritative și
- b) Leziuni destructive.

Cele d'ântăiü (a) produc convulsiunile cari sunt rezultatul fenomenilor de iritațiune, ele au o evoluțiune activă și progresivă. Cele de al douilea (b) produc paralisiile.

În adevăr paralizia este rezultatul întreruperii directe a funcțiunilor organelor necesare la produțiunea mișcărilor. Dacă organul este intact ; funcțiunile se îndeplinesc regulat, dacă el este distrus funcțiunile se suprimă.

Mă esplic. Unele leziuni lasă neatinse fibrele subjacente ale celulelor atacate, alte leziuni distrug comunicațiunea între celulele scórței și părțile periferice, în aceste împrejurări supravine paralizia. Cestiune importantă d-lor, în cea ce se referă la prognostic, căci accidentele paralitice prevestesc semne rele.

Din punctul de vedere anatomic se póte dice că: Epilepsia Jacksoniană este rezultatul alterațiunilor scórței cerebrului, limitate la circumvoluțiuni.

Leziunile cari provoc convulsiuni au un sediü mai puțin fix, ca acela ce produc paralisiile.

Leziunile centrului oval pot produce turburări analóge ca acele ce se observă în leziunile scórței cerebrului (Pitres). Atrofia cerebrală

dă nascere Epilepsiei prin sclerosă lobară, care se acompaniază de degenerațiune secundară, având origină corticală și se scoboră traversând pedunculul, protuberanța, bulbul și cordónele laterale ale măduvei (Sclerosă descendentă; Cotard. Richardière).

Vom adăuga că lesiunile la Epilepsia Jacsionienă se produc în domeniul arterei silviene, rar la baza crebrului.

Cu această ocaziune vă voi reaminti câte-va localizațiuni :

Fața. Sediul la extremitatea inferioară a scórței celor două circumvoluțiuni ascendente și mai special *frontala ascendente*.

Membrul superior. Partea mijlocie a circumvoluției *frontale ascendente*.

Membrul inferior. În extremitatea superioară a circumvoluțiunilor ascendente și lobul paracentral.

Muschii limbei. În extremitatea inferioară a frontalei ascendente, în vecinătatea piciorului circumvoluției a treia frontală.

Afasia motrice pură. În piciorul frontalei a treia stângi.

Fisiologia patologică. În această privință e puțin de zis, ne referim la teoria lui Jackson care compară celula cerebrală cu o mică butelie de Leyda, ce se descarcă sub formă de convulsii când tensiunea e mare.

Paralizia poate fi considerată (când este trecătoare) ca rezultatul unei slăbirii a aparatului conductor. Ipotesa lui Jackson e frunsoasă și nu i se poate aduce nici un reproș ne-având fapte contradictorii, ast-fel până la proba contrarie o vom primi.

Diagnostic. Se deosebesce Epilepsia Jacksonienă de *Epilepsia esențială* (vulgară.)

a) Ea este parțială și dacă e generală e mai forte în o jumătate a corpului.

b) Cunoscința se pierde rare ori sau se pierde după convulsii.

c) Nu există căldură după acces sau prea puțină.

b) Nu există strigătul inițial, puțină sau de loc comă și stupore după acces.

Histeria. Diagnosticul e dificil în Histero-epilepsie și poate înșela pe cei mai experimentați medici (Ballet et Crépin) luând accesese de *Histerie* drept Epilepsie Jacksonienă.

În cazul întâi accesesele sunt foarte numeroase, temperatura lipsește cu totul, compresiunea pe ovare, ineficacitatea bromurului de potasiu, sunt câte-va puncte de distincțiune.

Trebuie încă să diagnosticăm locul leziunii. Studiul localizațiilor ne dă acest mijloc; mai greu de diagnosticat e natura leziunii.

La bolnavii atinși de sifilis tratamentul specific ne va pune pe cale. La cei tuberculoși, ne vom gândi la meningită tuberculoasă sau tubercule cerebrale. La cei atinși de leziuni ale cordului său a arterelor, vom presupune un ramolism sau hemoragie cerebrală, etc.

Prognosticul în genere e grav mai ales când accesele sunt intensive

Tratamentul. E medical și chirurgical. Medical consistă în aplicarea unei legături de-asupra locului de unde începe aura și viscătorii puse tot în acel loc. Acest tratament e foarte vechiu, întrebuințat de Galien, Alexandru de Tralles, Henricus ab Heer, Boerhaave; în timpurile actuale Brown Sequard, Pitres etc.

Polibromurul (amonium, sodium, potasium) întrebuințat în dosă crescândă (Charcot).

Curenți continui, hidro-terapie, setone etc.

Când acest tratament rămâne fără rezultat, atunci intervine cel chirurgical, întrebuințat cu mare entuziasm de Horsley.

Chirurgii având astăzi mijloace sigure de antisepsie pot mânui cu ușurință trepanul cunoscând locul leziunii.

INFLUENȚA UNOR MALADII A CORDULUI ASUPRA DESVOLTĂREI TUBERCULOSEI

De mult m'am ocupat de această chestiune și am adunat observații pentru a putea studia influența maladiilor cordului asupra dezvoltării tuberculoșei. În susținerea acestor teze, mă voi servi atât de observațiile mele personale pe care vi le voi descrie, cât și de cercetările autorilor competenți în această materie.

În adevăr, afecțiunile cordului au asupra circulației pulmonare o influență, care variază după cum leziunile sunt în cordul stâng sau cel drept; afară de acesta există o solidaritate între cei doi ventriculi.

Presupunem un cord în suferință, fenomenele se vor resfringe asupra pulmonilor producând ceea ce se numește «hiperemie sau congestiuni pulmonare» care pot fi: a) active, b) pasive.

Pentru a fi mai expliciti să luăm un exemplu: Cordul stâng e bolnav, el se sforțază pentru a învinge un obstacol, adică se contractă cu energie; această energie tinzând a se slăbi, atunci cordul drept vine în ajutor, care la rândul său se contractă cu destulă forță pentru a face echilibru obstacolului; iar ca rezultat, avem o cantitate de sânge mai mare în rețeaua vaselor pulmonare și deci o «congestiune activă».

Aceste hiperemii întrețin hemoptisiile și hemoragiile pulmonare admitem deci congestiunile active; dar ca ceva rar.

Congestiunile pasive din contra sunt mult mai frecvente și sunt datorite unui obstacol ce se află în drumul sângelui, când el voește a străbate auriculul și ventriculul stâng.

În asemenea împrejurări se produce în venele pulmonare o tensiune puternică; mai mult, hemoragiile pulmonare pot să se arate la începutul bôlei, atunci când leziunile cordului nu pot fi bine cunoscute.

Trombozele și emboliile pulmonare pot, după cum a arătat d. Ramvier, produce hemoptisii. Leziunile arteriei pulmonare datorite, strămtorării orificiilor aduc turburări în circulațiunea pulmonilor și cari pot merge până la ftisie.

Eată câte-va fapte: Willing citază un cas de retrisiment al orificiului arterei pulmonare. Această strîmtorare se găsea asupra ramurei pulmonului drept. Artera era redusă la un diametru de două mili-metri, în vreme ce la origina sa măsura 16 milimetri. Bolnavul în etate de 49 ani, muri de ftisie tuberculósă a pulmonilor, laringelui și intestinelor. Karl Bettelheim a observat un retrisiment a arteriei pulmonare la o tînără maghiară în etate de 22 ani și care sucombă de ftisie cu tuberculoza ambilor pulmonî.

Aceste observațiuni se referă la strîmtorarea trunchiului și a ramificațiunilor arteriei pulmonare.

Retrisimentul orificiului sigmoidal al arteriei pulmonare poate avea ca consecința tuberculoza pulmonară. Înainte de a vă cita casuri voiü profita de ocașiunea bine venită, spre a vă spune câte-va cuvinte asupra acestui retrisiment.

Se scie că leziunile cordului sunt în raport cu etatea subiecților; ast-fel în viața intra-uterină, leziunile cordului drept predomină; din contra la adolescenți și adulți cordul stâng suferă mai mult.

Mai târziu, la bătrânețe vin dilatațiunile aortei și ale cordului drept cari sunt în strînse legături cu circulațiunea pulmonară.

Strîmtorarea orificiului sigmoidal în urma endocarditei sclerose nu s'a găsit de cât la cadavru și nici o descrițiune nu a fost făcută în timpul vieței. «Am avut ocasiunea ȃice C. Paul în 1869, de a diagnostica un cas remarcabil a acestei afecțiunii, negăsind scris aporpe nimic în literatura medicală în această privință.

Mai târziu când C. Paul a înlocuit pe profesorul Bouilland la catedra de clinică de la spitalul Charité (1869—70) observă primul fapt de retrisiment al arterei pulmonare, descriind și stabilind cu multă stricteță simptomele acestei leziuni; iar necropsia acestui cas confirmă diagnosticul pus în viață.. Vă citez pe scurt această primă observațiune, căci din fericire ea se referă la subiectul nostru.

«Obs. LXIX. *Retrisimentul orificiului sigmoid al arteriei pulmonare. Hipertrofia ventriculului drept. Orificiul lui Botal închis. Pneumonie caseoasă consecutivă.*

Ab... (Henri), 36 ani, intră în spital la 16 Iulie 1869.

Acest om e bine conformat, cu o sănătate satisfăcătoare. Cu ȃcece ani înainte a fost atins de reumatism articular timp de 3 luni. N'a mai avut nici un atac. N'are antecedente hereditare pulmonare. De doi ani tușesce, de trei luni în urmă are febră și sudori nocturne. Prin percuție și auscultație se constată semnele tuberculoșei, mai întinse la vârful pulmonului drept. Cordul pare mărit de volum în sensul transversal. Auscultația dă fenomene remarcabile: se aude un suflu în totă regiunea cordului care acopere primul timp, el este dur și are maximul în al 2-lea spațiu intercostal stâng în depărtare de 2—4 c. m. la stânga sternului, suflul se prelungește spre clavicula stângă și puțin în afară, (traectul arterei pulmonare). Prea puțin se aude în lungul carotidelor și dispare cu totul la nivelul aortei ascendente.

Al 2-lea sgomot aprópe acoperit de cel întâi, se aude la basa sternului.

Pulsul slab și regulat. Nu există hidropisie, puțin edem la maelele care dispare prin repaus

La autopsie diagnosticul fu verificat, adică :

Retrisimentul arteriei pulmonare cu hipertrofia cordului drept și consecutiv tuberculosă pulmonară.

De la 1869 încôce se dădură la lumină numeroase scrieri asupra acestui subiect. Voillez diagnostică două casuri. Landouzy și Daguët face o comunicațiune Societăței medicale în 1878 (1). Vimont a adunat 52 casuri. Vom cita asemenea numelelui Taruffi (2), Stanhope (3), etc.

C. Paul publică o altă observație de retrisiment al arteriei pulmonare cu tuberculosă consecutivă. (Bolnavul a fost prezentat Societăței medicale a spitalelor 1879). Această observațiune (4) este descrisă cu o minuțiositate remarcabilă.

Simptomele sunt așa de clar expuse că ne dă tabloul cel mai complet ce-l pôte înfățișa această leziune.

R. Moutard-Martin face o comunicațiune Societăței medicale, unde a constatat la o tînără de 20 ani o strămtorare a orificiului arteriei pulmonare și consecutiv tuberculosă pulmonară (5).

Aș putea să vă enumer multe fapte pentru a vă arăta pînă la evidență, influența unor maladii a cordului (aci în particular orificiul arteriei pulmonare) asupra tuberculosei pulmonare, cred însă, că observațiunile nôstre vor aduce destulă lumină confirmând cele ce vă expun

Și fiind-că vorbim de leziunea orificiul arteriei pulmonare, ne simțim împinși de a cunoasce o altă serie de fapte, adică : Diagnosticul aceștei strămtorări în timpul vieței, chestiune practică, căci la necropsie ușor o putem descoperi.

Cari sunt simptomele în timpul vieței pentru a putea stabili diagnosticul retrisimentului orificiului arteriei pulmonare?

Când vă vorbesc de orificiul arteriei pulmonare de sigur vă gândeți la focarul de auscultație a acestui orificiū, el se află în al

(1) Thèse de Paris 1882.

(2) Cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire (Bulletino delle scienze mediche, avril 1875).

(3) Case of Cyanosis with extreme contraction of the orifice of the pulmonary artery (Med. Times 1876).

(4) C. Paul, obs. LXXII, pag. 417.

(5) M. Martin, obs. LXXII, loc. cit

2-lea spațiu intercostal stâng foarte aprópc de sternum și deci atențiunea noastră acolo va fi atrasă.

Tot acum veți vedea ce mare importanță are cunoștința limitelor anatomice și patologice a cordului, fapt care adesea vi-l reamintesc.

Cordul e mărit în sensul transversal, ast-fel linia ce merge de la vârful organului spre mamilonul drept e aprópc orizontală în loc de a fi oblică, cu alte cuvinte marginea inferiőră a cordului devine orizontală, apasând ficatul. Faptul se esplică prin ipertrofia considerabilă a ventriculului drept care, în unele împrejurări, egalează ventriculul stâng.

Prin palpație se simte un fremisment cu maximul de intensitate la focarul arteriei pulmonare.

Ascultând regiunea precordială, auđim *un suflu care acoperă suprafața cordului și se întinde spre al 2-lea spațiu intercostal stâng 4—5 c. m. în afară de sternum, unde are cea mai mare intensitate.* Când suflul e slab, atunci îl auđim lângă sternum și se prelungește în afară de el, tot la distanța de 4—5 c. m.

Acest suflu nu se propagă în primul spațiu intercostal; cu tóte acestea dacă vârful pulmonului e îndurat suflul îl auđim și în acest spațiu, din cauză că pulmonul devine un bun conducător de sunete.

Suflul este sistolic (1-ul t.) acoperă primul sgomot și pausa mică, ear «timbrul său e rud și superficial» (C. Paul).

Nu a rare ori în casurile de a nemie auđiți un sgomot de suflu la orificiul și pe traectul arteriei pulmonare. Vă indic un mijloc ușor pentru a-l cunoșce: culcați bolnavul întins în pat; în acéstă poziție suflul e manifest; daca îl rădicați în sus, suflul scade în intensitate și chiar dispore; saũ oprind respirația, sgomotul de suflu se aude la început și apoi dispore încetul cu încetul. Mergând cu experiența înainte, ordonați pacientului de a face o expirație forte când de o dată i-se astupă narinele atunci suflul încetază, în urmă spuneți să respire și sgomotul reapore.

Când cordul drept e prea hipertrofiat, atunci suflul nu dispore cu totul.

Mecanismul acestui sgomot se reduce la două cuvinte: când pacientul este în poziție stândă, sângele prin greutatea lui trece mai ușor prin pulmonii; ear când cordul drept e prea ipertrofiat, el des-

voltă destulă energie, pentru a împinge unda de sânge. Eată de ce în această împrejurare suflul nu dispare când oprim respirația bolnavului.

Vă atrag acum atențiunea asupra simptomelor funcționale care ca și cele fizice au importanță în punerea diagnosticului.

Bolnavii ce suferă de retrisimentul orificiului arteriei pulmonare *nu sunt atinși de Cianosă*. Contrar de cea ce se vede în bólele congenitale când peretele vertical a cordului e perforat. Ficatul de ordinar nu e congestionat, nu se observă ascită nici edema gambelor.

Pulsul și ritmul cordului sunt regulate, rar observăm dispneă.

Vom adăuga tendența la hemoragii și mai ales la hemoptisii cari sunt premergătoare unei tuberculose consecutive.

O particularitate însemnată și care trebuie să vă rămâe în minte e: *Retrisimentul arteriei pulmonare are ca consecință flisia care nu vine cu iuțelă; dar nici nu e departe*.

Willingk arată că dacă numai o ramură a arteriei pulmonare e strîmtorată, tuberculosa supra-vine la ambii pulmoni.

Acum după ce v'am expus pe scurt simptomatologia strîmtorării orificiului arteriei pulmonare, acum ȃic, vom înțelege mai bine câtă importanță vor avea observațiunile noastre, căci vă arăt și piesele justificative pe cari de sigur vedându-le o dată, vor rămânea neșterse din memoria d-vóstră.

OBSERVAȚIA 1.

Neaga G..., de 28 ani, casătorită, profesie muncitoare, intră în serviciul nostru la 14 Martie, 1888.

Din anamnesă aflăm: Părinții sănătoși, au murit în vîrstă înaintată, nu găsim antecedente hereditare de maladii infecțioase, nici afecțiunil pulmonare. Bolnava se exprimă: «Tóte neamurile mele sunt sănătóse, tata și mama n'au tușit vre-o-dată, numai eū sufer de tuse de la vêrsta de 22 ani, pînă aci fusesem tare și voinică.»

În copilărie a avut variolă. La etatea de 14 ani are un *atac reumatismal, o dureaū tóte articulațiile*. După o lună se făcu bine, dar rămase cu un fel de palpitație, cu o durere în regiunea precordială. La 15 ani vin menstruele. La 20 ani se căsătorește, are un abort. De aci înainte bolnava începe a simți că nu se află

bine; din când în când are o greutate mai mare în piept, respirația mai grea, câte odată tușește, alte ori expectorează o spută amestecată cu puțin sânge. La 22 ani nasce un al doilea copil, el trăește, iar ea rămâne cu leucoreă. Din acest timp suferințele se agravează, tusa și sputele sanguinolente devin mai abondente, când supra-vine un *atac de reumatism*, de astă dată sunt prinse articulațiile cotului și genunchiului, cea-ce o face să intre în cura spitalului.

În prezent constatăm: matitate la ambele vîrfuri ale pulmonilor, lipsă completă de elasticitate în fosele supra și sub spinose, mai mult la dreapta. Raluri umede sub crepitate, cracmente sub axila dréptă, vocea se transmite prin peretele toracic, expirația prelungită, etc. Sputele analizate conțin numeroși bacili. Diagnosticul decî fu confirmat.

Examenul cordului ne atrase atențiunea gîndindu-ne la cele *două atacuri de reumatism*.

Vîrful cordului bate în al 6-lea spațiu intercostal stîng, pe tótă suprafața precordială se observă retracțiunii în inspirație, mai manifestespre bază și vîrf. Se simt sub palmă vibrațiunii, a căror intensitate pare a se localisa spre a 3-a cóstă stîngă, din când în când se vîd pulsațiunii ondulatoré. Supra-fața cordului întinsă, nu putem bine precisa limitele matității.

Ascultînd, auzim o frecătură superficială cu maximul la vîrful cordului, de aci dispare încet, încet, spre mijlocul sternului, când din nou reapare și merge crescînd, devine puternic la al 2-lea și 1-iul spațiu intercostal stîng. În acelaș timp auzim un sgomot de suflu în timpul sistolei ventriculare (1-iul t.), acopere primul timp, are maximul la stînga în afara sternului 4—5 c. m. se prelungesce de la al 2-lea la 1-iul spațiu intercostal de aceiași parte și se întinde sub clavicula și axila stîngă.

Acest suflu devine evident când bolnava stă culcată și respiră rar; din contra se micșorează în intensitate în poziția stîndă.

Tot la basă și la focarul orificiului aortic auzim un ușor suflu în timpul al 2-lea.

Ritmul cordului încet dar regulat. Nimic anormal la cele-l-alte orificii. Fața puțin colorată, nu observăm ascită și edem a gambelor. Ficatul puțin mărit de volum. Urina nu conține albumină.

Acestea sunt pe scurt simptomele ce ne presinta bolnava, când

noi am diagnosticat : Aderențe peri-cardice întinse, *retricisment al orificiului arteriei pulmonare, insuficiența probabilă a valvulelor aortei și tuberculoasă pulmonară.*

După trei săptămâni bolnava móre.

La autopsie găsim ambii pulmonii atinși de tuberculi ramoliți, la ambele vîrfuri caverne. Cordul mărit de volum în sensul transversal. Pereții ventriculului drept îngroșați, măsórá 16 milimetri, valvulele sánátóse, orificiul strîmtorat în mod mecanic, fórté puțin strîmtorată aorta mái sus de origină. Orificiul lui Botal închis.

Valvulele, mitrală și tricuspídă normale.

Pericardul presintă aderențe pe tótă suprafața cordului, stranguléză aorta ascendentă și origina arteriei pulmonare. Orificiul acestei arterii e redus la jumétate din lumenul sėu.

Acéstă observațiune are o importanță reală, atât din simptomele ce bolnava presenta în viață, cât și din leziunile ce le presintă cordul.

Eú cred că acest cas se aseménă cu acele descrise de Villingk, Tomasi Crudeli, Vimont etc.

Din cele ce preced conchidem : bolnava nu presintă antecedente hereditare, a fost atinsă în două ránduri de reumatism poliarticular, a suferit de pericardită cu aderențe, aceste aderențe au fost mái puternice la basa cordului, ele au strangulat la origină artera pulmonară producënd o strâmploare a orificiului ei (puțin aorta); iar cu consecința hemoptisii cu tuberculoasă pulmonară.

OBSERVAȚIA 2.

Bolnavul Radu N. . . . , de ani 35, profesie cárciumar, intră în serviciul nostru la 16 Ianuarie 1879.

Din cercetările făcute asupra antecedentilor, nu găsim maladii pulmonare, cel puțin acésta e afirmațiunea lui. Párinții au murit de adânci bătránețe. În copilárie s'a bucurat de o perfectă sánátate Meseria sa de cárciumar l'a îndemnat la bėturi alcoolice, nefácënd abusuri? N'a suferit de maladii veneriene nici de infecție sifilitică.

La vârsta de 33 ani vede că i se umflă abdomenul, cea ce nu l'a împedcat de la ocupațiunile sėle.

Nu a tușit nici o dată.

La 20 Ianuarie 1878, un an înainte de la venirea sa în spital, fără nici o cauză, a avut o hemoptisie considerabilă, care a trecut încetul cu încetul. Șase luni după acesta are o a doua hemoptisie mai puțin abundentă.

În vara aceluiași an începe să tușască.

La început, sforțările de tușă erau ușoare, mai pe urmă, apărea o durere în spate de câte-orî avea chinte, cea ce 'l silește a intra în cura spitalului.

Starea lui actuală satisfăcătoare, musculatura dezvoltată, atitudinea vie.

Atenția noastră este atrasă asupra organelor toracice. La partea stângă posterioară în fosele supra și sub spinose constatăm matitate, mai puțin în cea dreaptă. Elasticitatea scădută.

Raluri umede de întorcere se aud la partea posterioară în totă întinderea pulmonului stâng, asemenea și la vârful drept. Toracele la partea anterioară stângă umflat, din care cauză partea dreaptă pare ștersă.

Un fapt important ne dă percuția; matitatea se întinde de sub clavicula stângă, pină la a 3-a costă, de aci se coboră pe marginea stângă a sternului până la 6-sea costă. Acolo unde începe matitatea nu auzim nici respirația, nici murmurul vesicular.

Un ușor fremisment simțim sub degete, a cărui maxim se prelungește spre claviculă și în afară de stânga sternului. Cordul mărit în sensul transversal. Vârful lui pare a fi în dreptul cōstei 6—7, fără a-î putea preciza locul, din cauza bătăilor sēle profunde dar regulate. Auzim la basă un suflu în timpul i-iū care se întinde de la marginea sternului spre stânga, cam la 6 c.m., în afară unde are maximul; iar de aci se prelungește în sus, la clavicula de aceeași parte. Nimic anormal la celelalte orificii. Vocea răgușită, respirația suflantă cu fenomene de paralisia mușchilor faringelui.

Atunci am diagnosticat: *tumōre aneurismală a aortei ascendente, ratrisiment a arteriei pulmonare și concomitente o pneumonie suspectă.*

Bolnavul în aparență părea a merge mai bine, fenomenele de pneumonie au început să dispară; dar la 25 Ianuarie el ne spune că noptea a petrecut-o rău, a avut din nou quinte numeroase de tuse, durerea în spate e mai mare.

26 Ianuarie, ralurile umede apar din nou la partea posterioară stângă.

27 Ianuarie, se aud și la vârful drept. De aci înainte, starea sa se agravează.

La 5 Februarie, sputele devin abondente cu totul mumulare, se constată fontă la vârful stâng posterior. Suflul de la baza cordului devine și mai manifest.

Apare sugițul la 19 Februarie, respirație dificilă și pacientul e cu totul slăbit.

Atunci n'a mai fost dubiu de tuberculosă (1) pulmonară. La 22 Februarie pacientul sucombă.

Necropsia. Infiltrație tuberculosă a ambilor pulmonii, caverne la stânga. Cordul hipertrofiat, peretele ventriculului drept îngroșat. Aorta la crosă e dilatată; Aorta ascendentă la nivelul originei arteriei pulmonare prezintă un anevrism ce apasă această arteră reducându-i la o treime lumenul orificiului.

Acastă observațiune o putem resuma în: Retrisiment al arteriei pulmonare la originea sa, cauzat prin compresiunea anevrismului aortei: maladie de care suferea bolnavul probabil cu mult înainte de a-i veni hemoptisiile. Cu timpul această leziune l-a predispus pentru a câștiga tuberculoasa.

Vă citez cu această ocaziune numele lui Hebershon și Hanot care a observat și descris asemenea casuri.

Nu pot a trece cu vederea un al treilea bolnav care a murit în serviciul nostru, atins de aderențe peri-cardice și tuberculosă pulmonară. Eată în puține cuvinte ce am constatat:

Vasilache M.... de 19 ani, profesie cârciumar, de loc din Albania. Intră în serviciu la Martie 1888.

Sunt șapte ani de când a suferit de reumatism poliarticular, la doi ani după această avu o hemoptisie. Din acest timp starea lui s'a ameliorat. Vine în România la etatea de 10 ani, se supune la sforțări de muncă, la frig și umedélă, pentru ași câștiga o existență satisfăcătoare. La 19 ani devine singur stăpân. În acest interval a suferit de un al 2-lea atac reumatismul, apoi o a doua hemoptisie. Suferea

1) În anul 1879 nu se făcea încă cercetări microscopice asupra bacilului lui Koch.

din când în când de o apăsare în pept. Nu are antecedente în familia sa de suferințe pulmonare.

În prezent constatăm: toate simptomele unei tuberculose înaintate, esamenul sputelor con firmă diagnosticul.

Matitatea precordială întinsă, un ușor fremisment se simte sub degete; iar spre bază și vârful cordului puține retracțiuni a spațelor intercostale.

Sufiu în 1-iul timp la bază în stanga sternului, cu maximul cam la 3 c. m. în afară de el și se întinde sub clavicula de aceeași parte Nu observăm nici ceanosă, nici ascită, nici edema gambilor. Respirația dificilă din cauza cavernilor de la vârfuri.

Ficatul și splina mărite de volum.

Diagnosticul a fost. *Pericardită cu aderențe, retrisișment al orificiului arteriei pulmonare și tuberculoasă pulmonară.*

Bolnavul sucombă în ziua de 18 Martie.

Necropsia confirmă *diagnosticul pus în viață, ambii pulmoni ramoliți la vârfuri, aderențe pericardice aproape generalizate, cordul drept hipertrofiat. Un fapt important aflăm: artera pulmonară e strangulată de aderențele pericardice aproape de bifurcație, adică cam la 3 c. m. de origina sa, mergând mai departe ramura dreaptă e mult mai strimtorată ca cea stângă.*

Timpul nu ne permite de a vă face o descripțiune amănunțită, cred însă că simptomele principale ale acestei leziuni reesă din cele ce v'am expus; iar piesele anatomice ce le aveți în fața Domniilor Vostre vă vor instrui și complecta cunoscințele ce-le a 'ți căpătat asupra strâmtorării arteriei pulmonare și consecutiv a tuberculosei pulmonare.

Acastă înșirare de fapte nu e fără interes, din ele puteți trage cunoscinți practice seriose, căci: «Medicul care voesce a 'și da bine socotela de maladiile cordului și care voesce a judeca accidentele ce pot supra veni, — atențiunea sa trebuie să fie atrasă asupra circulațiunei pulmonare» (1). Circulațiunea mică face equilibru în organism. Și trebuie să aveți în vedere acest punct când veți consulta asemenea persóne.

Trouseau a stabilit relațiunea între hemoptisi și unele maladii

(1) Gendrin. Leçons sur les maladies du cœur et des grosses arthères, t. II, Paris. 1841—42,

ale cordului. În urmă elevul sėu, ađi profesorul Peter (1) confirmă prin exemple palpabile această conexitate.

De sigur așteptați să vă dați explicațiune asupra dezvoltării tuberculoșei pulmonare în urma unor maladii a cordului. Pentru mine precum și pentru mulți din autorii moderni, rėspunsul se restringe în două idei :

a) *Vorbind de bolnavii cu retrisiment pulmonar, la aceștia — hematoza este micșorată prin strimțorarea acestui orificiū și deci o oxigenațiune insuficientă, iar ca consecință o deperdițiune a organismul pînă la ftisic.*

b) *Această slăbire care vine cu încetul, predisține pe indiviđi la contagiunea bacilului lui Koch, adică la tuberculoșă pulmonară.*

Asupra acestei predispozițiunii voiū vorbi în una din lecțiunile cele mai apropiate

Vă atrag din nou atențiunea că noi nu amintim în nici unul din cazurile năstre, tuberculoșă hereditară ci tuberculoșă căștigată.

Clinicienii au descris, după cum ați vėđut, că tuberculoșă pulmonară pőte fi consecința a retrisimentului orificiului arteriei pulmonare fie el produs prin endocardită sclerōsă, fie prin pericardită strungulătoare sau prin anevrism din vecinătate ; noi bazați pe de o parte pe experimentele făcute asupra tuberculoșei, iar pe de alta asupra predispozițiunei ce capătă organismul din lipsa de oxigenare complectă pentru a contracta bacilul lui Koch *suntem de opinie și credem, că aceste alterațiunii a cordului, sunt cauze ocașionale, ele slăbesc organismul și 'l predisține la contagiunea bacilului tuberculoșei.*

În acest scop vă fac atenți să observați bolnavul de la patul No 72, sala 11, care e atins de insuficiență și retrisimentul valvulei tricuspide (cordul drept) și de tuberculoșă pulmonară.

Această observațiune luată cu multă băgare de sēmă de șeful de clinică dr. Luca, și de internul de serviciū d. Manicatide, presintă un interes de cea mai mare importanță

O singură imputare 'mă veți putea aduce : lipsa probelor anatomo-patologice. Timpul ne va da desminteșire de pro sau contra ; dar datorita mea este, să vă atrag luarea a minte și acesta în profitul instrucțiunei d-văstre.

(1) Peter. Leçons de clinique médicale t. I. ag. 780.

OBSERVAȚIA IV.

Costică G..... de ani 35, profesie sergent de noapte, intră în serviciul nostru în două rânduri, la 18 Septembrie 1889 și la 2 Februarie 1890.

Iată ce observăm în luna lui Septembrie când a intrat întâia oară în spital: constituția robustă, talia mijlocie, toracele bine conformat. Părinții au fost sănătoși, nu și aduce a-minte să fi suferit cine-va din familia sa de boale pulmonare. În copilărie nu a avut nici o maladie serioasă. Intră în armată când are puține dureri articulare, cari nu l'a împedecat de la serviciu. După liberare e numit în corpul sergenților de noapte. În timpul unei ierni friguroase simți din nou dureri în picioare, de aci înainte vin accidente cardiace: o presiune în piept, greutate în respirație mergând pînă la dispneă, fața în timpul acesta devenea lividă. Tote aceste fenomene dispar încetul cu încetul prin întrebuințarea de medicamente. În timpul unei nopți de Septembrie simți o ușoară febră care a mers crescând și cu di, tot-o-dată apare durerea în regiunea precordială, ea merge paralel în intensitate cu febra. A șeptea di, apare tuse, sufocație, apoi dureri și furnicături în membre.

Starea prezentă. Figura puțin congestionată, articulația genuchiului stâng ușor dureroasă. Din partea pulmonilor: matitate spre baza pulmonului stângin partea dorsală, la vârful pulmonului drept în fosa supra și sub spinoasă matitatea e mai pronunțată. Prin auscultație auzim raluri sub crepitante și frecături pleurale în totă întinderea pulmonului drept.

Raluri umede și câte o dată par a se auzi cracmente la vârful pulmonului drept. Expirație prelungită și suflantă. La partea anterioară fenomenele sunt mai puțin alarmante. Expectorația amestecată cu fire de sânge.

Cordul presintă volumul normal, vârful bate puțin afară de mameelon. Pe suprafață se ved onduțațiuni cu ușore retractiuni, sub pulpă se simte un fremisment cu totul superficial. Auscultația ne dă un suflu în 1-iul timp ce se aude pe totă întinderea cordului, maximul se e spre mijlocul sternului, el se micșorează spre basa acestui os, când începe a apare spre vârful cordului tot în 1-iul timp, aci sulful pare mai clar, mai profund și bine precizat; celelalte orificii normale.

La 20 Septembre se pune o vesicătore pe regiunea pericordială, după câte-va zile frecarea pericardică diminueă, iar suflul la vîrf se accentuează mai bine.

La 22 Septembre dr. Luca găsi în spute bacilul lui Koch.

Diagnosticul nostru a fost :

Pericardită cu aderenți, insuficiența valvulei mitrale, concomitent tuberculoasă, pulmonară.

23 Sept. Constatăm o roșiață a membrului inferior drept, cu dureri în regiunea venei safene interne.

2 Oct. Apare flebita safenei interne a membrului inferior stîng.

7 Noembre. Constatăm edemul piciorului drept. — 11 Nemb. edemul ambelor membre în întregime.

În acest timp suflul devine mai forte, când constatăm o pleurită cu extravasat la jumătatea inferioară a ambilor pulmonii. Urina examinată în mai multe rînduri nu conține albumină.

Încetul cu încetul fenomenele se amendéază și bolnavul ese din spila tal 19 Noembrie ameliorat.

Trei luni după această supravenii din nou, durerile de picioare, tuse și accidente de sufocație, pentru care intră a 2-a oră în serviciul nostru la 2 Februarie.

De astă-dată observăm o anasarcă generalisată, pe față, pept și membre se vede o roșiață ce dispare prin apăsare. În ambele cavități pleurale există liquid, în cea dreaptă pînă la unghiul omoplatului și cea stîngă puțin mai sus.

Examenul cordului ne dă o retracțiune la jumătatea inferioară a sternului, cea ce forméază o escavațiune, nu șcim daca e din nasceré sau dintr'o retracțiune. Cordul mai mărit în sens transvel.

La ascultație auzim un suflu pe linia sternală cu maximul la apendicele xitoid. suflu forțe aspirativ la 1-iul timp și destul de marcat în timpul 2-lea. El se prelungește spre bază și la stînga, scădënd din intensitate în aceste părți și în orî ce cas nu se aude la focarul de auscultație a orificiului arteriei pulmo nare. Decî nu pôte fi de cât un suflu de insuficiență cu strictură tricuspidiénă.

La vîrful cordului stîng un ușor suflu sistolic. Circulația veninósă anormală : găsim în adevér pulsațiunile vaselor cervicale, mai pronunțate la stînga, există puțin reflux venos ascendent.

În spute s'aũ găsit din nou bacilul tuberculosei.

Să resumăm în câte-va cuvinte această observațiune:

Un individ care s'a bucurat de perfectă sănătate, fără antecedente hereditare. Sufere sunt câțiva ani de reumatism, nu trecu mult și avu fenomene cardiace, apoi pulmonare. Vine în spital în două rânduri, când constatăm în prima dată aderențe pericardice și leziunile orificiului mitral, a doua oră fenomene din partea cordului drept cu hipertrofie și tuberculoză pulmonară concomitentă.

După părerea mea acest caz e destul de clar pentru a vedea că, leziunile cordului au precedat tuberculoza pulmonară. Cât privește modul cum ea s'a produs, eu cred că și aci a fost o lipsă de oxigenare în circulațiunea mică, din care cauză organismul a devenit mai debil și mai apt la contagiunea tuberculoasă.

Asupra predispozițiilor în ceea ce se referă la contagiunea tuberculoasă pulmonară, voi vorbi în lecțiunea viitoare

TUBERCULOZA ÎN RAPORT CU UNELE PROFESIUNI

Acest subject are o extensiune destul de mare, el poate fi tratat pe larg în igiena profesiunilor și industriilor, acolo poate cine-va să găsească o descrițiune detaliată în cea ce se referă la relațiunea ce există între unele profesii și tuberculoza pulmonară.

Pentru noi chestiunea va fi cu totul restrânsă, căci vă voi vorbi asupra unei singure profesii, a dică despre, — *tăetorii de petre* și acesta pentru resonul, că avem actualmente în serviciul nostru un bolnav atins de tuberculoză pulmonară, a căria cauza ocazională e meseria sa. Tot cu această ocaziune vom spune câte-va cuvinte relativ la experimentele făcute asupra heredității și contagiunii tuberculoase.

Sunt numeroase profesii ce predispun la tuberculoză, ast-fel putem cita: ascuțitorii de ace, cărbunarii, minerii, săpătorii din cariere de piatră, lucrătorii de materii textile, tăetori de petre etc., etc. Veți înțelege acum cât e de greu de a face într'o lecțiune de

clinică o expunere amănunțită a acestor profesiuni; nu mă îndoiesc însă, ca d-văstre nu veți putea trage profit din această prelegere pentru cuvântul că în cazul nostru se arată pînă la evidența cum pacientul a devenit tuberculos, grație meșteșugului său.

Maladiile cari ating în particular sfărămătorii de pîtră, tăietorii de marmoră, sculptorii etc., pot fi de două feluri: Unele cari depind și sunt în legătură cu munca profesională, și altele în raport cu intemperii atmosferice. Tăietorii și sfărămătorii de pîtră sunt siliți a păstra o pozițiune obositore: curbază trunchiul înainte, membrele inferioare rămân imobile și numai extremitățile superioare activează, rădicând și scoborând ciocanul cu care se servesc. În alte împrejurări acești meseriași se așază jos, jumătatea corpului rămâne aproape nemișcată, toracele e dus înainte și în jos, rămîind imobilizat și numai mușchii brațelor și antibrațelor intră în activitate.

Aceste pozițiuni vicioase de curbătură și deviere a trunchiului, aduc jenă în respirație, provocând congestiuni pulmonare care predispun pe de o parte la afecțiuni mai grave, la tuberculosă; iar pe de alta la bóle de cord.

Nu vom vorbi de durerile ce le pot avea în articulațiile scapulo-humerale, nici de calositățile epidermice ale genunchilor, care adesea se inflamază și devin foarte dureroase, precum și de leziunile ochilor și pleópelor, produse prin pulberi și sfărămături de silex, cari adesea sunt asvârlite cu forță, de instrumentul tăietor sau sfărămător; căci aceste leziuni se observă și la alte profesiuni.

Maladiile cele mai frecvente și cari se refer la subjectul nostru sunt inflamațiunile cronice ale bronhiilor și pulmonilor.

Istoric. Observatori consciincioși s'aũ ocupat și aũ studiat afecțiunile la cari dă nascere această profesiune; fără îndoială pe acele timpuri nu aveau în vedere nici predispozițiunea, nici contagiunea bacilului lui Koch, credeau numai, că meseria în sine provóacă d'a dreptul tuberculoasa.

Ast-fel la 1727 (1) Wepfer observă, că lucrătorii de peatră greșie din Waldshut (Elveția) mai toți mor de ftisie pulmonară.

Allison (2) din Edimburg se exprimă: «Rar lucrătorii său tăie-

(1) Observations méd. prat. des affect. etc. Observ. CIV, Scaphusii 1827.

(2) Edimburgh médico-chirurgical transactions Vol. II.

torii de petre din împrejurările acestui oraș, ajung etatea de cincideci ani și aprópe toți mor de consumptiune» adică de ftisie pulmonară.

În 1775 Leblanc ⁽¹⁾ descrie bóla de Sait-Roch după numele carierei, o maladie pulmonară gravă de care muriau mai toți lucrătorii, având hemoptisii, spute abondente și cari fineau printr'o slăbire pînă la sleirea forțelor.

Vom aminti asemenea numele lui Peacock ⁽²⁾ (1860), Beltz ⁽³⁾ din Strasburg (1862), Eulemberg, ⁽⁴⁾ (1868), Fetlz ⁽⁵⁾ (1865) și alții mai contimpurani cari s'au ocupat de acéstă cestiune.

Daca am făcut acest scurt istoric, cauza a fost ca să reiasă și mai bine importanța casului nostru și să vedeți cât de mare ajutor practic vė aduce, când veți fi în fața unui ast-fel de bolnav, avėnd în minte meseria lui.

Reviu asupra casului nostru. Pacientul Costea Nicola, de ani 51, profesie sfărămător și tăietor de petre, născut în Macedonia, necăsătorit, vine în România la virstă de 17 ani cu «scop de a face parale» acestea sunt propriile séle cuvinte.

Are aci rude cari s'au îmbogățit, timpurile fiind mai bune atunci. Părinții și tóte némurile sunt să nătóse și nimenea n'a murit din «ai mei de oftică.»

Gustul de a stringe avere 'l făcu să întreprindă numeróse ocupațiuni căci dicea dēnsul comerțul face pe om din nimic bogat. Sórta însă nu'í suríse, cu tótă perseverența lui, începėnd cu meseria cea mai puțin costisitoare, — de la vîndător ambulant pe strade, pănă la negociantul cu prăvălie. Cu tóte acestea circumstanțele și norocul nu 'l favorisă. Atuncea întreprinde meseria de sfărămător de petre la pavage și mai în urmă se perfecționează, când deveni tăietor de

(1) Mem. sur la form. et le durcissement du grès, avec la description de la maladie singulière qui atteint les ouvriers qui piquent ou taillent cette sorte de pierre (Précis d'opér. chirurg., t. I. Paris, 1775 in 8°.)

(2) Phtisie des tailleurs de pierres meulières françaises, extr. par Beaugrand in Ann. d'hyg. publ. 1860.

(3) Recherches sur les causes de la mortalité des tailleurs de pierres et sur les moyens de les prévenir.

(4) Observ. statistiques et prophylactiques sur les ouvriers exposés aux poussières siliceuses (Anal. d'hyg. publ. 1893.)

(5) Maladies des tailleurs de pierres etc... (Gaz. Médic. de Strasbourg 1865).

marmore și granit. Din acest timp starea lui fizică și morală decade, nu p \acute{o} te s \acute{a} și agonisesc \acute{a} de c \acute{a} t existența; lupta cu neaverea și munca corporală devin din ce în ce mai puternice, 'l slăbește și cu atat mai mult îl deterior \acute{e} z \acute{a} cu c \acute{a} t vede rudele s \acute{e} le în stare înflorir \acute{o} re.

La etatea de 40 ani, începu s \acute{a} tușasc \acute{a} și continu \acute{a} a avea quinte din ce în ce mai numeroase; tratamentele empirice întrebuintate 'i aduceau ore-car \acute{i} amelior \acute{a} ri.

Locuesce mult timp cu camarad \acute{i} de lucru într'o cameră mică, lipsit \acute{a} de lumină și r \acute{e} u aerat \acute{a} . «*Unul din ei suferea de piept, t \acute{o} lt \acute{a} n \acute{o} ptea și t \acute{o} lt \acute{a} d \acute{i} ua tuș \acute{a} .*» Acest nenorocit a și murit dup \acute{a} c \acute{a} te-va luni.

B \acute{o} la f \acute{a} c \acute{e} nd progrese, silesce pe pacient de a intra în cura spitalului în dou \acute{e} r \acute{i} nduri, la Mai \acute{u} 1889 și Februar \acute{e} 1890. La aceste date s'a și examinat sputele, c \acute{a} nd șeful de clinică d-r Luca a g \acute{a} sit bacilul lui Koch, atuncea i-am pus diagnosa: *Tuberculos \acute{a} pulmonar \acute{a} profesional \acute{a} .*

Anamnesa acestui nenorocit e de mare importanță, în ea vedem și predispoziția și contagiunea tuberculoșei.

Eat \acute{a} în puține cuvinte starea lui actual \acute{a} :

Anasarcă generalisat \acute{a} . Pielea și muc \acute{o} sele anemiate, transparente. În bronche și trache \acute{a} se aude o acumulație de mucosit \acute{a} ți, în bronchele cele mici, ralur \acute{i} sub crepitante numeroase. În fosa sub clavicul \acute{a} ră dr \acute{e} pt \acute{a} , garguiment. Matitate în fosele supra și sub-spin \acute{o} se, elasticitatea cu totul sc \acute{a} đut \acute{a} Sputele numularc, în mare cantitate și fetide. Din partea cordului g \acute{a} sim o desdoire a timpului al d-lea la v \acute{i} rf și mult mai marcat spre apendicele xifoid.

Urina nu conține albumin \acute{a} .

Intr'un cuv \acute{i} nt o tubercul \acute{o} s \acute{a} pulmonar \acute{a} evident \acute{a} .

Interesul nostru nu este diagnosa acestui bolnav pe care d-v \acute{o} str \acute{a} de sigur ați pus'o de mult timp; *dar voim a studia peripețiile prin care a trecut, profesiunea lui care l'a predispus la ac \acute{e} st \acute{a} malalie și modul cum el s'a contagionat.*

Odinior \acute{a} acești str \acute{a} in \acute{i} au n \acute{a} v \acute{a} lit în ț \acute{e} ra n \acute{o} str \acute{a} și din simplii muncitori au devenit cu averi și unii din ei proprietari de domenii. Diferite generațiuni și-au p \acute{a} r \acute{a} sit locul n \acute{a} scerii și din copil \acute{a} rie auđise frum \acute{o} sa legend \acute{a} , c \acute{a} dincolo de ț \acute{e} rmii Dun \acute{a} rii se g \acute{a} sesce o ț \acute{e} r \acute{a} frum \acute{o} s \acute{a} imbelșugat \acute{a} și plin \acute{a} cu averi; iar poporul ce o locuesce e

blând, supus, și ușor cine-va pôte ajunge bine pe spatele acestor ómeni nesciutori de carte și neîntreprindători.

Netăgăduit, lucrurile ast-fel s'aũ petrecut; dar timpul schimbă tóte și lupta de existență a devenit încordată între Românul pãmântén și streinul venit cu gând de îmbogățire. Nu fac aci chestiune de naționalitate, departe de mine ideea șovinismului, vė spun aceste pentru a face sã reiasă o altă idee, adică: moralul decăduť al acestor, *Ubi bene ibi patria*, iar ca consecință slăbirea organismului, cea ce'ı predispuie la căpătarea diferiților morbı. Nu đic că nu sunt Románi tuberculoși; dar uitați-ve chiar astă-zı în serviciul nostru și veți vedea că contingentul cel mare il daũ străinii.

Ce s'a întâmplat cu bolnavul nostru?

Vine din patria lui la etatea de 17 anı; plin cu ilusii, se uită la némurile séle și 'ı privesce cu plac, gândind că va ajunge ca dênșii. Se asvirle la numeroșe ocupațiuni; cu tóte acestea fortuna nu' l ajută, întristările supravin, moralul decade, iar corpul 'ı slăbesce. Atunci începe sã învețe o meserie, piatrăria, ocupație grea și obositóre. Lipsa de mijlóce 'ı silesce sã locuiască într'o cameră cu un amic, de sigur tuberculos de la care s'a contagionat; căci după cum v'am mai spus el nu are nimic ereditar. Vom vorbi mai la vale asupra acestor doué puncte.

Inspirația pulberilor calcare și silicioșe precum și a particulelor metalice, produc iritațiuni repeđi ca și pulberile de cărbuni, inflãmând atât bronchiile cât și țesutul pulmonar și sub influența unei rele constituțiuni organice, conduc fatal la tuberculișăție. Ast-fel Peacock a observat la lucrătorii din carierele din nordul Angliei, astmul profesional complicat de degenerarea pulmonilor, complicat cu saũ fără maladii de cord.

Natura acestor pulveri contribue la absorbțiunea altor pulveri străine și câte-o-dată fórte deletere, din care causă vin turburări gastro-intestinale; versături, diareă, turburări caectice, nervóse, hidropisii generalisate (veđi obs.) etc. cari sleesc cu totul forțele indiviđilor, așa constituția lor se usază iute, după cum đice d-r Durwell de Guebwiller (Alsacia), ei lucréză un interval de 5—6 anı, după care câte un an întreg devin incapabili de a mai munci.

În acéstă stare de debilitare, ușor ne putem face ideia cu câtă înlesnire pot sã se contagioneze.

Mult timp s'a discutat asupra eredității și contagiunii tuberculosei. La început se credea ca numai cei ce posedău germenele eredității, pot ajunge tuberculoși, mai în urmă când se descoperi micro-organismul specific, bacilul lui Koch și când în urma observațiilor serioase, se constată sujeți atinși de tuberculosă fără să fi avut antecedente ereditare, atunci dîc se vădu că contagiunea are un rol foarte important.

În orî-ce cas eū cred, că ereditatea priméază contagiunea; contrar de cea ce se întîmplă la Lepră unde după părerea mea, contagiunea priméază hereditatea.

De la început v'am promis să vă vorbesc despre aceste două chestiuni, pentru acest scop vă atrag luarea aminte asupra experimentelor făcute în acest sens, și numai ast-fel veți putea judeca matur și cu siguranță atît *ereditatea cât și contagiunea tuberculosei*.

În anul 1883 Landouzy, (1) agregat și medicul spitalului Tenon, împreună cu Martin, chef de Laborator (Paris) întreprinse o serie de experimente asupra eredității tuberculosei.—Locul și timpul nepermițendu-ne a da o descripțiune mai amănunțită, vă voiū expune numai în resumat rezultatele obținute:

Prima serie; inoculațiunii cu pulmonî de fêt.

Un fragment de pulmon al unui fêt sănătos, născut dintr'o ftisică, inoculat în peritoneul unui purcel de India (cobay,) a dat în *patru luni o tuberculosă generalisată*.

Un fragment din ganglionul bronhic al acestui *prim Cobay*, inoculat la un al *doilea*, acesta mîore după *două luni de tuberculosă generalisată*.

Un fragment de pulmon de la al *doilea cobay* inoculat la al *treilea*, acesta mîore după trei săptămîni de tuberculosă generalisată.

2) *Secunda serie, inoculațiunii cu placentă și pulmonul unui fêt născut din o ftisică.*

Un fragment de placentă sănătósă (femeia fiind tuberculosă) inoculat la un cobay, dă în 40 zile o tuberculosă tot așa de generalisată ca și aceea ce se obține prin inoculația însăși a pulmonului tuberculos maternel.

(1) Faits cliniques et expérimentaux pour servir a l'histoire de l'hérédité de tuberculose. Revue de Médecine p. 1014.

Un ganglion bronhic al acestui Caboy, dă la un al doilea o tuberculosă generalisată în 61 zile.

Sângele din cordul unui făt sănătos, (născut dintr'o fisică) inoculat unui cobay, a dat acestui din urmă o tuberculosă în două luni. Un fragment de pulmon a dat aceleași rezultate.

3) *Experimente prin inoculațiune de sperm.*

La un cobay mort de tuberculosă, a căruia *testiculul era sănătos*, i se extrage cu cuțitul roșit prin foc, o bucățică centrală din testicul și se introduce în peritoneul unui cobay bătrân. Șese-deci și șapte zile după aceasta, animalul mōre spontanē și la autopsie se găsește o *magnifică tuberculisație generalisată*.

În această experiență s'ar putea acusa, că sângele și limfa a produs tuberculoza. În urmă Landouzy și Martin ajunseră la rezultate și mai positive în următorul mod: la testiculul unui cobay adult, exprimă spermul din vesiculele seminale, adaugă la acesta, apă sărată, 12 la mie și injectează două grame în peritoneul unui alt cobay; iar la autopsie se găsește o tuberculosă aproape generalisată.

În anul 1887 Ck. Firket⁽¹⁾ din Liège face din nou studii asupra heredității tuberculosei și confirmă cele duse mai sus. ⁽²⁾ Curt Jani găsi bacilul lui Koch în tubii spermatici de și aceste organe nu erau apreciabil atinse.

Aceste experimente nu aū nevoie de nici un comentariū, ele vorbesc de sine.

În ceea ce se referă la contagiunea tuberculosei, faptele sunt asemenea pozitive: *Cornil*⁽³⁾ vorbind asupra *contagiunei tuberculosei prin mucōse*, a arătat că bacilul lui Koch pōte pătrunde prin epiteliul mucōselor fără ca el să fie ulteriormente escoriat sau fisurat.

Tapeiner, Schottelius, Thaon aū determinat prin inhalațiunii de materii tuberculōse în suspensiune, leziuni tuberculōse ale pulmonilor. Esamenul histologic ne arată, zice Ranvier, că mucōsele presintă alterațiunii cari se asemēnă cu acele ce se observ la inflamațiunii cata-

(1) Étude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose. Revue de médecine p. 1. 1887.

(2) Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im gesunden Genital apparat. etc. (Virchow's Archiv t. c. III. p. 552).

(3) Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Paris, 25 et 31. Juillet 1888

rale *epiteliul fiind intact* și sub el se găsesc granulațiuni tuberculose cu celule gigante.

D. Profs. Babeș la noi, a arătat că, celule migratrice ce conțin bacili, pot penetra și transversa chiar *epiteliul pavimentos stratificat*.

Acum vă puteți închipui cât de ușor a putut să se contagioneze bolnavul nostru, la care *epiteliul bronchilor* era aproape perpetuă în stare de inflamațiune.

Am spus că acest pacient a conlocuit cu un tuberculos. Cu toate acestea unde nu poate cine-va găsi bacilul lui Koch?

Ast-fel Schottelius⁽¹⁾ l găsi în pământ la o adâncime de cinci picioare, acolo unde cu două ani și jumătate se îngropase organe animale și obținuturi culturale pozitive 80%.

Laussedat⁽²⁾ (de Royat) vorbind de contagiunea tuberculoasă, arată cum ea, era foarte rară la Cannes între locuitorii staționari și astăzi după un interval de 25 ani, tuberculoasa este foarte frecventă în populația fixă, mai ales la tineri și copii, la cari nu se găsește nimic ereditar. Laussedat ține, că sunt două cauze: a) Relele obiceiuri provocate prin contactul cu boaga și b) Diseminațiunea bacilelor aduși de ftisicii străini, ce vin aci pentru a-și căuta sănătatea. Acelaș lucru se poate ține și despre, Hyères, Pau, Amélie les-Bains, etc.

Aerul inspirat și apoi expirat de un tuberculos, posibil să nu fie nociv⁽³⁾, cu toate acestea toți suntem astăzi de acord și admitem, că sputele și pulverele rezultate din ele, sunt agenții cei mai puternici de contagiune.

Tappeiner a făcut experiență asupra 11 câni, făcându-i să respire aer plin cu pulveri provenite din spute uscate și pulverisate, după ore-care timp, toate animalele au devenit tuberculose.

Putem găsi și un alt mod de contagiune. Un lucrător ca acesta al nostru, are o bronhită cronică, apiretică; se culcă într'un pat cu un camarad tuberculos, aci găsește toate elementele de contagiune: spută, sudore, aer expirat etc., mucosa bronchilor lui fiind deja

(1) Assemblée de naturalistes et médecins Allemands: session de Heidelberg. Section d'hygiène. 1889, 18 au 23 Septembre

(2) Tuberculisation des indigènes par les étrangers dans les stations d'hiver. Association française pour l'avancement des sciences. (Ses sion d'Oran) 1888.

(3) Dr. Pierre Givre. Hygiène professionnelle. De la tuberculose chez les ouvriers en soie p. 42, 1890.

iritată prin diferite pulveri minerale, în asemenea circumstanțe oricine își poate închipui cât de ușor se va contagiona.

Nu mai vorbim de contagiunea ce se poate face prin haine, rufe așternuturi de pat, faptul fiind de mult cunoscut.

În această scurtă expunere am discutat pe cât ne-a fost posibil următoarele chestiuni:

a) *Profesiunea tăcătorilor de petre predispune, prin însuși munca lor la contagiunea tuberculoasă.*

b) *Moralul decăzut, sau mai bine întristările ce sufer acești străini în lupta lor de existență, atunci când nu pot să ajungă scopul pentru care au venit în țera noastră, adică un trai în belșug.*

c) *Experimentele fiziologice asupra eredității și rezultatele lor pozitive.*

d) *Contagiunea și experimentele afirmative în acest sens.*

În orice caz aceste cunoștințe vă vor servi atât din punctul de vedere științific, precum și ca cestiune practică, mai ales în cea ce privește mijloacele igienice ce trebuie să le aplicați când vă veți găsi în fața unor astfel de pacienți.

TABES DORSAL SPASMODIC

Această maladie poartă încă numele de: *Mielopatie spasmodică* (Vulpian), *Paralizie spinală spasmodică* (1) (Erb), numiri alese de autori, pentru a caracteriza mai bine simptomele acestui morb al măduvei spinării. Studiul anatomiei măduvei spinării în structura sa intimă, a preocupat și preocupă atât pe anomiști cât și pe fiziologiști în esplicarea diferitelor sële funcțiuni, chestiune ce nu ne interesază de o-cam-dată; însă pentru a putea pătrunde bine acest subiect, cred oportun de a vă reînoui pe scurt cunoștințele d-v. asupra structurii

(1) Ueber einen wenig bekannten spinalen Symptomencomplex (Berlin, Klin. Wochensch., 1875 p. 26.)

măduvei spinărei și numai ast-fel veți judeca leziunile anatomo-patologice ce se găsesc în această maladie.

Aruncați privirea asupra ace tuî desen și veți vedea grosso-modo, pe o secțiune transversală a măduvei dinainte îndărăt: *O comisură ce o desparte în două părți simetrice. În centru substanța cenușie, formând cea ce se numește cornoarele anterioare și posterioare. Înainte cordoncelor lui Türck, îndărăt cordoncelor lui Goll și Burdach; la partea internă a gâtului cornului posterior, se vede o grupă de celule nervoase, fibrile și necroză, care constituie colona lui Clarke sau nucleul lui Stilling; în fine canalul central. De o parte și alta a substanței cenușii, sunt cordoncele laterale; aceste cordoane cu cât le observăm mai sus spre regiunea cervicală, se divid în două porțiuni: a) o porțiune externă corticală, fasciile cerebeloase dese și a lui Flesig și care conțin fibre ce provin de la pedunculii inferiori ai cerebelului și b) o porțiune mai centrală de origine cerebrală, fasciile piramidale care urmăresc piramidele anterioare ale bulbului.*

În aceste cordoane, mai în general, s'aun găsit leziunile acestei afecțiuni, și mai în general căci în alte împrejurări leziunile s'aun întins și la cordoncele posterioare, cu toate că fenomenele clinice erau aproape aceleași.

Acastă chestiune a fost și încă este în discuțiune, căci nu în toate cazurile de Tabes spasmodic dorsal, s'aun aflat numai leziunile cordoncelor laterale.

De unde provine această greutate? V'am spus că, studiul histologic al măduvei spinărei e pe calea progresului și nu s'a dis încă ultimul cuvânt asupra structurii sële și a diferitelor conexiuni ce există între substanța albă și cea cenușie. Așa în Archivele de Neurologie de dată recentă, aflăm o importantă lucrare făcută de A. (1) Takacs asupra traectului fibrelor radiculare posterioare; vă citez câte-va rînduri, pentru a vedea și mai bine diferitele legături ale acestor părți:—«Fibrele radiculare posterioare se divid în două porțiuni: unele pătrund direct în substanța cenușie posterioară (cornul posterior), — altele înconjură cornul posterior în afară și înăuntru.

Cele d'ântâit după ce au trecut în cornoarele posterioare transverséză

(1) Du trajet des fibres radiculaires dans la moelle et de la structure de la substance blanche dans le segment postérieur de la moelle, avec alterations pathologique de cette substance, Arch. de Neur. p. 109.

substanța țisă gelatinosă și pot fi urmărite în colónele lui Clarke unde par a se termina.

Cele de al donilca se sue măi sus și apoi intră în substanța cornului. Din celulele lui Clarke plăcă asemenea doué serii de fibre. Unele se duc în profunđimea cordónelor lui Burdach în formă de aripă, pentru a deveni origina fasciilor lui Goll; altele las substanța cenușie în afară, se infundă în segmentul *posterior al cordónelor laterale*, se înflexéză îndărăt și în sus, pentrua îmbrățișa circular fascia litero-piramidală și dă fibre *cordónului latero-cerebelos.*»

Cordónele lui Goll și fasciile latero-cerebelóse sunt dccé, compuse din fibre caré eman, din fibrele radiculare posterióre, după trecerea lor prin córnele posterióre.»

Profesorul Babeș a pus sub ochii noștrii preparate în caré se arată pînă la evidență natura acestei afecțiunii, în care se vede sclerosă cordónelor laterale și puțin a celor posterióre (cord. lui Goll), și eú cred că acéstă țesătură de unire și pētrundere a substanței albe în cea cenușie, face ca în óre-caré casuré să găsim pe lângă alterațiunile cordónelor laterale și lesiuné a celor posterióre.

În 1879 profesorul Babeș (1) publică în arhivele lui Virchow, un cas de *Tabes dorsal spasmodic*, în care arată prin desene fórte frumoșe alterațiunile cordónelor laterale și posterióre, considerând lesiunile de natură vasculară.

Voiú reveni asupra anatomiei patologice; intrăm acum în expunerea clinică a acestei maladii așa cum este descrisă de Erb și Charcot și vom compara între cele țise de acești autoré și între cele ce observăm la cazul nostru, pentru a avea pe d'o parte o cunoștință cât măi deplină a acestei afecțiunii; iar pe d'alta, a vē pune în vedere fapte clinice importante, adică particularitățile ce presintă bolnavul nostru.

Istoric. Türck descrie cel întâiú lesiunile cordónelor laterale, fără să fi observat simptomele clinice. În 1875, Erb pulică un număr de observațiuni, caré i-se paru că presintă caractere simptomatice comune, dându-și părerea că are aface cu o maladie particulară a mēduvei spinăreé, cu o sclerosă a cordónelor laterale. Lipsa datelor anatomo-pa-

(1) Ueber die selbststándige combinirte Stein und Hinterstrangsclerose des Rückenmarks (Arch. Virchow p. 75.) Aci s'a publicat și observația și lesiunile anatomo-pathologice.

tologice facu pe Erb să intituleze lucrarea sa: *Un complex simptomatic puțin cunoscut*.

În 1876 Charcot reluă cercetările lui Erb și publică această afecțiune sub numele de *Tabes dorsal spasmodic*.

În 1877 Berger publică în arhivele lui Virchow 11 observațiuni și numesce maladia, *Sclerosă laterală primitivă a măduvei*. În 1879, profes. Babeș.

În 1881 Marc-Gaston Ferrand adună 22 observațiuni.

Fernand Jubineau în 1883, scrise tesa sa asupra acestui morb, considerând afecțiunea ca localizată primitiv în cordónele laterale. Vom aminti asemenea numele lui Henock, d'Espine și Picot.

În 1885 F. Raymond face un articol în Dictionarul de Enciclopedie asupra *Tabesului spasmodic* adunând toate autopsiele și cercetările microscopice făcute în acest sens. (1) Vulpian în 1886 descrie această maladie subnumele de *Mielopatie spas, modică*.

În 1887 unul din elevii Facultăței noastre dr. Mihalcea (2) scrise tesa asupra Tabesului dorsal spasmodic.

Simptomele tabesului dorsal spasmodic, a fost descrise magistral și cu multă atențiune de către Erb și Charcot. Observațiunile culese de acești autori de și nu au fost numeroase, totuși tabloul clinic a rămas mai tot același și prea rar unii bolnavi presintău și alte simptome mai complicate.

În general maladia începe prin membrele inferioare și foarte rar prin cele superioare. Pacientul simte *o greutate, obosclă, furnicături în extremitățile inferioare*, alte ori senzațiuni perverse de apă caldă sau rece ce curge numai pe unele segmente a membrilor.

În orî-ce împrejurare aceste senzațiuni sunt trecătoare și bolnavul mai nu le dă atențiune, și numai când apar *fenomene din partea motilității* atunci încep a se îngriji.

Încetul cu încetul gamba se îngreunază, picioarele devin mai grele întrebuițând ore-care forță pentru a deslipi planta după sol și i-se pare că ar avea un corp străin atârnat de ele, ceea ce 'l face să se împedice de cele mai mici rădicături, lovindu-se cu vârful picioarelor, *cu alte cuvinte bóla începe cu turburări în inervațiunea motilității*.

(1) Maladies du système nerveux (Mocle Épineière p. 81.)

(2) Tesă No. 161. Facultatea de medicină din București.

La început simte oboseală în picioare și greutate în timpul dimineții, care dispare după ce a făcut puține mișcări, dar cu timpul osteneala și greutatea în gambe începe a persista totă ziua, ast-fel bolnavul obosesece după cel mai mic marș.

Mai târziu, vin *contracțiunile involuntare în membrele inferioare*, aceste contracțiuni coprind un grup oare-care de mușchi, în care timp bolnavul simte o greutate foarte mare când merge. Causa e rederea mușchilor ce devin înțepeniți; apoi încep fenomenele *spasmodice: membrele inferioare se apropie unele de altele*, fie în pozițiunea verticală fie în decubitusul dorsal și încercând a-le depărta, ele opun rezistență și dacă continuăm mai departe tracțiunea unui membru, atunci cel-alt vine după dânsul. Acest fenomen îl observăm la bolnavul nostru. Dacă stă în poziție verticală *observăm o tremurătură spasmodică; mersul e special adică, oscilază în sens vertical, înalță și coborâ calcăile mergând pe vârful degetelor*, cea ce face ca încălțămintele să se useze la vîrf. Vă fac atenți asupra acestei oscilațiuni verticale, care se vede așa de bine la bolnavul nostru, el merge pe vârful degetelor, fără ca calcăile să atingă solul; iar corpul îl ține plecat înainte, pentru ași păstra echilibrul. «S'a constatat în oare-cari casuri, că, bolnavul este obligat pentru a-și ține echilibrul în mers, de a înclina corpul puțin îndărăt.» (Vulpian).

Mersul pe vârful degetelor și depărtarea calcăilor de pământ, sunt datorite contracțiunilor mușchilor extensori ai picioarelor pe gambe.

În acest timp bolnavul se așează în pat culcat pe spate; iar *picioarele le ține întinse și lipite sau încrucișate unul peste altul*. În această pozițiune nu a rare-ori, membrele inferioare sunt apucate de tremurături și convulsii spasmodice, de ordinar însă gambele și cõpsele sunt în nemișcare, stau țepene ca niște bucăți de fer; dar dacă le escităm sau le imprimăm oare-cari mișcări, tremurăturile vin și adesea suntacompaniate de dureri.

Se citéză casurila cari tremurăturile membrelor, sunt provocate de mișcarea aerului său din aruncarea plapomei pe corpul bolnavului. *Reflexul rotulien sau reflexele tendinoase sunt exagerate*. Puneți bolnavul pe pat, ast-fel ca gambele să nu atingă pământul; apoi loviți-l cu un ciocan sau cu marginea palmei sub rotulă și îndată veți vedea că gamba se asvîrle înainte și apoi osciléză câte-va secunde. Observați acest fenomen la pacientul nostru și de sigur nu-l veți uita nici-o-dată.

Maî rar putem obține reflexele tendinoase, percutând tendonul lui Achile, a tibialului anterior, posterior, etc.

Trepidațiunea constă în adevărate convulsiiuut coluice, un fel de mișcări succesive și alternative de flexiune și extensiune ale piciorului pe gambă. Brown Sequar o numește *trepidațiune epileptoidă* sau *epilepsie spinală*.

S'a admis două feluri de trepidațiuni: spontană și provocată. Cea d'ântâiu (spontană) se observă când bolnavul merge pe virful degetelor și când mâi ales obosese, fără îndoială că obosela e cauza acestei trepidațiuni

Trepidațiunea provocată o putem obține prin mijloce simple: culcăm pacientul pe pat, rădicăm puțin membrul în extensie și dăm cu palma mânei o lovitură bruscă pe planta piciorului, când apar aceste tremurături și cari nu încetază de cât după ce membrul e lăsat în repaos.

S'a descris încă *fenomenul piciorului* (Westphal), *côpsei*, (Jeffroy) *epoletului* (Erb), cari sunt tot un, fel de trepidațiuni a acestor părți, trepidațiuni obținute prin diferite mijloce mecanice.

Contracturile cu timpul devin din ce în ce mâi pronunțate, după gradul de contracțiune a adductorilor, ast-fel bolnavul merge foarte greu și cu piciorele încrucișate în X; iar când stă culcat membrele vin unul peste altul. În alte împrejurări contracturile coprink mușchii pereților abdominali, de unde dificultate în respirațiune sau în micțiune și defecațiune

Aceste fenomene, în micțiune și defecațiune, rar le întelniți în acest morb, bolnavul nostru are aceste turburări și pentru care presintă un interes clinic deosebit.

Unul din elevii profesorului Charcot anume Betous (1), descrie în tesa sa un asemenea cas.

Sensibilitatea generală și specială este aprópe conservată. Durerile ce vin la începutul maladiiei sunt trecătoare, nici-o-dată fulgerătoare. În mușchii contractați se observă câte-o-dată hyperstesie. Bolnavul are deplină consciință de pozițiunea și locul membrilor scele când stă culcat. Mersul cu ochii închiși e tot acelaș ca și cu ochii deschiși. În fine

(1) Dans un cas rapporté par M. Betous, M. Charcot aurait constaté, l'émission involontaire de l'urine, sous l'influence de la contracture des muscles abdominaux (Betous loc. cit. pag. 34.)

sensațiunile de furnicătură, greutate, pișcat etc., nu există în toate cazurile (Vulpian). Funcțiunile cerebrale intacte.

Micțiunea și defecațiunea în majoritatea cazurilor în e stare normală, afară de împrejurările descrise mai sus, adică când contracturile coprind mușchii abdominali.

Acestea sunt pe scurt simptomele tabesului dorsal spasmodic; descrițiunea pe larg, o puteți găsi în Charcot, Erb, Vulpian etc., Eu v'am enumerat aceste simptome, pentru ca d-văstră să înțelegeți mai bine și mai ușor observațiunea bolnavului nostru asupra căruia reviu în acest moment. Pacientul Isac Freifeld, de ani 29, profesiunea comerciant ambulant (tolbaș), naționalitate israelită, ne-căsătorit, intră în cura spitalului 28 Februarie 1889. Acastă observ. luată de d-l Manicatide, internul serviciului, se resumă în:

Anamensa. E singur la părinți, tatăl a murit în urma unui accident, curând după el și mama lui, nu știe însă cauza. Intre cei alți ascendenți și colaterali nu găsim nimic precis. Ca antecedente personale aflăm: a suferit când era mic de conjunctivită și la 1878, de tifos timp mai bine de trei luni.

Primele raporturi sexuale le a avut la etatea de 14 ani, a făcut abus o-dată saū de două ori, apoi a reintrat în obiceiurile scele normale, fără se simtă vre-o schimbare. Din ce în ce a început a merge mai rar la femei și în 1881, (acum 8 ani) a observat că de și avea dorința, plăcerea voluptoasă, de și a coabitat cu femei, n'a avut însă adevărate erecțiuni. În urmă a început a avea din când în când erecțiuni și acum are, face us chiar, dar n'are ejaculațiuni.

Sunt acum 10 luni, de când a început să *simță dimineața, că picioarele 'i slăbesc*. Négă cu totul sifilisul, reumatismul și intoxicațiunile palustre. Profesiunea lui de tolbaș (umbla cu marfă prin sate, orașe și bălciuri) îl silia adesa să dórme pe câmp și în frig. Ca alcoolism spune, că ingera mai cu sémă vinul și obicînuit cam un litru pe zi.— n'a avut însă pituită saū alte accidente alcoolice. În scurt găsim în antecedente: *expunere la variațiuni de temperatură*, un tifos saū o febră gravă la 1878 și obiceiuri alcoolice, nu însă abus.

Slăbirea în picioare a mers progresând și puțin câte puțin n'a mai putut umbla fără băț. Simția membrele grele, *un corp străin i-se părca atârnat de gambe*. O-dată aședat pe scaun se rădică cu anevoință și de multe ori trebuia ajutat, căci îl ține, în partea internă a cósnelor. Totul

a mers agravându-se și cu toate tratamentele încercate, n'a avut nici o remisiune cât de ușoară. Când umblă îi tremură picioarele și cu mare greutate la mișca din loc. *Mersul e săltător în linie verticală, calcările mai nu ating solul și greutatea corpului o duce mai mult pe vârful degetelor.*

Nu trecu mult și începu să aibă turburări în micțiune, care a consistat și consistă în trebuința de a merge să urineze și nu ese de cât puțin și cu ore-care greutate, simte cum mai rămâne urină în vesică; alte ori trebuința e imperioasă și pină să ajugă la locul destinat, urina curge pe el și apoi se opresce brusc. În acest timp avea și are turburări în defecațiune,—sufere de constipație câte 6—8 zile și numai purgativele îl ajută.

Dureri n'a avut nici-o-dată, simte însă svâcnituri în membrele inferioare.

Starea prezentă (22 Febr. 89). Bolnavul de constituție forte, sistemul osos și muscular bine dezvoltate. Pe gambe se ved nisce cicatrice provenite, în urma contuziunilor. Muschii gambei și cõpsei sunt *coprinșt de redõre*, aũ un tonus exagerat, *membrele inferioare le ține apropiate și i convine mai bine să le pue unul peste altul, adică le încrucișază.* Dacă încercăm a-i depărta picioarele, muschii adductori se opun și ambele membre inferioare vin unul după altul.

Mersul e dificil, are mișcări verticale, calcă pe vârful picioarelor și cu cât se obosese mai mult cu atât aceste mișcări devin mai accentuate pină la trepidațiune. Vom nota că în timpul umbletului *membrele iaũ o atitudine cu totul specială, se încrucișază în X.*

Reflexele rotuliene exagerate, lovind genunchele cu marginea cubitală a mânei, obținem o extensiune bruscă a gambei pe cõpsă și aceste mișcări se continuă câte-va secunde.

Atingând muschii abdominali, observăm contracțiunea lor. *Vẽ atrag atențiunea asupra accstui reflex, care ne pôte forte bine esplica turburările în micțiune.*

Dacă lovim cu degetul muschii cõpsei, omoplatului, observăm asemenea contracțiuni.

Trepidațiunea e manifestă și o putem obține prin lovituri brusci pe planta piciorului, membrul fiind rădicat și în extensiune. *Sensibilitatea generală intactă*, puțin exagerată în muschii contractați; nu putem obține vre-un fenomen, nici prin gâdilarea plantei, nici prin expunerea membrelor gõle la un curent de aer.

Tóte cele alte simțuri speciale intacte. inteligența clară și bine dezvoltată. In resumat avem simptomele descrise de Erb și Charcot în morbul numit *Tabes dorsalis spasmodic*. Vê adaug pe lângă aceste, că atât contracturile musculare, cât și trepidațiunea, sunt cu totul în afară de voința bolnavului.

Acum când cunósceți acéstă maladie, intrăm în o altă serie de discuțiuni, carí sunt tot așa de dificile ca și morbul pe care l'am descris; voesce să vê vorbesc de *diagnosticul diferențial*.

Diagnosticul tabesului dorsal spasmodic presintă dificultăți seriose și acéstă din cauză, că unii autori îl consideră ca o maladie bine definită, adică *o entitate morbidă autonomă*; alții numai ca un *sindrom clinic*, în orî-ce cas complexul de fenomene ce observăm, ne va ușura întru-cât-va aceste dificultăți. Eată maladiile cu carí se póte confunda:

Tabes dorsalis ataxic (ataxia locomotrice), de unde a plecat idea de separațiune a tabesului spasmodic. Dureri fulgerătore, incordonări în mers, umblet de lateralitate, vîrful piciorului întors în afară. Turburări gastrice, incontinența urinei, slăbirea organelor genitale, reflexele rotuliene la început exagerate și apoi dispărute, mișcări brusce, nesigure, mersul cu ochii închiși imposibil, la urmă turburări ale encefalului. Tóte aceste simptome nu se observă în tabesul spasmodic.

Sclerosă în plăci cerebro spinală se manifestă prin turburări cefalice ca: dificultate în vorbire, vedere, (diplopie, nistagmus), amețeli, turburări intelectuale, în sensibilitate, tremurături în membrele superioare, turburările corei forme, care devin în mișcările voluntare și mai manieste etc., aceste simptome ar fi de ajuns în casurile bine caracterisate; pentru diagnosticul diferențial în formele fruste când sclerosă în plăci ica forma spinală, diagnosticul e mai dificil, cu tóte acestea vom găsi órecarí puncte de diferențiere.

Degenerarea secundară a cordónelor laterale consecutivă lesiunilor cerebrale numită încă sclerosă laterală secundară. Când lesiunea co-prinde fascia piramidală în orî-ce punct al mēduvei sau în expansiunea sa cerebrală, fie în mezo-cefal saũ în cele douē terțuri anterióre a segmentului posterior a capsulei interne, ȃic orî-unde ar fi lesiunea, puțin ne importă; dar partea cordónelor care se află dedesubtul acestei lesiuni póte suferi o sclerosă descendentă. In general, hemoragiile, ramolismentele, tumorile cerebrale sunt cauza acestei sclerse descendente. Vei ști sci, că daca lesiunea provocătore și are locul în mēduvă, sclerosă va

fi directă adică, de aceeași parte, din contră când lesiunea se află deasupra gâtului bulbului rachidien adică mai sus de încrucișarea cordónelor laterale, atunci sclerosă va fi opusă. Aceste date anatomice ne conduc ușor la anamnesa bolnavului. *Cerectați ce fenomene cerebrale a prezentat pacientul la începutul bólei*, cauza fiind după cum ați vădut, o hemoragie, o tumore, celebră, etc.

Mai în urmă observăm exaltarea *reflexilor tendinoase*, contracturi trecătoare și apoi permanente, localizate mai tot-d'a-una la *membrul superior*; în urmă la cel inferior. Există *trepidația epileptoidă* etc. simptome cu totul asemănătoare cu tabesul spasmodic; cu toate acestea sclerosă e în general unilaterală. Mai mult, această sclerosă mai nici o dată nu rămâne localizată numai în cordónele laterale, ea se întinde și la celulele din córnele anteriore, căci aceste coridóne sunt în strânse legături cu aceste celule și atunci observăm atrofii musculare. Eată cum, cu órecare băgare de sémă putem diferenția tabesul spasmodic.

Sclerosă laterală amiotrofică. Mersul e repede, aci se prind în aceeași porțiune a măduvei și *córnele anteriore și cordónele laterale*, de unde simptome, ale sclerosăi acestor cordóne, acompaniate cu atrofii musculare. *Reflexele tendinoase exagerate, contracturi și trepidația epileptoidă există*; dar nu trece mult (cam după trei luni) și observăm atrofia musculară în membrele superioare, provenită din alterația córnelor anteriore. De aci înainte tabloul clinic devine mai clar: degetele se flexază în palma mânei, antebrațul pe braț, apoi supra din turburări în vorbire, masticăție, diglutiție, respirație, etc..., Repet încă o dată, mersul acestui morb e repede, bolnavul trece prin aceste fenomene în interval de două pînă la trei ani, cea ce nu observăm în tabesul spasmodic.

Mielită transversă primitivă, caracterisată printr'o sclerosă a țesutului conjunctiv în care pot fi coprinse și vasele care prin turburarea mecanică și nutritivă aduc consecutiv, antrofia substanței nervóse. Acastă mielită s'a mai numit *difusă cronică* cu toate aceste ea póte ocupa un segment bine determinat al măduvei, când iea numirea de mielită transversă. Observăm pe lângă turburările tabesului dorsal spasmodic și turburări în sensibilitate: dureri, anestesie, contracturi și atrofii musculare. Senzațiuni diverse,— de apă rece pe spate și gambes; la urmă vin turburări în vesică și rect.

Mielită prin compresiune. Când există o diformațiune a colónei ver-

tebrale, o tuberculosă ososă sau bóla lui Pott, fie în gradul cel mai mic ușor putem se ne conducem în diagnostic.

Când diformatia ar lipsi și nici am avea vre-un semn al rachitismului sau al tuberculosei, atunci diagnosticul e foarte greu, căci în ast-fel de împrejurări am putea aduce amelionări bolnavilor întrebându-i fie mijloce ortopedice, fie mijloce igienice și medicamentose.

Profiit de această ocaziune pentru a vă indica în trecăt *manifestațiunile isterice*, sub forme de coxalgii isterice atuncea în afară de antecedente, vom cerceta existența punctelor diise isterogene, (ca a ovarilor), mamelelor etc., Turburările trofice ca: erupțiunile ce se ivesc pe suprafața cutanată, palpitații, congestiuni cerebrale, atrofiei musculare. *Contracturile în isterie duréză ore-care timp și apoi dispar, nici o dată însă nu sunt permanente*, și atunci iaă diferite forme: paraplegice, hemiplegice etc, nu arare ori în isterie se prind și mușchii limbei, mesticătorii, mușchi respirației, gâtului, faringelui, seofagului ochilor, etc...

Maladia lui Fridreich e mai tot-d-a-una hereditară. Bolnavul simte membrele inferioare slăbite, mersul legănător cea ce este o amestecătură de mers tabetic și mers cerebelos. Mai târziu vine impotență complectă în motilitate. Există deviația colonei vertebrale *apoi turburări în vorbire etc...*

În cea ce se referă la tumorile *intra-craniene* cari ar putea accompania tabesul spasmodic, ne vom gândi la studiul localizațiunilor cerebrale.

Hidrocefaliile ne vor isbi prin însăși desvoltarea exagerată a capului și lipsa de osificațiune a óselor craniului.

Durata tabesului spasmodic pöte fi foarte lungă. Vulpian diice că pöte ajunge pînă la 20 ani, fără a produce mörtea individului.

Anatomia patologică pînă în present nu e bine precisată și acesta din cauză că nu în tóte necropsiile s'au găsit lesiuni identice și precis localisate. *În ori-ce cas, în majoritatea autopsiilor, lesiunile cordónelor laterale au existat, adică avem a face de ordinul cu o sclerosă primitivă a cordónelor laterale.*

Adaug, că nu tóte casurile publicate, au prezentat în viață simptomele clinice clare ale tabesului spasmodic. Ast-fel (1) F. Raymond publică în clinica Profes. Vulpian, observațiunea unei *isterice* prezentând contracturi permanente.

Schultze descrie observația și lesiunile anatomo-patologice a unui individ ce presinta în viață *slăbirca membrilor superioare și inferioare,*

rigiditate musculară, reflexele exagerate etc., La autopsie se găsi un chist în locul olivei stângi și *degenerarea cordónelor laterale, consecutivă tumorei, deci o sclerosă descendentă și nu primitivă.*

Strümpel publică (2) observațiunea unui bolnav care a prezentat tabloul clinic al tabesului sposmodic, dar notați un fapt, — *maladia a evoluat foarte repede, în cinci luni.*

La autopsie se găsi o mielită difusă, de la care se întindea în sus și în jos, o sclerosă care ocupă cordónele posterioare (sclerosă ascendentă) și cordónele laterale, (sclerosă descendentă).

Westphal descrie un cas identic cu a lui Strümpel.

Stofella a găsit sclerosă primitivă sistematică a (3) cordónelor laterale. Autopsia a fost făcută de Prof. Klob.

Jubineau dă asemenea ca tip cazul unui sculptor de 25 ani, la care s'a găsit sclerosă primitivă a cordónelor laterale. Vom aminti asemenea casurile publicate (și la cari s'a găsit sclerosă primitivă a cordónelor laterale) de dr Morgan (4), Aufrecht (5), Mincowski (6), Babeș (7), Ballet și Minor (8), Layden etc.,

Fără îndoială acest subiect, în cea ce se referă la studiul anatomiei patologice, lasă încă de dorit și o cale deschisă rămâne d-v. în această privință, pentru a elucida și mai bine chestiunea de față.

Fisiologia patologică ca și anatomia patologică e incompletă Toți experimenterii s'a referit la *fenomenul rotulien*. După Schultze și Furbringer reflexul rotulien se datorește măduvei spinăreii, adică prin lovirea acestui tendon se produce o contracțiune a tricepsului femoral; cu alte cuvinte este un act reflex al măduvei spinăreii, al căruia centru ar fi în regiunea lombară. Acastă părere ni se pare mult mai apropiată de adevăr.

Cât privește experimentele lui Burchardt, că centrul reflex ar fi

(1) Clinique médicale de la Charité de M.Vulpian. obs. par. F. Raymond. obs. CXLI.

(2) Arch. für Psychiatrie t. X. p. 679.

(3) Vien. medic. Wochensch.

(4) Casul unui filiator, de 45 ani, examenul microscopie făcut de Dreschfeld, după 4ce ore.

(5) O femeie în vîrstă de 52 ani.

(6) Casul unei fete de 19 ani, autopsie făcută de Mincowski.

(7) Bolnavul în etate de 44, ani, autopsie făcută de profesorul Babeș și publicată în Arhivele lui Virchow.

(8) La un bărbat, la care pe lângă sclerosă cordónelor laterale s'a găsit și atrofia nervilor optici.

în ganglionii rădăcinilor posterioare a nervilor lombari, este greu de admis, de ôre-ce acești ganglionii nici trămit nici primesc fibre motrice.

Ve amintesc, că exagerarea reflexilor se mai constată încă în: *sclerosa cordónelor laterale* (casul nostru), în unele *scleroze transverse*, *sclerosa în plăci desiminate*. Câte o dată și am putea dice mai adesea în morbul lui Pott, *tumori ale meningelor măduvei*, în unele *casuri de meningomielite*. În toate aceste împrejurări există o alterațiune cât de mică a cordónelor laterale; cu toate acestea sclerosa cordónelor laterale nu e indispensabilă, căci nu a rare ori vedem în histerie exagerarea reflexilor rotulieni. Locul și timpul nu ne permit a da aci descrițiunea tuturor experimentelor făcute în acest sens, vë dic numai că măduva după părearea mea este cea care produce exagerarea acestui reflex tendinos.

Etiologia tabesului spasmodic e destul de obscură. Se observă mai mult la adulți ca la copii; după sex, sunt atinși în prima linie bărbații și apoi femeile. Bethous (care și-a scris tesa sa asupra acestui subiect) a acusat intoxicațiunea saturnină. Frigul pare că jôcă un rol important. Sifilisul ar fi după Erb și Charcot o esceptiune.

Prognosticul acestei maladii în orî-ce împrejurare nu e favorabil, cu toate că Charcot și Erb dic: «că prognosticul paralisei spinale spasmodice, e relativ mai puțin grav ca a celor alte afecțiuni a măduvei spinare.»

Tratamentul constă în curenți galvanici slabi și prelungiți pe șira spinărei. Hidroterapia, Polibromurii (sodium, potasium, amonium), belladona, secara cornută, suspensiunile, gimnastica. În cas când presupunem o infecție sifilitică vom întrebuița preparațiunile mercuriale și iodurul de potasiu.

FTISIA MILIARA ACUTA SAU TUBERCULOSA MILIARA ACUTA GENERALISATA

[GRANULIE].

Tuberculosa privită sub toate formele sêle, formeză unul din studiile cele mai interesante și mai frumoșe; a începe și a fini acest subiect într'o singură ședință e imposibil; de aceea, fiind că avem actualmente în serviciul nostru un bolnav atins de ftisie miliară acută sau granulie, mă voi mărgini a vă vorbi numai asupra acestei forme.

Ce sunt aceste forme de tuberculoasă și de unde și-a luat origina, pentru a fi ast-fel clasificate?

Mult timp, a domnit o mare confusiune asupra tuberculoșei și numai când cunoștințele anatomo-patologice, pe baza experimentului, au ajuns la dezvoltarea actuală, atunci s'au putut face ôre-care clasificări clinice, decî formele de ftisie tuberculose despre care vă voi vorbi sunt basate pe cunoștințele anatomiei patologice, pe experimentațiune și pe clinică.

A aminti timpurile trecute represintate prin doctrinele lui Celse, (1) Sylvius (2) care descrie pentru întâia ôră tuberculul.

Willis ce nu admite că ftisia este tot-d'a-una caracterisată prin ulcere pulmonare, Morton, Sydenham, Hoffman, Boerhaave, Sauvages (3), Morgagni. . . . până în secolul al 19-lea iar de aci înainte, era (4) doctrinelor sciințifice represintate prin Bayle, Laennec, Broussais, Andral. . . . (faza (5) anatomică), Lebert Virchow. . . . (faza histologică), Villemin, Pasteur și Koch (faza experimentală), a aminti ȃc,

(1) In hoc (capite) multa variaque tubercula oriuntur: ganglia, melicerides, atheromata, nominant, aliisque etiamnum vocabulis quaedam alii discernunt, quibus ego steatomata quoque adjiciam (Cels de Medicina lib. VII, cap VI.)

(2) Vidi non semel glandulosa in pulmonibus tubercula. Haec proinde tubercula sensim in pus abeuntia et membrana sua tenui conclusa pro vomicis habenda existimo (Sylvius).

(3) Găsi la cadavre mai multe maladii: pulmones ab ulcere quovis immunes sed tubercules aut lapidibus aut materia sabulosa per totum consitos [Willis].

(4) Descrie zo specie de ftisie.

(5) Studiul ftisiei pulmonare din primii ani ai secolului al XIX-lea a trecut prin trei faze distincte: a) Faza anatomică cu Laennec, b) faza histologică cu Reinborth, Vicow. . . c) faza experimentală cu Pasteur, Koch, etc.

aceste timpuri, este a face istoricul tuberculozei, pe care îl voi expune cu altă ocaziune.

Înainte de a vă face cunoscut diferitele forme clinice, voi expune observațiunea bolnavului precum și leziunile anatomo-patologice.

Obs. Tuberculosă miliară generalizată, forma pleurală, broncho-pneumonică, cu simptome de febră tifoidă.

Pacientul Otoman Mustafa, de 19 ani, națiune turc, profesie bra-gagiü, intră în serviciu la 21 Martie 1890. El se exprimă binișor în limba română și ne istorisește că nimenea în familia lui, nu a suferit de boale pulmonare, că el însuși s'a bucurat de o sănătate perfectă pînă acum șapte zile (14 Martie), a început să simtă slăbiciune, durere de cap, puține junghiuri în pept, respirația grea și din când în când quinte ușore de tuse; aceste fenomene agravându-se, îl silesc să între în cura spitalului.

Starea prezentă. Constituție robustă, musculatura bine dezvoltată, corpul întreg de coloră brună, pelea caldă, uscată. Fața abătută, arată suferință. Apetitul dispărut, gura și nările uscate, pe buze și gingii puține funiginosități, limba uscată, organele toracice ne atrag atențiunea

Toracele bine conformat, la percutie, — partea anterioară dreapta pe totă linia sternală, găsim timpanism în o întindere cam de 3 cm. care dispare de odată; la partea posterioară matitatea merge crescând de sus în jos, în acest loc e cu totul manifestă. În partea stângă anterioară și posterioară, sub matitate. Auscultația, la dreapta, la locul corespunzător timpanismului, se aude un vuet ce se asemănă cu acel produs de un drapel, (un fel de fâlfăire). La partea posterioară, la ambele vîrfuri (mai ales la dreapta) și în totă întinderea pulmonului drept, auzim raluri romflante, garguimente, raluri umede mucose și sibilante, într'un cuvînt, raluri de broncho-pneumonie.

Important e, că în partea dreapta posterioară, acolo unde matitatea e perfectă, se aude respirația. Expectoratia puțină și salivară.

Prin puncție, s'a extras cu o siringă un liquid limpede, seros și citrin. Esaminând în aceeași zi și sputa și serositatea la microscop, nu s'a găsit bacilul lui Koch. Batăile cordului normale dar mai frecvente, nici o leziune la orificii.

Abdomenul ușor balonat, nu e dureros la pipăit. Ficatul mărit de volum, trece cu 4 — 5 c. m. de falsele cöste; splina asemenea mărită.

La 1 Aprilie fenomenele se accentuează, — temperatura se ridică între 39°—40° C. și oscilază foarte puțin. Un fapt important remarcăm, adică: *Remisiunile se fac seara în loc de a fi dimineața*. Starea dinamică crește, limba devine uscată, gingiile se acoper de funiginosități, abdomenul se balonează, de unde până aci nu era sensibil la pipăit, acum devine dureros, mai ales în regiunea ficatului. Prin palpație obținem gurguiment în fosa iliacă dreaptă.

La 3 Aprilie apare epistaxe, mai mult noaptea ca ziua, tot în acea zi observăm pe abdomen pete rose lenticulare..... în fine, aproape toate simptomele unei febre tifoide.

April 5. Liquidul pleural a augmentat de volum și bolnavul prezintă fenomene de dispnee, pentru care i s'a făcut toracentesa, când s'a scos 1.600 grame de liquid seros. Urina conține albumină.

Aprilie 6. Matitate sub axila dreaptă și sunetul sonor de la partea anterioară aproape dispărut: la auscultație, *auzim în aceea parte—raluri de congestie și infiltrație, care fenomene au apărut în urma extragerii liquidului*. Există o bronco-pneumonie a vârfului drept, care se manifestă prin sibilante, sub crepitante și raluri mucose. În partea posterioară sunt puncte, unde se aude un ușor suflu depărtat, cu timbru amforic, care ar fi în raport cu falsele membrane care comprimă țesutul pulmonar.

Aprilie 7. Sgomotul sonor (scodic) a dispărut, cordul pare atras la dreapta, în loc de a fi împins spre stînga, se aude un suflu 1-iul t. spre mijlocul sternului, și se observă rețracțiunea spațelor intercostale. În resumat o pleuresie acută, cu particularitățile sus indicate și exprim temerea unei granulii începînde, cu tendințe de a se generalisa, de unde rezerva de a face toracentesa imediată.

Aprilie 13. Frotment pericardic manifest și suflul se întinde în tota regiunea cordului, păstrînd intensitatea la centrul sternului. Temperatura urcată și rămîne tot intervertită. Starea pulmonară, nu face de cât să domine din zi în zi, atinge câmpul respirator a întregului pulmonu drept; aceste simptome nu mai lasă nici o îndoială că avem aface cu o granulie acută, generalisîndu-se nu numai asupra pulmonului drept, ci evoluînd în sensul unei bronco-pneumonii, formă pleurală, de aci s'a întins încetul cu încetul asupra organelor abdominale, care sunt dureroase la pipăit și există liquid extravasat în cavitatea peritoneală.

Bolnavul merge din ce în ce mai rău și la 14 Aprilie dimineața moare, adică 23 zile după intrarea sa în spital.

Necropsia (1) a fost făcută de d. dr. Luca 36 ore p. m., iată în scurt ce observăm:

Cadavrul încă păstrează rigiditatea, pe corp se văd pete livide și mai ales în părțile declive.

Cavitatea toracică. Plină cu un liquid puțin turbure, mai limpede la stânga ca la dreapta, unde observăm numeroase aderențe între cele două pleure. În această parte extravasatul e sero purulent, pulmonul e împins spre mediastin formând un fel de cavitate, în care s-a adunat acest liquid. *Pleura parietală de această parte* e foarte îngroșată, prezintă în substanța ei, un fel de pungă mică, plină cu serositate și totă suprafața ei, e preserată cu tuberculi miliari, cari sunt cu atât mai numeroși cu cât ne coborâm spre baza pleurei.

Pleura stângă congestionată și preserată pe ici colea cu puține granulațiuni.

Pulmonul drept la partea sa internă, foarte aderent de pericard, în interior găsim tuberculi în diferite faze de dezvoltare, unii miliari, alții ca bobul de porumb și alții închiștați. Un fapt remarcabil, ca și la pleură, tuberculi sunt mult mai numeroși la baza pulmonului, ca la vîrf, unde prezintă mai mult semnele unei broncho-pneumonii.

Pulmonul stîng, sbîrcit, sclerosat, pare a fi o pungă cu numeroase cete, în care găsim prea puține granulațiuni.

Pericardul foarte gros, cu totul aderent la pulmonii, cordul ușor aderent la pericard și în cavitatea lui găsim o serositate citrină cam 100 grame.

Cavitatea abdominală. Extravasat seros de col. galbenă limpede, se găsește în cavitatea peritoneală. Peritoneul diafragmatic acoperit cu nenumărate grăunțe tuberculose, în dreptul ficatului, se văd aderențe fibrilare, pe suprafața căruia se observă tuberculi miliari, același lucru și pe splină.

Ficatul secționat e gras și mărit de volum, macroscopic se observă granulații, splina ramolită. Rînichi; capsula se desface cu ușurință, substanța ei e moale. Pe mesenter numeroase granulațiuni și

(1) Organele au fost arătate și d-lui profesor Babeș.

ganglionii măriți de volum. În totă întinderea intestinelor congestiune (1).

Eată și rezultatul microscopic făcut și descris de d. prof. Babeș:

Esaminându-se la microscop, secțiuni din ficatul trimis la 15 Aprilie 1890, se constată următoarele:

Ficatul prezintă diferite leziuni: 1) hiperemie a-nume în jurul venei centrale, cu puțină îngroșare a pereților capilari și cu pigmentarea celulelor ficatului—2) infiltrațiune grăsoasă în părțile periferice ale lobulilor, cu o proliferare a endoteliilor capilare, și, în fine, leziuni inflamatorii și necrotice limitate, pornind de la țesutul interstițial.

Între zona iperemică și între zona grăsoasă, se află un strat intermediar în care celulele ficatului și a-nume protoplasma e mai bine colorată, mai abundent chiar și cu nucleii cari par a fi în stare de proliferare.

Leziunile țesutului interstițial, merită o atențiune deosebită. În anumite locuri perețele venei porta e foarte îngroșat, înconjurat cu un țesut de neoformațiune, iperplastic sau embrionar, care, spre periferie, devine foarte palid prin decolorarea nucleilor.

În jurul acestei părți, există un țesut interstițial cu totul palid, reticulat, cu apa rența unui țesut coagulat necrotic, așa în cât avem impresiunea ca și când s'ar sechestra țesutul embrionar împreună cu vena din centru. În interiorul părții proliferate și embrionare se observă încă o canatitate de canalicule sau alveole, conținând niște celule poligonale ce se comprimă reciproc, având aparența unor celule epiteliale; pe când majoritatea acestor celule nu mai conțin nucleii, sunt unele cu nucleii pe cale de kario kinesă.

În interiorul acestui focar, sau chiar în interiorul vasului, pe lângă globulii roșii bine conservați în parte, substanța cromatică se află diseminată în celule sub forma unor globuli mici, semănând cu niște cocci sau diplococi, dar de mărime inegală.

Afară de aceste focare destul de rari, se ved în țesutul interstițial și grupe de celule embrionare, în jurul vaselor interstițiale sau canaliculelor, biliare, cari fac câte odată impresiunea unei celule gigante înconjurată cu un țesut embrionar.

Altă dată, atare formație se nasce și pe contul unui vas mic ale cărui celule endoteliale, sunt foarte înmulțite sau proliferate și în centrul cărora se află o masă uniformă bine colorată.

Există dar un ficat grăsos, puțin pigmentat, iperemic, cu inflamațiune specifică tuberculosă a țesutului interstițial.

Acum când aveți cunoștința, atât a faptelor clinice, cât și a cercetărilor anatomo-patologice, veți putea mai ușor să înțelegeți dife-

(1) Aceste organe au fost arătate societății de medicină în ședința de la 14 Maiu 1890.

ritele forme de tuberculosă și în special granulia acută despre care vă voi vorbi.

Iată principalele forme clinice :

1) *Ftisia acută*, care se divide în: *tuberculosa miliară acută și tuberculosa pneumonică*.

2) *Ftisia sub-acută* ȃisă și galopantă.

3) *Ftisia ordinară* numită și tuberculosă cronică.

4) *Ftisia fibrösă*.

Noi nu ne vom ocupa de cât de cea d'ântăiũ, de *tuberculosa miliară acută saũ granulie*; casul nostru reintră în acéstă formă, atât prin simptomele clinice cât si prin leziunile anatomo-patologice aflate de noi și confirmate de Prof. Babeș.

Clinicesce tuberculosa miliară acută o putem încã divide în :

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| 1) Tuberculosa miliară generalisată. | } | Formă tifoidă |
| | | Formă atenuată |
| 2) Tuberculosă miliară broncho-pulmonară. | } | Formă sufocantă |
| | | • catarală |
| | | • broncho-pnemonică
• pleurală. |

Aceste divisiuni, de și s'ar părea la prima vedere că ar fi mai mult schematice, cu tóte acestea ele se întêlesc în clinică și ast-fel pe de o parte ușurcă studiul tuberculozei; iar pe de alta fixcă mai bine mintea asupra acestor diferite forme; ast-fel în casul acesta găsim *tuberculosa miliară, forma pleurală generatisându-se, adică luând forma broncho-pulmonară, peritoniala, etc.* Adeverul e că, rar avem aface cu anumite tipuri și mai des când un organ e prins de granulie, vecinul său este la rindul lui atacat, așa ftisia granulösă póte să coprinďă saũ numai pulmonul saũ de o dată mai multe organe.

Cestiunea nu e așa de simplă cum vi-s'ar părea la prima vedere, căci cu tóte mijlócele de cari dispunem astăđi, pentru a cunoșse acéstă formă de tuberculosă, lucrurile devin dificile și acésta din causă că bóla presintă de multe ori o înfățișare ascunsă, mersul repede; asemnarea ce o iea la început cu alte maladii infecțioșe și câte odată analogii cu flegmasiile ușóre; (1) De aceea s'aũ născut numeroșe dis-

(1) Laennec în cartea sa scrie un articol asupra ftisiei granulose acute, dar el precum și Louis și Andral, nu face nici o deosebire între ftisia acută și ftisia cu mers sub acută, confundându-le la un loc, ast-fel că se depărtcă decunoscințele actuale, căci leziunile anatomo-pa-

cuțuni între autorii cari, consideraă granulia și tuberculosa pulmonară ca ne deosebindu-se clinicește și chiar anatomopatologic una de alta. Robin descrie pentru prima dată granulia, ca având leziuni aparte; nu mult după aceea Trousseau și Beau deosebesc ftisia granulosa de ftisia tuberculosa. Empis pune granulia acută alături cu difteria, erisipelul, reumatism acut, febra puerperală. Doctrina lui, basată pe o eroré anatomică, cădu curind.

Nu e locul aci, de a intra în tóte aceste discuțiuni interesante, din punctul de vedere istoric; dar trebuie să rețineți, că *în această formă de ftisie, leziunile anatomo-patologice sunt infinite și variate, iar modul cum sunt răspândite e cu totul capricios; mai mult, aceste leziuni nu presint simptome identice.*

În granulie, întelnim adesea forma tifoidă (gravă sau ușoră) datorită infecțiunei organismului prin bacilul lui Koch. V'am atras atențiunea în primele zile asupra bolnavului nostru, când vă spuneam: feriiți-vă să luați starea lui adinamică drept o febră tifoidă, cu tóte că presintă simptome apropiate. Inceputul bólei e insidios,—slăbiciune, dureri de cap mai mult localizate sub orbite, temperatura rădicită și cu exacerbațiuni, epitaxe; aceste fenomene țin ore-care timp și de o dată febra se manifestă și tóte simptomele se accentuează, când observăm existența unei infecțiuni grave caracterizate prin curbătură, prostrație, delir, etc. Iată de ce adesea vă consilies — să esaminați cu multă băgare de sémă bolnavii, căci nimic mai lesne de cât a vi se părea, că sciți din patologie câte-va simptome ale unei maladii și credeți că puteți pune diagnosticul. Mă simt fericit de a vă reamiti din nou, că la clinică găsiți adesea, ceea ce în cărți nu e scris. Mergând mai departe cu aceste analise, să căutăm acum a diferenția pe cât ni-e posibil, simptomele granuliei acute forma tifoidă de febra tifoidă, simptome ce le-am observat la cazul nostru.

Adinamia pare mai puțin profundă în granulie ca în febra tifoidă.

Stupórcă cresce în febra tifoidă și atinge maximul la finele primului septenar, în granulie intelectul e mai puțin obtus și duratae

tologice ale ftisiei subacute, numite încă galopante se apropie mai mult de ftisie cronică de cât de granulia acută. Waller cel întâiú face ca ideile asupra ftisiei miliare să fie ore-cum schimbate, luând în considerație faptele clinice. El credea că granulia acută póte fi asemănată cu febra tifoidă, rezultat al unei discrasii speciale. Monographie sur la phtisie miliaire (Waller) ear Stokes o consideră ca febră esențială.

mai lungă. Nu arare-ori la acești bolnavi vedeți buzele și dinții acoperite cu funginosități ca în febra tifoidă.

Delirul când există e ușor și mai mult nocturn în granulia acută.

Turburările în sensibilitate, ca hiperestezie, cândla cea mai mică atingere bolnavul dă semne de durere. Bouchut țice: percuțiunea pe abdomen și torace este greu tolerată. Alte ori hiperestezia dispare, fiind înlocuită de anestezie. (Schultze). În asemenea cazuri gândiți-vă la leziunile învelitorilor măduvei și a cordónelor nervóse, leziuni ce rar se găsesc în febră tifoidă.

Fenomenele toracice la început nu sunt alarmante, cu toate acestea adesea în casurile de febră tifoidă, observăm simptome bronchopneumonice, datorite congestiunilor pulmonare. În granulia acută, respirația e accelerată, adesea acompaniată cu dispnea, quintele de tusă sunt obositoare, expectorația puțină, salivară sau mai de loc, rar conține strii de sânge. Percuția și auscultația vor da indicii prețioase, având în vedere că, fenomenele toracice în majoritatea cazurilor și au sediul la virful pulmonilor.

Cercetările microscopice atât de trebuincioasă în tuberculoza pulmonară, în granulia acută perd óre-cum din importanța lor, căci cu greu găsim bacilul lui Koch. Acastă dificultate nu indică lipsa microorganismului; din contră el există și încă în număr prodigious, cercetările anatomo-patologice adevăresc până la evidență prezența bacilului; însă v'am atras atențiunea mai sus că, spută e puțină, salivară și câte-o-dată mai nu e expectorație; sau scim că, bacilii de ordinar se găsesc acolo, unde există un focar de ramoliție. Nu mă îndoiesc că, dacă s'ar face numeroase preparațiuni microscopice, nu s'ar găsi bacilul lui Koch; dar adesea mersul maladiei e foarte repede și bolnavul sucombă înainte, ca acești tuberculi miliară să trecă în stare de ramolire. La pacientul nostru am căutat în câte-va zile neîntrerupt bacilul, și d. dr. Luca cu totă ostenela ce și-a dat nu l'a putut descoperi

Iată ce țice Prof. (1) Babeș în acastă privință: «când e vorba de tuberculosă miliară acută, dacă bolnavul expectorează puțin, semnele clinice trase din căutarea bacilului lui Koch sunt aprópe nule.» Deci în asemenea împrejurări simptomele clinice au cea mai mare valóre-

(1) Babeș et Cornil. Les bactéries et leur rôle. Recherche des bacilles dans les crachats p. 587, loc. cit.

Turburările digestive în granulia acută, nu sunt tot-d'a-una accentuate, bolnavii păstrează apetitu și mai adesea sunt constipați; cu toate acestea putem observa diarea și dejecțiunile pot fi disenteriforme în casurile când intestinul gros e atins. Balonare și garguimentul de ordin ar lipsesc, ȃic de ordin ar, cȃci în casul nostru observȃm și mȃrirea abdomenului și garguimentul; și decȃ cu tȃtȃ descripȃiunea gȃsitȃ în cȃrȃi cȃ, abdomenul adesea e deprimat, faptele în clinicȃ se pot pe-trece și în sens invers.

Durerile în regiunea ficatului sunt mai accentuate în granulie, ca în febra tifoidȃ; splina asemenea e mȃritȃ. În orȃ-ce cas, de veȃi lua în consideraȃie mersul bȃlei, precum și cele alte simptome concomitente, veȃi ajunge la diagnosticul granulei.

Petele lenticulare ce le vedeȃi pe abdomenu, la bolnavul nostru, ar putea deturna diagnosticul. Dar sciȃi cȃ aceste pete se întȃnesc în febra tifoidȃ, mai mult, ele servesc drept semn patognomic; dar le puteȃi gȃsi și în granulia acută, cu tȃte cȃ, autorii le descriu ca ceva rar Ast-fel Empis le descrie într'un singur cas, Jacoud în patru casuri, Colin le notȃzȃ în o singurȃ observaȃie. — Cȃnd alteraȃiunile sȃngelui sunt profunde pȃte apare și purpura hemoragicȃ.

Temperatura este aprȃpe constantȃ în granulie, curba termicȃ se înalȃ ca și în febra tifoidȃ, cu tȃte acestea nu gȃsim cele trei stadii clasice, adicȃ: periȃda oscilaȃiunilor ascendente, periȃda oscilaȃiunilor staȃionare și periȃda oscilaȃiunilor descendente ce se observȃ în febra tifoidȃ.

Danesul Brȃnniche a descris în 1872 un mers special în granulie: «Remisiunile în loc de a se produce diminȃȃ, ȃu loc sȃra.» Autorul considerȃ acest *tip invers* cadestul de ordin ar în granulia acută.

Acȃstȃ inversiune aȃi observat și la bolnavul nostru.

Am putea prelunȃi aceste consideraȃiuni, cred în sȃ cȃ din cele expuse, veȃi putea diferenȃa febra tifoidȃ de granulie; voesc acum sȃ ating un alt punct destul de important, adicȃ pleuresiile și extravasatele pieurale ce adesea acompaniazȃ sau precede granulia pulmonarȃ. Aceste puȃine cuvinte nu ne vor depȃrta de subiect, cȃci pacientul e atins de pleurisie și epanșament pleural, care de sigur sunt de naturȃ tuberculȃsȃ. În adevȃr, granulaȃiunile tuberculȃse ating de preferinȃȃ serȃsele ca, meningele peritoneul și de preferinȃȃ pleura.

Godelier ȃice: «cȃnd existȃ tuberculosa peritoneului, e tot-d'a-

una și tuberculosă uneia saū a ambelor pleure» și infecțiunea se face prin căile digestive, trecând din peritoneū în pleură prin limfatice. E mult mai rar ca infecțiunea bacilară să se propagă de la pleura la peritoneū; (I. Grancher et V. Hutinel) dar tocmai această raritate presintă importanță la bolnavul nostru, la care infecțiunea a avut drumul descendent adică de la pleură la peritoneū.

Revărsările de serosităte în cavitățile pleurale, pot masca prezența nucleilor tuberculoși în pulmonī; câte o dată liquidul se colectează încetul cu încetul, fără ca bolnavii să aibă temperatura rădicită saū jenă în respirațiune, ci numai o slăbiciune, puțină tuse; alte ori extravasatul ocupă ambele pleure, când fenomenele se accentuiază, temperatura se urcă, somnul e neliniștit de vise, abdomenul se balonéză, e sensibil la pipăit, tusa e frecventă, și tôte fenomenele toracice devin mai manifeste, dispnea cresce și póte ajunge până la ortopneă. Liquidul estras e seros, citrin; în cazul când e hemoragic ne dă indicii importante în punerea diagnosticului.

În liquidul pleuretic, se găsec cu greū baciliī, și rezultatele experimentale pe animale sunt mai sigure. (Gombault et Choffard.) E de prisos a vē mai spune că și noi am urmărit aceste cercetări, inoculând liquid extras din pleură, în camera anterióră a ochiului unui epure de casă (1). Când leziunile se generaliséză, tuberculoza pleurală iewa forma numită granulie acută cu fenomene tifoide. Câte o dată extravasatul fiind în mare cantitate, în loc de a provoca accidente grave, împinge țesutul pulmonar oprind desvoltarea tuberculelor și ast-fel împedică generalisarea nucleilor tuberculoși în cele alte organe; de aci rezultă un fapt practic, adică: nu trebuie a recurge în tôte casurile la toraceutesă, fiind-că în asemenea împrejurări facem o decompresiune subită asupra vaselor pleurei, favorisând resorbțiunea bacilelor prin aceste căi.

(1) Am extras liquid din cavit. pleurală, în to preparațiunii microscopice n'am găsit bacilul; tot în acest timp am făcut însămînțări pe agar cu glycerină și serum de boū, tot în aceași ȝi am inoculat un epure în camera anterióră a ochiului.

Timpul fiind scurt de la data inoculărei (9 ȝile) și până la publicațiunea acestei lecțiuni, nu am putut trece rezultatele ce le vom obține, de sigur, mai în urmă.

PRIVIRI GENERALE ASUPRA COMPRESIUNEI MEDUVEI SPINAREI ȘI IN SPECIAL IN MORBUL LUI POTT.

Astăzi, când avem în muzeul nostru piese anatomo-patologice caracteristice, de tuberculoza a colónei vertebrale și în serviciu bolnavi atinși de morbul lui Pott, mă cred dator de a vă face cunoscut această maladie, cu care adesea vă veți întâini în viața d-vóstre de medic-practici.

Subiectul póte vi-se pare puțin cam dificil; dar sunt sigur că timpul de când staū acești pacienți în serviciu, v'a făcut destul de apți pentru a înțelege modul de interpretare, atât în ceea ce privesce compresiunea măduvei, mecanismul deviațiunei colónei vertebrale, leziunile ce produce această compresiune, precum și simptomele variate ce presintă acești bolnavi.

Voiú divisa decî această lecțiune în trei capitole:

I. *Infățișarea ce iew colóna vertebrală și toraccele în morbul lui Pott. Mecanismul acestor diformațiuni, leziunile patologice ale vertebrelor și descripțiunea pieselor anatomo-patologice ce se află în fața d-vóstre.*

II. *Compresiunea măduvei în general.*

III. *Compresiunea măduvei în morbul lui Pott, simptomele ce întelnuim; precum și observațiunile celor trei bolnavi ce se află astăzi în serviciul nostru.*

I.

Colóna vertebrală suferă o deviațiune mai mult sau mai puțin intensă datorită destrucțiunei vertebrelor de, focare tuberculóse, decî avem a face cu o tuberculósă osósă, ce póte trece prin tóte stadiile, adică: de la simplă inflamație pînă la distrucția completă a țesutului osos și cari leziuni pot ocupa corpul vertebrelor cu articulațiile lor. În acest cas observăm că, colóna vertebrală se încovóie dând nascere unei gibosități care póte avea diferite mărimi după cum una, doué sau mai multe corpuri de vertebre sunt atacate și distruse. În general numai

când există leziuni tuberculose a părții anterioare a canalului vertebral, însoțite de paraplegie, atunci maladia ia numirea de morbul lui Pott; cu toate acestea focarele de tuberculoză pot cuprinde, apofizele spinose, transverse, într'un cuvint totă partea posterioară a vertebrelor, când în acest cas nu observăm gibositate (1).

Dacă examinați aceste două piese patologice, veți observa leziunea și distrucțiunea colonei vertebrale la partea sa anterioară, din care cauză prezintă o îndoire, sau această inflexiune se face în asemenea împrejurări, tot-dea-una înainte; iar îndărăt apare o scosătură sau gibositatea care poate ocupa linia mediană sau laterală.

De-asupra și de-desuptul acestei proeminenți se află două înfundături cari sunt mediane dacă gibositatea e mediană, sau oblice când gibositatea e laterală. Aceste curburi cu concavitatea posterioară sunt compensatrice.

Diformațiunile toracelui considerate ca leziuni secundare, sunt mai rari, ele se întâlnesc în Morbul lui Pott în copilărie, atunci când oșele sunt în dezvoltare. După Lannelongue (2) toracele se turtesc dinainte îndărăt, când gibositatea e în partea superioară a spatelui; din contră dacă gibositatea este dorsală inferioară sau mijlocie, toracele ea o formă globuloasă, sternul se duce înainte și diametrul antero-posterior se lungesc.

Dacă gibositatea există în regiunea dorso-lombară, atunci basenul poate se suferi modificări în formația sa, cari sunt nu a rari ori pe ricolose, din punctul de vedere al nascerilor. Acest punct este descris destul de bine în tesa unei Române d-ra P. Conta (3).

Deci putem avea diformația colonei vertebrale (gibosități) în partea superioară a spatelui, în regiunea mijlocie sau dorso-lombară, sacro-iliace și ca diformațiuni secundare, mărirea toracelui în sensul antero-posterior și în fine leziunile părții posterioare a vertebrelor ce dau înfundături fără gibosități.

(1) Observația 3-a a lui N. Radu Porcaru ce prezintă leziuni ale apofizelor spinose, nu are gibositate ci o înfundare posterioară a regiunii dorsale, adică o Lordoasă a acestei părți.

(2) Tuberculose vertébrales, Mal de Pott, mal vertébrale postérieur, etc. etc. Leçons faits à la Faculté de Médecine par M-rs le professeur Lannelongue 1888.

(3) D-ra P. Conta în tesa sa: Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement, 1887, descrie complicațiunile tuberculosei sacro-iliace, deviația laterală a gibosității, dând basenului forma de cifosă și oblic-ovalar.

Producțiunile morbide pot începe: a) din partea *ososă a colonei vertebrale*, adică în afară de canalul rachidien și intra în canal prin orificiile de conjugățiune. Aceste producțiuni pot fi: *hiperostosele sifilitice, artrii tele sect, morbul vertebral canceros, morbul lui Pott*....

b) *Producțiunile morbide ce se dezvoltă în țesutul celulo-adipos* adică în partea externă a durei mater și pot fi: carcinome, sarcome chiste hidatice, abscese....

c) *Producțiunile morbide primitive în meninge* putem număra: sarcom, psamom, pachimeningite interne, pachimeningite hipertrofice...

d) În fine *Tumori ale măduvei* ca: gliome tubercule, carcinome, gome, dilatațiunea chistică a măduvei....

Acastă divisiune a profes. Charcot (1) de și ôre cum schematică, ea e utilă fiind-că, putem mai bine studia lesiunile, fie a substanței osose, fie a meningelor sau a măduvei însăși.

Ast-fel pe noi ne interesază în prima linie lesiunile vertebrelor și a-nume în Morbul lui Pott; vom lăsa deci la o parte, hiperostosele sifilitice artritile seci etc.; iar când voiū vorbi de compresia măduvei în general vă voiū atrage din nou atențiunea asupra producțiunilor morbide citate mai sus.

În majoritatea casurilor dacă observăm la început, spre exemplu secțiunea din corpul unei vertebre atinsă de tuberculosă se vede că, e infiltrată cu granulațiuni cenușii izolate sau răspândite în substanța osului (2), sau aceste granulațiuni sunt înconjurate la periferie cu o zonă de celule galbene; iar în centru găsim celule degenerate; cu alte cuvinte această aglomerațiune de elemente nu sunt de cât noduli tuberculoși. La început acești noduli se infiltrază în aureolele țesutului spongios, unde sau se întinde în mod difus sau se fixează într'un singur loc.

Celulele centrale degenerate, fiind lipsite de vase și prin urmare de nutrițiune se ramolesc, adică se transformă în materie ăisă cazeosă. Încetul cu încetul acești noduli se înmulțesc, necrosază osul și ast-fel formează o cavitate plină cu resturi degenerate, ramolite și necrosate. De aci înainte tuberculul lucră în substanța osului ca un corp străin,

(1) Oeuvres complètes de I. M. Charcot. Leçons sur les maladies du système-nerveux a. 1886, p. 86.

(2) Ranvier a constatat existența acestor granulațiuni în diferitele ôse spongioase ale ftisicilor, între altele în sternum și vertebre. Lannelongue în epifisa ôselor lungi, în măduva diafiselor.

il necrosază puțin câte puțin, tuberculul crescând, cavitățile aureolare se largesc, pereții se resorb, dând naștere unei caverne osóse, care saú rămâne închistată, saú se înlánțuesce cu alți tuberculi vecini, formând o cavernă mai mare și putem găsi pe lângă materia cazeóasă, granulațiunii calcare, particule solide osóse și chiar sequestre de diterite mărimiti.

Nu putem intra aci în tóte aménunțele acestor leziuni, v'am dat numai ideia, cum încep aceste alterațiuni și al căror mod de terminare e variat; în orí-ce cas un absces caseos format la nivelul unei vertebre saú în interiorul ei, póte împinge ligamentul vertebral anterior, 'l disociază, distruge și chiar 'l ulceréză, când materia purulentă se pune în contact cu fața externă a durei mater. În acest cas ușor vè puteți închipui ce se va petrece în urmă: Dura mater se va inflama iritată fiind de materie cazeóasă adică, se va forma o pachimeningită externă, pe câtă vreme fața internă a durei mater póte rămâne încă sănátosă. *Cu timpul elementele embrioplastice imultându-se, disociază straturile superficiale ale durei mater și încetul cu încetul aceste elemente devin agenți de compresiune a substanțel medulare.*

În puține cuvinte acesta e modul de pètrundere a granulațiunilor tuberculóse, formând focare cari se întind la una, douè, saú mai multe vertebre. Așa dar, avem a face cu o soluțiune de continuitate a acestor óse și nu rarí orí veți vedea distrucciya și disparitiya totală a vertebrelor. Observați aceste piese și vè veți convinge asupra celor zise.

În majoritatea casurilor există un singur focar principal, în acest cas corpul a douè saú trei vertebre începe a se distruge în parte saú în total, când vedem că, colóna vertebrală să încurbeze. Eată ce se póte întâmpla:

Cele douè segmente anterióre ale vertebrelor, la nivelul focarului principal, încep ușor a se apropia, ast-fel se forméză un *unghiú intrând*. Acest unghiú póte fi obtus, drept saú ascuțit și stă în raport direct cu distrucciunea osósă. La una din piesele nóstre *unghiul intrând* e aprópe ascuțit. La partea dorsală din contra unghiul e scos formând gibositatea (1)

(1) Lannelongue admite cincí tipuri de gibosități:

a) Gibositatea puțin accentuată formată prin proeminența angulară a unei singure apofise spinóse. Curbura col. vertebrale e puțin pronunțată și maladia se póte opri.

b) Proeminența unei vertebre, formând un unghiú ascuțit cu o gibositate rotundă, distrucciya corpului vertebrei e mai mare.

Acest mod de a vedea e destul de satisfăcător și ușor de interpretat, cu toate acestea unghiul intrând și gibositatea nu sunt datorite numai distrucțiunilor osoase; aci mai intră alți doi factori mecanici, adică: *Contractiunea mușchilor și greutatea corpului, ce se află de-asupra focarului principal.*

Când focarul tuberculos începe a atinge suprafața osoasă, atunci provocă contracturi musculare, cari contracturi, pe de o parte imobilizează partea atinsă; iar pe de alta dă porțiunii de colónă vertebrală aflată de-asupra acestui focar, o direcțiune determinată: o îndoie înainte și ca consecință rezultă proeminența posterioară.

Veți înțelege că vorbim de distrucțiunea corpului vertebrelor și nu de porțiunea posterioară.

Al doilea factor e greutatea corpului care lucrează cu totul mecanic. Colóna vertebrală rămasă imobilă prin faptul contracturii, atunci părțile aflate înainte: toracele cu tot conținutul lui, membrele superioare, etc... lucrează neîntrerupt asupra regiunii imobile, tinzând a incurba și mai mult colóna vertebrală (segmentul superior) înainte.

Pentru a fi mai lămurit, închipuiți-vă că aveți în fața d-voastră stând în picioare un bolnav atins de morbul lui Pott, că el prezintă o gibositate rotundă dorsală și mediană, că corpul a două sau trei vertebre începe a se distruge. Ce se întâmplă în acest caz? Segmentul superior și inferior fiind sănătoase tind a se apropia, substanța osoasă dintre ele fiind pe cale de distrucțiune. Atunci se formează unghiul intrând; iar îndărăt, colóna vertebrală se încurbază dând naștere la două brațe, unul superior cu direcție anterioară și al doilea inferior mai mult sau mai puțin dus tot înainte.

Procesul inflamator întinzându-se spre suprafața vertebrelor, irită și provocă contracturi musculare când, imobilizează brațul superior. Acest braț la rîndul lui va fi tirat neconținut înainte, prin greutatea statică a organelor ce se află în partea anterioară.

În resumat aveți: *Soluțiunea de continuitate a corpului vertebrelor și consecutiv inflexiunea colónii vertebrale, inflexiune augmentată*

c) Gibositatea convexă mare, formată din 4—8 apofize spinose es. dorsale. Atunci ne vom gândi la distrucțiunea corpului a mai multor vertebre.

Al patrulea și al cincilea tip, cuprind leziuni cu totul întinse cari pot cuprinde aproape totă colóna vertebrală din regiunea cervicală până la sacrum.

prin contracțiuni musculare și supra ajutată de greutatea însăși a corpului.

Rămâne să vă vorbesc de *modificățiunile ce încercă canalul vertebral și orificiile de conjugățiune*. S'a creșut la început că deviațiunea colonei vertebrale și mai ales unghiul de intrare care adesea e destul de mare, împinge și apasă mecanicesce substanța măduvei din nainte îndărăt întocmai ca un corp străin, că din cauza acestei compresiuni avem a face în viață cu diferite simptome, fie a cordónelor anteriore, fie a celor laterale, etc. Dacă ne aducem aminte cum se petrec fenomenele și fazele prin cari trec granațiunile tuberculose, atunci ușor ne putem face idee că, nu mai avem a face cu o compresiune mecanică, ci am putea zice cu o adevărată pachimeningită externă locală sau pôte chiar circulară, datorită inflamațiunei ce se propagă de la substanța ososă la fața externă a durei mater.

Cercetările noi făcute de diferiți cliniciani și anatomo-patologiști au arătat neîndoios că canalul măduvei spinărei nu numai că nu se strâmtează la locul lesiunei, dar adesea se găsește lărgit.

Vă citez însuși cuvintele lui Lannelongue care s'a ocupat în special cu această chestiune:

«Orî care ar fi gradul și forma gibosităței, canalul vertebral nu e strâmtorat sau mai bine el este așa de ușor redus că, măduva acoperită cu învelișurile séle nu e comprimată, dacă nu sunt alte cause de compresiune. Mai mult, se găsește nu rare ori, că canalul măduvei la nivelul inflexiunei vertebrelor, acolo unde măsurăm un unghiū drept sau chiar ascuțit, să existe o dilatațiune sensibilă a canalului vertebral.» Faptul esențial e: canalul nu e strîmtorat. Fața lui interióră suferă aceiași curbătură ca și cea exterióră.

Peretele posterior forméză o boltă rotundă. prin imbricațiunea lamelor vertebrale, această boltă apără măduva de compresiune la partea posterióră prin mărirea óre-cum a canalului.

La partea anterióră din cauza unghiului intrând, măduva se curbéză, dar nu e comprimată, căci găsește îndărăt bolta rotundă de care am vorbit, ast-fel că ea are loc fără să fie împinsă și apăsată de unghiul intrând.

Orificiile de conjugățiune pot fi ușor strîmtorate, dar această micșorare nu aduce turburare nervilor ce es prin aceste orificii; alte cause și alte lesiuni sunt cari provoc turburări în funcțiunile nervilor. Câte

o dată aceste orificii sunt lărgite, distruse, când observăm două sau trei orificii comunicând unele cu altele. Priviți aceste piese și veți vedea găurile de conjugățiune lărgite și necrosate la locul unde corpul vertebrelor e distrus.

Rămâne a vă spune câte-va cuvinte asupra leziunii cōstelor. În locurile unde vertebrele sunt distruse sau necrosate, căpătăiele cōstelor pot fi atinse de tuberculosă, din care cauză se subțiază, ieaū o direcțiune rectilinia și se apropie unele de altele coborându-se în jos, pe câtă vreme extremitățile sternale, ieaū o direcțiune aprōpe verticală, cea ce face ca toracele să fie strîmtorat lateral și mărit în sensul antero-posterior. Aceste date vă pot servi ca cunoscințe generale, căci leziunile osōse și diformațiunile colōnei vertebrale precum și ale toracelui pot fi destul de variabile.

Înainte de a vă arăta și descri leziunile meningilor și a mēduvei însuși, iată ce constatăm la aceste piese descrise de dr. Luca:

Piesa anatomo-patologică No. 1: (conservată în alcool) Mal du Pott în regiunea dorso-lombară.

Colōna vertebrală presintă o deviație cu convexitatea posterioară, avēnd maximul proeminenței în regiunea dorso-lombară. Corpul celor d'ântăi șapte vertebre dorsale păstrēză dimensiunile normale, de aci încep a perde din substanța lor, perdere ce merge gradat pină la a noua, corpul celei de a 10-a e cu totul distrus și dispărută. a 11-a și 12, pină la 1-a lombară distrucțiunile sunt mai limitate. Așa dar punctul principal unde se face inflexiunea e în locul vertebrei a 10-a. În acest loc găsim sequestre osōse și escavațiuni pline cu o materie cazeōsă de natură tuberculōsă. Orificiile de conjugățiune distruse și lărgite.

Apofisele spinōse ale regiunii dorsale, presintă o creștere de volum, care începe de la a 5-a vertebră dorsală, avēnd maximul de desvoltare la ultima dorsală, unde mēsōră o înălțime de 4 $\frac{1}{2}$ centimetri, cu alte cuvinte aci e punctul culminant al gibosității.

Puind axul osos în pozițiunea normală, colōna vertebrală se pōte împărți în două ramuri: una superioară cu direcțiune aprōpe orizontală, alta inferioară avēnd o direcțiune oblică și puțin înainte, ast-fel cele două ramuri formēză un unghiū anterior intrând de 60°, iar diametrul total al gibosităței e de 8 c. m.

Canalul vertebral păstrēză lumina sa normală, presentând chiar o

mică lărgire în dreptul gibosității, unde arcurile posterioare se pun unele peste altele formând o boltă puternică în care stă măduva, împinsă de unghiul anterior.

Meningele. Dura-mater începând din partea superioară a regiunii dorsale prezintă o îngroșare normală, cu cât ne coborim mai jos spre corpul vertebrei a 7-a începe a se subția și în dreptul celei de a 10-a, fața sa esternă e erodată aproape în jumătatea arcului anterior. În acest loc există o ramolire a substanței osoase, cauzată de tuberculii trecuți în stare cazeoasă; în ori-ce caz leziunea începe de la substanța osoasă atingând fața externă a durei mater, probabil până în apropiere arahnoidă. (Piesa fiind în alcool nu putem bine delimita întinderea). Cele alte membrane sunt normale.

Piesa anatomică No. 2 (Schelet).

Gibositate mediană în regiunea dorsală inferioară prezentând următoarele distrucțiuni:

Coloana vertebrală la extremitatea regiunii dorsale prezintă distrucțiunea corpului vertebrei a 9-a; corpul celei de a 10-a e cu totul redus, a 11-a e dispărut, sfărâmat și nu rămâne din ea decât o lamă transversală. Resturile acestor două vertebre se apropie unele de altele, formând un unghi întrând aproape drept (90°). Pe fața dorsală și în dreptul acestui unghi există o gibositate, rotundă, mediană, iar apofizele spinose nu prezintă nici o leziune.

Orificiile de conjugățiune la locul distrucțiunii, sunt lărgite, sfărâmate prin eroziunea totală a apofiselor transverse.

Toracele prezintă o scosătură anterioară; iar costele 9, 10 și 11, căpătâiele lor sunt necrosate. Canalul vertebral păstrează lumina lui normală.

În lecțiunea viitoare voi începe expunerea simptomelor în compresia măduvei spinării.

COMPRESIA MEDUVEI IN GENERAL

II

Pentru a nu întrerupe șirul ideilor, voi continua astăzi cu descripțiunea compresiunii măduvei în sens mai larg, adică, vă voi arăta pe cât timpul ne permite, cari anume sunt morbiile ce produc fenomene de compresiune; lăsând pentru viitoarea lecțiune compresiunea în morbul lui Pott.

Aci avem nevoie de a vă reaminti pe scurt fiziologia și anatomia măduvei spinării, cunoscinți indispensabile pentru a înțelege și deduce funcțiunile anormale ce le observăm la patul bolnavilor. Pe o secțiune transversă, se vede substanța albă și substanța cenușie, voi începe cu cea din urmă:

A) Substanța cenușie a cornoanelor anterioare coprinde celule mari cu 4--10 prelungiri, toate ramificate, esceptând singura prelungire a lui Deiters. Aceste celule sunt *motrice*.

B) Substanța cenușie a cornoanelor posterioare coprinde: *a)* celule mai mici cu prelungiri mai puține și toate ramificate. Acestea sunt celule *sensitive*. *b)* celule vesiculose ce se găsesc la baza cornului posterior, formând un grup distinct și care constituie colona lui Clarke. *c)* Celulele substanței gelatinose diase a lui Rolando, ele sunt mici, rotunde sau triangulare cu 3—4 prelungiri.

C) Substanța albă privită din nainte îndărăt enumerăm: *Cordónele anterioare*, compuse din două părți: *a)* la partea internă, fascia piramidală direct sau cordonul lui Turck, această fasciă provine din piramida anterioară de aceeași parte; centrul său trofic se găsește la partea superioară, funcțiunea sa probabil este,—de a duce ordine de la cerebru la periferie, fibrele se sunt centrifuge și se termină în celulele cornoanelor anterioare; iar în casuri patologice acest cordon a lui Turck suferă *degenerare descendăntă*. *b)* La partea externă, găsim fasciă externă a cordonului anterior, compuse din fibre scurte comisurale, adică lăgă între ele celulele motrice din diferite etaje ale măduvei; aceste fibre sunt centrifuge și în casurile când sunt atacate suferă ca și fibrele lui Turck tot degenerarea *descendentă*; în ori-ce cas, degenerarea e limitată fiind-că fibrele acestui cordon sunt scurte și comisurale.

Cordónele laterale coprind trei părți: a) *Fasciculul piramidal încrucișat*, compus din fibre lungi cari au origină în celulele piramidale a circumvoluțiunilor cerebrale, descind prin piramidele anterioare a bulbului și se termină în celulele motrice ale córnelor anterioare; cu alte cuvinte direcțiunea și funcțiunea lor e centrifugă, iar degenerarea, — în casuri când centrul lor trofic e atins, — e *descendentă*. Acest fascicul e încrucișat adică, cel drept ie nascere din celulele piramidale ale circumvoluțiunilor din stânga și vice-versa.

b) *Fasciculul lateral anterior* (sau comisural) compus din fibre scurte, ce lăgă celulele motrice ale córnelor anterioare în totă întinderea măduveii, aceste fibre se numesc și *comisurale* și degenerarea lor e limitată. c) *Fasciculul cerebelos direct* numit al lui Fleschig se află la partea cea mai externă a cordónelor laterale; el e compus de o parte și alta din două bandele, fibrele se nasc din *partea superioară a măduvei dorsale*, merg în sus la corpii restiformi, de aci la cerebel, unde probabil acolo se termin. Aceste fibre sunt *centripete* și după secțiunea măduveii, ele sufer degenerarea *ascendentă*.

Cordónele posterioare, coprind două părți: a) o fascie internă, *cordonul lui Goll*; b) o fascie externă, *cordonul lui Burdach*.

Cordonul lui Goll e compus din fibre lungi, se urcă în sus pînă la nivelul ventriculului al 4-lea și se continuă cu piramidele *posterioare ale bulbului*, fibrele se sunt centripete (ca și ale lui Fleschig), centrul lor trofic se găsește în substanța cenușie a măduveii, probabil în ganglionii rădăcinilor posterioare; iar fibrele după secțiunea măduveii degeneră de jos în sus, adică *ascendent*.

Cordonul lui Burdach, compus din fibre scurte comisurale, lăgă diferite părți a substanței cenușii a córnelor posterioare; aceste fibre sunt centripete (probabil), degenerarea lor e *ascendentă* și limitată. Nu voesc a prelunghi aceste date anatomice, de sigur le veți învăța mai amănunțit în anatomie; tot cea ce doresc, e pentru a le avea precis și clar în memoria d-vóastră atît cât eú vam expus, și cred că veți pricepe destul de bine subiectul ce ne interesează. Pentru acest scop voiú însemna cu litere numele cordónelor și ale autorilor, cari inițiale, vè vor arăta în schemă degenerările *descendente* și *ascendente*:

Cordónele, (1) A. T. L. sufer degenerare descendentă = D

(1) A. Cordonul anterior; T. cordonul lui Turck; L. cordonul lateral.

Cordónele, (1) B. G. F. sufer degenerare ascendentă = A.

Fisiologia măduvei spinăreii, văvoiū descrio pe scurt începēnd tot ca mai sus cu :

Cordónele anteriore. Secțiunea lor a parte, e dificilă și chiar imposibilă (Beaunis); dar făcēndu-se o tăietura transversală anterioră a măduvei pînă la jumătatea ei, s'a observat, că — mișcările voluntare și sensibile sunt conservate, se crede însă că aceste cordóne servesc de a transmite de la crebru la periferie ordinul de oprire a reflexilor mădulari, *in orice cas aceste cordóne; nu conduc nici mișcările voluntare, nici sensibilitatea.*

Cordónele laterale. Secțiunea lor dă ca rezultat, — *abolirea mișcărilor voluntare în prima linie; apoi nimicirea mișcărilor respirátore.* Dacă tăiem tótă măduva, *esceptānd numai cordónele laterale* observăm fapte contrare, adică: mișcările voluntare, transmisiunea reflexelor și sensibilitatea sunt conservate. *Credem dar, că cordónele (2) laterale sunt căile pe unde trec fibrele motrice voluntare.*

Cordónele posteriore. Secțiunea separată a acestor cordóne nu produce nici paralisia mișcărilor voluntare, nici paralisia sensibilităței; dar se observă o hiperitiesie a părților cutanate aflate de aciași parte sub acēstă secțiune (Brown-Sequar) (3), *dar mișcările de coordonațiune nu se fac cu precisiune; secționate cordónele posteriore la înălțimi diferite, în aceste împrejurări observăm turburări în coordonațiunea mișcărilor, turburări ce se accentuēză din ce în ce și avem simptome identice cu ale ataxiei locomotrice progresive.*

Aceste cordóne conțin fibre ce transmit centrilor bulbari,— mișcările generale ale stațiunii, mersului și impresiunile sensitive necesare coordonațiunilor acestor mișcări (Beaunis) (4).

Substanța cenușie este inescitabilă; conclusia e trasă în urma numeróselor esperimentări, unde dacă acēstă substanță, s'a înțepat, ars,

1) B. cordonul lui Burdacl; G. cordonul lui Goll; F cordonul lui Fleschig.

2) După fiziologiștii Ott și Meade cordónele laterale conțin fibre sensitive și prin aceste cordóne, sunt căile de transmisiune a motiliății volunare, că au fibre sensitive (sensibilitatea tactilă și musculară), fibre vaso-motrice respiratori și cilio-spinale.

După Schiff în cordónele laterale nu se găsec fibre sensitive.

3) Ott și Meade admit acēstă hiperestesie; însă o pun pe comptul substanței cenușii pe care o cred a fi atinsă.

4 Schiff admite că prin cordónele posteriore se transmit la cebru impresiunile tactile proprii țise.

pișcat etc., animalul nu dă semne de durere, de mișcare și nici țipă; cu alte cuvinte ea nu este escitabilă, cu toate acestea funcțiunea sa este tot așa de importantă ca și a cordónelor, adică de a conduce la creer sensibilitatea, (Schiff) precum și de a conduce ordinele de la creer spre periferie în ceea ce privește motilitatea.

Sensibilitatea se transmite la crebru (1) *aprópe numai prin substanța cenușie* (rădăcinele posterioare) Dacă se secționază în total această substanță, spre es., în regiunea dorsală și în urmă escităm cu electricitate sau căldură părțile aflate sub secțiune, animalul nu dă semne de durere, drumul la crebru fiind întrerupt.—Cu toate acestea nu trebuie a uita că sensibilitatea tactilă(2) și musculară se conduceși prin cordónele posterioare și laterale (Woroschiloff)

() cestiune interesantă și în acelaș timp practică e: *transmisiunea sensibilității, se încrucișcă pe linia mediană a măduvei. Dacă se taie măduva pe jumătate trans versal, se constată anestezie în partea opusă și hiperestezie în partea corespunzătoare măduvei secționate.* (Expériences. Brown-Sequar) (3). Ori-care ar fi vederile fiziologiștilor în această cestiune, d-vóstră veți reține următorul fapt: *Sensibilitatea (tact, durere, căldură, sensibilitatea musculară) se transmit la creer nu numai prin substanța cenușie posterioară, dar și prin cordónele posterioare și laterale.*

Transmisiunea mișcărilor voluntare se face de la crebru la mușchi prin fasciile piramidale a cordónelor laterale, probabil și prin cordonul lui Turek, asemenea și prin substanța cenușie anterioră, că ordinele pornite de la crebru, trec prin rădăcinele rachidiene anterioare și de aci se îndrăpță prin nervii motori ce merg la cutare sau cutare grup de mușchi.

Transmisiunea mișcării se face direct. Dacă secționam transversal jumătatea anterioră a măduvei, părțile aflate sub această tăeturii se paralizază.

Mă opresc aci cu această descripțiune, având convingerea că, aceste

(1) Sensibilitatea tactilă și musculară după Schiff se transmite prin cordónele posterioare; iar după cercetările lui Woroschiloff, această sensibilitate trece prin cordónele laterale; impresiunea durerii și temperaturii prin substanța cenușie (Danielewschy.)

(2) Un fapt important din punctul de vedere practic e: sensibilitatea persistă cu totă existența leziunilor profunde a măduvei (Beaunis.)

(3) Ludwig și Woroschiloff admit că această hiperestezie e datorită secțiunii fibrelor de oprire, provenite de la crebru; iar nu datorită dilatațiunii paralitice a vaselor aflate în partea măduvei tăiate.

date scurte de anatomie și fiziologie vor aduce lumină, atunci când vom compara simptomele clinice cu cercetările fiziologice, în acest scop vă consiliesc: căutați tot-d'a-una și pe cât ve e posibil de a pune fiziologia în unire și armonie cu clinica, nu căutați a esplica simptomele pe teorii nebasate, ci referiți fenomenele ce observați, la experimentațiunile făcute de fiziologiști.

În lecțiunea precedentă va'm promis a vă reaminti leziunile și neformațiunile ce produc compresia măduvei, esceptând Morbul lui Pott. Astăzi vom percurge pe scurt, produțiunile morbide ale măduvei, începând tot din afară înăuntru.

1) *Produțiuni morbide și leziuni ale vertebrelor. Hiprostosele sifilitice*, asupra cărora a fost discuțiune, că ele desvoltându-se în corpul vertebrelor nu ar putea da naștere la fenomene de compresiu-ne și după alții (Charcot) în casul când formeză tumori mari, pot comprima măduva.

Artritele sece a articulațiunilor inter apofisare a vertebrelor, ar putea da naștere la simptome de compresiu-ne, fapte cu totul rari. - Charcot citéză o singură observație culésă de Bouchard la Salpetriera, iar Adams care s'a ocupat aparte cu acest subiect, n'a găsit nici un cas de asemenea natură. Cu toate acestea eū vă cites această afecțiune pentru a nu fi străini de dēnsa.

Cancerul vertebral este destul de frecuent, de aceea ne vom opri puțin asupra acestui punct, cu atât mai mult cu cât am avut numeroase autopsii în timpul internatului meu la Salpetriera în 1864, în serviciul d-lui Charcot și Vulpian. Cancerul se desvoltă în țesutul osos al vertebrelor în majoritatea casurilor ca leziune secundară, adică în urma cancerului ficatului, stomacului, rinichilor, etc., ast-fel fiind, nucleii canceroși ce se desvoltă în vertebre pot urma două căi: săū numărul lor e mic și atunci rămân în stare latentă în țesutul osos, când nu asistăm la fenomene de compresiu-ne, săū că nucleii sunt numeroși și ocupă o mare parte din corpul vertebrelor, lamelor și apofiselor, mai mult, vertebrele sufer perderi de substanță din cauza ramolirei acestor nucleii, atuncea vertebrele se turtesc, se apropie unele de altele, trunchiurile nervoase se pot comprima, iar ca consecință vom asista la un tablou de simptome, descris de Charcot sub numele de: *Paraplegie dure-rōsă a cancerosilor*.

Durerile nevralgice în cancerul vertebral (1) a fost numite cu drept cuvînt, *fałșe-nevralgii*, în adevăr aci nu mai avem a face cu o simplă nevralgie, ci cu o adevărată nevrită. Explicațiunea ni se pare că e destul de elementară și bazată pe cercetări anatomico-patologice și pe fapte clinice.

Materia cancerosă pöte pötrunde corpul vertebrelor, le distruge, le reduce volumul pînă cînd substanța ososă lipsită de elemente de rezistență se ramolesce; atunci suntem în fața unui *morb vertebral canceros*, sau în asemenea împrejurări trunchiurile nervoase sufer pe de o parte o nevrită prin apăsarea pur mecanică, iar pe de alta însuși materia cancerosă lucröză asupra nervilor tot ca substanță iritativă. Intr'un cuvînt avem a face cu o nevrită; iar nervii comprimați sunt roșii, și edematiți (Charcot).

Clinicesce observăm asemenea simptome de nevrite ca: Zonă, atrofii musculare, etc.

Eată cari pot fi simptomele, în cazul cînd d. es. cancerul pötrunde regiunea vertebrelor lombare: există *dureri violente* cari sau string partea inferioară a abdomenului în formă de cerc, sau durerile iau drumul nervilor crurali și sciatici, începînd de la origina lor pînă la locul unde acești nervi se termină; în cazul însă cînd vertebrele sunt distruse mai mult într'o parte ca în cea-l'altă atunci vom asista la fenomene de *hemiparaplegie durerosă*; mai mult, dacā lesiunea cancerosă ocupă regiunea cervicală, atunci pe lîngă simptomele descrise mai sus, vom asista la fenomene dureroase din partea plexului brachial sau cervical.

Trebue să deosebiți aceste dureri, de durerile nevralgice ci adesea sunt suportabile; în paraplegia durerosă a cancerosilor, durerile sunt așa de atroce, așa de violente, că bolnavul are senzațiunea penibilă, parcă i-s'ar fi rupt, strivit sau rösucit un os, alte-orî pacienții compară aceste dureri cu mușcăturile profunde, produse de animale. Repet încă o-datā aceste dureri sunt sau în centură, sau pe traectul nervilor (fie plex brachial, cervical, nervii crurali sau sciatici).

(1) Asupra acestui subiect aũ scris: Cazalis L. Tripier (thèse de Paris. Du cancer de la colonne vertébrale et des ses rapports avec la paraplégie douloureuse). Lépine, Charcot, -- (Sur la paraplégie douloureuse et sur la trombose artérielle qui survient dans certains cas de cancer). Layden, (Ueber Wirtkrebs).

Hawkins, -- (Cases of malignant Disease of the spinal Colum.

Tegumentele unde acești nervi și isprăvesc ultimele lor ramificațiuni, sunt așa de sensibile să se găsească într'o stare de *hyperesthesie* exagerată, că cea mai mică atingere exasperază bolnavul.

Durerile sunt aprópe permanente, dar câte o-dată supravin crize așa de teribile că, pacienții nu pot face cele mai mici mișcări. În acest timp mersul devine imposibil, nu din debilitarea muschilor (ce nu sunt atrofiați și n'au pierdut forța lor); dar această debilitate provine din cauza durerilor.

Cu timpul vin și turburări trofo nevrotice ca: zona, atrofii musculare în lungul nervilor dureroși (în mușchii animați de acești nervi), anestezii limitate, etc.

Aceste simptome se arăt de timpuriu și când leziunile înaintază atunci vine și paraplegia propriu zisă, datorită compresiunii măduvei.

2) În țesutul celulo-grăsos ce înconjoară măduva se pot dezvolta producțiuni morbide, cari prin mărimea lor pot comprima măduva, împingând mai mult sau mai puțin dura-mater și dau ca rezultat fenomene de compresiune. Charcot dice: adesea cancerul sinului poate ocupa această regiune; asemenea sarcomele și în deosebi chistele hidatice se pot dezvolta *primitiv* în țesutul celulo grăsos periferic al măduvei. După Traube aci, în țesutul celulo-grăsos, e posibil de a lua naștere și dezvolta abscese, în astfel de împrejurări aceste abscese și tumori au un mers invers, adică din năuntru în afară.

Vom adăoga, — fibromele, mixomele și nevromele ce cresc pe socotela țesutului conjunctiv al nervilor. Aceste noi formațiuni ne mai având loc în canalul vertebral, apasă dura mater și indirect împing măduva în o parte óre-care, iar ca consecințe vom avea a face cu fenomene de compresiune a măduvei spinării.

3) În învelitórele măduvei (meninge) se pot dezvolta *primitiv*. *Sarcome*, tipul fuso-celuloză sau cu celule rotunde (1). *Psamome* ce sunt nise mici tumori calcare, ce se asemănă cu tumorele ce adesea le găsim în stare normală pe suprafața durei-mater a creierului sau pe plexul coroidian.

Pe suprafața dure-mater a creierului, aceste tumori mai tot-d'una sunt mici, și nu produc fenomene morbide. În canalul măduvei

(1) Psamomul este o tumoră compusă din o îngrămădire de materii calcare rotunde sau muriforme această materia calcară e acoperită cu celule late stratificate; acesta este sarcomul angiolic al lui Ranvier și Cornil.

ele pot lua o dezvoltare mai mare, când apasă meningele și indirect măduva iar ca consecință asistăm la simptome de compresiune.

Intre *arachnoidă și pia-mater* (1) se pot dezvolta *echinococi* de diferite dimensiuni cari pot comprima măduva.

4) *În substanța măduvei de și rar*, se întâlnesc o specie de tumori numite *Gliome* ce se dezvoltă în nevrogie, având o consistență molică și coloră cenușie ce se asemănă cu substanța nervoasă. Gliomele (2) au o structură foarte vasculară, din care cauză se poate întâmpla rupturi ale pereților acestor vase și deci, hemoragii mai mult sau mai puțin considerabile, ce se întind în diferite direcțiuni. Charcot ține: nu trebuie a considera aceste hemoragii ca provenind din cauza unei hematomii primitive, acesta fiind o afecțiune cu totul rară.

Tot în substanța măduvei pot lua naștere *tuberculi* solitari, prezența lor aci, ne atrage atențiunea și asupra altor organe ce adesea sunt atinse de *tuberculi*.

Voiu adăoga: *gomele sifilitice și dilatațiunea chistică* a canalului central al măduvei, care dilatațiune împinge până la un punct oarecare din năuntru în afară și substanța cenușie și cordónele nervoase. Gull a observat un cas, bolnavul presenta paresie și atrofia mușchilor membrilor superioare, dilatațiunea fiind în regiunea cervicală.

Pină aici v'am făcut cunoscut anatomia și fiziologia măduvei, paraplegia durerósă a canceroselor, precum și neoformațiunile morbide ce se pot dezvolta în țesutul osos al vertebrelor, țesutul celulo-grăsos perimedular a meningelor și măduvei; rămâne pentru viitoarea lecțiune a vă vorbi despre:

Turburările în motilitate și sensibilitate, hemiplegie, anestesia încrușată. . . , într'un cuvânt despre simptomele ce se lęgă de compresiunea măduvei spinării în general.

Simptome

Vorbind de simptomele ce se înlanțuesc de compresiunea măduvei spinării, — două idei se nasc și se desfășură în mintea noastră: pri-

(1) Dezvoltarea echinococilor între meningele măduvei, a fost demonstrată evident de Bartels și Esquirol.

(2) Gliomele nasc de preferință în substanța cenușie.

ma, turburări în *sensibilitate*, a doua, desordine în *mişcare*, și ele vor fi în raport cu locul unde se află leziunea.

O altă chestiune, nu fără importanță e următoarea: turburările în *sensibilitate* preced turburările în *motilitate*, sau aceste din urmă sosesc întâi?

Din observațiunile autorilor ce au descris această afecțiune, nu putem trage concluziuni de ôre-care precisiune (1). Acest ordin de succesiune este greu a-l determina în starea actuală a lucrurilor, ne trebuie observațiuni numeroase, cari să se refere a-nume la aceste turburări, de și acest punct e secundar în practică, cu toate aceste el nu e fără interes teoretic (Charcot).

Dacă o tumoră apasă egal cele două jumătăți ale măduvei, vom asista, încetul cu încetul, la turburări din partea motilității, fie *pare-sie*, fie *paralisie*; în acest caz desordinele în mers, se arată cele întâi (2); iar *sensibilitatea* rămâne mult timp neatinsă, acesta ține după Laveran, că *sensibilitatea* se conduce numai prin substanța cenușie, ce nu e atinsă, fiind numai cordónele comprimate.

Cu toate acestea eu v'am expus în lecțiunea trecută că, cestiunea nu e așa de netedă și precisă în ceea ce conține transmisivitatea *sensibilității* căci, în urma cercetărilor serioase, fiziologiștii au arătat, că *sensibilitatea* se transmite în afară de substanța *cenușie* și prin *cordónele posterioare și laterale* (3).

«Semnele obiective nu există de cât când tumoră ocupă organele peri — sau paramedulare, cele alte simptome sunt extrem de variate; însă cele mai comune sunt *durerile rachidiene* (4)» (Vanlair).

Basat pe aceste considerațiuni fiziologice precum și pe numeroasele cazuri ce le-am văzut, cred că mai adesea turburările în *sensibilitate* apar înainte; ast-fel tabloul clinic al compresiunii măduvei poate varia după locul și gravitatea leziunii, după distrucțiunea mai întinsă sau mai strânsă a organelor atinse. În general turburările *sensibilității* se manifestă prin: *dureri* a căror intensitate în majoritatea cazurilor sunt violente, *mâncărime*, *pișcături*, *constricțiuni*, etc..., fenomene ce

(1) Oeuvres complètes de J. M. Charcot, loc. cit. pag. 124, a. 1886. Leçons sur les maladies du système nerveux.

(2) Laveran. Maladies du système nerveux, pag. 429, a. 1883.

(3) Clinica No. 13, p. 143. Kalinderu.

(4) Manuel de Pathologie interne par C. Vanlair. (Liège) loc. cit. p. 101, a. 1890.

sunt în legătură cu iritațiunile rădăcinilor nervoase *Anestesit* parțiale, hiperestesii cutanate și musculare; bolnavul are senzațiuni tardive, dureroase și vibrante atunci când i-se pișcă tegumentul său simte răceala în acel loc. Acastă hiperestesia, Charcot a descris-o sub numele de *dysaesthesia*.

Când leziunea ocupă spre es. partea superioară a măduvei, simptomele se pot manifesta prin dureri nevralgice în regiunile occipitală, cervicală, brachială sau intercostală. Leziunea fiind mai jos, es: regiunea dorsală sau lombară, putem asista la nevralgiile crurale, schiaticice...

È de prisos a vă mai reaminti pseudo-nevralgiile canceroase și atrofiile musculare consecutive nevritelor nervilor schiaticii, crurali, etc..., despre cari vam pus în cunoștință în lecțiunea precedentă.

Nu târziu, apar desordini din partea *nervilor motori*, care la început se traduc prin simple *paresii* și mai în urmă adevărate *paralizi*.

Forma de paralizie cea mai frecventă este *paraplegia*, ea ocupă în general membrele inferioare, paraplegie ce se combină adesea cu alterațiunea sensibilității și exaltarea reflexilor rotuliene.

Paraplegia cervicală e mai rară (1), ea consistă în paralisia ambelor brațe, a căreia cauză după experiențele lui Rosenthal (2) e leziunea măduvei cervicale (mielită), după care se observă paralisia membrelor superioare, apoi a celor inferioare, însoțite cu turburări în sensibilitate și exagerarea reflexilor. Cu toate acestea se poate întâmpla paralisia brațelor să fie izolată, adică neînsoțită de paraplegia membrelor inferioare, în urma fracturei sau luxațiunei primelor vertebre cervicale, sau a unui tubercul ce se dezvoltă în substanța cenușie a măduvei (Budd).

Vom adăoga *accidentele dispnoice* datorite compresiunii părții superioare a măduvei, aceste accidente se esplic prin atingerea nervilor frenici, intercostali și cervicalii, conținuți în măduva cervicală și dorsală superioară. Tot aci vom adăoga *sughifele, turburările în deglutițiune, și vrsături acompaniate de dureri* ce pot să se înlănțuască de compresiunea părții superioare a măduvei. În cea ce se referă la *Atacurile epileptice* descrise de Duménil, Leudet, Bouchard..., în compresia măduvei cervicale, aceste atacuri se întênesc destul de rar.

(1) Acastă formă de paraplegie a fost studiată la început de Gull. Guys Hosp. Report IV. 1858. mai târziu de Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, 2-e fascicule, 1873.

(2) Maladies du système nerveux par, Rosenthal publ. 1876 Med. Jahrb. T. IV.

Pentru a nu îngreua studiul simptomelor ce sunt așa de variate în această afecțiune, voi căuta a le divide după locul ce leziunea ocupă, fără a avea pretențiunea, că cea ce expunem e ultimul cuvânt ce s'ar pute zice asupra fenomenelor compresiunii măduvei. Repet încă odată eu vă arăt calea; iar d-vostre veți complecta lipsurile prin observațiuni serioase ce le veți culege la patul bolnavilor.

1) *Simptomele ce se pot observa în procesele morbide ale țesutului celular ce înconjoară meningele măduvei.*

Ollivier (1) cel d'antăi arată că țesutul celular peri-medular poate să se inflameze, independent de duramater, constituind focare purulente limitate sau difuze, cari deslipesesc dura-mater și o împing spre măduvă.

Afară de acesta, țesutul celular peri-medular se poate inflama, în urma supurațiunilor ce se formază afară de vertebre în acest cas; locurile pe unde se propagă inflamațiunea, sunt găurele intervertebrale (Trabe, Manncopt). Ast-fel punctul de plecare poate fi un abces al psoasului, sau un focar purulent între farinx și vertebrele cervicale (Angina Ludovică a Germanilor). Vom enumera asemenea caria vertebrelor despre care am vorbit. Cu alte cu vint avem a face cu o *peri-pachimeningită spinală* (Müller, Rosenthal) sau cu o *pachimeningită externă*. (Charcot). În aceste împrejurări materia purulentă atacă și îngroșă straturile superficiale ale durei mater (2); iar simptomele vor fi aproape identice cu ale *meningitei spinale*, variând după locul ce ocupă leziunea, ast-fel avem: dureri în epolele sau în regiunea lombară, redore în părțile mijlocii sau inferioare a colonei vertebrale, hiperestezii cutanate și musculare, mai mult în membrele inferioare, paresii sau paralisii a acestor membre și chiar paralisii a vesicii. Tote aceste fenomeneacompaniate de o febră neregulată.

2) *Simptomele în neoformațiunile morbide intra-meningee.*

Aci vom distinge: a) *pachimeningita cervicală hipertrofică a lui Charcot* și b) *pachimeningita internă*.

(1) Loc. cit. T. II p. 272.

(2) Pe o secțiune transversală a măduvei se vede în dura-mater afară de stroma de țesut conjunctiv normal, un strat mijlociu fibrelor, presărat cu nuclei și celule fusiforme p. c. și capilare de nouă formațiune. Cu totul în afară se vede un strat granulo-grasos, fără vase și pe cale de transformațiune caseoasă. Wagner (Arch. t. Heilk. 4. II. 1870) Michaud (Sur la méningite de la myélite dans le mal vertébral, 1871.)

a) *Pachimeningita hipertrofică*, consistă într'o îngroșare remarcabilă a durei-mater cervicale pe fața sa internă. Straturile interne proliferază încetul cu încetul și ajunge un timp când această îngroșare poate strânge măduva de jur împrejur, adică circular; în acest timp asistăm la fenomene iritative ca: dureri nevralgice violente la cefă, în membrele superioare, dureri circulare în părțile superioare ale toracelui; apoi vine după două sau trei luni, perioada de paralizie, caracterisată prin paralisia membrelor superioare, însoțită de contracturi și atrofie musculară și mai târziu paralisia membrelor inferioare, însă cu mult mai ușoră.

b) *Pachimeningita internă*. V'am atras luarea aminte în una din lecțiunile precedente (1) că pe fața internă a durei-mater și între meninge pot lua naștere diferite tumori (sarcom, psamom etc.) dacă ele sunt mici și rămân staționare, nu produc turburări în timpul vieții; dar dacă cresc, atunci dau naștere la simptome foarte manifeste.

Când una din aceste tumori apasă spre es. de o lature, jumătate din grosimea măduvei, întrerupând drumul la cerebru prin comprimarea cordónelor laterale și posterioare; în acest cas vom asista la simptome foarte caracteristice, adică: dacă apăsarea se exercită în regiunea cervicală, vom asista la o *Hemiplegie spinală cu anestezie încrucișată*; din contra dacă copresiunea se face în regiunea dorsală sau lombara vom avea o *Hemiparaplegie spinală cu anestezie încrucișată*. Aceste date clinice corespund în mod foarte satisfăcător cu experimentele lui Brown-Sequar pe cari vi le-am citat (în No. 13 din Clinică pagina 149.) Pentru a fi mai clari să esplicăm aceste fenomene.

Hemiplegie spinală cu anestezie încrucișată, ea se datoresce fără îndoială apăsării laterale a măduvei. Inchipuiți-vă că o tumoră apasă jumătate din partea superioară a măduvei cervicale (umflătura brachială explicat. prof. Charcot) în partea dreaptă. Părțile de această parte adică: membrul superior drept, trunchiul și membrul inferior de această parte, vor fi paralizate; (exceptând mușchii superiori locului comprimat) sensibilitatea însă e conservată, poate chiar ușor exagerată, cu puțină rădicare de temperatură.

Părțile aflate în partea opusă (la stânga) începând imediat din

(1) Vezi clinica pag. 121. 1890. Compresia măduvei spinării. Lecțiune-Kalindero.

dreptul compresiunii adică: membrul superior stâng, jumătatea toracelui și abdomenului de această parte, precum și membrul inferior stâng se găsesc în stare de anestezie.

Pentru acest rezon s'a dat acestui simptom clinic numele de *Hemiplegie spinală cu anestezie încrucișată*.

Hemiparaplegie cu anestezie încrucișată. Explicațiunea de mai sus ne va ușura în lămurirea acestei denotațiuni. Pentru acest scop vă arăt aceste deseme ale profesorului Charcot, pe care puteți vedea două tumori, ce apasă jumătatea stângă a măduvei în regiunea dorsală mijlocie.

În acest caz partea stângă, sub această tumoră, adică mușchii abdominali și membrul inferior stâng vor fi paralizați, iar sensibilitatea e păstrată. În partea dreaptă din contra, mișcările sunt perfect conservate și în mușchii abdomenului și în membrul inferior drept; dar (pe o linie transversală imediat în fața locului comprimat) toate părțile aceste vor fi anesteziate adică avem o: hemiparaplegie (1) cu anestezie încrucișată. Un asemenea caz din fericire, îl avem astăzi în serviciul nostru, bolnavul din sala No. 8, atins de morbul lui Pott și pe care d. dr Luca îl va publica, cu ocaziunea espunerii compresiunii măduvei în această afecțiune.

În orice caz, nu trebuie a lua aceste fapte în mod cu totul matematic, căci leziunea mai nici odată nu rămâne limitată la locul unde ș'a luat naștere, ea se poate întinde și în sus și în jos sau de de o dată în amândouă direcțiunile.

În majoritatea casurilor sub leziune, se întinde un proces de sclerosă și dacă sunt comprimate spre es: cordónele laterale atunci vom avea o sclerosă descendentă a acestor cordóne când, asistăm la contracturi permanente, trepidație etc. în membrul corespondent. Dacă leziunea de la acest cordon trece și coprinde córnela anterioară de aceeași parte, atunci supra-ven atrofii musculare a părților aflate de desubtul locului comprimat.

În fine, după cum leziunea se întinde în cutare sau cutare punct a substanței cenușii, vom avea a face afară de aceste simptome și cu alte turburări trofice ca escare, etc....

(1) Hémiparaplégie déterminée par une tumeur qui comprimait la moitié gauche de la moelle épinière (Archives de physiologie t. II, p. 29).

3) *Simptomele în cazuri de tumori intra-medulare.* Sunt unele tumori ce au origina în meninge, adică neoformațiunea nasce pe fața internă a durei-mater și crește în substanța măduvei. În acest caz asistăm la fenomene aproape identice cu cele descrise la paragraful No. 2.

Când tumorile nasc în parenchimul măduvei, simptomele sunt așa de variate în cât nu putem a le da o descripțiune magistrală; trebuie încă să vă reamintesc că, leziuni de asemenea natură le întâlnim foarte rar; de acea voi istorisi câte-va cazuri citate în știință. Hutin(1) în 1835, găsi la un bătrân mort cu fenomene de paraplegie și dureri, o tumoră fibroasă în centrul măduvei în regiunea lombară.

Brown-Séguard(2), la un bolnav atins de înțepenirea ceței, slăbirea brațului stâng, și a gambei de aceeași parte, găsi la autopsie la partea inferioară a măduvei cervicale, un cancer de mărimea unei alune.

Schüppel(3) în 1865 publică o observațiune foarte interesantă asupra unui *Gliom ce l găsi în jumătatea dreaptă a regiunii cervicale inferioare.* Bolnavul în vîrsta de 50 ani, suferea în viață de înțepenela gâtului, spetelor și jumătatea dreapta a corpului era paralizată.

Tuberculii primitivi ai măduvei sunt rari. Lebert(4) face o statistică din care reese că, între 15 și 25 ani se pot desvolta mai mult tuberculii. În cazul când exist, acești tuberculi provoc prin compresiune, inflamația și ramolirea substanței medulare, de aci se întinde la meninge, putînd da nascere unei meningite spinale.

În cazul când tuberculul e unilateral și circumscris, putem asista la paralisie unilaterală cu anestezie încrucișată.

Gull(5) în 1858 găsi la necropsia unui copil de opt luni un tubercul la partea interioară a regiunii cervicale. Micul pacient prezenta în timpul vieței, redorea ceței, capul întors îndărăt, paraplegie cu contracțiuni spasmodice.

În lecțiunea viitoare vom continua compresiunea măduvei în morbul lui Pott.

(1) Gottschalk's Samml., II. Bd. 1838.

(2) Cours. Of. Lect., 1860. Brown-Séguard.

(3) Arch. d. Heilk., VIII. Bol. 1877. Schüppel.

(4) Traité d'anat. path. t. II. Lébert.

(5) Guy's Hosp. rep. 1858. Gull.

COMPRESIA MĂDUVEI ÎN MORBUL LUI POTT.

Prezența în serviciul nostru a bolnavilor N. R. Porcaru și M. Șeck 'mă dă ocaziunea de a vorbi asupra acestei afecțiuni. O dată cu această pun la dispozițiunea d-văstră secțiunii de măduva spinării, la care veți vedea leziunile anatomo-patologice ce se pot înlănțui de această maladie. În fine, vom considera această lecțiune ca o urmare a celor două prelegeri precedente, relative la compresia măduvei.

Istoric. Numele chirurgului engles *Percival Pott* se găsește în strînsă legătură cu alterațiunea tuberculósăa vertebrelor. El, pentru întâia dată publică în 1779 și 1783, două memorii, în care descrie clinicesc turburările nervóse precum și tratamentul acestui morb, prin cauterisațiunii; iar urmașii l-au onorat identificând bóla cu numele lui (1).

Tot în anul 1779, *David François* descrie tratamentul, prin repaus, decubitul orisontal ca cel mai rațional (2).

Mai în urmă, bătrîniș chirurgi a acestui secol: *Delpech* (1816), *Nichet* (1835 și 1840), *Nelaton* (1836), descrieră nu numai clinicesc această maladie; dar arătară cu probe anatomo-patologice că, morbul lui Pott e de natură tuberculósă (3).

Louis în scrierea sa: *Recherches sur l'état de la moelle épinière dans la carie vertébrale*, în *Mémoires ou recherches anatomo-pathologiques sur diverses maladies* (p. 410) . . .

Ollivier (d'Angers) în cercetările sale: *De la moelle épinière et de ses maladies* . . . Acești două autori au pus în evidență leziunile anatomice, dându-le o adevărată interpretațiune (4).

(1) *Lannelongue*, *Léçons sur la tuberculose vertébrale* p. 3. a. 1888 descrie magistral Morbul lui Pott: Primul memoriu a fost tradus din limba englesă de dr. M., în *Ouvres chirurgicales* t. III, a. 1792; al doilea memoriu a fost tradus tot în acelaș an.

(2) *Sur les effets du mouvement et du repos en chirurgie*. F. David.

(3) *Nichet* și *Nelaton* se inspirară de la doctrina lui *Laennec* îi făcură din tuberculosa osósă, cea ce autorul *Tratatului de auscultatiune* a făcut pentru tuberculosa pulmonară.

(4) Timp aprópe de 50 ani, doctrina lui *Laennec* a fost combătută, doctrină ce susținea unitatea specificității tuberculosei pulmonare; această discuțiune o dată rezolvată, ea a fost din nou ridicată asupra tuberculosei óselor, ast-fel opiniunile lui *Delpeche*, *Nichet* și *Nelaton* au fost viú combătute de numeroșii autori cari considerău *necrosa* și *caria* vertebrală în morbul lui Pott, ca bóle aparte (entități morbide); iar nu ca avënd una și aceeași cauză.

În 1871 Michaud, elev al Profs. Charcot scrise tesa sa : *Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral*, lucrare plină de merite Türk (1) Leyden (2) Gull (3), conplecteză cu cercetările lor minuțioase aprópe tot ce s'a putut dice asupra morbului lui Pott.

Unul din elevii facultăței nóstre, dr. Ștefan Olchowski (4) sub impulsunea Profs. Sergiu scrise tesa sa asupra : Compresiunei lente a mēduvei spinării.

Am făcut acest scurt istoric, avēnd importanță mai mult din punctul de vedere doctrinal, în cea ce se referă asupra unității specifice a acestui morb; cu alte cuvinte una și aceeași cauză provócă tuberculoza pulmonară și tuberculoza osósă, adică bacilul lui Koch.

Alterațiunile meningelor și a mēduvei. În prima nóstră lecțiune asupra compresiunei mēduvei, am expus pe larg destrucțiunile óselor în acéstă afecțiune, rămâne astăzi a continua a parte cu alterațiunile meningelor și a mēduvei. Înainte de a vorbi asupra acestei chestiuni țin a vė pune în cunoștință următoarele : sunt bolnavi cari cu tótă gravitatea distrucțiunilor osóse, nu aū nici o turburare în mers, din contra, alții aū aparenta că leșiunile patologice nu sunt așa înaintate, cu tóte acestea fenomenele paralitice sunt fórte manifeste; decí nu putem judeca leșiunile după gradul mai mare saū mai mic al gibosității.

Bolnavii noștri de și nu aū o încovăere însemnată a colónei vertebrale; cu tóte acestea ambii presint fenomene de paralisie.

Mai mult, se citéză casurí la cari nu observăm nici diformație, nici gibositate; dar exist simptome de compresiune. Acestea se datoresc fără indoială vre-unui absces ce se desvoltă în canalul colónei vertebrale.

În general compresia mēduvei începe atunci, când apare gibositatea și se datoresce în majoritatea casurilor la : îndoirea axului vertebral, abscesului ce se forméză la unghiul intrând saū pachei meningitei ce nasce în acest loc. Mai rar se întēplă ca o bucată de vertebră ruptă, se împingă mēduva din nainte îndărăt.

La locul unde vertebrele sunt necrosate saū ramolite, se forméză

(1) Ueber secundare Erkrankung etc.... 1851 și 1853. Comptes rendus de l'Acad. de sciences de Vienne, Mars et Juin. Turck.

(2) Die grave Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. Berlin. Leyden.

(3) Observations de paraplégie. Gull 1856.

(4) Studiū clinic asupra compresiei lente a mēduvei spinării.

Tesă No. 196, Bucuresci.

afară de abscese tuberculóse, muguri fongoși cari apasă la rîndul lor mēduva. Lannelongue consideră abscesele aprópe ca singurele cause ce produc compresiunea; ear pachimeningita lui Charcot se întēlnește mai rar.

«Apāsarea mēduvei prin abscese nu este numai o simplă vedere a spiritului, basată pe considerațiuni pur teoretice; ea se sprijinesce pe fapte clinice probante. Cea mai mare parte de chirurģi, au observat cāte-o-dată cā, dupā deschiderea abscesului prin congestiune in morbul lui Pott, parālisia membrilor inferióre a dispărut» (1).

Cu tóte acestea procesul patologic nu se opresce aci, el își continuă mersul și ajungēnd la meninge, le póte ulcera și chiar ramoli.

Delpech în scrierea sa (2) *Traité de maladies réputées chirurgicales* arată cā, ulcerăriunile membranelor se datoresc ramolirii tuberculelor ce se află în aceste membrane, saū materia tuberculosă se infiltréză în țesutul durei mater, când fața internă a acestei membrane, ce în aparență pare a fi sánětósă, în realitate este ramolită și friabilă (Ollivier d'Angers); iar pe dinafară, duramater e acoperită de țesut fongos constituind cea ce Michaud și Charcot a numit Pachimeningită externă.

Fungositățile pot înconjura duramater, de ordinar însă ocupă părțile anterióre și laterale.

Rare ori aceste produțiuni se localiséză la locul distrucțiunii vertebrelor, mai adesea se urc și se scobor, în sus și în jos.

De la fața externă, procesul patologic se întinde la fața internă a durei-mater, constituind pachimeningita internă, caracterisată prin disociarea stratelor durei mater, unde în părțile séle cele mai profunde se găsese o infiltrație foliculară și mici focare ce au suferit deja degenerarea caseósă. Într'un cuvint avem o lesiune produsă prin năpădirea tuberculosei în stratele cele mai infime a durei-mater, adică o infiltrațiune cu granulațiuni tuberculóse.

Aci ca și la fongositățile exterióre, lesiunile se pot întinde în partea superióră și în cea inferióră.

Granulațiunile tuberculóse sunt adesea mult mai numeroșe în jurul vaselor ce se găsesc pe fața internă a durei-mater (Babeș.)

Care e rezultatul acestor alterațiuni a meningelor? Pentru a nu

(1) Lannelongue, *Deuxième leçon* p. 110 loc. cit.

(2) T. III, p. 646. loc. cit.

prelungi discuția, vă vom spune că: dura-mater se îngroșe; iar această desvoltare dă ca consecințe, fenomene de compresiunea măduvei.

Repet și aci, că măduva în acest cas e comprimată nu numai într'un punct ci adesea într'o întindere de 2—3 c. m. (Lannelongue). Pentru a fini cu leziunile meningelor îmi rămâne a vă da încă o mică explicațiune:

Măduva în general e comprimată de dura-mater mai adesea în partea anterioară și laterală, dar s'au descris casuri la care ea s'a găsit strangulată de jur împrejur (Charcot.)

La secțiunile noastre microscopice, dura-mater suferă o ușoară îngroșare mai mult în părțile antero-laterale.

Leziunile măduvei. Orî-care ar fi modul de compresiune, măduva suferă la locul unde vertebrele sunt stricate, un proces iritativ, adică se inflamază; cu alte cuvinte suntem în fața unei mielite, ce se întinde la cordónele nervóse și la substanța cenușie, constituind cea ce numim mielită transversă. Substanța măduvei poate se și pérdă din consistență, ajungând la ramolire și chiar difluență. În casurile vechi din contra, ea este câte odată dură și fibrósă (Lannelongue.)

Volumul măduvei poate fi micșorat; într'un cas observat de Ollivier, acest volum «era redus la jumătate» (1).

Vă fac atenți asupra unui fapt: procesul patologic nu se localisă, ci în generalitatea casurilor, încep de la focarul principal sclerose ascendente și descendente a cordónelor nervóse.

În resumat avem: un proces primitiv inflamator la locul distruceții adică, o mielită transversă, și consecutiv leziuni secundare scleróse ale cordónelor.

Aceste fapte a fost observate și descrise de Cruveiller (2), Türck (3) Bouchard (4), Charcot (5) și alții.

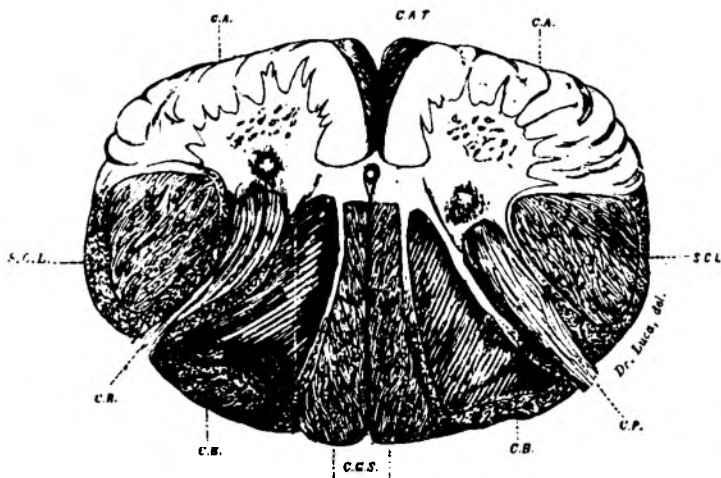
(1) Ollivier (d'Angers), loco cit. Obs. II, p. 361.

(2) Anat. path., liv. XXXII p. 15. Cruveiller.

(3) Ueber secundare Eirkrankung, comptes, rendus de l'Acad. des. sciences de Vienne 1851 et 1853. Türck

(4) Arch. gén. de méd., 6-e série 1866 I. I și II. Bouchard.

(5) Anat. path. du syst. nerveux VII leçons. Progr. méd., 1879 p. 825.



Secțiune de măduvă din regiunea Dorsale superioară, într'un cas de Morbul lui Pott. Bolnavul a prezentat la început fenomene de paralizie și contracturi, în membrele inferioare.

C. A. T. Cordónele anteriore (Türk).

C. A. Córnele anteriore.

S. C. L. Sclerosa cordónelor laterale.

C. R. Córnele posteriore.

C. B. Cordónele lui Burdach, cu început de sclerosă.

C. G. S. Cordónele lui Goll sclerosate.

Acéstă figură este reproducțiunea unei piese, adunată de mine chiar în timpul când d-nul profesor Ch. Bouchard făcea memoriul său asupra scleroselor medulare; eram împreună internii la doctorul Charcot, la spitalul Salpêtriera în 1865, și am avut ocazia să studiez la rîndul meu starea măduvei în urma compresiunii, fie în cancerul vertebral, fie în morbul lui Pott.

Acéstă piesă ne reprezintă o mielită transversă cu sclerosă ascendentă și descendentă, cari în preparație se vîd sclerose mai mult sau mai puțin pronunțate și foarte evidente chiar cu ochiul liber, mai cu sémă a cordonului piramidal încrucișat. Cordonul cerebelos direct sau al lui Flehsig este atîns, asemenea cordonul lui Goll și mai puțin acela al lui Bourdach; există dar aci alterațiuni cari coprink semicercul posterior a circumferinței mădule, fără ca partea sa anterioră să fie modificată.

În timpul vieții am observat: paralizii, în urmă contracturii în membrele inferioare, în raport cu alterațiunea cordónelor piramidale,

atinse de sclerosă descendentă; iar sclerosă ascendentă a cordónelor posterioare și al lui Flehsig, nu s'aũ tradus prin nici un simptom în timpul vieții.

Nervii pot fi alterați în întinderi mai mult sau mai puțin depărtate de origina lor; ast-fel putem țice,—rădăcinele lor în meninge sufer aceleași alterațiuni ca și substanța măduvei, de aci nervii până ce se din găurile de conjugațiune se găsesc adesea în fața fungosităților și a absceselor reci despre cari am vorbit. Din această cauză asistăm în timpul vieții la simptome din partea diferiților nervi, ca: crurarilii, sciaticii, plex cervical, brachial, marele simpatic, pneumo-gastric, etc. după cum aceștia sunt în raport cu diferite focare tuberculose.

«Țesutul nervilor și pereții arterilor resist infiltrațiunii tuberculose, dar materia caseosă provocă iritațiuni intersticiale, inflaméză țesutul nervilor; ear pereții ce separă fasciile și tubii nervoși se vasculariséză și devin locul unei proliferațiuni embrionare, cari mai târziu se sclerosază». (Lannelongue). Intr'un cuvint avem pure nevrite. Acestea țice, să trecem la observațiunile bolnavilor noștri. Vom enumera pe rând toate simptomele ce presint, rămăinda complecta descrițiunea acestei maladii, cu ceea ce eũ am avut ocasiunea a vedea și observa.

OBSERVAȚIA I

de dr. Luca, șef de clinică.

Infiltrația tuberculosă a pulmonilor. Morbul lui Pott în regiunea dorsală, cu deviația la dreapta, însoțit de paraplegic mai pronunțată a membrului inferior drept, epilepsie spinală, turburări în micțiune, defecațiune, — fenomene de hemiparaplegie spinală cu anestezie în cruciată.

Pacientul N. R. Porcaru, de 36 ani, națiune român, profesie plugar, din comuna Poena-Lungă de sus, Jud. Dâmbovița, intră în serviciu la 31 Maiu 1890.

Anamnesă. Din cele ce ne isto-risesc rezultă că tuberculosa nu a existat în familia lui, nici la ascendenți, nici la colaterali.

Neagă esistența sifilisului; dar pare că a fost infectat, căci soția sa a născut șese copii, din cari cei trei de la început au fost abortați; afară de acesta a servit în armată ca militar permanent, într'un regiment de linie, ce staționa în Galați; mai mult, acolo îmbolnăvindu se o dată, a fost tratat în spitalul militar cu unsori negre (probabil ung. mercurial).

A suferit de intoxicațiune palustră două ani consecutivi după liberare. Nu trecu mult și a suferit după cum spune dânsul, de o pleurită sau o pneumonic, acésta s'a întâmplat în 1888, de atunci a început să tușescă puțin câte puțin, fără a'i da atențiune.

Nu mult după acésta începu să simță junghiuri în membrele inferiøre, mai mult în membrul drept, până în tómnă anului 1889, în ziua de 1 Octombree,—voind a se scula din pat, simți că picioarele nu'l mai servesc, și cel drept aprópe cu totul móle, când fu nevoit a se sprijini pe un baston și pe piciorul stâng, care era amorțit.

La 2 Octombree avu o sensațiune penibilă în tótă lungimea membrului inferior drept și în mușchii abdominali de aceiași parte: «mi se părea că mă arde, întépă, furnică, pe aceste locuri.» De atunci fenomenele s'aũ accentuat mai mult, piciorul drept 'l tărăe, junghiurile vin prin intermitență; iar în luna lui Maiũ acelaș an, vedënd că acest membru începe a svácni, acésta stare 'l spăimînta și il sili să intre în cura spitalului la 31 Maiũ.

Starea presentă. Constituție robustă, inteligența clară, forțele slăbite, apetitul diminuat.

Atenția ne e atrasă asupra toracelui și a motilității.

Prin percuție, aflãm,—sub matitate la ambele vêrfuri, mai pronunțată la vêrful pulmonului drept, unde la ascultare, se aud raluri umede și din când în când cracmente. Respirația aspră, expirația prelungită și rezonanța vocei se transmite cu ușurință.

Sputa în mică cantitate, examinând-o în două rinduri, am aflat bacilul lui Koch.

Colóna vertebrală, începënd de la partea superiöră a regiunii dorsale (cam la a 4-a vertebră) presintă o ușöră scosătură, cu deviație spre dreapta, cu cât ne coborâm pe acéstă regiune, de la 6 — 9 apofisă spinósă, aci curba are punctul culminant; iar proeminența osósă este cu totul ascunsă sub mușchii dorsali drepți; ceea ce face ca în locul apofiselor spinóse dorsale să rămăe o adâncătură. *Cordul normal.* Arterele radiale sclerosate. Splina hipertrofiată.

Sensibilitatea generală. Pe față, trunchiu și membrele superiøre, sensibilitatea la tact, durere și temperatură conservate. Cercetând sensibilitatea mai departe, asistãm la fapte destul de curiöse și interesante: Pe mușchii abdominali din dreapta și pe spate, începënd din dreptul vertebrei a 6-a dorsale în jos, bolnavul dă semne de durere la cea mai

uşoră atingere, dacă înţepăm membrul inferior drept, (comparat cu cel stâng), pacientul simte o durere exagerată; din contra în partea stângă şi imediat sub a 6-a vertebră, totă partea acesta cu membrul inferior sunt amortite (anestesiaste).

Cu alte cuvinte la dreapta avem heperestesia, la stânga anestesia.

Motilitatea. Uşoră paresie în membrul inferior stâng, completă paralisie în cel drept.

Eū cred că acest cas presintă o importanţă mare şi acesta din cauza rarităţii; la el observăm simptomul descris de Charcot sub numele de hemiparaplegie cu anestesia încrucişată.

La cea mai mică oboselă observăm trepidatiune şi contracturi în membrul inferior drept.— Reflexul acestui genunchiū, exagerat, celopus normal, mai mult, membrul paralisat are tendinţa la încrucişare.

La 20 zile după intrarea în spital, bolnavul începu sa aibă turburări în micţiune şi defecaţiune, când apăru dureri în lungul nervului sciatic.

În acest cas avem a face cu multă probabilitate cu compresiunea jumătăţii drepte a măduvei spinărei în regiunea dorsală, că leziunea această s'a întins şi la cordónele posterioare producând o sclerosă secundară descendentă şi ascendentă.

OBSERVAȚIA II

de dr. Luca, șef de clinică

Infiltrațiune pulmonară cu ramolismen. Alterațiune tuberculósă a vertebrelor, Cyphosă cu fenomene de compresia măduvei. Presența bacilului lui Koch în spulc. M. Şeck. birtaş, în vîrstă de 50 ani, națiune israelită, de loc din com. Peatra jud. Neamţu, intră în cura spitalului, 6 Marte 1890.

Anamnesa. Nu putem pune nici o basă pe cele ce ne istorisesc. Acest israelit de şi destul de inteligent,—la întrebările ce'i facem,—răspunde tot-d'a-una cu un fel de frică, avînd în mintea lui idea că, daca va spune totul, bóla va fi mai grea şi noi nu'l vom putea vindeca; ast-fel ne esplică cum părinţii lui aū fost sănătoşi; dar tatăl său i-se pare că tuşa. Are trei copii sunt bine, «numai, unul D-le Doctor e slăbuţ şi nóptea asudă; dar măsă 'i schimbă rufele, nu 'l lasă așa murdar.» Ar fi avut un şancăr fără manifestaţiuni secundare. Într'un cuvînt nu găsim nimic sigur ca ereditar şi nici vre-o bóla infecţiosă an-

terióră. Ocupația lui de cârciumar pare că ja ucat un rol mare, în cea ce se referă la starea lui actuală slăbindui organismul.

Starca presentă. Constituție mijlocie, etatea lui pare mult mai înaintată ca în realitate, — e alb ca zăpada. Arteriile radiale sclerosate, mai mult cea dréptă; asemenea și arteriile temporale.

Atențiunea ne e atrasă asupra toracelui la care prin inspecțiune, găsim în lungul colónei vertebrale, acolo unde se împreună regiunea lombară cu cea dorsală, o proeminență ososă, având mărimea unei nuci, ușor ovală, fără marginii bine determinate, nedurerósă la pipăit, și a căria durată ar fi din iarna anului 1889. (cam de 7 luni).

Apăsând apofisele spinóse în lungul colónei, bolnavul dă semne de durere la locul gibosităței; observăm asemenea un fapt curios, adică: rămâne o linie dermografică, de colóre roșie deschisă cu margini bine limitate, această linie apare imediat după apăsarea cu degetul pe apofisele spinóse și se întinde de la regiunea cervicală superióră până în dreptul gibosității, când de-o dată dispare

Toracele presintă o deviațiune de la drépta spre stânga și mult mai desvoltat la stânga, cu totul turtit și părțile inferióre, unde e sucit de la drépta spre stânga și în sus, în acest loc tótă partea e mai mărită. Epoletul stâng se află aședat pe un plan mai superior ca cel din drépta.

Percuția. Matitatea la ambele virfuri, mai, pronunțată la drépta în fosa supra spinósă, în acest loc prin *auscultație* auđim un suflu amforic; vocea se transmite cu ușurință și când bolnavul respiră profund, simțim impresiunea unei caverne ce s'a golit.

La partea anterióră, sub clavicula dréptă, se aude ralură umede numeroase, cracmente și ganguilmente.

Sputele esaminate de dr. Luca, aũ confirmat diagnosa prin prezența bacililor lui Koch.

Cordul normal, nici un suflu la focarele de auscultație.

Sensibilitatea generală puțin alterată—, la durere și căldura întârziata pe membrul inferior drept.

Membrele superióre, presintă musculatura normală, bine desvoltată și conservată, la dynamometru observăm acelaș număr la ambele membre. Unghiile desvoltate, curbe convex, par că ar fi nisce jumătăți de coji de alune, adică aũ tipul hypocratic.

Sensibilitatea la tact, durere, temperatura conservată pe aceste părți p. c. și pe fața anterióră a toracelui.

Membrele inferioare. Mersul încet, greoiu și din când în când are dureri pe traectul cruralului și sciaticului, dureri ce au venit o dată cu aparițiunea gibosităței. Ambele membre sunt paraplegice, mai mult însă cel drept, pe care'l rădică cu mare greutate și îl târesce.

Reflexul genuchiului drept abolit.

Reflexul » stâng exagerat.

Sensibilitatea la tact conservată.

S. » » durere {
S. » » căldură } întârziată

Muschi gabei stângi mai atrofiați ca cei drepiți, având o diferență de $1\frac{1}{2}$ c. m. în circomferință.

Prin compasul lui Weber obținem:

Pe gamba dréptă: bolnavul simte cele două vîrfuri la 15 c. m.

G.... stângă 10 c. m.

Piciorul drept (fața dorsale) 11 c. m.

Piciorul stâng 9 c. m.

Cópsa dréptă 40 c. m.

C.... stângă 32 c. m.

Aceste cifre comparate cu numerele obținute în stare normală cu compasul lui Weber și cu acele obținute la bolnavul nostru, reese evident că, sensibilitatea e mult mai atinsă la drépta ca la stânga.

În resumat, avem a face cu un tuberculos, diagnosa confirmată prin prezența bacilului lui Koch. De sigur acest pacient suferă de afecțiune pulmonară de mai mult timp.

Infiltrația vertebrelor prin foliculii tuberculoși e mult mai recent: Aparițiunea gibosităței e înlănțuită cu durere în membrele inferioare.

Apare la început paralisia, semn al sclerosei cordónelor laterale, apoi reflex exagerat în membrul stâng.

Incordonarea în mers și abolirea reflexului genuchiului stâng sunt semne probabile de început de sclerosă a cordónelor posterioare.

Cu tóte că aceștidouă bolnavi presintă simptome destul de variate, nu vè dă însă tabloul clinic ce'l putem observa în majoritatea casurilor în morbul lui Pott; de acea voiú căuta a sistematiza simptomele și adăoge fenomene ce mai putem intêlni în acéstă afecțiune.

Pentru a termina acest subiect, vè voiú atrage luarea aminte asupra altor simptome cari sunt mai mult sau mai puțin manifeste, după cum leziunile ocup anumite regiuni. Astfel la cei doi bolnavi din serviciul

nostru procesele tuberculose erau în regiunile dorsale și dorso-lombare și acestea sunt regiunile unde mai des veți întâlni distrucțiunea vertebrelor și gibositatea; cu toate acestea morbul lui Pott poate ocupa și partea superioară și cea inferioară a coloanei vertebrale.

Voi începe deci a vă expune pe scurt simptomele acestei bóle după regiuni :

1) *Morbul lui Pott în regiunea sub-occipitală.* Simptomele se traduc și corespund cu alterațiunile bulbare, de aceea și sunt de o gravitate mare. Cări sunt vertebrele atinse în această regiune? Dacă ne vom țin strict de clasificățiunea după regiuni, atunci vom răspunde că: condiliile occipitalului, atlasul, axisul și articulațiunile ce le unesc, sunt atinse de tuberculosă; această ar fi o regulă, însă d-v. știți că procesul tuberculos nu prea are tendința a se localisa, ci se întinde și la cele-alte vertebre, ast-fel poate pe de o parte câștiga cele din urmă trei vertebre cervicale; iar pe de alta, leziunile trec de la condiliile occipitalului la apofizele basilare și așa mai departe (1).

În ceea ce se referă la leziunile anatomo-patologice, nu mai insist, de óre-ce le-am descris la începutul acestui subiect. Vom avea și aci țesutul osos rarificat, ramolit, plin cu fongosități, alte-orî degenerări grasose, câte-odată atlasul se necrosază, dând naștere la unul său mai multe sequestre, alte-orî fongosități se resorb, aducând după sine disparițiia totală a arcului vertebrelor, etc.

În orî-ce cas nu pot trece cu vederea un punct important, adică în ceea-ce concerne leziunile ligamentelor ce lęgă între ele ósele bolnave; ast-fel ligamentele solide ce lęgă apofisia odontoidă cu occipitalul, năpădite de fongosități și focare tuberculose, încetul cu încetul se slăbesc și când procesul patologic pătrunde până la virful acestei apofise, atunci ligamentele se deslipesc și chiar dispar cu totul;

(1) Morbul sub-occipital, având o gravitate mare, a făcut atentiv pe mulți observatori, ast-fel găsim în cartea lui Hippocrat «Epidemiile» unde descrie o angină particulară, la care vertebrele cervicale se luxază, se infundă îndărătul gâtului și bolnavii adesea mor foarte repede.

În colecțiunile de tесе medico-chirurgicale ale lui Haller se găsesc două lucrări importante asupra «luxațiunilor spontane» a atlasului și axisului.

Vom menționa pe Tader și Schmidt (1737). Ascemenea descrițiunea lui Rust în *Arthrokakologie*. În urmă Bérard (1829) a reunit toate observațiunile anterioare. Cooper, Chassaignac Lawrence (1837) au scris asupra acestei chestiuni. Ca lucrare mai nouă putem cita tesa lui Mahmoud și lucrarea lui Lannelongue.

Vom nota un fapt: mai toți acești autori au descris la un loc artritele sub occipitale și tuberculoza vertebrelor, fără a le distinge una de alta.

acelaş lucru se p \acute{o} te \acute{i} nt \acute{e} mpla şi ligamentelor transverse. Şi ce rezultă din ac \acute{e} stă distruc \acute{i} une? Capul nu mai e ținut pe trunchi \acute{u} de c \acute{a} t de muşchi \acute{i} cefe \acute{i} şi cei din prejur. Dar cu timpul şi aceşti muşchi sunt ataca \acute{i} de focare tubercul \acute{o} se, perd din rezisten \acute{a} lor şi ast-fel suprafe \acute{c} ele articulate ne mai fiind sus \acute{i} nute, se lux \acute{e} z \acute{a} c \acute{a} nd sosese termenul fatal,—m \acute{o} rtea,—care adesea e instantanee. Vom vedea numai de c \acute{a} t care e cauza c \acute{a} m \acute{o} rtea vine \acute{i} n c \acute{a} te-va secunde.

S'a \acute{u} descris mai multe variet \acute{a} ţi de luxa \acute{i} une a occipitalului cu atlasul (1), — \acute{i} nainte, \acute{i} nd \acute{a} r \acute{a} t — şi (2) oblic, precum şi luxa \acute{i} unea atloido-axoidien \acute{a} cu variet \acute{a} ţile: luxa \acute{i} ie incomplet \acute{a} prin \acute{i} nclina \acute{i} une, bilateral \acute{a} şi unilateral \acute{a} . Cea mai frecuent \acute{a} este atloido-axoidien \acute{a} ; din 32 casuri s'a g \acute{a} sit de 27 ori (Lannelongue).

Simptomele sunt destul de variate, ele \acute{i} ns \acute{a} se pot manifesta prin turbur \acute{a} ri din partea \acute{o} selor şi articula \acute{i} iei lor, precum şi prin fenomene multiple ale sistemului nervos.

Primele simptome apar de ordinar din partea \acute{o} selor şi articula \acute{i} ielor; ele se traduc prin dureri locale, apoi se iradiaz \acute{a} , mişc \acute{a} riile capului se \acute{i} ngreuiaz \acute{a} c \acute{a} nd ica o atitudine vici \acute{o} s \acute{a} , mai urm \acute{a} se observ \acute{a} c \acute{a} c \acute{e} fa se tumefiaz \acute{a} .

Durerile sunt s \acute{a} u spontanee, s \acute{a} u provocate; \acute{i} n cazul \acute{a} nt \acute{a} i \acute{u} asist \acute{a} m la adev \acute{e} rate nevralgii, cari adesea sunt localizate la locul unde exist \acute{a} focarul tuberculos, alte-ori se iradiaz \acute{a} din partea superi \acute{o} r \acute{a} a cefe \acute{i} la p \acute{a} rţile laterale ale capului, g \acute{a} t şi epolete (3).

\acute{I} n cazul al doilea, provoc \acute{a} m singuri durerile pentru a explora partea atins \acute{a} . Ating \acute{e} nd cu degetul şi exercit \acute{a} nd o uş \acute{o} r \acute{a} ap \acute{a} sare pe diferite puncte ale g \acute{a} tului, putem determina anumite locuri unde ar exista altera \acute{i} unea. De ordinar aceste puncte sunt: foseta sub occipital \acute{a} , apofisa spin \acute{o} s \acute{a} a axisului, apofisele transverse ale atlasului şi sub-apofisele mastoidiene.

Explora \acute{i} unea cu degetul \acute{i} n fundul farinxului, ne d \acute{a} adesea bine indicii, simţind aci o tumefac \acute{i} une \acute{i} ns \acute{o} ţit \acute{a} de durere.

(1) B \acute{e} rard et Ollivier d'Angers loc. cit. obs. XXXII Sandifort trei observa \acute{i} ii.

(2) Lawrence. Med.-Chir. Transactions t. XIII. 2-e partie, p. 387, traduit en Œuvre chirurgicales d'Ast. Cooper, par Ch'haissaignac et Richelot.

(3) Aceste dureri se esplic prin dispozi \acute{i} ia anatomic \acute{a} a nervilor acestei regiuni ast-fel: marele nerv sub occipital trimite ramifica \acute{i} unile sc \acute{e} le la tegumentele jum \acute{e} t \acute{a} ţei posterio \acute{e} r \acute{e} a capului, br \acute{a} nşele cutanate a plexului cervical se duc la g \acute{a} t, partea superi \acute{o} r \acute{a} a toracelui şi a epolete

Cu timpul, un grup de mușchi ai gâtului său ceței intră în contracțiune, ast-fel că nu mai permit capului de a face mișcări de rotațiune și flexiune, dându-i o înfățișare cu totul viciasă înclinat lateral, — în flexie sau extensie,—după cum mușchii contractați domină peste cei ce se află în stare normală.

Dacă bolnavul voesce a privi un punct óre-care, atunci el ține capul fix și numai ochii îi mișcă, când 'l punem să se uite îndărăt,—se întorce cu totul, asemenea când se plécă să apuce un obiect de jos, el îndoesce cóspele și genuchile, fără a 'și înclina trunchiul.

Réul însă, nu se opresce aci și nu mult timp după acesta, asistăm la alte fenomene din ce în ce mai grave. Pacientul nu mai póte comanda mișcările capului, care devine o greutate pe corpul lui.

Observă cu cea mai mare atențiune mișcările ce face. Dacă se culcă sau se scólă 'și apucă capul cu amândoué mâinele, și în cazul când membrele superióre sunt paralisate atunci rógă pe alții a-í susține capul. Mai în urmă bolnavul rămâne în decubitul dorsal și în acest timp se fac și luxațiunile despre cari v'am vorbit mai sus.

Simptomele din partea sistemului nervos se refer în generalitatea casurilor la bulb. Scim că acest organ transmite de la creier la măduvă motilitatea; iar de la măduvă la encefal sensibilitatea, asemen el jócă rol de centru al nervilor bulbari, mai mult, bulbul presidéză mișcările cordului și ale respirațiunei. Așa dar după cum el va fi mai mult sau mai puțin atins, vom asista la diferite turburări (1).

Aci nu avem o înlânțuire de simptome cari se mérgă treptat cu leziunile patologice ci, mersul lor e variabil. În formele mai ușóre tóte membrele au mișcările slábite, pacientul ridică cu multă greutate brațele și gambele. Mușchii nu sunt paralizați; dar au perdut din forța lor.

În alte împrejurări observăm adevérate paraplegii a membrilor inferióre și a celor superióre,— acesta e cazul cel mai frecuent, paraplegii cari vin sau brusc sau cu încetul, adesea sunt paralisate atâtău membrele superióre și apoi cele inferióre. Alții bolnavi sunt atinși de la început de monoplegie a brațului și mai pe urmă sunt coprinși de hemiplegie. Turburările în sensibilitate se traduc prin: furnicături în mem-

(1) Fibrele nervóse cari servesc la transmisiunea motilităței și sensibilităței se găsesc în mare parte pe fața anterioră și laterală a bulbului și mai ales în grosimea piramidelor; pe câtă vreme nucleii celulari se găsesc mai departe de acéstă față și mai cu sémă sub planșul ventriculului al IV-lea.

bre, senzațiune de greutate, dureri fulgerătoare. Când există anestezie ea ocupă partea opusă celei paralizate (Lannelongue).

Reflexele rotuliene sunt exagerate. Micțiunea și defecațiunea sunt atinse adesea înaintea celorlalte simptome,— bolnavii de ordinar sunt constipați și au retenție de urină.

Am vădit că de la bulb ieauă origină mai mulți nervi, cea-ce explică în asemenea casuri turburări din partea deglutiției, fonațiunii, mișcărilor ochilor etc.

Daca lesiunea e mai profundă, adică daca atinge centrul respirator și al mișcărilor cordului, bolnavul cade ca trăsniț.

Acastă cestiune care e așa de frumoasă și interesantă nu o putem espune de cât pe scurt, de óre-ce timpul nu ne permite; vă consiliiez însă a citi în acest scop pe Charcot, Vulpian, Lannelongue unde subiectul e descris în mod didactic.

2) Treceam acum să studiem *morbul lui Pott în regiunea cervico-dorsală*. Simptomele ce putem observa în această regiune se pot reduce la trei: a) contractura muschilor regiunii, b) dureri locale și c) dureri iridiate sau pseudo-nevralgii.

a) *Contracturile muschilor* aduc după sine deviațiunea capului, pe care-l înclină într'un sens sau în altul, în majoritatea casurilor retractia e laterală a gâtului, producând un adevărat torticolis. Vom observa că în acest cas, nu se prinde numai un singur muschiu sp. es.: sterno-cleido-mastoidienul, ci un grup întreg și în special planul profund.

b) *Durerile locale* le putem obține apăsând cu degetele pe apofizele spinóse. La locul atins, bolnavul dă semne de durere. Putem încă prin presiune făcută pe fața anterioară a gâtului sau în fundul farinxului găsi și limita punctului unde ósele sunt bolnave, înainte chiar ca gibositatea să apară.

c) *Durerile pseudo-nevralgice* se întind pe teritoriulplexului cervical și brachial, adică la epolete, cote și extremitățile degetelor. În cea-ce se referă la sensibilitate, bolnavii au și aci sentimentul de îngreunare, furnicături și pișcături în membrele superioare.

Când apare gibositatea, ea are locul în regiunea cervico-dorsală, atunci occipitalul se apropie de fața posterioară a cefeii, iar fața anterioară a gâtului se rotunjesce și bolnavul are aparența că, capul dar fi înfipt între cei două epoleți.

Mai rar supravin fenomene mai grave, ca cele descrise în raul

sub occipital adică : pacientul să-și țiecapul cu ambele mâni. După un timp mai mult sau mai puțin depărtat, apar și fenomene paralitice, ce încep prin membrele superioare și apoi sunt atinse cele inferioare; excepțional în sens invers (1).

Paralizia se poate manifesta în 2 moduri și anume: membrul superior drept sp. es. a fost atins de dureri pseudo-nevralgice, ori anestezie sau hiperestezie, când de o dată brațul e paralizat și încetul cu încetul tot membrul, după ce mai întâi paralizia a atins diferite grupe de mușchi. Aceste fenomene paralitice se datoresc, fără îndoială, alterațiunilor rădăcinilor sau trunchiurilor nervoase ce se găsesc în contact cu jongositățile de la orificiile de conjugățiune.

Al doilea mod de paralizie e datorit compresiunii măduvei, de ordinar ambele membre sunt permise de o dată

În ambele cazuri mușchii sufer un grad oare-care de atrofie, mai pronunțată în nevrite ca în compresia măduvei.

În cea ce privesce abscesele simptomatice, ele exist aproape în majoritatea casurilor, asemenea abscese se găsesc și în morbul sub-occipital, dar sunt rari și faptul se explică că, pacienții mor înainte ca focarele de supurațiune să se formeză și se călătorească. Reviind la abscesele cervico-dorsale, ele se pot să apară și să se deschidă în regiunile anterioare, laterale și posterioare a corpului.

Să luăm câte un exemplu de fie-care: Puroiul poate pleca de la focarul osos aflat la partea anterioară, trece între apofizele transverse sau între scaleni și colecțiunea se ivesce la partea posterioară a gâtului. În al doilea cas abscesul urmând acelaș drum se pot deschide în scobitura sub-axilară și în al treilea cas pot să sosescă până în bronchi, trachea și esofag, etc.

3) *Morbul lui Pott în regiunea dorso-lombară.* În acest cas tuberculoza se întinde de la a treia sau a patra vertebră dorsală, la cele două lombare.

Simptomele ce preced aparițiunea gibosităței, paraliziei și absceselor simptomatice sunt numeroase, adesea destul de obscure.

(1) Pentru a explica aceste variații s'a în-vocat opiniunea lui Brown-Sequar, asupra locului ce ocupă în măduvă fibrele nervoase a membrilor superioare și inferioare. Fasciile care formează sp. es. plexul brachial sunt mai superficiale, acesta e și rezonul pentru care sunt paralizate mai întâi membrele superioare. Dar dacă sunt paralizate întâi membrele inferioare? Aci s'a făcut mai multe interpretațiuni, ori-cum interpretațiunile fiziologice nu ne dau un compt exact de toate variațiile de paralizie ce se observă în clinică. Lannelongue loc. cit. p. 181.

În general, durerile apar cele întâi, în lungul colónei vertebrale în regiunea atinsă, durerile sunt surde, profunde și prin apăsare devin insuportabile. Asistăm și aci la nevralgii duble ale sciaticului și a cruralului, dureri renali, lombare, dureri în centură în jurul abdomenului.

După un timp óre-care, bolnavul simte în membre, spasme, furnicături și pișcături, simptome ce adesea prevestesc paralizia și apariția gibosității. Un semn important este pierderea mobilității colónei vertebrale la locul unde se află procesul patologic; în urmă observăm gibositatea și paralizia membrilor inferioare. Cu alte cuvinte, asistăm la fenomenele unei miclute transverse prin compresiune.

Un alt simptom, sunt contracturile, cari arăt începutul de sclerosă descendentă a fasciilor laterale.

Turburările în micțiune se traduc prin incontinență de urină, contrar de cea ce se întâmplă când leziunile se află în partea superioară a măduvei, unde avem retențiunea urinei (1). Experiențele lui Bugde, Geanuzzi, Kupressow, au arătat că centrii mădulari ai mișcărilor reflexe a vesiceei și a colului, sunt așezați la partea inferioară a măduvei spinărei și din cauză că îi sunt iritați, produc incontinență a urinei.

Abcesele sunt migratóre, ele se deschid de ordinar în intestine, colon ascens sau descens, în cecum și rectum; câte odată trec sub arcada femorală, în părțile superioare a còpsei în triunghiul lui Scarpa, alte ori apar între mușchi și vasele obturatore

4) *Morbul lui Pott în regiunea lombo-sacrată.* În această regiune măduva spinărei rămâne ca să țic ast-fel, în afară de procesul patologic, așa că nu vom avea a face cu fenomene clinice pur mădulare, ci cu turburări nervóse, în raport cu ramificațiunile părții inferioare a măduvei, numită códă de cal.

Simptomemele clinice ca durerea, paralisile și turburările în sensibilitate vor ocupa părți anumite și limitate a membrilor inferioare, după cum unul sau mai mulți nervi sunt atinși de nevrită.

În general, putem zice că, paralizia membrilor inferioare nu e si-

(1) După Bugde există în partea inferioară a măduvei (nivelul 4, vertebre lombare) o regiune lungă de 4-5 milimetri, care excită determină contractiunea vesiceei. Geanuzzi a găsit două centri vesico-spinali la câini: primul la nivelul a 3-a vertebre lombare, al doilea la a 5-a vertebră lombară, cari excitați produc mișcări ale vesiceei, mai repezi și mai vii.

Krupessow a arătat că destructiunea măduvei între a 5-a și 7-a vertebră lombară la epur, slăbește rezistența sfincterului vesiceei, în vreme ce secțiunea măduvei pe un punct mai anterior nu se observă fenomene de asemenea natură.

multaneă, că ea este parțială și incompletă, — acum un grup de mușchi sunt paralizați, în vreme ce vecinii lor se găsesc în stare normală, acum gamba și piciorul nu mai pot funcționa; iar cóspsa posedă toate mișcările. «Se observă câte odată paralisii izolate ale tricepsului femoral, mușchilor fesieri și abductorilor.» (Lannelongue). În cazul când ambele membre sunt paralizate observăm o adevărată asimetrie (a mușchilor paralizați).

Atrofiile musculare sunt de regulă, ele domină mușchii animați de nervii bolnavi. Ceea ce am discutat asupra paralizii incomplete, parțiale și asimetrice, același fapt îl putem repeta și aci, adică: un grup de mușchi au încă volumul lor normal, posedă contractilitatea faradaică și galvanică, pe câtă vreme cei din apropiere sunt atrofiați. Turburările trofice nu se limitează aci, — vedem adesea pielea acoperită de squame, eczemă, escare, unghiile picioarelor hipertrofiate și exfoliația stratelor cornose etc...

În același timp vin turburări vaso-motore caracterizate prin sudori abundente și schimbări de temperatură. Pelea într'un moment dat e acoperită de sudori abundente și alte ori e uscată. Adesea temperatura de la un membru diferă de cel alt, cu câte-va grade.

Diagnostic. Când leziunile sunt înaintate, adică când gibositatea și paralisia apar, diagnosticul devine cu totul ușor.

Vom căuta cu toate acestea a diferenția această afecțiune, de orice-care maladie cu care s'ar putea confunda.

Torticolis reumatismal sau a frigore. În acest caz, de ordinar se prinde numai un mușchiu, spre es. sterno cleido-mastoidienul, — nu un grup întreg de mușchi.

Începutul bolii e acut, mersul e repede și durează puțin timp; deci cronicitatea și lipsa de temperatură la început ne poate pune pe cale. În torticolis mușchiul sau mușchii sunt dureroși la presiune; dar apăsând în foșetă sub occipital și fundul farinxului, bolnavul nu dă semne de durere; vom adăoga lipsa durerilor pseudo-nevralgice iradiate.

Artrita diformantă sub occipitală însoțită de dureri, cracmente și împăstarea regiunii, cu mers încet și câte odată cu fenomene subacute, poate da naștere la confuziuni.

În acest caz deviația gâtului aproape lipsește, mișcările capului sunt limitate; dar nu abolite.

Cât privesce cele-lalte regiuni, am făcut diagnosticul diferențial, atunci când am descris, — cancerul vertebral, mielita, transversă etc.

Vă reamintesc din nou un fapt important: căutați tot-d'a-una și alte organe, căci adesea tuberculoza ososă nu se limitează numai aici. *Mersul* acestei bóle e eminentemente cronic.

Durata morbului lui Potte lungă.

Terminațiunea nu e tot-d'a-una fatală și maladia se vindecă, dacă măduva nu e atinsă și mai ales dacă nu e comprimată.

Tratamentul póte fi local și general. Cel ántâi consistă (în primele feae) în a limita desordinele locale și a reduce gibositatea pe cât e posibil. Revulsivele ușóre, tinctura de iod, punctele de foc, pot da óre-carí rezultate, însă nu putem să ne așteptăm la o vindecare radicală ci, la simple ameliorări.

Vom căuta să imobilisăm locul unde vertebrele sunt atinse, ast-fel să ușurăm apésarea ce o face partea superióră a corpului pe locul unde există leziunile,—în acest scop ne servim de aparate orthopedice (corsete) ca acela al lui Sayre și Taylor.

Decubitul dorsal e necesar.

Paralisia va fi tratată, după cum am đis mai sus, prin revulsive ușóre, și repetate, puncte de foc, etc.

Abscesele rect, vom căuta prin repaus să le favorisăm absorbțiunea spontană, în cas contrar, hirurgia vine în ajutor punționând aceste abscese și întrebuintând mijloace ce ea le găsește de cuviință, adică saú face punțiuni aspirátóre simple saú unite cu injectiuni de iodoform, etc.

Tratamentul medical constă în tonice de tot felul și condițiunile higienice trebuie puse în prima linie.

MIELITA SIFILITICA PRECOCE

Dorința ce am de a vă instrui, asupra casurilor interesante ce le întelniți în serviciul meu, mă pune în plăcuta pozițiune a vă întreține asupra unei afecțiuni, care vă va interesa nu numai din punctul de vedere sciințific; dar și din punctul de vedere practic, adică voiú vorbi despre: *Mielita sifilitică precocă*.

Istoric. Accidentele nervóse datorite sifilisului constituțional, aú fost observate din timpuri depártate; cu tóte acestea majoritatea au-

torilor vechi s'au referit și descris numai fenomenele cerebrale. Acum patru secole Ulrich, Hutten, Alixander Trajanus, menționază ceva asupra sifilisului ca cauză a turburărilor nervoase cerebrale.

Ambroise Paré, avea aceeași credință. «Aucuns ont la bouche torse comme renieurs de Dieu., Aucuns sont vexés d'épilepsie..., etc.»

Mai târziu pe la 1776, Cyrillo, istorisese câte-va observațiuni de mielită sifilitică.

Că există mielite siflice(1), acesta nu se discută; cea ce însă voesc a demonstra și a pune în evidență, e precocitatea unor manifestațiuni siflitice medulare adică, măduva pôte fi atinsă 3, 9, 14, 16 și 24 luni după infecțiunea primitivă, deci asupra acestui istoric ne vom mărgini

În 1861 Ladreit de Lacharrière scrise tesa sa asupra paralișilor siflitice, el arată cum «aprobe toți autorii până în present, au aședat accidentele nervoase printre manifestațiunile tardive sau terțiare ale sifilisului. Studiind, dice el, observațiunile pe cari le-am publicat, ușor se pôte cine-va convinge că acesta nu e nici de cum o regulă și că desordinele sistemului nervos pot sosi la o periódă mult mai recentă a infecțiunei.»

Acastă lucrare este un incipiens, căci Ladreit nu publică de cât 5 hemipleții siflitice după 6 și 7 luni de la infecțiunea primă și nu amintese de mielita sifilitică de cât în două observațiuni, fără ale descri.

În acelaș timp Gros și Lancereaux publică 16 observațiuni de paraplegii siflitice, apărute la epoci apropiate de infecțiunea sifilitică și acești autori nu amintesc epoca precisă între infecțiunea primitivă și paraplegie.

Fournier (1) descrie acastă afețiune, în lecțiunile șele despre turburării secundare ale sistemului nervos.

Lucrarea cea mai complectă e cea a unui vechiū amic; 'mī fac o datorie și 'mī plătesc tributul amintindu-l. Pe acele timpuri învêtam cu el anatomia, pe care o expunea cu o admirabilă claritate, el descrie mórtea subită în insuficiențele arteriei pulmonare; azi e specialist sisflograf, eminentul medic al spitalului Midi, D-nul Mauriac (2),

(1) Mielita sifilitică intră în ordinul sifilisului terțiar avênd o durată de aparițiune după mai mulți ani de la infecțiunea primitivă.

(2) Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux. *Caz, des hôp.* 1873. p. 739.

Leçons sur les maladies vénériennes, Paris, 1883. Affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Annale» de dermatologie*, 1874—1879.

care publică memoriul seŭ asupra afecțiunilor sifilitice precoce a centrilor nervoși,—în anelele de dermatologie și sifilografie (1879—80), el întrebuițeaza pentru întâia dată cuvintul «*precoce*» în mielopatiile sifilitice și iată cum se exprimă: «La o epocă apropiată de șancărul infectant și în acelaș timp când apar și se desvoltă manifestațiuni cutanate și mucoase proprii primelor isbituri ale sifilisului, pot supraveni accidente și din partea principalelor viscere ale organismului.» Mai departe adaugă :

«Nici un focar de inervațiune, nici o branșă nervoasă nu posedă imunitate contra sifilisului precoce. . . .»

Afecțiunile măduvei spinăre sunt mai puțin frecvente ca afecțiunile encefalului.»

Din acest timp atențiunea observatorilor fu atrasă asupra acestei chestiuni, ast-fel găsim o lucrare a lui Ehrman (1) publicată la Viena, alta a lui Séguin (2) făcută la Filadelfia și publicată în Archivele de dermatologie. În Franța lucrările prof. Lépine, tesa d-rului Proux (3) de la Bordeaux. În 1889, apăru o altă scriere asupra mielitelor sifilitice precoce de Breteau (4), tesă scrisă sub îngrijirea d-lui Hanot, medicul spitalului St.-Antoin și cea din urmă pe care o cunoșcem e aceea a d-lor Gilbert și G. Lion, lucrare cu totul recentă, publicată în Archivele generale de medicină (5).

Etiologia. Causa principală e fără discuțiune, infecțiunea sifilitică ; dar aci nasc în mintea noastră mai multe chestiuni de resolat. Așa spre es.: Cari sunt circumstanțele în cari sifilisul atacă așa de timpuriu măduva spinărei? Care e mecanismul că el se fixează așa de precoce mai mult asupra crebrului și a măduvei? E interesant a sci cari sunt cauzele ocazionale cari determină așa de grabnic sifilisarea măduvei?

Ori-cât ne-am forța să deslegăm aceste chestiuni, nu vom ajunge de cât a răspunde prin banalități.

Observațiunile noastre proprii ne conduc la acésta. Chestionați

(1) Ein Fall von halbseitiger Neuritis spinales acerte bei recenter Lues. Wien med. Bl., 1880 Ehrman.

(2) Paraplegia occurring in syphilitic subjects Arch Dermatologie 1879. Séguin.

(3) Thèse de Bordeaux 1887 Proux.

(4) De myélites syphilitiques précoces par A. Breteau. Thèse de Paris 1889.

(5) De la syphilis médulaire précoce par M. M. A. Gilbert et G. Lion. Archives générale, de médecine, 1889, Octobre.

acești doi bolnavi despre cari vă voi vorbi, ei ne răspund că au avut șancăr; dar cauza bólei o pun pe socoteala altor accidente. Astfel cel întâi J. V., având profesiunea de conductor inginer, acuză frigul, «am răcit adesea mergând pe drumul de fer.» Al doilea pacient N. P. funcționar conductor la drumul de fer, se plânge că bóla a venit în urma unei băi calde. Dacă am mai avea încă și alții pacienți atinși de sifilis și de mielită timpurie, de sigur că fie-care ar găsi câte o cauză banală, pentru a 'și justifica maladia.

Dar câți sifilitici nu se expun la frig, umezélă și la tot felul de intempieri, fără cu toate acestea, să fie isbiți așa de iute de afecțiunea méduvei spinăreii?

Iată de ce țiceam că la întrebările de de mai sus, nu putem răspunde de cât prin incertitudinî.

Cu toate acestea vom spune, că pe lângă principiul infectant, înțelnim óre-care cauze predisponente cari par a exercita și influența desvoltarea morbului.

În prima linie e sexul, Gilbert și Lion din 56 bolnavi, 4 au fost de sex feminin, restul bărbați; pacienții noștri precum și din casurile anterióre observate de mine personal, nu 'mî reamintesc, vre-unul de gen feminin.

Etatea pare că vine în a doua linie; în general între 30 și 40 ani (Mauriac⁽¹⁾), 20—40 ani (Breteau⁽²⁾). Bolnavii noștri au etatea între 27 și 37 ani.

Ladreit de Lacharrière admite excesul coitului ca cauza ocașională. S'a admis că cu cât leziunile primitive sunt mai ușoare, cu cât ele se vindecă în timp relativ scurt (câte-va zile) cu atât sifilisul atinge mai de preferință cerebri și méduva spinăreii. Astfel se exprimă Mauriac: «Un fapt care m'a isbit mai mult, când am observat pentru prima data casuri de sifilose cerebro-spinale, au fost leziunile ușóre a accidentului primitiv.

Toți bolnavii au avut un șancăr infectant superficial, care n'a manifestat nici o tendință la ulceratiune profundă și cari s'au vindecat în câte-va țile, fără a lăsa urme.»

(1) Gilbert a observat 20 casuri între 20—30 ani; 19, între 30—40 ani; 3 casuri între 40—50 și 5 casuri între 50—58 ani.

(2) Breteau, în cele șapte observațiuni publicate în tesa sa, consideră etatea între 20—40, când sifilisul medular e mai frecuent.

Ideia profesorului Fournier(1) pare a fi mai admisibilă, el crede, că lipsa tratamentului primelor accidente, sau chiar a unui tratament puțin intens este o cauză a acestor accidente nervoase precoce. S'a spus asemenea că subiecții atinși de slăbiri nervoase congenitale, ar fi mai mult predispuși la consecințele sifilisului medular precoce.

Fără îndoiala că noui cercetări trebuiesc făcute în această privință, pentru a lumina mai bine chestiunea de față.

Intrăm acum spre a cerceta ce înțelegem prin *sifilis medular precoce* și care e timpul ce se scurge de la prima infecțiune, până la aparițiunea simptomelor din partea măduvei spinărei?

Trebuie să vă spun înainte, că nu putem avea o limită matematică; în orice împrejurare, vom considera numirea de sifilis medular precoce acela la care simptomele nervoase apar înainte de două ani, de la prima infecțiune.

Profesorul Fournier (2) în cartea sa asupra sifilisului cerebral, fixase limita, în primul său al douălea an al maladei.

Dacă analizăm observațiunile publicate în acest sens, vom vedea că simptomele medulare pot începe de la a 3-a lună (Obs. I, V, XLV, L, Gilbert. Arch. gén. de méd. p. 401.) Iată în 47 cazuri, timpul de când șancărul a apărut, până la manifestarea primelor simptome medulare.

De 16 ori între a 3 — 6 luni

» 17 » » 7 — 12 »

» 14 » » 13 — 24 »

Cazurile noastre. 1 (I. V) între a 8 — 12 lună.

(1) Influența tratamentului înainte de aparițiunea simptomelor nervoase trebuie luat în considerație (Gilbert Arch. générales de médecine, p. 405, 89)

Din 56 cazuri fenomenale nervoase sau manifestat :

La 15 cu tratam urmat și repetat, = Total 15

» 10 tratamentul ulterior n'a fost indicat

» 0 » a fost nul

» 8 » neglijat

» 17 » cont. puțin timp = Total 41

Total 56

(2) La syphilis du cerveau, p. 6 et 7. (Fournier «Et d'abord ils (les accidents cérébraux) peuvent être plus ou moins précoces.... On a observé des accidents de ce genre, dans les courtes de la seconde ou de la première année.... Entre ces deux extrêmes se placent, au contraire, des cas d'une bien autre fréquence. En effet, on peut dire que de la troisième à la dix-huitième année de la diathèse les cas de syphilis cérébrale sont relativement communs.»

II. (N. P) între a 12 — 14 luni (Veđi obs. I și II-a.)

Din aceste cifre reese în mod vedit că timpul cel mai lung a fost de 24 luni și cel mai scurt de trei luni.

Anatomia patologică. Cred a vă aduce o ușurare expuind pe scurt leziunile anatomo-patologice, ca ast-fel să puteți înțelege și mai bine multiplicitatea simptomelor ce se pot înlănțui de această afecțiune și cu atât mai mult țin, ântâiū a vă vorbi asupra leziunilor; cu cât în lecțiunile trecute v'am pus în cunoșcință cu anatomia și fiziologia mēduvei spinărei (1).

Cercetările anatomo patologice sunt puțin numerose, din nenorocire de astă dată noi nu avem nici un preparat microscopic relativ la subiectul nostru, cauza e că n'am avut necropsii; de aceea voiū căuta să vă espun cercetările altora, rămânând ca la cea d'ântâiū ocașiune să controlăm împreună, cea-ce alții aū descris.

Déjerine (2) găsi la autopsia unui individ mort în urma accidentelor sifilitice, (mielită sifilitică precoce) piamater opacă și teccele conjunctive infiltrate la nivelul rădăcinilor anteriore din regiunea dorso-lombară. Nervii oferiaū alterațiunile unei nevrite parenchimatose. Mēduva în jumătatea inferiōră a regiunii dorsale și jumătatea superiōră a regiunii ombare era cenușie, friabilă și în unele puncte ramolită. Celulele umflate, globuloșe, pigmentate și prelungirile aprópe dispărute. Multe din celule atrofiate. Arteriiolele, venulele și capilarele în aceste părți atinse de procesul inflamator. Substanța albă congestionată.

Cu alte cuvinte în acest cas avem a face cu o *mielită parenchimatōsă*, avēnd sediul aprópe exclusiv în substanța cenușie.

În un alt cas esaminat de Braul la care leziunile erau mult mai însemnate în regiunea dorsală. Cordonul lui Goll sclerosat, vasele dilatate, nevroglia proliferată. Celulele cōrnclor anteriore reduse în număr și mare parte atrofiate. Așa dar în acest cas suntem în fața unei mielite difuze și neregulate.

Pentru a sistematiza óre-cum aceste leziuni, le vom divisa în trei părți: 1) substanța mēduvei póte suferi o hiperplasia celulară; 2) hiperplasia unită cu sclerosă și al 3) pe acelaș organ putem găsi reunite procesul embrionar, sclerose și gome sifilitice.

(1) Gazeta Clinica No. 13 din 15 Iulie 1890, p. 145.

Compresia mēduvei în general. Lect. clinică prof. Kalinderu.

(2) Observațiunea II din tesa tesa lui Breteau.

Afară de aceste trei forme putem adăoga încă, a patra formă constituită numai printr'o hiperemie întinsă, la care ramolismul elementelor nervoase nu este unit nici cu hiperplasia celulară, nici cu elemente de nouă formațiune.

Să trecem în scurt aceste patru tipuri, pentru a vă forma o idee mai justă asupra acestor leziuni.

1) Cel întâiu care s'a rădicat contra existenței leziunilor măduvei în sifilis a fost Zambaco din Constantinopol, el adunase câte-va casuri de la Gjör, Waldemar, Steinberg și unul personal al său,—la care nu se putea vedea macroscopicesece nici o leziune; de aci conclusia că, *există o mielită sifilitică sine materia*.

Nu mult după acesta, Julliard observă cu drept cuvânt lui Zambaco, că nu trebuie a trage conclusiuni grabnice, până ce mai întâiu nu va face cercetări microscopice.

E de prisos a vă nara discuțiunile urmate, vă spun numai că medicul din capitala imperiului turc n'a avut dreptate.

Vom lua să csaminăm câte-va casuri relative la tipurile descrise mai sus.

În observația I-a, Gilbert descrie următoarele leziuni: «Pia-mater e infiltrată de celule rotunde, vivace, perfect colorate prin reactivi. Aceste celule sunt mult mai îngrămădite în jurul vaselor, pătrunde în tunicele lor, pe cari le disociază și ast-fel le îngroașă volumul; pe câtă vreme lumina lor se strîntoréză sau se astupă cu totul.»

Fața internă a piei-mater e separată de măduvă printr'un exudat granulos, conținând un numar mare de celule rotunde. Acastă infiltrație *embrionară e distribuită în mod neregulat*.

(1) Prelungirile interne și externe ale piei-mater suferă acelaș proces de infiltrație embrionară. La ce se reduce acastă descrițiune? D-vastră de sigur veți înțelege că există o formă de sifilis medular care nu pôte fi apreciată cu ochii liberi; iar microscopicesce găsim atinsă pia-mater și prelungirile se-le externe și interne, printr'o proliferare de celule tinere. Cu alte cuvinte avem o *meningo mielită difusă embrionară, avënd drept origină sifilisul*.

2) Stadiul inițial nu are o durată determinată, proliferațiunile

(1) Prelungirile externe se duc la redăcinele nervilor rachidient constituindu-le nevriema; cele interne pătrund în măduvă, unde se divid și sub divid, pentru a forma scheletul conjunctiv, ambele prelungiri ale piei-mater se găsesc modificate.

embrionare putu să se întindă la toate tunicile meningelor și la substanța nervoasă; în acest timp două lucruri se pot întâmpla și a-nume: sau celule embrionare se îngrămădesc într'un singur loc și dau naștere unei *gome*; sau se transformă încetul cu încetul în țesut fibros.

În cazul când procesul patologic ia forma sclerosă, meningele se îngroșă se lipsesc unele de altele și leziunile se văd cu ochii liberi; iar măduva suferă două evoluțiuni diferite și anume: elementele nervoase îngrămădite și înăbușite de elemente de nouă formațiune, sunt lipsite de nutrițiune și ca consecință, degenerază și ast-fel se produce *ramolimentul*; alte ori substanța nervoasă se atrofiază, dispăre încetul cu încetul și în locul ei rămâne un țesut tare și retractil; iar ca rezultat avem *indurațiunea măduvei*. Vă fac atenți asupra procesului scleros care e *nerregulat*, el ocupă în mod *difus* unul sau mai multe cordoane întinzându-se și la substanța cenușie.

Și aci leziunile sunt mai puternice în jurul vaselor și în a lor vecinătate, ele sunt îngroșate, tunica internă devine locul unei proliferațiuni celulare, din care cauză luuina vaselor se astupă; cu timpul țesutul conjunctiv, și vasele ast-fel alterate, pot ocupa tot câmpul măduvei, elementele nervoase fiind distruse prin compresiune și lipsite de nutrițiune din cauza obliterațiunei vaselor. Aceste leziuni constituiesc cea ce se numește o *meningo-mielită difusă sclerosă*.

3) Gomele sifilitice se pot desvolta în meninge, substanța măduvei sau de odată în ambele și vom avea o *meningită gomosă*, sau o *mielită gomosă*, sau în fine o *meningo-mielită gomosă*.

Se poate întâmpla încă ca nodositățile gomose aflate în substanța albă, să împingă vasele și tubii nervoși atrofiați până la substanța cenușie. În această împrejurare meningele și măduva suferă procesul scleros; iar ca urmare avem a treia formă adică o *meningo-mielită sclerogomosă*.

4) În ceea ce privește ramolimentul măduvei de natură sifilitică, sunt încă controversate. Casul observat de Julliard și studiul histologic făcut de Pierret, a arătat existența unei meningite în totă înălțimea măduvei; iar la nivelul părților ramolite, în mijlocul cilindrilor axii umflați; se găsesc un mare număr de corp granuloși. Nu se află nici într'un punct multiplicarea celulară ca în formă sclerosă; însă e de notat vasele, în loc de a fi strîmtoare ca în casurile precedente, aci sunt

dilateate. Acéastă dilatare face pe Perrier să admită că distrucciónea elementelor mēduvei e datorită paralisiēi vasculare.

Acéiași părere, pare că împărtășesce și Jarisch (1) și Broadbent (2). Acéști autori consideră asemenea ramolismente ca manifestațiuni de intoxicațiune acută a sifilisului și le compară cu complicațiunile viscerale în febrele eruptive.

Un mare număr de observatori competenți în aceste materii, refusă de a admite natura specifică a unor asemenea lesiuni, sprijinindu-se pe opinia lor proprie, că sifilisul atinge principalmente trama conjunctivo-vasculară, și nu atacă de cât secundar elementele proprii a mēduvei. Pentru a fini cu acest al 4-lea typ vom zice că, în aceste mielite nu se petrece nimic de asemnător cu cea ce se vede în produțiunile sifilitice ordinare, că nu există nici o proliferare de elemente; ast-fel suntem în fața unui proces special, asemnător cu al maladiilor capabile de a congestiona și turbura nutrițiunea axului nervos medular (Gilbert).

În resumat putem admite anatomo-patologicesce patru tipuri de lesiuni:

- I. *Meningo-mielită difusă embrionară.*
- II. *Meningo-mielită difusă sclerósă.*
- III. *Meningo-mielită sclero-gomósă.*
- IV. *Ramolismenul elementelor nervóse.*

Finesc acéastă parte cu cuvintele lui Pierret prin care se exprimă că în sifilis, procesul morbid, oferă o topografie absolut specială,— atinge marele sistem limfatic, care aci e reprezentat prin meninge, nevroglie și téca vaselor.

Trecem acum să studiem simptomele acéstei afecțiuni, casurile observate de noi, diagnosticul, prognosticul și tratamentul mielitei sifilitice precoce

Simptome. Observând cu atențiunea difusiunea lesiunilor anatomo-patologice, ve reamintesce de la început că simptomele acéstei afecțiuni nu le putem sistematisa; în orî-ce cas voi căuta a desfășura înaintea d-vóstră, pe cât va fi posibil, complectul simptomelor în mielita sifilitică precoce.

(1) A. Jarisch, Wiener Medizin, Blatter, 1881.

(2) The Lancet, 10—24 Janvier 1874.

În majoritatea casurilor bóla se anunță prin turburări în *sensibilitate*, (1) manifestate sub formă de dureri în lungul colónei vertebrale, (rachialgii) câte o dată aceste dureri se localiséză în regiunea lombară, alte ori în cea dorsală și fôrte rar în regiunea cervicală. Aceste părți pot fi atinse de redóre (2).

Durerile adesa sunt în centura, în fosele iliace și alte ori se fixeaz în epotele. În cea ce privesce caracterul lor pot fi: surde având diferite grade de intensitate; nici-o-dată saũ fôrte rar pot atinge tária durerilor fulgerátóre.

Odată cu durerea saũ póte puțin înaintea ei, sosesc și alte desordini în sensibilitate: furnicături, pișcături, sentimentul de greutate în membre, constricțiuni dureroase împrejurul mijlocului, adese observăm un fenomen curios: bolnavii aũ sensațiunea că membrele lor inferioare sunt trase, saũ mai bine simpt că cine-va le smulge din articulații. Acest fapt vë va face de sigur să vë gândiți că mai curând saũ mai târziu, membrele vor fi atinse de paralisie.

Motilitatea póte și ea fi atinsă la început, dacă nu se observă în general; dar putem zice că a treiaparte din pacienți sufer de: obo-sclă, greutate în membre și mersul șovăitor. Mai mult, se citéză casuri de paralisii venite în timpul somnului, individul s'a culcat sãnătos și când s'a deșteptat era paraplegic; ast-fel este observațiunea lui Knorre relativă la un lucrător metalurg, ce se inoculase cu un șancăr infectnat, câte-va sêptemâni după acêsta se acopere de exanteme papuloase și într'o nópte în mod brusc fu lovit de paralisie.

De ordinar turburările în sensibilitate și motilitate deschid scena, cu tóte acestea vë fac atenți asupra *miciúnnei*, — fie retențiunea saũ incontinența urinei care póte să se ivescă înaintea celor alte simptome.

Rémâne să vë spun în fine, că tóte aceste simptome pot de o-dată să se arate la început saũ, că unul complectéză iute pe cel alt, așa că timpul ce desparte turburările în sensibilitate de cele urinare saũ mótoare se fie de câte-va ore saũ zile și mai rar de câte-va sêptemâni.

Ast-fel e începutul bólei, confus, difus și complex și cu drept cuvânt dice Mauriac: «Le caractère prédominant des syphiloses cérébro-

(1) În 36 casuri, de 20 ori bolnavii aũ avut turburări în sensibilitatea generală. Gilbert. loc. cit.

(2) Din 20 casuri, saũ observat de 13 ori.

spinales, c'est la complexité et la diffusion des phénomènes. Aussi est-il difficile de le soumettre à une classification rigoureuse (loc. cit.) Eată de ce v'am spus încă de la început că nu putem face o diviziune sistematică a acestor simptome.

Breteau (1) în tesa să se încercă a face o clasificățiune. In acest scop se serveste de lucrările lui Ladreit de Lacharrière, de tesa lui Vialle de câte-va observațiuni a lui Proux și Knorre și ast-fel divide după mers, mielitele sifilitice în două părți, și anume:

a) Mielite sifilitice precoce cu mers încet;

b) Mielite sifilitice precoce cu mers repede.

Cred de a mea datorie de a vă expune clasificățiunea lui Breteau pentru a nu fi străinî de dănsa, cu tôte că la patul bolnavilor faptele nu se petrec așa cum se clasific.

Revenind asupra simptomelor (maladia fiind confirmată) putem țice: în majoritatea casurilor sifilisul mēduvei spinareî, dă nascere la paraplegiî și mai rar la turburări în membrele superiōre. Că paraplegiă vine cu încetul, mai ântâi gamba se îngreuiază, slăbesc și apoi se paralizesc. Vē fac atenți asupra unui simptom ce mi-se pare destul important, adică: adesea paraplegia nu e complet, un membru e cu totul paralizat, iar cel alt are o ușoră paresă, saū pot fi ambele membre paralizate, dar în timpul tratamentului unul din ele merge spre vindecare, pe câtă vreme al doilea, rēmâne aprōpe staționar. Astăđi avem în serviciul nostra un alt pacient, (sala S) atins de sifilis medular el are o hemiparaplegie cu anestezie încrucișată adică; membrul inferior stâng e absolut paralizat, dar conservă sensibilitatea; cel drept însă are o ușoră paresă și incompletă sensibilitate. Veți auzi asemena din expunerea acestor două observațiuni pe cari le dăm aci în tōtă întinderea lor, că bolnavii despre cari vē vorbesc, sunt atinși ambii de paralizie mai pronunțată a unui membru, ca aceluî din partea opusă.

Acest fapt demn de însemnat se observă și în casurile cand paralisia sosește repede (Breteau).

Intēnim câte-odată o serie de fenomene ce par a fi a tabesului dorsal: (ataxieî locomotrice) bolnavul e coprins de paralizie mai mult saū mai puțin însemnată, mersul cu ochiî închiși nesugur, se clatină,

(1) A Breteau. Thèse de Paris 1889

târasce și aruncă picioarele; în acest timp are și dureri fulgurătoare. Aceste simptome arată că cordónele posterioare au început să între în suferință. Cu toate acestea nu trebuie să luați acest tablou clinic drept o ataxie locomotrice progresivă, de óre-ce, aci avem a face cu o mielită difusă și nici de cum cu o mielită sistematisată a cordónelor lui Goll și Burdach (1).

Din cercetările lui Lion (2) ne pare că observațiunile XXXVI și XLIX sunt singurile unde se găsește descrise fenomenele ataxice, degajate de turburările paralitice.

Așa dar vom avea în vedere că fenomenele ataxice se pot întâlni în mielita sifilitică precoce, unite cu alte simptomene, dar mai nici-odată nu vin singure și acesta din cauza lipsei de sistematisare a procesului patologic (3).

Reflexele rotulienne în generalitatea casurilor sunt exagerate.

Trepidațiunea saú epilepesia spinală e un simptom care de și nu e comun, dar îl putem adesa întâlni. Membrile superioare la rândul lor și în urma celor inferior, pot fi atinse de paralisie în totalitatea lor, saú numai în parte brațele; câte odată paralesia se limitază la un singur membru. Alte ori brațele și antebrățele sunt coprinse de tremurături mai mult saú mai puțin violente, cea ce pune pe bolnav în neputință de a se nutri singur. Sfincterii, anal și vesical pot fi la rândul lor atinși și ast-fel asistăm saú la retențiuni ale urinei și constipațiuni, saú încontință unită cu pierderea involuntară a materiilor fecale.

S'a notat asemenea impotența virilă.

În cea ce se referă la turburările trofice, vom semnala atrofiile musculare a membrilor atinse de paresie saú paralisie, escare și cangrene ce se pot disvolta în cursul bólei și au ca loc de predilecție sacrum, troncanterele și călcăile. Gilbert citésă un case la care tot corpul era acoperit de cangrene (obs. XXVII).

Acum să trecem la acești doui bolnavi ce se află în fața d-v.,

(1) În 1882, Fournier descrișă o ataxie locomotrice progresivă de origină sifilitică, unde se exprimă că, ataxia este o manifestațiune de ordin aprópe absolut și exclusiv terțiar. În 89 obs. a găsit un singur cas și acesta pus la óre care îndoești.

(2) Lion. *Archivers générale de médecine* 1890.

(3) Anatomia patologică. Lecțiune a prof. Kalinderu; publicată de dr. Luca în gazeta «Clinica» No. 22 de la IX N-bre 1890 p. 255.

săi examinăm împreună și ast-fel să fiți mai bine puși în cunoștință cu cea ce eu v-am expus până în minutul de față.

OBSERVAȚIA I.

De d. doctor Luca șef de clinică.

Miclopatie sifilitică precoce, durată de la infecțiune primitivă, 12—14 luni. Paraplegie cu paralisia mai manifestă în membrul inferior stâng. Redore în acest membru. Reflexii cutanași normali. Reflexii rotuliceni exagerași. Epilepsie spinală Atrofii musculare. Turburări în micțiune. Turburări în sensibilitatea generală.

Pacientul N. Petrescu, român din orașul Brăila, etatea 27 ani, ocupația inginer conductor Nu găsim nici o maladie ereditară. Intră în cura spitalului la 11 Mai anul curent (1890), atins fiind de turburări ale locomoțiunii.

În primăvara anului trecut 1889, contractează un șancăr, acompăniat de o adenită inguinală nesupurată. Nu trecu mult și avu dureri în gât, când i se prescrie de un medic, gargara cu clorat de potasium și fricțiuni mercuriale. N'a avut erupțiuni pe piele. Suferă de o blenoragie, apoi de febre intermitente.

Nu găsim nici un accident de scrofulă sau tuberculosă, nici la el, nici la colateralii și ascendenți.

Profesiunea de inginer conductor la căile ferate poate să fi fost o cauză ocazională și să influențeze asupra dezvoltării bôlei așa de iute. Cu toate că pacientul pretinde și acuză că maladia i-a venit în urma unei băi calde, după care s'a expus la frig; dar cercetându-l cu atențiune aflăm că încă de prin luna Noembrie (1889) anul trecut, are turburări genitale, cari constau după cea ce ne spune, în erecțiuni dese persistente, fără ejaculațiuni, cu tótecă prelungesce mult raportul cu femeea. (Probabil a avut un priapism?). În acest timp simți o răcêla în membrul interior stâng.

La 15 Marte (1890) adică un an de la infecțiunea primitivă, a început a avea dureri în șpate, regiunea lombară, în urmă i-a venit slăbiciuni în membre și încetul cu încetul bóla progresază și la 14 April acelaș an, pacientul n'a mai putut umbla.

Din anamnesă putem resuma: Infecție sifilitică la 14 a lunii lui Marte 1889; nouă luni după aceste (Noembrie), turburări genitale; de ce

lună de la infecție, turburări în sensibilitate (dureri și regiunea lombară și simțul de frig în membrul inferior stâng); 13 luni de la contractarea șancărului, — paraplegic. — Timpulce s'a scurs 12 14 luni.

Starca prezentă. La intrarea în spital, atenția ni-e atrasă asupra măduvei spinăreii din partea căreia aflăm :

a) Motilitatea. Paraplegie cu paralizie mai puțin pronunțată a membrului inferior stâng, care cu toate acestea e destul de slab, căci abia poate învinge o greutate de 2—300 grame. Tonul muscular a membrilor paralizate e exagerat și din când în când se produce redore cu contracturi. Reflexii rotuliene și a tendonului lui Achile exagerați. Reflexii cutanați normali. Apăsând pe plantele picioarelor obținem o trepidațiune foarte manifestă.

Mersul e paraplegic, nu poate pași nerezemat, în acest timp târâșce picioarele, are tendința la încrucișare și din când în când trepidație.

Mușchii membrului inferior drept mai atrofiați ca cei opuși.

Membrile superioare în stare normală.

b) Sensibilitatea la tact. Bolnavul simte cele mai ușoare atingeri, și dă séma de obiectul ce-l preumbliăm pe el. La temperatură, sensibilitatea alterată, nu distinge pe membru drept până la înălțimea cõpseii, ce deosebiri există între rece și cald; restul corpul e normal. Sensibilitatea musculară și dureroase normale.

c) Turburări în micțiune. Există turburări vesicale, bolnavul urineză foarte des și dacă nu ar alerga în grabă la gardirobă, urina s'ar scurge în pat.

Defecațiunea normală. Simțul genesisic aproape dispărut.

Din partea cerebrului nu notăm nici o leziune, — intelectul normal.

Cele alte organe normale.

În urma tratamentului specific, pacientul eși din spital după două luni, foarte mult ameliorat.

OBSERVAȚIA II

De d. Manicatile, internul serviciului.

Miclopatie sifilitică precocă. Durata de la infecțiune 8 — 12 luni
Paraplegia mai accentuată la stânga. Reflexii rotulienți exagerați. Epsi-

lepsi spinală. Sensibilitatea tactilă obtusă. Turburări în micțiune. Turburări trofice, flegmon gangrenos pe fața dorsală a piciorului drept.

Pacientul I. Vasilescu, conductor la drumul de fer, etatea 37 ani, naționalitatea română din Roman, intră în cura spitalului la 24 Aprilie 1890.

Din anamnesă aflăm că pacientul a avut în anul 1887 un ulcer sifilitic (adenite nesupurate onyxis chér). Cam la 10 luni de la infecțiune, în timpul tómneci, pe când făcea serviciul la drumul de fer, a simțit o rēcělă în tălpi și amorțélă care s'a întins în sus. În acelaș timp spune că avea amețelă și nu putea umbla mai ales nóptea. Actualmente însă nu aflăm nici un semn de ataxie locomotrice. În urmă i s'a administrat un tratament mercurial fórte energic; dar vedând că acest medicament îi produce slăbiciune mare 'l părăsesce, când maldia 'și urméză cursul înainte.

În antecedente găsim o rugeolă și când era în etate de 4 ani, spune că ar fi mai fost paralizat în timp de vre-o două săptămâni.

Nici o diatesă ecredftară.

In resumat din anamnesă aflăm: Un ulcer sifilitic contractat în 1887: 10 -- 12 luni după acesta acu turburări în sensibilitate, apoi în motilate, că bóla și-a urmat cursul, din cauza întreruperii tratamentului.

Starea presentă. Examinându-l aflăm paralizia membrelor inferióre, mai accentuată însă la cel stâng. Bolnavul mai póte mișca memebrele, dar cu mare greutate și abia învinge o greutate de 300 grame.

Reflexii tendinoși exagerați; trepidațiune epileptoidă. Tóte mai accentuate la drépta, unde se ved contractiuni fibrilare continuă, în muschii gambei.

Mersul paraplegic, piciorul drept 'l mișcă mai bine. Singur nu póte umbla. Există o scădere relativă a reliexor mușchiulari.

Ca turburări trofice putem lua un flegmon cu caracter gangrenos ce se află pe fața dorsală a piciorului drept.

Sensibilitatea tactilă obtusă pe ambele membre inferióre și pe peretele abdominal cam până la nivelul ombilicului; dar mai mult alterată pe membrul inferior drept și mai ales la partea externă.

Sensibilitatea la temperatură mai mult alterată și asemenea cu predominență în drépta. Bolnavul distinge până la un punct recele de cald; dar acesta nu ca temperatură ci prin experiența căpétată că, ra-

cele îl arde mai tare de cât corpurile calde. Sensibilitatea la durere pare mai exagerată în stânga și mai scăzută în dréptă, sensibilitatea musculară și a poziției membrilor acum nu par alterate, dar mai dinainte spune bolnavul, îi atârna câte un picior din pat și nu simția. Are turburări vesicale de paralisie, îi vine trebuință de micțiune la intervale mari și nu se pôte satisface de cât prin mușchii abdominali și prin presiunea cu mâinile, care 'i produce mai des sensitiunea de trebuință.

Dureri în a 12 vertebră dosală. Nimic din partea sistemului nervos superior. Aparatul respirator normal. Arterio sclerosă fôrte dezvoltată. Nicî o leziune la cord.

Se institue tratamentul cuvenit, bolnavul are tendință de a merge spre bine.»

Acum când sunteți puși în deplină cunoscință cu aprópe totalitatea simptomilor, și decî pentru a fini cu acest subiect vom continua prin a vă expune, diagnosa, prognosticul și tratamentul acestei afecțiuni

Diagnosa. Aceste paraplegii sifilitice precoce nu sunt rari, cu toate acestea nu presintă caractere distinctive nici în simptomele lor, nici în modul de evoluțiune, prin care să se deosibéscă de diferitele mielite difuze acute sau sub acute, de alta provenință. Ast-fel fiind ni s'ar părea că suntem puși în imposibilitatea de a diagnostica după simptome acest morb.

Cred că aũ fost timpuri când atențiunea observatorilor nu era atrasă asupra sifilisului medular precoce; chiar în 1861 când Ladreit de Lacharrière făcu prima sa încercare, se feresce și chiar vorbește cu témă în privința acestui diagnostic. Astăđi însă, când știm cât sunt de numeroase și variate manifestațiunile nervóse ale sifilisului, ni-se pare că lucrul nu e așa de greũ căci đic: ne va fi de ajuns ca fiind în fața unui bolnav atins de paraplegie, de ne pune pe cale că ar fi avut un șancăr recent fie sau nu însoțit de erupțiuni, putem cu multă probabilitate, esceptând orî-ce fel de mielite acute sau sub acute, se ne gândim la o mielită sifilitică.

Dar faptele nu se petrec tot-d'a-una așa de obscure, mai adesa bolnavii marturisesc că în cutare timp a fost infectați și după acea aũ avuterupțiuni cutanate specifice, certe etc.

Când însă din anamnesă nu putem afla nimic sigur, atunci rescur-

geți la examenul corpului : Observați locul unei cicatrice vechi, còlorea, orma ei, cercetați ganglionii inguinali și cervical. Mai întrebați pacientul dacă a avut dureri în gât, cefalalgii persistente nocturne etc. Ve-deți dacă nu e și altă cauză care să explice această paraplegie.

Tòte aceste vè vor servi pentru a vè lumina și atunci veți fi mai cu sémă în drept de a confirma diagnosticul.

Aci cred că adagiul latin : « *Naturam morborum curationes ostendunt,* » își are locul, căci avem, cum zice francesul *comme pierre de touche*, tratamentul specific mixt care ne póte servi și ajuta de multe ori în mod surprinďător.

Dacă în acest timp apar și alte manifestațiuni cutanate, de sigur diagnosticul se impune de la sine

În fine depinde de cunoscințele, obicnuința și deșteptăciunea d-v, pentru a culege tot ce vè trebuie de la un bolnav, a combina și distribui diferite simptome, ca la urmă să fiți în fața adevèrului.

Prognosticul. În majoritatea casurilor e difavorabil, căci nu obținem de cât ameliorări și nici-o-dată. vindecări complete. Dacă în unele împrejurări bolnavii par a se fi vindecat, după óre-care timp maladia a recidivat.

Câte o dată când paraplegiile vin iute, atunci tratamentul specific nu ne dă mai nici un rezultat.

Tratamentul. Este natural că tratamentul va fi acel al sifilisului. Se administreză iodurul de potasiu în dosă mare. D. Mauriac dă până la 8 grame în 24 ore. În acelaș timp ung. mercurial forte.

Putem adăoga la acest tratament revulsive pe lungul colónei vertebrale (puncte de foc).

În cazul când bolnavul se amelioréză putem recurge și la electricitate.

ABCES AL FICATULUI

Interesul ce'l port pentru educația d-vóstră, mă face să întrerup astădi lecțiunea de Semiologie și să intru în espunerea unui subiect

a căruia importanță e nu numai din punctul de vedere doctrinal, ci și din punctul de vedere practic, e vorba de abscesele ficatului.

Avem în serviciu bolnava din sala No. 5, pe care d-vastră ați vedut-o, examinat-o și v'am lăsat timpul necesar, ca pe de o parte să urmăriți mersul bólei; iar pe de alta să vă convingeți că diagnosticul pus de mine era adevărat.

Atunci am cugetat să fac o lecțiune scurtă și să vă descriu numai tratamentul absceselor ficatului, mai în urmă însă vedând că, cercetările noastre microscopice, făcute din puroiul estras din absces sunt negative, în cea ce se referă la bacterologie; vedând asemenea că însămînțirile făcute pe Agar-agar, agar cu glicerină și pe cartofi (1) nu ne dau nici un rezultat pozitiv, nedesvoltându-se nici o specie de bacterie; atunci am cugetat că e necesar și trebuie să discut împreună cu d-vastră această chestiune, dându-i o întindere mai mare și să caut a lămuri unele puncte patogene pe cât va fi posibil.

Historic. Nu voi căuta a vă încărcă memoria cu istoricul acestei afecțiuni, de óre-ce multe s'aú scris și multe s'aú țin asupra absceselor ficatului. «Sunt puține lesiuni a căror patogenie a dat loc la atâtea hipotese ca abscesele ficatului (1).» Voi indica numai acele scrieri și mai ales bibliografii, cari sunt mai principale și cari vă vor aduce folosé consultându-le.

Magendi observând frecuența absceselor ficatului în plăgile capului, explică acesta prin refluxul sângelui din *vena cava superióră*, în cea *inferióră* și de aci în *vena porta*.

Petit le fils (2) într'un memoriu adresat la 1753 Academiei regale de medicină și chirurgie, presintă șapte observațiuni cărora le dá o explicațiune curiósă asupra cauzelor, mersului și tratamentului absceselor ficatului.

Morand (3) într'un memoriu, nu se ocupă de cât de a divide abscesele ficatului în două categorii: a) Abscese prin fluxiune cari sunt de ordinar multiple și b) abscese prin congestiune care aú mers incet, sunt solitare și târziu ajung la supurațiune.

(1) Cercetările microscopice și însămînțirile aú fost făcute de Prof. Babeș și dr. Luca la 18/20 Ianuariu, cincî zile după acesta nu s'aú dezvoltat in mediile de cultură nici un microorganism.

(1) Cornil et Babeș. Absces du foie. Les bacteries, t. I, p. 484.

(2) Petits le fils. Des apostèmes du foie. Mem. de l'Acad. royale de chirurgie II, 1753.

(3) Morand sur les abscesses du foie. Mémoire.

Louis și Andral (1) prin cercetările lor minuțioase, nu aduse altă lumină de cât aceea că, abscesele ficatului sunt după împrejurări, de natură și origină diferită, ast-fel din analiza a 17 observațiuni rezultă că unele se rapórtă la maladii în fecțióse acute ca febra puerperală, febra tifoidă,... altele la calcule ale ficatului,... și altele, în fine, la abscesele reci, cari pot să se desvolte în ficatul tuberculoșilor.

Budd (2) într'un studiū comparativ făcut și publicat la Londra, utilizéză scrierile anterióre și ajunge la conclusiunea ca, abscesele ficatului sunt de douē ordine (depártând pe acele de origină traumatică): unele sunt legate de flebită și de piemie, acestea sunt de ordinar mici și multiple; altele sunt unite cu disenteria și sunt de natură septicemică; iar focarele purulente mai adesea sunt solitare și vaste.»

Annesley (3) într'o lucrare destul seriósă, complectată cu planșe fórte frumoșe asupra absceselor ficatului; descrie mersul, modul de deschidere în organile vecine, numérul și configurații lor; dar descripțiunea adevérată rămâne totuși confundată cu hiperemiile, hidatidele, calculele etc. ale ficatului.

Haspel (4) et *Catteloup* (5) Studiară la un loc bólele ficatului, fără a lua în considerație alt nimic de cât prezența puroiului.

Asupra acestui subiect s'a scris mult, mai ales în climatele calde din India, Algeria, Cochinchina etc. Astfel putem cita lucrarea lui *Julien* (6) *Saux* (7), *Delord* (8), *Foiret* (9), *Broussais* (10), *Morel* (11), *Cabaud* (12),

(1) Anatomie pathologique par Kiener et Kelsch. Maladies des pays chauds p. 184—1889.

(2) Budd. Historique des abcès du foie.

(3) Annesley. contributions à l'histoire générale des abcès du foie, Kiener. 1889.

(4) Haspel. Sur les abcès du foie. Rec. de mem. de méd. milit. 1843.

(5) Catteloup. Coïncidence de l'hép. ibid.... 1845.

(6) Julien. Aperçu sur les lésions anat. de la dys, en Cochinchin. Thèse de Montpellier, 1864.

(7) Saux. De l'hépatite dans les peys chauds. Thèse de Paris. 1868.

(8) Delord. Quelques reflexions sur le Sénégal et sur la dys. de la pays. Thèse de Montpellier, 1845.

(9) Foiret. Causes et lésions de l'hépat. supur Thèse de Paris, 1870.

(10) Broussais. Reflexions sur les abcès du foie Rec. de mem. de méd. milit. 1843. t. LV., p. 155.

(11) Morel. Quelques consid. sur les flegmasies et les abcès du foie. Thèse de Montpellier, 1851.

(12) Cabaud. Sur l'hépat. et les abcès du foie. Thèse de Montpellier.

Eon (1), *Olméta* (2), *Lavigerie* (3), *Nauman* (4), *Laveran* (5), *Kelsch et Kiener* (6).

Mă opresc aci cu descripțiunea istoricului, căci voiû fi nevoit la patogenia acestei afecțiuni se desfășur înainte d-vóstră cercetările noi de bacteriologie și ast-fel să vedeți unde ne aflăm ađi față de absce-sele ficatului.

Reintru decî în studiul bolnavei nóstre, aveți pe de o parte în fața d-vóstră cazul; iar pe de alta observațiunea (7) pe care o voiû analiza, pentru aî putea precisa diagnosticul.

În câte-va cuvinte vom resuma acéstă observațiune. Pacienta Ecaterina I., română, în vîrstă de 32 ani, intră în serviciul meû la 31 Decembre 1890, atinsă de o umflătură și durere în ipohondrul drept.

Nu găsim nici o bôlă hereditară de la ascendenți sau colaterali, părinții și surorile aû fost și sunt sănătoși. Însăși pacienta n'a suferit de vre-o maladie gravă în tinerețea sa.

A întrebuintat însă cosmetice cu plumb (știubete) pentru a'și infrumuseța fața, urmele aû rămas încă, ușor lisereu și dinții sunt galbeni și se negresc sub influența reactivelor sulfuroși.

Acum trei luni (Septembre 1890) culcându-se s'a simțit în timpul nopței cu o durere în ipohondrul drept, durere care se urca spre umêrul drept, n'a avut diareă, disenterie sau icter. În tot timpul acesta de trei luni avu grêtă, frisoane și căldură.

In present. Observați că bolnava are culórea tegumentelor fôrte palidă, albă-gâlbuie, constituția pare să fi fost robustă, ađi e destul de slăbită.

Apetitul dispărut și limba încărcată cu un ușor strat albicios. Scaunele regulate.

Temperatura în primele zile a oscilat între 37° și 38° cu ușore remisiuni, apoi căđu la normală.

Aparatul respirator. Toracele bine conformat, de și e bombat în ambele părți laterale, la drépta și partea inferiôră e mult mai umflat

(1) Eon, De l'hépatite. Thèse de Paris. 1847.

(2) Olméta. Contrib. à l'hépatite des pays chauds. Thèse de Montpellier, 1868.

(3) Lavigerie. De l'hépatite. Thèse de Paris, 1866.

(4) Nauman. Handb. der med. Klinik VI Berlin.

(5) Laveran. Contrib. à l'anat. pathol. des abcès du foie. Archives de phys., 1879.

(6) K. et Kiener. Étude anat. pathol. des abcès. dys. du foie. Archiv. de phis., 1884.

(7) Obs. culésă de d. Besnea, internul serviciului.

ast-fel pare că de această parte se coboră mult mai jos, ca în partea opusă. Resp. 28 pe minut.

Percuția. Sonoritate normală în tot restul toracelui; la dreapta, din dreptul cōstei a 5^a începe matitate și se scoboră până la 6 c.m sub falsele cōstei. Tōtă această parte e fōrte sensibilă la loviturile degetului.

Respirația normală, murmurul vesicular se aude până în părțile inferiōre și vibrațiunile toracice se simt pe tōtă întinderea feței posterioare și laterale.

Aparatul circulator. Pulsul mic, regulat, filiform, 114 pe minut. Cordul normal vērful, bate în al 6-lea spațiu intercostal stâng, cu câteva centimetri în afară de mamelon.

La focarul mitralei se aude un suflu ușor în timpul I-iū, nimic la cele alte focare.

Ficatul mărit de volum, dureros la presiune, n'are nici o neregularitate pe suprafață, prin palpație sesimte fluctuație profundă în nivelul spațiilor 9 și 10 intercostal drept, între liniile axilo-mamilonare. Vinele, superficiale normale, nu există icter. Splina păstrază dimensiunile normale. La 10 Ianuar 1891 se face o puncție cu siringa Pravaz și se extrage un puroiū gros, galben roșatic, cremos.

Examinat la microscop, d. dr. Luca găsi cristale de colesterină fōrte numeroase, celule probabil hepatice distruse; diluând puroiul cu apă și tratându-l cu acid azotic ne dădu reacțiunea pigmentilor biliari. Nu s'aū aflat cărlige de echinococi, nici urme de membrane germinative.

La 14 Ianuar (1891) se face o a doua puncțiune, cu acelaș rezultat. Din cercetările microscopice făcute din puroiul prōspēt nu s'a găsit nici o specie de bacterie. În aceeași zi dl. Prof. Babeș a făcut însămînțări pe diferite substrat nutritive, după cinci zile, culturile aū dat rezultate negative.

Urinile examinate nu conțin nimic de anormal.

La 20 Ianuar d-l Prof. Petrini Paul deschide abscesul după ce se ieau tōte măsurile de asepzie și se scōte ca un litru de puroiū, avēnd calitățile descrise mai sus.

După operație bolnava n'a avut nici o reacțiune febrilă, durerile aū dispărut și apetitul a revenit. Casul de față are însemnătate pentru d.-v. în prima linie că, — abscesele ficatului sunt rari și deci vē folosiți putēnd culege date de interes practic în cea-ce concerne simptomatologia; al doilea, evoluția încētă și aprōpe fără reacțiune la această bol-

navă, vë va pune în pozițiune de a judeca că nu la tôte abscesele ficatului trebuie să vë așteptați la temperatură ; al treilea, cestiunea patogeniei mi se pare că trebuie a o avea în vedere, căci de la dënşa vom aștepta în present și în viitor modul de terminare și în fine în apatra linie e cestiunea tratamentului.

Simptomc. Acest subiect e descris bine, clar și metodic mai în toți autorii clasici, cu tôte acestea cred de a mea datorie de a vë enumëra simptomele mai principale, pentru a nu fi străini de ele, atunci când voiü vorbi despre diagnosticul diferentïal.

Descroizilles (1), *Jacoud* (2), *Vallin* (3), *Dubain* (4), *Rochard* (5), *Mahé* (6), *Dupuy* (7) etc., descriü simptomele hepatitei ca începënd în mod fôrte variabil.

a) *Durerea în regiunea ficatului* este unul din simptomele cele mai constante, cu tôte că ea poate lipsi. Câte o dată bolnavul simte o greutate adâncă în partea ficatului, alte ori ea merge crescënd; sau începe prin a fi acută chiar de la început. Ea poate fi pongitivă, lancinantă, pulsativă și se iradiază mai adesea spre umërul drept, cresce prin tusă, inspirațiune, decubit lateral, schimbarea repede a pozițiunei, palpare și percuțiune.

Locul durerei stă în legătură cu lesiunea: spre es. când lesiunea ocupă suprafața convexă a lobului drept, durerea e mai mare la unul din spațiurile intercostale; sau la epigastru când procesul patologic e în lobul stâng; când abscesul se formëază pe fața concavă sau pe marginea posterióră a ficatului atunci durerea se simte în profunđimea ipohondrului drept, póte chiar și în lombe.

b) *Durerea simpatică în epolet* Ea nu se observă de cât în abscesele lobului drept al ficatului; (Kiener) simptom de o mare importantă fără a avea o valóre patognomonică, cu tôte acestea constituie un semn prețios mai ales la începutul bólei.

Locul durerei e variabil, de obiceiü se simte la scapulum său în

(1) Descroizilles. Hépatite aiguë suppurée. Bull.de la sociét. d'anat. 1852.

(2) Jacoud. Gaz des hôp... 1867.

(3) Vallin. Abscès du foie guérison spontanée. par rupture dans l'estomac. Union. méd.

1874

(4) Dubain. Essai sur l'hépatite suppurée de nos climats. Th de Paris 1877.

(5) Rochard. Bull. Acad. méd.... 1880...

(6) Mahé. Programme de semiologie.... Paris, 1880.

(7) Dupuy complications respiratoires des abcès d'u foie. Th. de Paris, 1881.

grosimea deltoidelor; alte ori se iradiază în braț, plica cotului până în palma mâinii (1).

Adesea acest simptom se observă la început, cu toate acestea el poate să apară în cursul maladiei sau după ce abscesul s'a format și de cele mai multe ori durerea vine sub forme de accese.

Tăria acestei dureri e diferită, câte o dată, e o simplă greutate în umăr, alte ori e penibilă și devine așa de violentă că bolnavul uită suferința de la ficat.

Se admite că durerea în epolet e datorită iritațiunii transmise prin cale reflexă, adică prin nervul frenic la a 4-a bransă cervicală care, dă sensibilitate epoletului.

Din cercetările lui Luschka (2) nervul frenic drept, nerv mixt, iese exclusiv său în mare parte din a 4-a pereche cervicală, trimițând pe de o parte ramuri cutanate în humerus; iar pe de alta câte-va ramuri în ficat și învelitoarea peritoneală și acesta ar fi cauza care ar explica durerea și epoletul drept.

c) *Umflarea ficatului*. Are o valoare tot așa de mare ca și durerea. La început tumefacția e mică și abea perceptibilă, cu timpul ea devine din ce în ce mai evidentă și se observă prin simplă inspecțiune. Ipohondrul drept formeză o scosătură, spațiile intercostale se lungesc și se șterg. Dacă tumefacția e mare și trece peste falsele coste atunci prin palpațiune se poate în unele cazuri simți fluctuația, cum am văzut la pacienta noastră.

d) *Decubitus dorsal*. Când durerile sunt mari și respirațiunea grea, atunci bolnavii caut a-și lua o astfel de pozițiune, ca mușchii abdominali să nu comprime ficatul, adică stau în decubitus dorsal înclinat puțin la dreapta; membrul inferior drept p. c și capul sunt ușor flexate.

e) *Icterus* se observă rar și nu e un simptom constant; (1 la 16 după Rouis) (3) chiar în cazurile când există, nu e intensiv, ci pielea e o colorie icterică. Detroulau dă că nu tot-d'a-una putem cu ușurință distinge acest icter de cloro-anemia cahetică.

f) *Turburările aparatului digestiv* n'au nimic de caracteristic, astfel se observă: inapetență, greață, apăsare în epigastru mai ales atunci

(1) Mult mai rar durerea ocupă mușchii, trapezul, triunghiul sub clavier sau extremitatea externă a claviculei.

(2) Luschka. Der nervus phrenicus des Menschen. Monografie Tubingen.

(3) Rouis Rech. sur les supurations endémiques du foie. Paris, 1860.

când lobul stâng al ficatului e umflat și apasă stomacul, alte ori su-
pravin vărsături, câte o dată diaree sau constipație.

g) *Turburările ale aparatului respirator* sunt adesea penibile pentru bolnav, totuși ele nu constituie de cât nisce simptome secundare. Presiunea sau schimbarea ce încercă ficatul în timpul mișcărilor, face ca inspirația să fie durerosă, ast-fel diafragma din partea dreaptă își micșorează mișcările de extensiune; iar respirația în această parte nu se execută de cât prin cöste. Adesea, respirația este unită cu o tusă secă, asemănătoare cu tusa de pleuresie uscată. Dacă ficatul e förte tumefiat, atunci împinge cu totul diafragma în sus, 'i opresce mișcările, când putem asista la fenomene de dispnee, opresiune și chiar sufocațiune.

Nu trebuie să uitați că dispnea opresiunea și tusa, pot fi datorite, în adevăr organelor respiratore, căci abscesul se pöte deschide în pleură sau în bronchi; în ast-fel de împrejurări puteți judeca că aceste simptome pot avea o îndoită interpretare și trebuie să vă feriți de această greșală.

h) *Temperatura*. Câte o dată febra vine de la început, alte ori mai târziu, după ce au apărut cele alte semne locale. Cu töte acestea cum s'a întemplat la cazul nostru, febra apröpe pöte lipsi. Când există, ea vine prin intermitență și mai adese paroxismele vin către sérä. Alte ori când supurația e mare, accesele pot fi unite cu sudori reci, abondente, în acest timp somnul e neliniștit și însoțit de vise rele. Intr'un cuvint accesele nu presintă vre-o regularitate nici în mers, nici în formă, ca să putem trage öre carü conclusiuni.

În cea-ce se referă la turburările în nutrițiune, ele sunt destul de evidente: bolnavii slăbesc încetul cu încetul, tegumentele iaü o colöre cloro anemică specială..., colörea de supurațiune. S'a semnalat încă în abscesele ficatului o stare tifoidă, mai ales în casurile de piemie.

Diagnosticul. Din observația bolnavei, precum și din simptomele descrise, pare că diagnosticul acestei afecțiuni nu presintă mari greutăți; în adevăr, dacă vom considera: *durerea în regiunea ficatului, durerea simpatică în epoletul drept, umflătura ficatului* cu fluctuație profundă, *posițiunea ce ica bolnavul, adică decubitul dorsal inclinat ușor spre dreapta, caracterele puroiului, cercetările clinice și microscopice ale acestuia, icterul care pöte să existe (de și nu e constant), turburările în aparatul digestiv și respirator p. c. și temperatura*, sunt atâtea simptome carü zic,

combinate și coordonate unele altora, vor putea să ne conducă la precisarea diagnosticului; însă dorul meu ca profesor de clinică, nu este numai de a vă mărgini în aceste date scurte, de cari fără îndoială vă puteți servi; dar intențiunea mea este de a vă face cunoscut că: o dată cu fenomenele din partea ficatului, puteți asista și la simptome din partea altor organe, mai mult sau mai puțin apropiate de focarul purulent; fapte pe cari le veți pricepe și mai bine, atunci când voiți vorbi de modul de terminare al absceselor ficatului.

Cu toate acestea, hepatita supurată a fost luată drept o febră tifoidă (Descroizilles), o tuberculosă miliară generalizată (Gueneau de Mussy). Cercetând cu luare aminte simptomele febrei tifoide și a tuberculozei miliare, vom vedea că ușor putem elimina aceste două afecțiuni.

Cea mai frecventă greșală o putem face, între un exudat pleuretic purulent drept, cu un absces al ficatului. Și cu totă experiența timpului, am comis această eroré. E vorba de un pacient ce prezenta trei fistule, două se deschideañ afară prin cóstele toracice, a treia nu o puteam vedea, ea comunică prin diafragm cu cavitatea abscesului ficatului.

Étă cum am putea până la un punct óre-care să eșim din această greutate: în ambele împrejurări, există diformația toraceiui la drépta, o scosătură în această parte; însă există matitate la basa pulmonului corespondent, vibrațiunile toracelui și sgomotul respiratore dispărut în pleuresiñ purulente.

În cazul de empiem, prin palpație, lipsește durerea hepatică, asemenea lipsește durerea simpatică în epolet, etc. și dacă facem un studiu atentiv a tuturor fenomenelor descrise, putem deduce o presumpțiune în favórea absceselor ficatului sau a exudatului pleuretic.

Mai mult, percuția pare încă a ne da indicațiuni prețioase. Percuțați cu atenție dinainte îndărăt cóstele toraxului, cu acest chip veți obține o curbă superióră. Acastă curbă după Frerichs⁽¹⁾ se prezintă sub două aspecte, adică: *a)* În casuri de empiem are concavitătea în sus; *b)* În bólele ficatului curba are convexitatea superióră, luând forma convexă a organului; dar în unele împrejurări după cum și eu am observat, curba superióră chear în empiem, nu e concavă ci sinuoasă și

(1) Frerichs, Maladies du foie, obs. I et obs. LXXXIX, Trousseau, clinique.

decî semnul lui Frerichs nu pôte fi patogeomonic și nu trebuit aî da o însemnătate exagerată.

Mobilitatea ficatului în timpul respirațiunilor adânci, indică mai mult o afecțiune a acestuia, de cât a unui exudat pleuretic.

S'a admis asemenea, că marginile cartilajelor toracelui se întorc în afară în hipertrofiile ficatului, fapt ce nu se observă în empiem (Frerichs.)

Stokes, dă o mare importanță șanțului ce se forméază între marginea còstei și față convexă a ficatului; acest șanț indică un exudat pleuretic. Semnul lui Stokes e bun în casurile când colecțiunea de puroi în plevră e considerabilă; căcî în alte împrejurări, ficatul singur fiind prea hipertrofiat pôte forma acest șanț.

În resumat nu este un simptom unic patognomonic care să pôta în tôte casurile deosebi empiemul, de o afecțiune a ficatului și trebuie să concordăm mai multe simptome, pentru a fi mai preciși.

Semnele fizice cari dau cea mai multă presumpțiune (spre es. existența unui empiem) sunt în general: matitatea ce se urcă mult mai sus ca fața convexă a ficatului ⁽¹⁾, egotonia, pectorolichiă afonă și suflu bronhic; acestea nu se întîlnesc în abscesele ficatului. Trebuie încă să căutăm manifestațiuni hepatice anteriore ca: icter, colici hepatice, etc.

Simptomele enumerate mai sus, vor putea pînă la un punct, să ne pună pe drumul adevărului.

Modul de terminare a absceselor ficatului.

În majoritatea casurilor, aceste abscese au tendință de a se deschide în afară, sau într'o cavitate vecină; și mai rar, pot dice excepțional se resorb. În acest scop și pentru a nu vè încărca memoria, voi divide această parte după cum urméază:

a) *Terminare prin deschiderea focarului purulent, prin tegumentele externe.*

Abcesul odată format, caută un loc unde să se scurgă; fără îndoială, puroiul va eși în afară, sau prin cavitatea toracică, sau abdominală, sau în interiorul acestor cavități. În acest timp peretele, (corespunđător locului pe unde va eși puroiul) se edemațiază, se umflă, se ridică, devine dureros la pipăit. Nu trece mult și tumefacțiunea crește, se móe, devine

(1) Acest semn el însuși nu e constant, căci Frerichs a vëđut un chist hidatic, urcându-se pînă la a 2 a còstă. (Loc. cit., p. 57).

fluctuantă, cu margini mai mult sau mai puțin limitate; iar cu timpul forța excentrică a puroiului, isprăvesce prin a deschide peretele, dacă nu intervenim a-l deschide prin operațiune.

b) *Terminarea prin deschiderea abcesului în bronhi.*

În majoritatea cazurilor, acest mod de terminare e cel mai comun; de aceea trebuie să fiți atenți și să cercetați bolnavul în toate zilele, căci nu știți la ce vă puteți aștepta. Cum și cari vor fi semnele fizice și funcționale a acestui mod de terminare? Nu pot să vă spun simptome cu totul sigure, singurii puteți judeca greutatea având a face cu două maladii de odată; mă mărginesc însă a zice că, în ast-fel de împrejurări vom avea a face cu o inflamație a bazei pulmonului drept adică: o febră intensivă, dureri puternice la baza pulmonului, dispneă, opresiune, vă atrag atențiunea asupra mirosului fetid a aerului expirat, fapt ce nu trebuie a-l perde din vedere, odată puroiul trecut în pulmon, provocă quinte de tuse, din care cauză durerile devin foarte mari și în fine bolnavul expectorează o materie purulentă, mai mult sau mai puțin vâscosă, având o coloră gălbue sau roșie închisă. Alte ori observăm o adevărată vomită, — pacientul tușesce, sau are efort de vărsătură și asvêrlă de-odată o cantitate mare de materie patogenă.

Odată abcesul deschis în afară, fenomenele ce până aci fusese penibile încep a se mai ușura, — durerea și opresiunea se mai calmează; iar temperatura și simptomele din partea pulmonului drept și urmăză drumul înainte: percutând baza pulmonului auzim matitate, vibrațiunile toracelui (de acéstă parte) se transmit cu ușurință; ascultând auzim suflu bronchic, la început depărtat și apoi mai apropiat, în acelaș timp ralură crepitante; într'un cuvânt aprópe tot ce puteți întâlni la o pneumonie, cu deosebire că sputa e mai puțin vâscosă, mai abundentă și amestecată cu materii purulente, de o coloră gălbue sau ca ciocolata.

Puțin timp după acésta, focarul de ramoliment al pulmonului devine mai superficial, când auzim ralură mucóse gróse, ralură cavernóse, garguiment, suflu amforic, — semnele unei escavațiuni pulmonare.

Expectorația nu încetéză, ea póte dura sêptemâni și chiar luni, când mai multă, când mai puțină. În acest timp două lucruri se pot întâmpla, adică: 1) fenomenele pulmonare încep a se ameliora, sonoritatea, încetul cu încetul revine, ralurile cavernóse, garguimentul și suflul amforic e înlocuit printr'un suflu bronchic mai dulce, expectorația și schimbă caracterul; în acest timp ficatul merge spre bine,

spre cicatisare și pulmonul p \acute{o} te fi considerat în afară de pericol. 2) Dacă diafragma e atins în o mare întindere și pulmonul e vast distrus, — în ac \acute{e} stă împrejurare bolnavul m \acute{o} re slăbit de supurațiune, he moptisi \acute{u} , diare \acute{a} și febră hectică.

c) *Terminare prin deschiderea abscesului în pleură.* Dacă nu se fac aderențe puternice între pulmon și diafragm, atunci puroiul în loc de a pătrunde în bronchi, trece în cavitatea pleurală. Acum veți avea simptomele unei pleurite purulente: matitate în partea dr \acute{e} ptă, vibrațiunile mărite, murmurul vesicular dispărut, pectorilochie afonă, partea ac \acute{e} sta e mai desvoltată; semnele funcționale însă sunt mai puțin intensive, apr \acute{o} p \acute{e} sa \acute{u} ca acele ale unei pleuresii cu rev \acute{e} rsare de serositate: fris \acute{o} ne, tuse, greutate în respirație, etc.

Puroiul odată str \acute{i} ns în pleură se comportă ca în empiemile ordinare: sa \acute{u} caută a eși afară prin unul din spațiile intercostale, sa \acute{u} p \acute{e} trunde pulmonul și es prin bronchi.

În acest din urmă cas tabloul clinic este același, pe care l-am deschis când puroiul trece de a dreapta din ficat în bronchi (veți lit. b).

d) *Deschiderea abscesului în pericard.* Abscesele lobului stâng al ficatului, câte odată se golesc în mediastin și mai ales în pericard. Vă reamintesc și aci câte-va simptome, pentru ca să aveți cunoștința, când vre-o-dată veți fi în fața unui cas de asemenea natură.

Eruperea puroiului în cavitatea pericardului se anunță printr'o durere extremă în regiunea precordială, accese de sufocație, palpitațiuni, sincop \acute{e} , bătăile p. c. și șgomotele cordului slăbesc repede, pulsul devine imperceptibil și m \acute{o} rtea sosesc \acute{e} iute (1).

e) *Deschiderea abscesului în periton \acute{e} .* Ea se face când aderențele cu părțile vecine nu sunt destul de consolidate, atunci puroiul p \acute{e} trunde în cavitatea peritoneală. Fenomenile depind de modul rev \acute{e} rsării și cantității puroiului, adică: dacă se varsă de-odată și în mare cantitate, atunci vom asista la simptomele unei peritonite acute generalizate; iar ca termin fatal m \acute{o} rtea. În cazul când puroiul p \acute{e} trunde încet și câte puțin, tabloul clinic va fi acela al unei peritonite cronice, ear fenomenele din partea ficatului pot masca pe acelea de peritonită și numai la necropsie găsim în periton \acute{e} colecțiuni de puroi închistat, în comunitație cu focarul ficatului.

(1) Re \acute{u} s în Ob. XI a, descrie m \acute{o} rtea unui bolnav în câte-va minute.

FACULTATEA DE MEDICINĂ

din

BUCUREȘCI

Profesorului

f) *Deschiderea abscesului în vescerile abdominale.*

În alte împrejurări se formeză aderențe cu organele digestive, ast-fel comunicațiunea focarului se pôte face în diferite organe, începând de la stomac până la colon, în care intră și căile biliare. Acest mod de terminare e cel mai fericit.

Pătrunderea puroiului în cavitatea intestinului are drept rezultat ușurarea bolnavului: durerea aprópe dispare, în acelaș timp starea generală se amelioréză în câte-va ore și pacientul eliminéză în scaune o cantitate óre-care de produs patologic.

Dacă deschiderea s'a făcut în stomac, atunci o parte de puroiú e asvêrlită afară prin vêrsături; iar alt aprin evacuăționi alvine.

Comunicațiunea abscesului cu renichiul drept e excesiv de rară (Annesley et Naumann) și nu se cunósce acest mod de terminare, de cât prin prezența puroiului în urină.

Olmca citéză douê casuri de deschidere a focarului în *vêna cava inferióră*, mórtea a fost fulgerátóre, prin fenomene de sufocațiune.

În fine pentru a fini cu acéstă parte vê voiú aminti încá, că abscesele ficatului se pot *inchista și resorbi*, mod norocit de terminare.

Alte orí și pot zice mai adesea bolnavii mor prin *sleirea forțelor*, nutriția se deterioréză încetul cu încetul, forțele slábesc, membrele se infiltréză, cavitățile seróse se umplu cu exudate, febra hetică cresce din ñi în ñi, atuncea apare diarea și bolnavul móre în marasm. Câte odată chér de la început supra-vin fenomene acute și mórtea vine prin recrudiscenta bólei, cu delir, prostrație, somnolență, și fenomene de febră tifoidă.

Etiologia și Patogenia. Chestiunea de față are o importanță fórte mare în cea ce privesce etiologia și mai ales patogenia, — chestiune încá neresolvită. Cu ea s'aú ocupat ómení de valóre și astăzi studiul patogeniei preocupă pe cliniciení, bacteriologiști și fiziologiști.

Și fiind că mē măgulesc cu idea că pôte vre-unul din d-vóstră va întreprinde acest studiú, acéstă singurá preocupare, mē face de a deslântui înaintea d-vóstră, pe cât voiú putea, istoricul și criticile emise asupra naturei absceselor ficatului.

Acest studiú a fost făcut în climatele calde, acolo unde s'a observat că, cele mai adese orí supurațiuni ficatului sunt însoțite de disenterie; de aceia mē voiú servi, mai mult de lucrările acelor autorí, până în fine voiú ajunge la cercetările cu totul recente de bacteriologie.

1) *Ideile emise în secolul din urmă de Larrey.*

Hepatita supurată în legătură cu disenteria sau alte cauze a fost cunoscută din timpul lui Galien, în urmă s'a ocupat cu descrierea ei, Lind la Calcuta, în Flandra Pringle și Petit le fils în Franța; însă această afecțiune nu intră în literatura medicală, de cât la începutul acestui secol, prin scrierea lui Larrey într'un Memoriu: «Campagnes d'Egippte et de Syrie.»

El atribue că căldura arđetóre a ȳilei este cauza primitivă a supurațiunei ficatului.

Sub influența căldurei, ȳice densul, grăsimile epiploonului și a țesutului celular (mai ales la persoanele grase) se lichifiază și astfel sunt duse de torentul circulator și depuse în ficat, din care causă organul se umflă și se inflaméză.

La acesta se mai adaogă cauze ocazionale ca: obosélă, abusul de bęuturi alcoolice, apa stătută, trecerea iute de la căldură la frig, etc.

2) *Teoria cauzelor multiple.*

«Annesley la 1828 (1) descrie această afecțiune și consideră temperatura, pămîntul și obiceiurile ca cauze. Printre ele principala ar fi malaria, adică: exalațiunii miasmatică de natură necunoscută, pe care sórele arđetor le degajă din pămîntul umed și în particular din locurile marecájose. Că aceste miasme aduc turburări funcționale a căilor digestive: disenteria, hepatita, holera și diferite febre. Ca și Larrey adaogă cauze ocazionale și predispozițiunii individuale.»

Din acesta se vede că Annesley a prevęđut óre-cum o causă nouă și de natură microbiană.

3) *Teoria metastasei piemice și septice.*

În timpul când Annesley culegea material în climatele calde asupra absceselor ficatului, la Paris și Londra se numi câte o comisiune pentru a studia această cestiune.

În 1825—1833 Ribes⁽²⁾, Dance⁽³⁾ și Cruveilhier puse în evidență

(1) Annesley. Researches into the cause and treatment of the more prevalent Diseases of India.

(2) Mém. et obs. d'anatomic, de physiologie... de path. et de chirurgie.

(3) Dance. Arch. gén. de méd. 1828, t. XVIII.

coincidența absceselor pulmonului cu inflamațiunile venelor circulațiunii mari și în același timp observară mai adesea abscese la ficat, consecutiv flabitei venei porte. Transportul puroiului în organe prin circulațiunea venoasă și formațiunea de abscese metastatice deveniră cu atât mai explicabile, mai ales în urma experiențelor lui Cruveilhier, care injectând mercur în vena meseraică a unui câne, a reușit să producă în pulmon și în ficat, abscese cuprinzând globule de mercur.

Bazat pe aceste experențe Budd⁽¹⁾ 'și făcu întrebarea, până la ce punct metastasele purulente pot fi aplicabile la pathogenia absceselor ficatului? În acest scop adună 60 observațiuni, parte ale sale, parte ale lui Louis, Andral și Annesley. În studiul său divide aceste observațiuni în două grupe: Abscese ale ficatului consecutive luării sângelui, pleuropneomoniei, febrei purperale; și le consideră de natură piemică datorite flebitei.

A doua grupă cuprinde ulcere a intestinelor, stomacului și căilor biliare, cari a produs flebite și de aci abscese metastatice în ficat. — Teoria lui Budd nu pôte fi explicată în toate casurile, căci la necropsii s'aũ găsit ulcere în intestine, cu toate aceste venele mesaraice erau intacte (Kelsck et Kiener op cit. 1889.)

4) *Teoria palustră.*

Haspel, (2) Cateloup (3) și Cambey (4) publicară la 1843 și 1845 memoriile lor asupra patogeniei absceselor ficatului în Oran și Mascara. «Un caracter propriu al zonei Mediteranei este că întoți anii, la aceleași anotimpuri, ca paserile trecătoare, se ivesc aceleași maladii și se desvolt în acelaș ordin.»

Acest mod de a vedea are în sine o aparență de veritate, fiind că după dinșii, sesónele reguléză succesiunea anuală a bólelor. Astfel de Primăvară se leagă: febrele gastrice, intermitente și afecțiuni catarale cu rezoluțiuni ușóre.

Vara se ivesc febrele remitente bilóse, cu congestia ficatului. Tóamna maladiile iaũ un caracter adinamic și putred, febrele devin neregulate. Iarna aceste diverse cahexii se complică cu stări tifoide. Haspel țice

(1) Budd on diseases of. the Liver London 1845.

(2) Maladies de l'Algerie 1850, Haspel.

(3) Cateloup. le Mem. sur coincidence de l'hepat. etc. 1845.

(4) Combey. De la dys. et des. mal. de foie 1847.

că, toate aceste stări sunt datorite unui miasm specific pe care îl numește *germe morbide* sau *ovum pathologic*; iar Jacquot 1842 descrie în lucrarea sa și complectară această teorie în *Traité des fièvres intermittentes et continues* de natură palustră.

5) Teoria meteorologică.

Jacquot⁽¹⁾ în scrierea sa mai mult critică și speculativă, face o polemică întrégă cu autori contipuranii lui (Rouis în Morehead). Acest critic consumat, caută cauza maladiilor în climatele calde și mai ales în zona Mediteranei, în *temperatura ridicată a localității* și în malaria. Aceste două cauze lucrază asupra organismului, sau fie-care în parte, sau ambele unite⁽²⁾. Pentru dînsul febrile paludiene sunt endemice și nu au nimic a face cu disenteria și abscesele ficatului, pe cîtă vreme aceste din urmă stau în strînsă legătură cu căldura și schimbările climatului, la care mai adăogă réua stare higienică și alimentația insuficientă. Cu alte cuvinte Jacquot face o deosebire marcată între malaria și disenteria cu hepatită; că cea d'întăi nu are nici un amestec în etiologia absceselor ficatului; de fapt rămîne numai starea climaterică ce singură e destul de puternică în producerea acestei afecțiuni.

Rouis. Adună cercetările predecesorilor săi, la un loc cu ale sale și considera *hepatita supurată* ca o maladie sporadică, izolată și nu în legătură cu epidemiile de disenterie; că această hepatită se desvoltă sub influența unei înalte temperaturi a sórelui și mai cu sémă la indiviđii neaclimatisați. Aceiași teoriă, acelaș raționament ca și Jacquot, alară numai că Rouis nu vorbește de malarie.

Modul său de expunere e foarte seducător, mai ales că se baséză numai pe fapte positive ale temperaturii atmosferice: «Temperaturile înalte lucrază asupra economiei și în particular asupra ficatului, căldura excesiva rarifíeză aerul atmosferic și micșorează cantitatea de oxigen destinat trebuințelor hematoasei. Din această caúsă ficatul este atins în nutrițiune și devine locul unei hiperemii active, în acest timp e de ajuns ca condițiunii cu totul secundare ca: oboséla, nutrirea rea etc să dea nascere unei hepatite supurate. Atunci cum se esplică abscesele

(1) Jacquot. Reches, sur les causes des fièvres à quiny. et Memoire présenté a l'Académie de med. en 1864 et publié dans la Gaz. de méd. de Paris, 1848.

(2) Etude nouv. de l'endémo-épid. annuelle des pays chauds etc. Mém. lu à l'Acad. de méd. en 1853 et publié avec de nouv. développements dans les Annales d'hyg. 1857 - 1858

ficatului în climate temperate și frigurose? În aceste împrejurări cred că teoria lui Rouis nu p \acute{o} te fi admisibilă.

Morehead ia de basă cercetările lui Annesley că, pletoricii sunt predispuși la hepatite supurate din cauza activității funcționale a ficatului, care dă naștere la turburări în secrețiunea biliară; la acesta mai adaugă malaría, iar ca cauza causerum este temperatura excesivă, de aci tratamentul anti-fligistic preconizat de acest autor.

Alcoolism. Un medic german, dr. Sachs, (1) formulă o nouă teorie a alcoolismului. El ia drept basă mai multe observațiuni adunate la Cairo, atât din clientela sa cosmopolită, cât și dintr'un spital european din acest oraș. El consideră disenteria și hepatita ca afecțiuni pur locale, depinzând de cauze cu totul individuale și fiziologice. Eată modul cum se exprimă: «Există la toți Europeanii cari vin în climate calde, o stare de atonie a organelor digestive și o congestiune permanentă cu mărire de volum al ficatului. Pentru a se nasce aceste congestiuni; hepatită, saũ disenterie trebuie cauze speciale directe.» Autorul le găsește în regimul de viață, în nutrimentul copios și escitant, și mai ales în abuzul de bęturi alcoolice; iar disenteria provine din consumațiunea fructelor necópte.

De și acéstă teorie a avut órecare credit în literatura germană; cu tóte astea e, greu de admis și explicat o teorie așa de strimptă, pentru a reduce, disenteria și abscesele ficatului la consecințele unei indigestiuni, fără a ține sémă de condițiunile particulare în cari s'aũ cules observațiunile sale. Mě mir, zice Kiener că acest autor contimporan (1876), formulézá o teorie (bromatologică), punénd acesteí cauze secundare, ca etiologie în disenterie și hepatita supurată.

Timul fiind inaintat nu pot continua ađi cu etiologia acesteí afecțiuni; voiũ urma deci în viitórea lecțiune, cu expunerea cercetărilor bacteriologice parte făcute la noi, parte din cercetări și experimentele făcute în străinătate.

Reviũ la timpul modern al bacteriologiei, pentru a cerceta împreună cu d-vóstră, nu numai vederile și credințele scrutatorilor moderni; dar și experimentele fiziologice îndrumate spre atingerea acestuĩ

(1) Sachs, Ueber die Hepatitis der heissen Lander etc. Arch. f. Klin. Chir. von Langenbeck. B. XIX.

scop. Multă muncă, mult devotament au pus și pun bacteriologiiștii pentru a lumina patogenia absceselor ficatului; însă rezultatul cercetărilor nu a fost identic, căci bacterii deosebite s'au găsit în urma experimentelor și deci patogenia încă nu e pozitiv definită. Cu toate acestea lucrările întreprinse sunt importante, ele vor aduce noi lumini și vor deschide calea la alte cercetări, cu chipul acesta rămâne de sigur și pentru d-vastră un câmp deschis unde veți găsi destul material pentru ca pe de o parte să vă înmulțiți cunoștințele; iar pe de alta să putem îmbogăți literatura noastră medicală.

Iată de ce culeg și adun tot ce pot găsi relativ la acest subiect, ca odată citind sau aducându-vă aminte ceea-ce eu vă narez, să puteți avea cunoștința de aceste lipsuri; iar eu voi fi mângâiat cu ideea că v'am putut ajuta în viitorile d-vastră cercetări.

Am vorbit în lecțiunea trecută de abscesele metastatice precum și de modul cum au fost interpretate; reîncep acum și le discut cum sunt și cum trebuie să fie judecate astăzi, în ceea-ce se referă la studiul bacteriilor.

«In abscesele piemice, datorite plăgilor membrelor, capului, madielor óselor, sau supurațiunei organelor, — aceste abscese determină flebite a venelor circulațiunei generale, dopuri sau fragmente de sânge cuagualat, se rup din interiorul venei inflamate și se duc prin intermediul cordului drept și se așază într'o ramură a arteriei pulmonare, și dă loc la o embolie sau la abscese mici, miliare în pulmon» (Babeș.)

Acésta se esplică pentru abscesile metastice in pulmoní, faptul e rațional și judecata sănătósă ne face să admitem acest mod de a vedea. Dar atunci cum se admite, cum se explică abscesele metastatice în ficat și rănichi, dacă spre es. flebita primitivă e de la început stabilită într'un membru?

Doctrina emboliilor arteriale și capilare ar fi singură, care ar putea explica aceste abscese metastatice, chestiune cam grea de interpretat din două puncte de vedere: a) Pe de o parte bucățelele embolice provenite din interiorul venei inflamate, nu pot ajunge la ficat și rănichi, de cât după ce vor trece prin cordul drept, artera pulmonară și capilarile pulmonului; iar de aci să trecă în cordul stâng, circulația arterială și numai ast-fel să se așeze în cutare sau cutare organ; b) De altă parte s'a căutat adesea, arteriile și capila-

rele cari se duc la abscesul metastatic și nu s'au găsit fragmente embolice în aceste vase. Iată de ce ȳic că doctrina emboliilor arteriale și capilare e grea de aplicat ȳn tte casurile.

Recurgem deci la o altă explicaȳiune, basată pe fapte și cercetări: Se scie astăzi, că sfrmturile embolice consist, esenȳialmente din micro-organisme p. c. și din celule limfatice, cari sunt adesea ȳncrcate cu aceste bacterii. Ast-fel fiind, micro-organismele cari intră ȳn circulaȳia organelor pot veni direct din focarul primitiv său dintr'un cheag de flebită, când acest cheag conȳine bacterii producetre de puroiu; iar aceste micro-organisme sunt dispuse ȳn interiorul vaselor sub formă de zooglee (1).

Iată cum descrie prof. Babeș (2) abscesele metastatice ale ficatului: «Abscesele se ȳcompaniaz ȳn general de o hipertrofie a ficatului, suprafeȳile lor sunt regulate, glbuie, hemisferice, fac relief și rdic ȳn sus capsula lui Glisson. Lobulii hepatici cari se vor transforma ȳn abscese, presint mai ȳntiu o pată galbină și opacă, care prin răzuire dă o picătură de puroiu. Și mai departe se exprimă, — la microscop se constată că, capilarele ȳn aceste prȳi sunt mai mult său mai puȳin pline, cu micrococi ȳngrmdiȳi ȳn mase zoogleice.» Se găsesc asemenea ȳn aceste capilare globule albe și puȳine globule roșii.

Lobulul bolnav, după distrugerea țesutului conjunctiv și ramolirea pereȳilor vaselor, se transformă ȳntr'o mică colecȳiune purulentă și aș mai departe.

Din aceste câte-va rnduri puteȳi să vă faceȳi o idee cum, ȳn interiorul capilarelor ficatului afectat, se găsesc bacterii grămădite și după cunoscințele nstre actuale, aceste micro-organisme dacă provin din circulaȳia generală, sunt duse ȳn ficat prin *Artera hepatică*; iar acelea ale circulaȳiei abdominale sunt transportate ȳn ficat prin *vena port*.

Baumgarten (3) ȳdice că aceste abscese metastatice sunt de ordin ar cauzate de streptococi, că dacă s'au găsit și stafilococi, acești din

(1) Se dă numire de zooglee la o ȳngrmdire de bacterii, agregate unele cu altele și cele mai adesea ori ȳnconjurate de o gangă de gelatină. Aceste aglomeraȳiuni se pot vedea și cu ochii liberi ȳn infusiunile de carne, escremente etc. când sunt ȳn mare cantitate. Note culese de Dr. Luca.

(2) Cornil et Babeș. Les Bactéries. Tome premier, p. 484. 1890.

(3) Baumgarten. Lehrbuch der Path. Mykologie 1887.

urmă nu pot avea o valoare patogenă, de ôre-ce stafilococii n'au o viață lungă ca a streptococilor, teorie combătută de prof. Babeș, ca încă neprobată bine.

Intr'o lucrare originală, dr. *L. E. Bertrand* (1) medic principal în marina franceză, studiază *originea și natura microbilor nespecifici în hepatita supurată*; acest studiu a fost prezentat Academiei de medicină de Rochard (2) la 1-iulie 1890. Autorul sprijinit pe datele ce le dă bacteriologia: că supurațiunea este un proces funcțional al microorganismelor —... problema se poate simplifica și se reduce la două chestiuni elementare :

a) A constata prezența microbilor piogeni în ficatul abscedat și
b) a determina căile pe unde au călătorit acești microbii ca să ajungă în ficat.

A treia chestiune și care ne interesă în deosebi, — sunt sau nu, microbii speciali, cari să pôtă singuri produce abscesele ficatului? În cazul când ar exista, cari sunt acei microbii? Sau în fine avem aface cu specii diferite? De sigur aceste întrebări și le-a făcut Bertrand când a început studiul său, și la care încercă a răspunde. În acest scop d-sa utilizează diferite scrieri și în prima linie se servește de cartea clasică a Prof. Babeșiu, amintind tot aceea ce noi am ținut mai sus, că în capilare se găsesc micrococi aglomerați în zooglee, cari sunt capabili a călători cu sângele prin vase și ast-fel se duc și se așează în cutare sau cutare organ.

O dată acest fapt fiind stabilit să vedem ce fel de bacterii s'au aflat în diferite cazuri observate până în timpul când noi scriem aceste rânduri.

Baumgarten a găsit streptococi, pe care Prof. Cornil și Babeș nu-î contestă, dar nici nu-î consideră ca specifici, așteptând ca faptele să fie mai bine probate.

Gannes și *Kirmisson* (3) în două cazuri mortale de abscese ale ficatului, cel întâi, — consecutiv disenteriei de origină colonială (Guadelupa), al doilea în urma traumatismului complicat cu pleuresie și

(1) Bertrand. Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite supurée. Gaz. Hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 27 Janvier, 1891.

(2) Ampliation d'une note présentée à l'Acad. de Méd. le 13 Mai 1890. Rapport de M. J. Rochard 1-er Juillet 1890.

(3) Gannes et Kirmisson. Arch. gén. de méd. Septembre 1886,

piemie. Se făcură culturî pe diferite substrat și preparațiuni după metoda lui Gram, iar la microscop aũ găsit *diplococci* și *micrococi* în lanțuri. Tot acești microbi s'aũ aflat în ulcerățiunile intestinale în primul cas; iar în al doilea, aceste micro-organisme aũ existat în lichidul ventriculilor și substanței cerebrale.

În 1887, un medic din Alexandriadr. Kartulis publică un memoriu (1) în care descrie un agent special, amiba (2) a colonului (*amœba coli*), care ar fi genașa disenteriei (3) și a absceselor ficatului; cu toate acestea autorul a găsit în acelaș timp în focarul purulent și alți microbi piogeni. Cercetările se le bază pe 20 abscese ale ficatului, 9 idiopatice și 11 de natură disenterică (4).

În scurt iată rezultatele obținute de Kartulis: (5)

In abscesele idiopatice; în un cas a găsit *micrococi* în puroiũ, prin culturî în șese casuri a aflat *stafilococcus piogenes aureus*.

In abscesele disenterice, culturile aũ dat o dată, *bacillus piogenes foetidus*, în al doilea cas, s'a dezvoltat *stafilococcus piogenes aureus*; iar în 8 casuri urmate de mörte a aflat *amibe*; pe aceste din urmă se sprijină și le consideră ca patogene în această afecțiune (6).

Un an în urma primei lucrări a lui Kartulis, se ivi la Toulon o epidemie de disenteria *nostras* (7) când dr. Bertrand începe un studiũ foarte atentiv și serios asupra acestei afecțiuni, ajutorat pentru partea

(1) Zur Aetiologie der Leberabscesse, etc. Centralblatt für bakteriologie und Parasitenkunde. II, No. 25.

(2) Amebele sunt o formațiune celulară specială străină economiei, un fel de celule mari, cu nucleu excentric. Protoplasma lor, e plină cu globule hialine, colorate în albastru prin metoda lui Gram; iar nucleu excentric iaũ o colóre roșiatică. Aceste amebele sunt trecute între Monade.

(3) D. Kartulis, a avut deosebita amabilitate de a trimite Prof. Babeș câte-va preparate de aceste amebele, ele sunt foarte evidente. Un desen foarte frumos se vede trecut în vol. II, p. 144 (bacteriologie Cornil et Babeș); cu toate acestea profesorul nostru se exprimă în mod îndoios că aceste amebele ar fi cauza absceselor ficatului.

(4) Culese după Le compte-rendu de la Lancet du 24 Décembre 1887: organism in dysentery and hepatic abscess.

(5) Lucrare publicată în Arch. f. path. Amat. u. Phyv. CXVIII; abcès du foie tropical, en relation avec la dys. și recapitulată de Ed Retterer în Revue des sciences médical. 15 Juillet. 1890, p. 137.

(6) Relation d'une épidémie de dysenterie etc, adressée manuscrite, l'Acad. de méd. le 28 Février 1888, publiée par les Arch. de méd. nat. et tirée à part, 1888. Rapport de M. A. Olivier, 1890.

(7) Thèses de le Sour, Montp. 1888. Roux. Traissineg, 1888; Portée, Bordeaux, 1888; Mignotelt, Montp. 1889.

bacteriologică de Albo și pentru chimie de farmacistul Laland, ajunge la următoarele rezultate: în intestine a găsit: a) *microbi piogeni*, stafilococcus aureus sau albus, în scaune și infiltrat în țesuturi și b) *ptomainc*. Concluziunea sa poate fi resumată astfel: «Ne este, ȳice d-sa permis de a ȳnfiera, cȳ materiile fecale sunt amestecate cu gaze mai mult sau mai puȳin infecte, ale ptomainilor volatile, cari absorbite prin mucȳsa respiratorie și eliminate prin intestine, iritȳ pe acestea și deschide pȳrta microbilor de fermentaȳiune putredȳ și de supuraȳiune.» Și mai departe admite *asociaȳiunea microbienȳ*, care pȳte atinge ficatul și sȳ 'l abscedese.

Cam acest timp Souques internul Profes. Chauffard, publicȳ in Buletinul Societȳtei de anatomie, o observaȳie: abscese multiple ale ficatului consecutive unei tifiite ulcerȳse.

Preparaȳiunile colorate cu violet de metil, aȳ fost aprȳpe negative: nici un micro-organism special, nici bacili, nici streptococi și numai cȳȳi va micrococi isoლაȳi și fȳrte puȳini stafilococi.

Cercetȳrile nȳstre fȳcute de dr. Luca și controlate de Prof. Babeș, din puroiul estras din abscesul ficatului, preparaȳiunile colorate cu Gram aȳ fost asemenea negative.

Dacȳ facem un resumat, din cele espuse pȳnȳ aci, relativ la bacteriologie putem ȳice cȳ s'aȳ gȳsit microbi piogeni ȳn scaunele și țesutul intestinelor la disenterici; microbi piogeni ȳn puroiul și pereȳii absceselor ficatului, cu sau fȳrȳ amibe; micro-organisme ȳn capilarele ficatului, alte orȳ cercetȳrile aȳ fost negative; ȳn fine aceste sunt datele ce ni-le da anatomia patologicȳ pȳnȳ la anul 1890 curent.

La 27 Decembre 1890 Gilbert și Girod ⁽¹⁾ tot atunci Bouchard ⁽²⁾ presintȳ societȳtei de Biologie, rezultatele la care a ajuns, studiind din punctul de vedere bacteriologic douȳ casuri de angiololitȳ supuratȳ. In aceste douȳ ȳmprejurȳri, culturile aȳ demonstrat prezenȳa unui singur și același bacil, *Bacterium coli communi* a lui Escherich.

La 27 Februarie 1891 Charrin și Roger ⁽³⁾ comunicȳ aceleași

(1) Gilbert et Girod. Contribution ȳ l'ȳtude bactȳriologique des voies biliaires, sociȳtȳ de Biologie, 27 Dȳcembre 1890, p. 739.

(2) Bouchard. Angiololite supurȳe d'origine microbienne. Ibid 27 Dȳcembre 1890 p. 740.

(3) Charrin et Roger. Angiololites microbiennes expȳrimentales. Sociȳtȳ de Biologie 1891, neuviȳme sȳrie, tome III, 27 Fȳvrier. p. 137.

societăți rezultatul, unui studiu experimental, asupra Angiocolitelor microbiene.

Cercetările se făcură în următoarele împrejurări: Un bolnav de 45 ani, din serviciul Prof. Buchard, móre la 4 Decembre 1890, la necropie se găsi un absces al ficatului. Primele culturi sunt foarte curate, fără să conție specii diferite de bacterii. Bacilii ce s'aũ desvoltat aũ avut o analogie perfectă cu *bacterium coli*, adică presintaũ aceleași caractere morfologice, aceeași mobilitate și se decoloraũ prin metoda lui Gram. Bacilii găsiți de Roger și *bacterium coli*, în culturi exaléză un miros identic de uriná. Din acésta reese că ceea ce descriu e unul și acelaș microb.

Din aceste culturi aũ făcut experimente pe animale, rezultatele la cari aũ ajuns nu aũ fost nici de cum positive in cea ce privesce natura specifica absceselor ficatului, adica ca produse de unul și acelaș micro-organism. In adevěr d-lor aũ stabilit numai faptul deja cunoscut, că *bacterism coli* póte și el să producă abscesele ficatului; și singuri recunosc că diferiții microbi pot determina angiocolite, ast-fel Dupré a găsit, streptococi, Naunyn a aflat un bacil mai mult saũ mai puțin analog cu pneumocociul lui Friedländer. Babeș într'un cas de febră tifoidă, a găsit într'un absces al ficatului, bacilii acestei maladii.

In ședința de la 21 Martie anul acest a(1891) Gilbert și Girod comunică din noũ societăței de Biologie casul unei femeii mórte în serviciul d-lui Rigal, la autopsia căria, canalul cistic și coledoc, s'aũ găsit profund alterate și pline cu un puroiũ concret, în care a aflat *pneumococ* și *stafilococcus albus*; iar bacilul lui Escherich lipsia. Din acestea reese că pot exista abscese ale ficatului și fără *bacterium coli*.

Finesc acéstă parte cu cuvintele acestor autori: «Credem pe de o parte necesar de a raporta și acest fapt care lărgesce domeniul patologic deja vast al *pneumococului*; iar pe de alta să înmulțim cunoștințele suplimentare pe cari le posedăm asupra bacteriologiei cailor biliare (1)».

In resumat chestiunea bacteriologică, nu e bine definită și faptul se explică ușor, căci autorii nu sunt de acord, asupra acestui punct:

Profesorul Babeș descrie microorganisme în *Zoogled* și bacilul *fe-*

(1) Gilbert et Girod. Sociét. de Biologie. 21 Mars 1891 et Semaine médicale No. 15. 25 Mars 1892 p. 112.

bră tifoide. Baumgarten află *streptococ* și *stafilococ*: L. E. Bertrand, *asociațiune de microbi*, *stafilococcus albus* etc. Gannes și Kirmisson, *diplococ* și *micrococ*. Kartulis, *amamba coli* stafilococcus aureus, bacilul piogenes fetidus etc, Chauffard, nu află nici un micro-organism special. Cercetările noastre fură apröpe identice ca acele ale d-lui Chauffard.

Din acestea rezultă că, acest subiect presintă încă patogenia obscură, și nu pot de cât se vö repet cea ce am spus la început, doresc ca d-vöstră să întreprindeți cercetări noi, calea fiindu-vö arătată. Cât privesce credința mea în acöstă privință, mi-se pare că, asociațiunea microbială va juca un rol öre-care în patogenia absceselor ficatului.

Tratamentul. Modul de curare al hepatitei, se divide în douö părți distincte: primul constă în a combate manifestațiunile acute, locale și generale cari preced sau însoțesc focarele purulente, al doilea constă în a da eșire afară a puoiului printr'un drum artificial.

1) *Tratamentul medical* întrebuițat de diferiți cliniciani, a fost mai mult sau mai puțin conformat cu doctrinele emise asupra patogeniei.

Ast-fel Annesley care dă un mare rol pletorei sanguine, preconisöză luările de sânge, aplicând 20—30 lipitori pe regiunea hipohondrului drept. In acelaș timp purgative ca : Jalapa, Sena etc. Calomelul il prescrie numai séra și îndosă fracționată.

Morehead, întrebuițöză mai acelaș tratament, esepțând calomelul. Aș putea să vö enumöer un istoric întreg, asupra tratamentului, însă fără interes practic.

Vom prescri luări de sânge, sau aplicațiuni de lipitori pe regiunea ficatului, dacä individul e robust și pletoric.

Diferite medicamente au fost întrebuițate cu rezultate diferite Calomelul în dosa purgativă sau fracționată, emeticulö, ipecacuana, iodurul de potasium etc.

2) *Tratamentul chirurgical* intră în domeniul chirurgiei operatöre de aceea öü vö voiü indica mijlöcele ce se întrebuițeze, lăsând la ö parte descrițiunea operațiunei.

Tratamentul chirurgical a fost cunoscut din timpuri depärtate, însă rari erau acei cari îndräsniiau să 'l pună în practicä. Mai în urmä; când Dutruleau descrie abscesele ficatului, (1842) recunösce că tratamentul chirurgical e mijlocul cel mai bun de vindecare.

Acest autor p. c. și alți contimporani lui erau preocupați de ur-

mătorele două chestiuni : a) de aer ce p $\acute{o$ te p \acute{e} trunde \acute{i} n cavitatea abscesului \acute{s} i ca consecin \acute{t} ă, infec \acute{t} ia purulentă ; b) neexisten \acute{t} a aderen \acute{t} ilor peritoneale, \acute{i} n care cas puroiul p $\acute{o$ te p \acute{e} trunde \acute{i} n timpul opera \acute{t} iei \acute{s} i dup \acute{a} opera \acute{t} ie \acute{i} n cavitatea peritoneală. \acute{I} n acest scop Recamier \acute{i} ntrebuin \acute{t} ă pasta caustica, pe care o lasă c \acute{a} t-va timp (pe locul unde avea s \acute{a} fac \acute{a} t \acute{a} cturi) p \acute{a} n \acute{a} ce crede c \acute{a} aderen \acute{t} ele s' \acute{a} u stabilit. Acest tratament cerea timp \acute{s} i opera \acute{t} ionile se făcea \acute{u} târzi \acute{u} , din care causă mortalitatea era mare. Atunci a \acute{u} c \acute{a} utat a deșerta puroiul absceselor c \acute{a} t se p $\acute{o$ te mai repede, se făcea o punc \acute{t} ie de explorare, \acute{i} n urm \acute{a} se introducea un trocare, pe care sa \acute{u} 'l l \acute{a} sa pe loc, sa \acute{u} puneau un tub de cauciuc pentru a \acute{i} nle-ni scurgerea. Din 20 observa \acute{t} ion \acute{i} Castro cit \acute{e} z \acute{a} 8 vindecate \acute{s} i 12 urmate de m \acute{o} rte. Supura \acute{t} ia prelungit \acute{a} , din causă c \acute{a} punga cu puroi \acute{u} nu se putea goli \acute{i} n total, aducea sl \acute{a} birea pacien \acute{t} ilor, alte ori chiar complica \acute{t} ion \acute{i} \acute{s} i de aceea acest tratament a fost \acute{i} nl \acute{a} turat.

Mai târziu Stromeyr Little descrie un metod ce p $\acute{o$ rtă numele s \acute{e} u, el deschide larg cavitatea abscesului, dup \acute{a} ce mai \acute{a} nt \acute{a} i \acute{u} a stabilit aderen \acute{t} e progresive.

Rochard \acute{i} ntr'o comunica \acute{t} ie f \acute{a} c \acute{u} tă Academiei de medicină la 1880, este de aceiași p \acute{a} rer \acute{e} , adic \acute{a} abscesul trebuie repede deschis cu bisturiul \acute{s} i pentru a se evita accidente consecutive, se introduce un tub de drenagi \acute{u} , prin care se fac sp \acute{e} l \acute{a} turi antiseptice (solu \acute{t} ie de acid fenic 2—3 $\%$), \acute{i} n urm \acute{a} se aplică pansamentul lui Lister.

\acute{I} n cazul nostru am \acute{i} ntrebuin \acute{t} at termo-canterul pentru a stabili aderen \acute{t} ele \acute{s} i \acute{i} n urm \acute{a} am deschis abscesul cu ajutorul unui bisturi \acute{u} butonat ; locul indicat \acute{i} n ac \acute{e} stă \acute{i} mprejurare, a fost spa \acute{t} iul \acute{i} ntre a 9 \acute{s} i 10-a c \acute{o} stă dr \acute{e} ptă ; \acute{i} n urm \acute{a} am introdus două tuburi de cauciuc, prin care s'a scurs puroiul \acute{s} i prin care am f \acute{a} c \acute{u} t sp \acute{e} l \acute{a} turile antiseptice ulterio \acute{r} e. \acute{I} n tot timpul acesta am \acute{i} ntrebuin \acute{t} at pansamentul lui Lister \acute{s} i dup \acute{a} 35 zile bolnava a p \acute{a} r \acute{a} sit spitalul complet vindecată.

PLEURESII PURULENTE.

Pleuresiile purulente a \acute{u} fost descrise cu multă m \acute{a} estrie de diferi \acute{t} i autori \acute{s} i a \acute{u} fost timpuri c \acute{a} nd s'a cre \acute{d} ut c \acute{a} , ac \acute{e} stă chestiune a putut fi bine stabilită \acute{s} i prin urmare observa \acute{t} ionile clinice ar pune ca s \acute{a} dic \acute{a} așa, o limită acestui studi \acute{u} ; \acute{i} nsă faptele nu s'a \acute{u} petrecut ast fel,—

sciința și descoperirile ulterioare aduc din nou pleuresiile purulente în discuțiunea societăților savante. Bacteriologia vine și arată că etiologia acestei afecțiuni nu e atât de simplă, pe cât a fost crezută altă dată; iar ca consecință a etiologiei, — aplicațiunea terapeutică caută a fi pusă în acord cu cercetările bacteriologice.

Dacă reincep cu d-văstră acest studiu, pot a vă spune încă de la început că m'am ocupat în deosebi de pleuresiile purulente încă de la anul 1865—69. La timp vă voi cita primele mele observațiuni ce se găsesc publicate în tesa de agregatiune a regretatului meu amic Damaschino (1).

În acest scop și mai ales de la venirea mea în țeră, am adunat numeroase observațiuni, pe cari le-am discutat și distribuit, ast-fel pe la 1874, am publicat o scriere: «*Despre pleuresii purulente și în particular tratamentul lor* (2).»

Mai în urmă am avut deosebita fericire să asist și să urmăresc chestiunile de bacteriologie relative la acest subiect.

Discuțiunile urmate în diferite congrese și în societatea de terapeutică în anul acesta, relative la tratamentul pleuresiilor purulente îmi arătară până la evidență că a cestă chestiune presintă încă puncte întunecate și deci un nou câmp de muncă rămâne deschis înaintea d-văstră.

Bazat pe aceste considerațiuni precum și pe împrejurareacă avem în serviciul nostru o bolnavă atinsă de pleuresie purulentă; în acelaș timp posedăm în museul acestui serviciu, piese demonstrative pe cari voi avea onórea a vi le presenta, asemenea voi cita la timp și loc, observațiuni adunate mai de înainte pentru complectarea acestor prelegeri, cred deci de a mea datorie de a vă face nu o singură lecțiune, ci o serie de expuneră, ca ast-fel să puteți avé, pe cât posibilul va fi, o cunoscință seriósă asupra pleuresiilor purulente.

«Pleuresia purulentă este inflamațiunea plevrei, în care serósa secretă puroiú, în loc de a secreta serositate, ca în pleuresiile simple și se seróse» (Kalinderu op. cit., p. 1.)

Lăsând la o parte istoricul acestei afecțiuni, pe care 'l găsiți în ori-ce

(1) La pleurésie purulente. Thèse présentée au concours pour l'agrégations le 5 Mars 1869.

(2) Despre pleuresia purulentă și în particular, tratamentul ei, Dr. N. Kalinderu, 1874.

autor clasic și în particular în admirabila monografie a Prof. Sedillot cred că e mai meritoriu de a începe și enumera împrejurările în care se dezvoltă pleuresia purulentă. Adevărată etiologie e adesea destul de grea de stabilit, căci cauzele și condițiunile în care pleuresia purulentă se dezvoltă sunt diferite; câte o-dată pleuresiile sunt primitive și fără nici o legătură cu vre altă maladie; alte-ori, ele se nasc secundar în decursul unei afecțiuni generale, câte o-dată, de și rar, poate chiar să urmeze unei pleuresii acute. «Sub numele de pleuresie, dice Barthez și Rilliet, se găsesc cuprinse afecțiuni de natură foarte diferită; și sunt împrejurări când cunoștem cauza; dar sunt cazuri care ne scap, sau mai bine, cauzele nu pot fi cunoscute fiind ascunse în modificațiunile grave și adânci ale economiei, a căror natură este necunoscută, dar care are drept rezultat formarea de puroi (1).»

Pentru a scurta discuțiunea voi divide pleuresiile purulente în două părți:

- a) Pleuresii purulente de cauză locală și
- b) Pleuresii purulente de cauză generală.

1. *Pleuresii purulente de cauză locală.* În acest capitol voi introduce, pleuresiile consecutive traumatismului direct ca: perforațiunea toraxului, fractura costelor etc... sau indirect spre ex. atingerea peretelui toracic prin o combustione întinsă, și în plăgile complicate de infecțiune purulentă.

Se cităză cazuri de pleuresii purulente în urma operațiunilor unor tumorilor a toracelui, ast-fel Foucher extirpând un Enchondrom al regiunii mamare drepte, ce avea aderențe cu costă a 5-a și mușchii intercostali, două zile după acesta, pacientul móre și la necropsie găsi o vastă pleuresie purulentă (2).

Abscesele din vecinătate pot să se deschidă în cavitatea pleurei și să determine o inflamațiune violentă a acestei seróse; ast-fel putem cita focarele purulente ce se forméză în axilă, sau în organele interne ca mediastin, ficat, splină, etc.

Tot în acest capitol voi enumera, caria costelor, gangrena pulmonului și a pleurei, perforațiunile pulmonare, chist hidatic al pleurei etc.

(1) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 580 - 581.

(2) Foucher, *Union médicale*, 10 Novembre 1858.

Cu această ocaziune și pentru a nu se perde materialul adunat de noi vă voi cita câte-va observațiuni de pleuresie purulentă de *causa locală*.

Obs. 1) *Pleuresie purulentă stângă, apare după 7 ani, în urma căderii de pe un cal, se face toracentesă și apoi empiemul când s'a vădit caria costelor.*

I. Temelie, funcționar, națiune română, etatea 32 ani, din com. Ploesci, intră în serviciu la 7 Maiu 1887, atins de o pleuresie purulentă stângă.

E bolnav de un an și opt luni, până atunci a fost bine. În anul 1881, adică acum 7 ani pe când era într'un regiment de călări, a căzut cu calul pe partea stângă și a avut o fractură a gambei stângi, după trei luni s'a vindecat complet. Cinci ani în urmă simți o durere în regiunea hepatică, din care cauză a intrat în diferite spitale, mai întâiu la Ploesci, apoi veni în serviciul d-lui Prof. Măldărescu în care timp se plângea de tuse; iar pe tableta lui era scris «Tubercule-pulmonare» după 64 zile diagnosa fu ștersă și înlocuită cu: Exudat pleuretic stâng. Dacă vă citez faptele așa cum s'aუ petrecut e pentru a vă arăta cât e de greu în asemenea împrejurări a pune diagnosticul, având în vedere timpul depărtat de la primul accident și până la aparițiunea simptomelor exudatului pleuretic.

Bolnavul impacientat de atata ședere în spital, ese și stă afară până la 5 Aprilile 1887, în care timp ne spune că s'a simțit bine.

Peste câte-va zile simți junghiuri în spate și mai cu sémă în stânga, când e silit să între în serviciul nostru 7/87 Maiu.

Starca prezentă. Pacientul slab, anemic, musculatura redusă, fața lui exprimă suferință.

Toracele asimetric, — partea stângă mărită mult în raport cu cea dreaptă, *spațiile* intercostale distinse și șterse, cu totul normale în partea dreaptă.

Percuția. Elasticitatea și vibrațiunile toracice în stânga dispărute, matitate cru-rală de sus și până jos, spațiul lui Traube nu există.

Auscultație, la vârful drept ușor suflu, la stânga și în tot restul pulmonului murmurul vesicular nu se aude, din când în când ușore frecături pleurale.

Cordul este foarte deviat, așa bătăile vârfului se aud și se simt sub mameconul drept.

Se simt pulsațiunile extravasatului purulent din partea stângă.

Din partea sistemului nervos nimic apreciabil.

La 26 Maiu se face explorare cu siringa lui Pravaz și se scote un liquid purulent.

La 28 Maiu. toracentesă și se extrage 2500gr. puroiū, tusea se micșorează și bolnavul se simte ușurat. Cordul trece la stânga mamelonului drept, distanță de un centimetru, probabil a prins aderențe, în acest timp aūdim și un suflu în-1-iul timp.

La 15 Iunie, ora 10^{1/2} dimineața, se face empiemul, între a 6—7 costă stângă în urma căruia se scurge 3000 gr. puroiū, se fac spălături cu acid boric, după ce mai întâiu s'aū introdus 2 tuburi de cauciuc. peste care s'a aplicat pansamentul lui Lisert. Cu această ocazie s'a observat caria costei 6 și 7.

La 19 Iunie apare edemul feței și o erupțiune pe totă suprafața corpului. De la 16 Iuniu până la 20 Iuniu se urmăzează cu acelaș tratament, când erupțiunea dispare și temperatura e normală.

La 24 Iuniu erupțiunea apare din nou, edemul feței e mai pronunțat, temperatura trece peste 39°, erupțiunea din roșie devine papuloasă pe trunchiul, circinată pe membrele superioare, la început s'a creșut că acidul boric e cauza, căci cu el se făceați spălături intra pleurale, se ordonă suspendarea acidului boric, cu toate acestea erupțiunea continuă, atunci am creșut și cu drept cuvint ne-am gândit la o infecție.

Incetul cu incetul temperatura scade, bolnavul se simte mai bine, dorme mai liniștit, apetitul revine și în această stare satisfăcătoare îl trecem în serviciul d-lui dr. Buicliu, Secția noastră fiind închisă din cauza de reparațiune. Ne-am interesat de acest pacient, și am aflat că a eșit din cura spitalului foarte ameliorat.

V'am citat acest cas drept exemplu pentru a vă face o idee bine definită, că se pôte întâmpla ca o pleuresie purulentă să se ivescă după un timp îndelungat, atunci când pôte nici nu v'ați fi gândit, iar cauza a fost cu totul locală adică o carie a cóstelor, ce a trecut nevedută nici de bolnav, nici de medicii ce l'ați căutat, timp aprópe șapte ani.

Obs. 2. Vă daur esumatul acestei observațiuni. E vorba de un tiner de 19 ani, ce vine la spitalul Saint Louis, (Paris) anul 1863, atunci eram extern de serviciu la d-nul Prof. Hardy, cea ce m'a impresionat la acest tiner era o duhóre ce exala în timpul expirațiunii, îl primesc în serviciu, când constat o pleuresie purulentă, mai în urmă am aflat că cauza acestei afecțiuni era datorită unei lovituri pe cóstă, fără vre-o fractură a óselor. S'a practicat imediat empiemul și bolnavul s'a tãmaduit eșind din spital complet vindecat.

Obs. 3. *Pelurita purulentă stângă, a căreia cauză e un chist hidatic.* E vorba de un tiner din Rucăr, pe care l'am vedut în localitate, în anul 1890, din anamneză aflu că a fost bine sănătos înainte. Sunt însă vre-o șase luni de când simte o ușoră tuse și o opresiune în respirațiune.

Prin percuție se aude matitate în tot lungul pulmonului stâng, murmurul vesicular și vibrațiunile toracice dispărute.

La auscultație aud spre virful pulmonului stâng un suflu amforic din cele mai manifeste, tentiment metalic, rezonanța vocii se transmite foarte bine; în aceste împrejurări am șis că avem a face cu o pleuresie, dar în acelaș timp trebuie să vă mărturisesc că m'am gândit și la o porforație a pulmonului și prin urmare la o pleuresie purulentă de natură tuberculosă.

În adevăr i-am lăcut toracentesa la Câmpu-Lung cu d-nul prof. Petrini Paul i-am extras 2 litruri de liquid sero-purulent. n'am putut și nici n'am avut cele necesare în acea localitate, pentru a cerceta microscopicesc puroiul, mai în urmă liquidul reinoidu-se, și devenind cu totul purulent, trimit bolnavul la București în

serviciul d-lui dr. Patzelt (senior) unde i-se face empiemul și se constată un chist hidatic al cavității pleurale stângi. Această observație este interesantă mai ales din punctul de vedere al diagnosticului și ea intră în clasa pleuresiilor purulente de cauză locală.

În cea ce privește abscesele ficatului v'am atras luarea aminte când am descris la modul lor de terminare (1) că, ele se pot deschide în cavitatea pleurală. În serviciul nostru am avut două cazuri.

Mă opresc aci cu descripțiunea observațiilor mele, în cas de necesitate, veți putea găsi fapte de asemenea natură în scrierile d-lor Verliac (2), Moutard-Martin (3), Siredey (4) Anttimon (5) Damaschino (6) etc.

Aceste câte-va observațiuni cred că v'ați putut lumina, în cea ce privește clasificățiunea noastră asupra pleuresiilor purulente de cauză locală.

Trecem acum la a doua parte, adică :

II. *Pleuresii purulente de cauză generală.* În acest capitol intră cea mai mare parte din pleuresii. Știința bacteriologiei s'a ocupat și se ocupă de ele; deci ne vom ține și vom cerceta noile descoperiri, nu nu mai ca curioși de a fi în curentul științei, dar sunt sigur că cu timpul terapeutică pleuresiilor purulente se va baza tocmai pe investigațiunile bacteriologice, cari investigațiuni vor fi conducătoare prețioase în tratament.

Între cauzele generale și în afară de concursul micro-organismelor, în prima linie vom enumera frigul și umezeala. Pentru a fi și mai clar vă voi da exemple adunate de mine, ca cu modul acesta să putem mai bine preciza clasificățiunea ce ne-am propus a face.

Obs. 1) *Pleuresie purulentă inflamatorie tângă. Toracentesă. Incisiunea spațiului intercostal. Maladul sănăt. Causa e răceala în urma unei ploți.*

P. 42, intră în spitalul Necker, sala St.-Jean. No. 38, la 27 Octobre 1867.

(1) Veți *Clinica* No. 8 din 15 Aprilie 1891. Absces al ficatului, lecțiune clinică de Prof. Kalinderu.

(2) *Remarques sur le diagnostic de l'épanchements pleurétique.* Thèse de Paris 1865. Verliac.

(3) *La pléuresie purulente et son traitement* 1872. Moutard—Martin.

(4) *Considérations sur le traitement des épanchements purulents de la Plèvre.* Extrait du *Bulletin de thérapeutique Méd. et Chir.* 1872

(5) *Considérations sur les résultats de la paracentèse dans la pleurésie purulente.* Thèse de Paris. 1868. Anttimon.

(6) *La pléuresie purulente.* Thèse pour l'agrégation, présentée et soutenue à la Faculté de Méd. de Paris le 5 Mars. 1869.

Acest om, forte și robust, sănătos în genere, fără indiciu de tubercule, *este răcit de opt zile, sub influența unei plot*, care la udat până la ôse. De atunci este bolnav și la examinare ne oferă caracterul unui extravasat pleural considerabil, ce ocupă mai tótă partea stângă a peptului, 36 resp. diafragmatică; 96 pulsațiuni, temper. 39° C., fără febră hecti că, fără fiorî, sau orî ce alt simptom care să ne facă a presupune purulența. Cordul este fôrte împins la drépta.

La 28 Octombree, șelui și amicul nostru d-nul Siredey, care înlocuia pe regretabilul și regretatul d. Bouley, face toracente să și scôte 1.400 gr. puroiû. Mai în urmă se face empiemul. Acéstă observație v'o daû cu totul în resumat, numai pentru a vè arêta că frigul póte, în afară de orî-ce causă, să producă o pleuresie purulentă (1).

Tot între cauzele generale vom pune: Pleuresiile purulente în cursul unei *pneumonii* sau în timpul *convalescenței*, aceste din urmă se mai numesc și *metapneumice*.

Obs. 2). *Iată un exemplu de pneumonie și pleuresie purulentă dréptă, începute o dată, pneumonia merge spre vindecare; iar extravasatul purulent continuă a se forma. Toracentesă. Incisiunua făcută în extremis. Morte și necropsie.*

B., 40 ani. Întră la 17 Decembre 1866, în serviciul d-lui Bouley, spitalul Necker, sala St. Jean.

Acest bolnav ne spune că în ajunul venirii séle a simțit, frig cu fiorî, durere acută în cõsta dréptă. Tuse și spute aderente, caracteristice pneumoniei. D-l Bouley recunõsce o pneumonie inflamatorie și ordonă ventuse scarificate și o poțiune cu digitală.

La intrarea mea în serviciu după 1 Ianuarie 1867 (13 zile de la intrarea bolnavului în serviciu) constat resturile unei pneumonii spre $\frac{1}{3}$ parte mediană a pulmonului drept și pe lângă acesta un epanșament care ocupă $\frac{1}{2}$ parte inferiõră a toracelui....., Bolnavul merge din zi în zi mai rău, el a avut la început o pleuro-pneumonie, că acesta din urmă s'a rezolvit pe când pleuresia a persistat.

La 12 Ianuarie, starea generală devine miserabilă cu fenomene de infecție purulentă și în extremis se face empiemul.

Bolnavul mõre și la autopsie pulmonul drept oferă alterațiunile unei pneumonii catarale, falșe membrane abundente, carî circumscriu un kist mediû conținând materie infectă. (Obs. e publicată pe larg în scrierea mea despre pleuresii purulente, pag. 31.)

Pleuresie purulentă meto-pneumonică. În scurt vè citez un cas de asemenea natură:

Obs. 3). *Pneumonia stângă inflamatorie, după 8 zile bolnavul se restabilește,*

(1) Acéstă observație se găsesce detaliată în scrierea Prof. Kalinderu despre Pleuresii purulente, publicată la 1874, pag 29.) Obs. IV). Note de Dr. Luca.

pneumonia e pe cale de vindecare, a 9-a și încep fenomen din partea pleurei, cu piem, vindecare.

În vara anului 1885, sunt chemat la stația Buftea spre a vedea pe d-nul I. atins de pneumonie stângă, pe care o căpătase în urma unei întâmplări nenorocite, pe când trecea prin pădure i-au eșit înainte niște făcători de rele și pentru a scăpa de acești omenii periculoși a trebuit să se sforțeze să fugă, asudând a răcit și a doua și simți fiori și junghiuri în stânga. Bolnavul vine în București în strada Primăverei unde își are locuința, după 8 zile pneumonia intra în rezoluție; dar convalescența nu merge înainte, febra reappare, seade un suflu amflic extra-ordinar la partea medie a pulmonului stâng, matitatea persistă, vibrațiunile toracice nu se mai simt și murmurul vesicular dispărut. M'am gândit atunci la un extravasat pleural și consecutiv o compresie a pulmonului. Diagnosticul l'am confirmat prin puncție explorative și mai în urmă empiemul, bolnavul s'a restabilit pe deplin.

Pleuresii purulente de natură tuberculoasă. Aceste pleuresii au etiologia bine definită în cazul când am găsit bacilul lui Koch; cu toate acestea sunt împrejurări când exudatul purulent e de natură tuberculoasă și cu toată ostentia ce ne vom da, bacilul nu apare în preparate. S'a observat însă, că experimentațiunile pe animale au dat adesea rezultate pozitive, cu toate că în preparațiunile microscopice nu s'a găsit microorganismul.

Acastă chestiune am discutat-o într-o lecțiune anterioară, deja publicată în anul 1890 de d. dr. Luca în gazeta *Clinica* (1). Acolo veți găsi o observațiune foarte interesantă despre: *Tuberculoasă miliară generalizată formă pleurală, bronco-pneumonică cu fenomene de febră tifoidă*

E vorba de un Turc, ce intră în serviciu cu fenomene de febră tifoidă, exudat pleuretic drept, se examinează sputa și liquidul extras din cavitatea pleurală, fără a se găsi bacilul; la necropsie aflăm însă o tuberculoasă miliară cu mers descendent (2).

Relativ la pleuresiile purulente de natură tuberculoasă, găsim observațiuni destul de numeroase. Bolnava din sala 5, care ne preocupă în acest moment și despre care vom vorbi când voiți expune

(1) Kalinderu. Ftisic miliară acută sau tuberculoasă miliară acută generalizată, gaz. *Clinica* No. 9, 10, 1890, p. 109.

(2) S'a făcut inoculațiuni cu liquid pleural în camera anterioară a unui epur de casă, animalul a căpătat tubercul mic pe corneă, și dacă nu s'a trecut în lect. de la 1 Iunie 1890 rezultatul obținut în urma experimentării, cauza a fost că lecțiunea s'a publicat înainte, iar cercetările le-am făcut mai în urmă. Note de dr. Luca.

(Veți notați de la p. 113, *Clinica* No. 10.90).

simptomele în general, p \acute{o} te fi privită și alăturată tot la capitolul *pleuresiilor purulente de cauză generală și de natură tubercul \acute{o} să*.

În cursul sa \acute{u} în convalescența *febret tifoide*, p $\acute{o$ te supraveni o pleuresie purulentă. Un cas de asemenea natură se găsește citat în lucrarea d-lui Damaschino (p. 24, pleuresii purulente 1869).

În urma *variolet*, e \acute{u} însu'mi am avut ocaziune de a observa, la spitalul Pitié, 1865, în serviciul d-lui Matice. E vorba de un t \acute{u} ncr de 18 ani, ce intră cu un exudat pleuretic drept, i se face toracentesa și se extrage 2750 gr. de liquid citrin f \acute{o} rte albuminos, șase \acute{d} ile după ac \acute{e} sta bolnavul este atins de variolă, patru \acute{d} ile după aparițiunea variolei observ din no \acute{u} că extravasatul s'a reformat, se face o a doua toracentesă, de astă dată liquidul era cu totul purulent...., (veđi obs. I din scrierea mea, pleuresii purulente p. 28).

În timpul *Scarlatinet* sa \acute{u} în convalescența acestia, pleuresiile purulente pot lua naștere, asemenea în *rugeolă* și *tuse convulsivă*, fapte de asemenea natură sunt numeroase, ele se găseesc citate de Puissant (1), Pomarel (2), Jenner (3), Trousseau (4), Fuller (5) etc.,

Se observă asemenea pleuresii purulente în decursul «*Infecțiunet cu puroi \acute{u}* ». V \acute{e} citez cuvintele Prof. Velpeau în ac \acute{e} stă privință: «Extravasa tele purulente în cavitățile mari ser \acute{o} se, ca arahnoida, plevra, peritoneu, — se observă prea adesea în infecțiunea purulentă, când în câte-va \acute{d} ile epansamentul p $\acute{o$ te deveni enorm. Aceste reflexiuni sunt unite cu câte-va observațiuni interesante (6). — Henri Roger (7) cit \acute{e} ză casuri în urma Febrei puerperale. Timpul nu'mi permite de a v \acute{e} cita observațiuni, cred însă a v \acute{e} face un servici \acute{u} indicându-v \acute{e} notițe bibliografice în Thore (8), Cruveilhier (9), Charrier (10), Dance (11), Schilizzi et Forget (12) etc.

S'a \acute{d} is asemenea că în urma reumatismului muscular se p $\acute{o$ te des-

(1) Puissant. Thèse de Paris, 1865 p. 39.

(2) Pomarel, Union m \acute{e} dicale, 26 Septembre, 1805.

(3) Jenner, Medical Times, 1804, t. I, p. 308.

(4) Trousseau, Clinique m \acute{e} dicale, t. I, p. 111.

(5) Fuller, Lancet, 1862, t. I, p. 574.

(6) Velpeau. Clinique chirurgicale, t. III, p. 55.

(7) H. Roger. Leçons cliniques inédites, 1864.

(8) Thore. Archives g \acute{e} n \acute{e} rales de m \acute{e} d \acute{e} cine t. XI et XII.

(9) Cruveilh. Anatomic pathologique, XV-e livraison.

(10) Charrier. Thèse de Paris, 1855.

(11) Dance. De la phléb. uter., (Arch. m \acute{e} d., t. XVIII, p. 475.

(12) Schilizzi et Forget, cités par Boudin Arch. g \acute{e} n. de m \acute{e} d., 1849

volta o p'leuresie purulentă, faptul nu e încă bine probat.

De o cam dată, finesc aci studiul cauzelor și resum cea ce v'am expus până în present în următorul tabel schematic :

P'leuresii purulente	de cauză locală	Perforația toraxului Caria cóstelor Fractura cóstelor Tumori ale pieptului Abscese din vecinătate Chist hidatic al plevrei Gangrena pulmonului	sub-axilare, me- diastin, ficat, ri- nichiú, splină etc.
	de cauză generală	Frigul și umeđeala Pneumonice Meta-pneumonice Tuberculose Piemice Scarlatinóse	Rubeolice Variolóse Reumatismale(?)

Simptome. Incep astăzi studiul simptomelor, nu pentru a vă face descrițiunea lor, descrițiune, pe care o veți găsi în orî-ce tratat de patologie internă; scopul meu este cu totul altul — voesc să vă demonstrez care e valórea simptomelor în pleuresia purulentă, ce basă trebuie se puneți pe dinsele și daca sunt semne proprii cari se desemneze natura exudatului.

Observația bolnavei din sala No. 5, vădută de d-v. și pe care vă voiú cita-o, arată până la evidență, că unele din simptome cunoscute ca patognomonice, aú o valóre aprópe cu totul secundară.

Cu alte cuvinte, studiul făcut la patul bolnavului de multe ori nu se potrivește cu cea ce se descrie în cărțile clasice.

O pleuresie purulentă privită de la început și până la termina-rea ei, póte presinta trei període, adică: *inceputul*, *períodă staționară* și *terminațiunea*; însă afară de aceste trei període, o pleuresie pu-rlentă póte da nascere la accidente noi, fie locale, fie generale, da-torite nu bólei în sine, dar alterațiunilor pleurei și ale liquidului re-vărsat.

Așa dar încă de la început vă fac atenți, ca să urmăriți împreună cu mine, studiul simptomelor; iar la urmă se putem culege pe acelea cari pot avea o valóre reală.

Este adevărat că adesea-orî putem cunoște o pleuresie, avînd în vedere óre-care turburări funcționale spre es: *opresiunea, dispneea, tusea și junghiul*; însă numai cînd suntem în fața acestor simptome putem afirma pleuresia? Bolnava care e înaintea d-v. este atinsă ne-tăgăduit de o pleuresie cu extravasat purulent și vă spun că n'a avut și nici are vre-un din simptomele citate mai sus. Merg mai departe, veți întîlni bolnavi atinși de pioemie cu pleuresie purulentă, acești pacienți nu se plîng nici de junghiū, nici de opresiune, cu tóte că extravasatul crește; în cazul cînd vin turburări în respirațiune, acestea sunt fenomene mai mult nervóse, căci nu sunt în raport cu cantitatea liquidului extravasat.

Pleuresiile de natură tuberculósă urméză cam aceiași cale.

Am putea deci, pentru ușurarea acestei prelegeri, să admitem o clasă de *pleuresii zise latente*. Afară de acestea, sunt pleuresii cari de la început sunt însoțite de fenomene funcționale și locale, din acestea vom forma o a doua clasă, numindu-le *pleuresii comune*.

Interesul nostru după cum v'am anunțat încă de la început, nu este de a stabili existența unui extravasat în cavitatea pleurală; dar de a determina natura lui, adică, e purulent sau seros. Acesta ne propunem a urmări și lumina.

În *pleuresiile comune*, simptomele le putem divide în: *generale, funcționale și fizice*.

Să discutăm pe rînd aceste simptome și să vedem dacă le întîlnim sau nu, în pleuresiile purulente.

Simptomele funcționale și generale. Febra se ivesce în general la început, prin frisoane repetate, neregulate și mai nici o dată temperatura nu e așa de bruscă și puternică ca în pneumonie. Temperatura osciléză între 38—39°. Numărul zilelor sau mai bine ciclul temperaturii nu e definit, ast-fel, nu putem zice ca în pneumonie,—temperatura ține cinci sau șapte zile. Sunt autori cari, din gradul de căldură voesc a deduce natura exudatului, ast-fel Laveran crede «că în pleuresia purulentă temperatura se rădică la 39°, 5 și ajunge chiar la 40°.» A lua drept basă acéstă afirmare însemnă a dice ceva prea mult, căci sunt pleuresii acute la care temperatura se póte urca la 40°, fără, cu tóte acestea exudatul să fie purulent. — Sunt asemenea pleuresii de la început cu exudat purulent, în vreme ce temperatura nu se urcă

nică la 39°. Nu mai vorbesc de acele pleuresii purulente latente, la care nu observăm temperatură.

Așa dar temperatura în pleuresii nu poate fi un semn distinctiv, într-o pleuresie cu exudat seros și între una cu extravasat purulent.

Pulsul e mic, dur, accelerat 100—120 pe minut. După Lichtheim pulsul stă în raport direct cu cantitatea lichidului extravasat, adică cu cât cantitatea va fi mai mare, cu atât va apăsa mai mult asupra cordului și a vaselor mari. Acesta însă nu ne arată natura lichidului.

Fraentzel și de curând Peter au arătat că în pleuresiile seroase partea unde e exudatul, acolo (prin opoziție cu cea sănătoasă) temperatura se urcă cu 0,5 până la 2°. Acest fapt nu se observă tot-d'a-una.

Junghiul în pleuresiile seroase (Le point de coté) este puternic, bolnavul nu poate inspira și de multe ori e așa de violent că 'i imobilizează toracele; însă în descrițiunile clasice se ține că, «junghiul dispare de ordinar spre a patra zi.» Cu toate acestea el poate exista și în pleuresiile purulente cronice ast-fel Isnard (1) citează cazuri la care junghiul a persistat până la trei luni. Junghiul, ține Damaschino, poate fi unul din semnele exudatului; dar nu ne indică natura extravasatului.

Tusa, acest semn funcțional nu e constant, când există, e scurtă și adesea o deșteptă bolnavul prin mișcările ce face.

Așa dar din simptomele funcționale, nici unul nu ne arată sigur natura exudatului.

Intrăm acum să discutăm *semnele locale* și să vedem valoarea lor.

Aspectul neted al spațiilor intercostale a părții atinse de exudat. Mult timp a fost considerat acest semn ca un simptom patognomic că, extravasatul e purulent. Explicațiunea dată de Henry Marsh (2) se sprijină pe faptul, că disparițiunea spațiilor intercostale e datorită exudatului ce împinge peretele toracic. Stokes (3) consideră acest semn ca pozitiv, căci ține dinsul, paralisia muschilor intercostali și a diafragmului este constantă și ca consecință dispariția spațiilor intercostale, iar lichidul e purulent. Stokes ca și Marsh s'a înșelat asupra

(1) Isnard, Union médicale 1859, t. II, p. 216.

(2) H. Marsh, Med. Times.

(3) Stokes, traducț., Arch. méd. 1839, t. X, p. 343.

acestui semn, faptele ulterioare au demonstrat de multe ori contrariul. Douchenne citează câte-va observațiuni prea interesante la autopsia cărora a găsit vaste extravasate purulente, dar la care în timpul vieții acest simptom n'a existat. Dacă adăogăm și observațiunile noastre precum și piesele anatomo-patologice ce le aveți în fața dv., văveți convinge că acest semn e de o importanță mediocră.

Edemul peretelui toracic. Acest semn fizic a fost foarte mult discutat în privința valorii sale, unii îl dau ca un simptom patognomic al pleuresiei purulente; iar alții îi dau o valoare secundară. În timpii din urmă s'a scris foarte mult asupra edemului toracic, ast-fel putem cita teza d-lui Arnault de la Ménardier (1), observațiunile lui Binet (2) culese în serviciul d-lui Dieulafoy, Fraentzel (3), teza lui Gardin (4), Hamolle (5), Leplat (6), Legrand (7), Moutard-Martin (8), Rathery (9), și cea din urmă scriere pe care am consultat-o e cea a lui Barbe (10). Citându-vă aceste monografii am avut în vedere de a vă da indicații bibliografice asupra edemului peretelui toracic în pleuresii.

Dacă citim o parte din autorii sus menționați, și mai ales memoriul lui Montard-Martin, vom vedea cum d-sa afirmă, că edemul peretelui toracic are o valoare mare, din punctul de vedere al diagnosticului.

Iată cum se exprimă: «În pleuresia seroasă acută se vede că după câte-va zile febra dispăre. În pleuresia purulentă această febră persistă cu tot tratamentul întrebuițat, extravasatul nu crește repede ca în pleuresia seroasă, dar se adăogă încetul cu încetul, ori-care ar fi tratamentul de care usăm....., Dacă nu intervenim prin toracentesă, frisoanele se repet neregulat, febra persistă, pielea rămâne caldă și uscată, apetitul dispăre, bolnavul devine palid și ia o coloră pămîntoasă.....»

(1) *Arnault de la Ménardière.* Cancer de la plèvre, thèse 1874.

(2) *Binet.* Pleuresies observées dans le service de M. le docteur Dieulafoy, en 1883. Archives de médecine. Avril 1884.

(3) *Fraentzel.* Pleuresie dans Handbuch von Ziemssen.

(4) *Gardin.* Oedème dans la pleuresie, thèse 1877.

(5) *Hamolle.* Revue générale sur les pleurésies dans Revue de Hayem. 1880.

Idem. Tensions intra-thoraciques dans les épanchements pleuraux. Revue de médecine, 1879

(6) *Laplat.* Abscess de voisinage dans la pleurésie. Arch. de méd., 1865. t. I, p. 403 et 505.

(7) *Legrand.* Abscess des parois du thorax Thèse de Paris 1876.

(8) *Moutard Martin.* Pleurésie purulente 1872.

(9) *Rathery.* Pathogénie de l'œdème. Thèse de concours 1872.

(10) *Barbe.* De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies non purulentes.

sudori se ivesc în timpul nopții. Examinând în acest timp pereții toracelui, adesea putem afla edemul părții bolnave.

Ast-fel, la început nimic nu distinge pleuresia purulentă de pleuresia seroasă acută: nici simptomele generale, nici semnele locale...., și mai târziu dacă fața ia o coloare pămîntoasă și în același timp se ivesc și edemul peretelui toracic, atunci se poate adevăra, *apropo cu siguranță*, existența pleuresiei purulente.

După faptele destul de numeroase pe care le-am observat, cămă există edemul peretelui toracic la locul extravasatului, acest edem este indiciul sigur că lichidul e purulent.»

Acastă aserțiune a d-lui Moutard Martin mi-se pare prea absolută, căci edemul peretelui toracic nu este un indiciu sigur al purulenței extravasatului. Nu numai că acest semn este infidel; dar el ne poate înșela, căci îl putem întêlni câte o-dată și în pleuresiile ne purulente.

A aștepta ivirea acestui semn, este a expune bolnavul mai mult decât ai face o punțiune explorătoare, cu un ac bine sterilizat.

Edemul peretelui toracic a fost însă semnalat de prof. Damaschino nu în pleuresiile purulente, ci în cele seroase: «Este o eróre țico d-sa, de a crede, că acest edem este tot-d'a-una în raport cu un exudat pleuretic purulent, căci putem constata edemul, dar el nu e datorit imperios prezenței puroiului, căci îl putem găsi în urma exudatelor seroase pleurale fără leucocite, și atunci el este datorit întinderii inflamațiunii pleurei costale la stratele musculare și la țesutul celular; câte odată când bolnavul e cahectic și stă culcat pe partea atinsă, adesea observăm edem, fără cu tôte acestea să existe empiem în această parte a toracelui.» Decî pentru prof. Damaschino, edemul peretelui toracic nu este un semn pathognomic al purulenței exudatului. Dr. Gardin în tesa (1877) asupra edemului în pleuresii, citéză trei observațiuni de pleuresii seroase cu edem a peretelui toracic (1). Conchidem decî:

1) *Edemul simplu al peretelui toracic nu este pathognomic în pleuresiile purulente, căci se observă câte odată și în cele seroase.*

(1) Pleurésic séreuse avec oedem de la paroi toracique (Thèse de Gardin.) Observation due à l'obligeance de M. Tapret et recueillie à l'Hôtel Dieu dans le service du dr. Oulmont, suppléé par M. Hayem.

A II-a obs. de Bultcaux, intern în serviciul dr. Guyot spit. Beaujon.

A III-a obs. Gardin din serviciul prof. Hardy la Charité.

2) *Edemul simplu pare a coincide cu un extravasat abundent* (fără a-i arăta natura) și indică urgența toracentesei.

Sunt cazuri în care exudatul, face o scosătură sub piele, formând o *tumoră fluctuantă*, apreciabilă la vedere și la pipăit. Este incontestabil că această tumoră fluctuantă coincidând în același timp cu simptomele unui extravasat pleural, ne va face să conchidem că lichidul e purulent. Când însă am ajuns să vedem tumora, atunci bóla e destul de înaintată și diagnosticul de ordinar în acest caz nu e greu.

Un semn și mai sigur e: când tumora e fluctuantă, reductibilă și pulsatilă, atunci diagnosticul e cert. Se cere însă ore-cari condițiuni adică: tumora să conție gaze, să fie la stânga în apropiere de cord, sau în legătură cu acesta. Dar de câte-ori se presintă edem cu tumefacție, fluctuație și pulsații în viața noastră de medici? Eu vă mărturisesc ca până azi abia de 3—4 ori l'am întâlnit în practica mea de vechiul clinician.

Obs. Iată în scurt un caz de asemenea natură, observat de mine în județul Olt.

P. P., milițian, 30 ani, constituție forte, robust, fără antecedente hereditare, fără semne de tuberculoasă, e vădit de mine în comuna Bărcănesci jud. Oltului, pe când mă aflam în timpul verii cu reședința la comuna Greci.

Contractează bóla în timpul unei manevre, pe când făcea exercițiul, fiind apucat de o ploaie violentă, simți o durere în regiunea toracică stângă, de atunci a fost suferind și maladia și-a urmat cursul ei progresiv.

Mă consultă la comuna Greci și constat cu mare surprindere, o tumoră în regiunea costală stângă în afară de vârful cordului, care tumoră era fluctuantă, pulsatilă și reductibilă, imediat am stabilit diagnosticul de pleuresie purulentă, care a fost confirmată prin puncție.

Era timpul vacanței și serviciul meu fiind închis, am trimes pacientul în secția d-lui Dr. Patzelt (senior) unde i-se face operația empiemului. Milițianul s'a tămăduit complet, iar eu am satisfacerea de a-l vedea în fie-care an deplin sănătos.

Putem deci dice: *O tumoră în regiunea toracică stângă însoțită de edem localizat, cu fluctuație și pulsație, este un semn sigur de pleuresie purulentă.*

Repet încă o dată, de câte-ori în viața noastră avem ocazie ca să constatăm asemenea tumori pleurale pulsatile și reductibile?

Un alt simptom considerat de autorii clasici ca pathognomonic

e *Pectorilochia afonă* descrisă de *Baccelli* (1) bolnavul vorbește în șoapte și cuvintele se transmit urechei.

Autorul dă acestui semn o mare importanță, căci el arată tot-d'a-una că extravasatul e seros, și lipsesc în pleuresiile purulente. N'am nevoie a vă cita multe observațiuni, pentru a vă convinge că semnul lui *Baccelli* e secundar. Ascultați bolnava despre care vorbim și cu toate că sunteți siguri că are puroi în cavitatea pleurei, *pectorilochia afonă* se distinge destul de clar.

Așa dar pectorilochia afonă, nu constituie un semn pozitiv că pleuresia e purulentă. Recurgem atunci la explorațiunea directă, punctionați cu o seringă Pravaz, unul din spațiile intercostale pe linia axilară, acolo unde e matitatea manifestă, având în vedere ca acul și seringasa fie perfect sterilizate, acesta e mijlocul cel mai sigur în punerea diagnosticului.

Acum când am discutat împreună simptomele și semnele date ca pathognomonice, să revenim la bolnava noastră și să vedem ce particularități prezintă.

Pleuresie cu extravasat purulent, în partea stângă (2).

Pacienta R. B., israelită, de 24 ani, intră în serviciu la 24 Decembrie 1890. Anamnesa: tatăl și mama sa sunt sănătoși și trăesc. Are 5 frați și 2 surori, cari toți sunt bine, nici un mort în familie. E măritată de un an, are un singur copil care e sănătos. Acum 5 luni a avut prima facere, în urma căreia a fost bolnavă, având vre-o 4 zile hemoragie. S'a vindecat de lehusie. Sunt 2 luni și $\frac{1}{2}$ de când e bolnavă din nou, a fost luată de friguri, tușește fără să aibă junghiuri, a avut cefalagie; a fost căutată la domiciliu, i-s'a scos un lăcuz citrin, din cavitatea toracică.

Sunt 6 săptămâni de când are friguri și căldură, în fie-care zi căldura era mai mare seara. N'a avut nici junghiuri, nici o presiune în respirație.

Starea prezentă. Bolnava de o constituție debilă, e palidă, față suferindă, pometele injectate. Apetitul conservat, scaunele regulate.

Aparatul respirator. Toracele lung; côstele, clavicula și omoplatul sunt foarte clar manifestate, fesele se ved foarte bine. Nu există edemul părții atinse de pleuresie. *Percuția în partea anterioară stângă.* Spațiul lui Traube e mascat de o submatitate. La dreapta percuția dă sonoritate.

(1) Semnul lui *Baccelli*, a fost vulgarizat în Franța de Guéneau de Mussy, apoi de Mercadier, Hermet, Valait, Potain, etc.

(2) Obs. de d. Besnea internul serviciului.

În partea posterioară, sub-matitate în fosa supra spinosă stângă, cu cât ne coborâm mai jos de spina omoplatului, matitatea devine mai manifestă. La vârful stâng prin auscultație găsim la partea posterioară, respirația aspră, frecături pleurale și câte-va cracmente. Cu cât coborim mai jos, respirația se aude mai puțin, în partea inferioară dispăre cu totul.

În partea medie suflu tubar foarte pronunțat.

Transmisiunea vibrațiilor vocale la palpație e dispărută; la auscultație auzim perfect de bine *pectorilochia afonă la nivelul unghiului omoplatului*. În dreapta respirația aspră în totă întinderea pulmonului, dar mai cu seamă la vîrf o respirație puerilă.

Cordul nu e deviat, pulsul mic regulat. Temperatura 38° scera, dimineața normală.

Ficatul nu e mărit de volum, nu e dureros, splina asemenea, urina normală, de o coloră roșietică, conține multe săruri. S'a căutat în spute de d. dr. Luca bacilul lui Koch și nu s'a găsit. Din partea uterului nimic anormal.

Decembre 3. Se face puncție cu siringa lui Pravaz și se scote un ligid purulent.

12 Decembre. Se face puncție cu un aparat aspirator și s'a scos ca 700 gr. puroiu.

Respirația a început să se audă în totă întinderea pulmonului stâng și frecături pleurale.

Pacienta ese la 23 Decembre, avînd un copil bolnav, cu condițiune să se întorcă spre a i-se face empiemul.

La 9 Ianuarie 1891, bolnava vine din noii în serviciu, mult mai slabă, mai palidă ca la esire.

Gălesc în partea anterioară stângă, matitate în spațiul lui Traube.

În partea posterioară, sub-matitate în fosa supra-spinosă stângă. De la spina omoplatului în jos, matitatea se mărește din ce în ce mai mult.

La vîrf stâng, partea anterioară, câte-va sibilanțe, respirația se aude. În partea posterioară la vîrf respirația aspră, foarte sufantă în ambele timpuri, mai jos suflul turbat, iar de aci spre partea inferioară, respirația de tot mascată de extravasat.

Pectorilochia afonă persistă, nici de astă dată nu se observă edemul toracelui. La cord, pare a fi la focarul pulmonar o dedublare a timpului al doilea.

Vîrful cordului bate cu 4 c. m. înăuntru mameelonului stâng.

În urină se găsește puțină albumină, și o cantitate bună de săruri, ea are o coloră galbină-roșcată.

Bolnava n'are nici o durere, ci numai se consumă.

La 16 Ianuarie 1891 apare edemul membrelor inferioare în jurul articulațiilor tibio-tarsiene, și mai cu seamă în partea inferioară a gambei. În acest moment urina conține multe săruri și o cantitate mică de albumină.

28 Ianuarie. Edemul gambelor și albumina dispăre; iar urina e foarte limpede, clară, fără nici un deposit.

Aparatul respirator. Nu mai tușește ziua, numai în timpul nopții are câte un acces sau două.

Aspectul toracelui. Tóte ósele sunt fórté bine manifestate, spațurile inter-costale ușor deprimat.

Din acest timp starea locală pare a fi staționară. Percnția la partea anterióră la ambele vírfuri ne dá sonoritate, iar în partea stângă cam de la a 3-a, cóasă începe matitatea și se continuă până la cea din urmă cóstă, spațul lui Traube e mat.

Partea posterióră. În dreapta sonoritate, în stânga în fosa supra și sub-spi-nósă sub matitate, diferența e fórté manifestă între drépta și stânga, de la vírful omoplatului în jos matitatea merge crescând la stânga.

Ascultația. Partea anterióră: la vírf murmurul vesicular mult mai dimi-nuat ca în drépta, dar se aud frecături pleurale.

La partea laterală stângă, respirația se aude până la a 4-a cóstă, și de aci spre bază e dispărută.

Cu tóte că simptomele locale par a fi mai ameliorate pacienta însă slă-besc continuu, pometele sunt injectate, n'are nici o durere, nu suferă nimic.

Culturile făcute de d. dr. Luca din puroiul extras, n'au dat nici un rezultat. când ne-am gândit la o pleuresie purulentă de natură tuberculosă.

Bolnava eși din spital pentru a 2-a óră, după insistența sa, ușor ameliorată,

Acéstă observație e interesantă din punctul de vedere al simp-tomelor. Ea ne arată cu multă claritate cum aprópe tóte simptomele și semnele descrise ca patognomonice lipsesc și numai punția a adevérit prezența puroiului.

În acéstă ședință voi căuta a fini acest subiect, având a discu-ta *Prognosticul, Cercetările bacteriologice și Tratamentul.*

Prognosticul. «Prognosticul pleuresiei purulente, zice Damaschino e grav fapt recunoscut de toți aautorii (1)» Trousseau se pronunță cam în acelaș sens: «pleuresia purulentă este esențialmente gravă și omóră fórté adesea pe cei cari sunt afectați de o asemenea mala-die. Sunt casuri excepționale acelea, în cari rezultatele au fost favora-bile numai prin silințele naturei.»

Eu zic: gravitatea acestei bóle variază după multe circumstanțe și condițiuni.

El variază după vârstă, este cu atât mai grav cu cât etatea e mai înaintată, ast-fel la copii aceste pleuresii se pot vindeca prin sim-ple punțiuni, pe câtă vreme la bătrâni sunt fórté rebele și deci vinde-carea mai nu o putem obține, iar prognosticul o repet, e grav.

În adevěr, de vom judeca cum evoluiază mai adesea o pleuresie

(1) La pleuresie purulente. Thèse par. Damaschion, p. 108. Chapitre V, 1869.

purulentă la un individ slăbit, de sigur că prognosticul e destul de grav: Inchipuiți-vă un pacient cu un extravasat purulent în cavitatea pleurală, că exudatul vine după câte-va luni de la începutul bôlei, peste un om deja slăbit de suferință, de sigur acest nenorocit va fi expus nu numai consecințelor datorite colecțiunilor mari de puroi, dar încă va suferi și rezultatul compresiunii, adică pierderea funcțiunii organelor respirătore; deci un extravasat purulent în asemenea circumstanțe expune de sigur bolnavul la desnodământul cel mai nenorocit.

Nu tot ast-fel putem afirma la copii, la care prognosticul e mai puțin defavorabil, vă vom spune cauza când vom vorbi de operația empiemului la copii. Asemenea putem zice de persoanele cari mai în ainte au fost sănătoșe și robuste pr. c. și de acele ce suferă de pleuresiile primitive, la acestea prognosticul e mult mai favorabil, ca în pleuresiile zise secundare. Vă aduceți aminte că în clasificarea noastră am vorbit de pleuresiile metapneomonice, și fiind-că adese le puteți întelni, să dăm o scurtă privire asupra mersului și prognosticului lor. Eată ce se poate întâmpla cu o pleuresie purulentă meta-pneumonica lăsată, cum se ăice naturei, său mai bine în afară de intervențiunea noastră. Trei cazuri pot să se presinte :

a) Adesea exudatul pleural e mic și fără tendință de a se mări, când saū se resorbe, saū să inhisteză parțial.

b) Alte-orî colecția de puroi ia mersul unui extravasat pleuretic acut, cresce mai mult saū n-rai puțin, împingând și dislocând organele vecine. (cordul spre es.) Acéstă împrejurare e favorabilă, căci ne conduce în grabă la toracentesă.

c) In sfârșit puroiul inhistat saū interlobular, pôte să 'și deschidă un drum prin căile naturale, adică prin bronși; iar când se întâmplă ca o pleuresie purulentă metapnemonică să se videze prin bronși de timpuriu, atunci prognosticul pot ăice este aprópe constant favorabil «fapt ce se întâmplă mai adesea când ea are locul în o scisură interlobară și pleuresia purulentă e consecutivă unei pneumonii centrale (1)». Dar când colecțiunea e mare și ocupă tótă cavitatea pleurei, rar se pôte observa ca vindecarea să se facă prin vomice repetate.

(1) Leçons de clinique médicale par Rendu 1890 Tome premier, p. 214.

«O particularitate a acestor colecțiuni purulente cari merită a fi pusă în relief este următoarea: mai nici o dată prin ele însuși nu produc gangrenă pulmonară» (Rendu).

Resultă din acestea că prognosticul pleuresiilor supurate metapneumonice este relativ favorabil (1). Observația bolnavului (citat în Clinica p. 123) de la Buftea cu pleuresie metapneumonică, vè pôte servi drept exemplu.

Dacă acum trecem la cele alte pleuresii purulente secundare, cari vin în cursul său în convalescența unei bóle infecțioase ca: Febra tifoidă, Variola, Scarlatina, Febra puerperală etc. etc. — de sigur în aceste casuri prognosticul e destul de grav.

Care va fi prognosticul bolnavei despre care vorbim? Nu mă indoesc că d-v. îl cunoșteți mai dinainte.

Am đis că această pacientă e tuberculoasă. Așa dar sfirșitul va fi a pleuresiilor purulente de natură infecțioasă.

Cercetări bacteriologice. Cunoștințele noastre asupra micro-organismelor ce s'au găsit în pleuresiile purulente, sunt datorite diferiților autori ce s'au ocupat cu această chestiune, — decî nu vom avea pretențiunea și nici dreptul de a trage concluziuni personale, ne vom mulțumi numai de a vè nara faptele așa cum s'a descris, la care voiú adăoga. și cercetările făcute de mine împreună cu șeful meu de clinică, de dr. Luca, din puroiul extras de la bolnava despre care v'am vorbit.

A. Guillmain (2) într'o lucrare originală publicată anul acesta (11 Aprilie 1891,) se silesce a face o clasificățiune a pleuresiilor purulente basate pe prezența diferiților microbi. Lucrarea sa e meritoroasă, în ea autorul a desfășurat multă muncă și deosebită pricepere.

În adevăr sub influența progresului bacteriologiei în acești din urmă ani, studiul pleuresiei purulente intră pe o cale nouă.

Cea d'ântăiú întrebare ce ne-o facem și pe care d-v. sunt sigur că vè gândiți e: Cari sunt acei microbi ce se găsesc în puroiul extravasat ?

(1) *Netter* citéză o statistică de 316 casuri, din cari numai 47 mortale *Bouveret* e contra opinione lui *Netter* căci dînsul consideră pleuresiile purulente metapneumonice ca grave, basat tot pe statistica.

Acastă deosebire de idei cred că stă în acea că primul a făcut toracesesele și empiemul la timp, pe câtă vreme secundul a lăsat aceste operațiuni mai târziu. (Note de dr. Luca)

(2) *A. Guillmain*. Travaux originaux. Prognostic et traitement de pleurésies purulentes, *Gaz. Hebdomadaire* p. 170 No. 15. 11 Avril 1891.

Acest punct e capital, căci de la speciile de microbi se va putea clasifica astăzi (după părerea bacteriologilor) pleuresiile purulente.

Courtois-Suffit(1) în teza sa susținută anul acesta (1891), divide pleuresiile purulente în două grupe:

I) *Pleuresit purulente în cari se găsește un singur fel de microb și* II) *Pleuresit purulente cu mai multe specii de microbi.*

Din prima grupă, numită încă, — *forme pure de epimem*, face cinci varietăți și anume:

1) *Pleuresia purulentă tuberculosă, al căria microb e bacilul lui Koch.*

2) *Pleuresia gangrenosă datorită organismelor saprogene a putreziciunii.* Cu această parte s'au ocupat și scris Netter, Duncan, Ogston, Rosenbach etc. (2)

În pleuresiile purulente acute proprii țise sau găsit cele trei tipuri următoare:

3) *Pleuresiile purulente cu streptococi.*

4) *Pleuresit purulente cu stafilococi.*

5) *Pleuresit purulente cu pneumococi.*

Înainte de a ne ocupa de grupa pleuresiilor purulente cu specii diferite de microbi, să spunem câte-va cuvinte asupra acestor cinci varietăți din prima categorie.

1) *Pleuresia purulentă tuberculosă*, de ordină precedă sau urmează leziunilor pulmonare. Alte ori cercetările bacteriologice sunt negative, de și faptele clinice ne dovedesc, că avem a face cu o pleuresie de natură tuberculosă, totuși cu greu sau adesea nu găsim în puroiul bacilul lui Koch.

La bolnava noastră am întrebuițat toate mijlocele pentru a afla bacilul în exudat, însă munca ne-a rămas sterilă. Am făcut la început o puncție cu siringa lui Pravaz, din puroiul extras am preparat mai multe lamele fără a găsi bacilul, în acelaș timp am făcut însămînțări pe diferite substrate nutritive, rezultatele cu toate acestea au fost negative. În urmă am practicat toracentesa, din nou D. dr. Luca a reînceput cercetările; iar conclusia a fost identică cu cea de mai înainte.

(1) Courtois-Suffit. Des pleuresies purulents Th de Paris, 1891.

(2) Netter Société médicale des hôpitaux, Mai 1890.

Aceste fapte nu sunt solitare, ele au fost observate și de alți bacteriologiști, ast-fel Gombault citat de prof. Babeș și Chaufford, inoculând liquid seros din pleura bolnavului, la animale; adesea le-au dat tuberculoasă, fără ca să se gândească că pacienții ar fi atinși de această maladie și fără ca să găsească în extravasat bacilul lui Koch.

Lion și Gilbert, au obținut rezultate mai tot-d'a-una negative, încercând a cultiva liquidul pleuresiilor sau acelor pe cari le-a crezut tuberculose; deci cazul nostru nu e izolat și am putea zice că: dacă la un bolnav atins de pleuresie purulentă nu găsim prin nici un mijloc bacilul lui Koch și dacă în acelaș timp pacientul prezintă fenomenele clinice de tuberculoasă, suntem în drept a ne gândi la această varietate de pleuresie; dacă însă, cum se poate întâmpla, să găsim și bacilul, atunci ori-ce îndoială trebuie să dispară.

2) *Pleuresia gangrenosă* e privită după cum am zis, ca datorită organismelor saprogene ale putređiciunii și asupra căria nu ne vom opri.

3) *Pleuresia cu streptococ* a fost studiată de Fraenkel (2), Widal, (3) Rémond și Courtois-Suffit, (4) Vignalou (5). etc., După acești scrutatori streptococul se găsește în diferite stări de virulență, cea ce explică diversele modalități clinice ce se întâlnesc la patul bolnavilor.

Aceasta pleuresie e aproape tot-d'auna secundară, are un început lent și insidios, febra oscilază în mod neregulat, cea ce e tipul febrei de supurațiune.

Puroiul e galben, gros, fără odóre, cantitatea variază între 500 grame și 1 litru (Courtois-Suffit). Cea ce caracterizează această varietate, este reproducția crescând a liquidului după evacuație. Prognosticul e grav. Mortalitatea 25%. Bolnavul adesea móre prin infecția purulentă generalisată (Guillemain).

4) *Pleuresii purulente cu stafilococ* sunt rari.

Rosinbach și Fraenkel au observat casuri de asemenea natură. După Marfan (6) stafilococul nu ar fi al exudatului pleural, ci e in-

(1) Babeș Pleurésies. — Péricardites. — Péritonites d'origine bacterienne. Les bactéries t. II, p. 38.

(2) Fraenkel. Contralblatt für Bakt., 1887. Berliner Klin. Woch., 1888.

(3) Widal. Thèse de Paris. 1889.

(4) Rémond și Courtois-Suffit. Caz, hóp. Mars 1890.

(5) Vignalou. La pleurésie à streptocoques th. de Paris. 1891.

(6) Marfan. Etiologie et diag. des pleurésies purulentes. Gaz des hop., 1889

trodus în interiorul toracelui în urma punctiunilor cu aparate necurate, din care cauză o pleuresie din seroasă, devine purulentă.

Ca gravitate această varietate, ar fi mijlocie între precedenta și pleuresia cu pneumococi.

5) *Pleuresit purulente cu pneumococi*, acesta din urmă numită de *Voillez* pneumo-pleuresie, iar de *Gerhardt* pleuresie meta-pneumonică, a fost bine descrisă de *Laennec* și *Andral*. Ea a servit în timpii din urmă la numeroase lucrări făcute de *Netter* (1) *Rendu* (2), *Cheseret* (3).

Acastă formă se observă mai ales la copii și destul de frecventă la adulți, iar prognosticul e mai favorabil la cei d'ântăiu.

Ea e cunoscută printr'un exudat mare, între 3 și 6 litruri. Puroiul e gros, verdui, viscos și fără miros (*Netter*). Exudatul are tendință la închistare, la vomică și la stabilirea unei fistule pleuro-bronchice, mai cu sémă când e interlobară. *Cea ce caracterizează această varietate de pleuresie, e prognosticul, care relativ cu cele precedente, e bun.*

Mortalitatea mai nici o dată nu trece peste 10⁰/₁₀. După *Netter*, aceste pleuresii au prognosticul favorabil, din cauză că avem a face cu microbi specialii, (pneumococi) diferiți de aceia ai supurațiunilor purulente, căci pneumococul nu produce leziuni profunde, viața lui e scurtă, fapt ce se probéză chiar în eprubetele de cultură.

Reviu acum la a doua categorie de pleuresii purulente adică, când se găesc asociați diferiți microbi, cari pot infecta de o dată sau succesiv cavitatea pleurală. (Asociație microbiană.)

II S'au observat următoarele asociațiuni : *pneumococ și streptococ, pneumococ și stafilococ; pneumococ, streptococ și stafilococ; streptococ și bacilul lui Koch etc.*

Se înțelege că aceste asociațiuni microbiene pot schimba mersul și evoluția unei pleuresii și rămâne bine stabilit, că prognosticul va fi al microbului celui mai virulent.

Din aceste puține cuvinte putem trage o învățatură de cea mai mare importanță practică și a nume : Când aveți a face cu o pleuresie cu un microb bun (spre es. pneumococul) trebuie să evitați prin toate mijlocele posibile, infecțiunile secundare, cari vor mări gravitatea bôlei.

(1) *Netter*. Société Anatomique 1887.

(2) *Rendu*. Leçons de clinique médicale, 1880 p. 202.

(3) *Cheseret*. Des pleurésies métapneumoniques Th. de Paris. 1889.

Mi-am făcut o datorie expunându-vă pe scurt aceste date bacteriologice, rămâne acum la timp și ocasiune să întreprindeți aceste cercetări. Pentru a fi mai clar vă dau aci în următorul tabel schematic, clasificarea pleuresiilor purulente după specia microbilor.

Pleuresii purulente	I Categorie	}	Varietatea 1	Cu bacilul lui Koch.	
			2	organisme saprogene	
			3	streptococi	
			4	stafilococi	
			5	pneumococi	
	II Categorie	}	Asociație microbiană	Pneumococ cu streptococ.	
				Pneumococ cu stafilococ.	
				Pneumococ, streptococ și Stafilococ.	
				Streptococ cu bacilul lui Koch etc.	

Acăsta clasificățiune va avea aplicațiunea sa în indicațiunile tratamentului chirurgical, în care se va discuta chestiunea spălaturilor, rari său frequente.

Tratamentul. S'ar părea la prima vedere, că tratamentul pleuresiilor purulente a câștigat dreptul său de vechime și deci, orî-ce discuțiune trebuie înlăturată. Cu alte cuvinte, ar fi să admitem vechiul precept *Ubi pus, ibi evacua*, ca cel mai bun metod, ca cel din urmă mijloc pentru a vindeca o pleuresie purulentă. Nu voiî însă să vă înlățnesc aci, căci în afară de chestiunea practă, avem și alte considerațiuni sciintifice, pe cari, ca profesor de clinică am datoria a vi le pune înainte; voesc deci să discut tratamentul pleuresiilor purulente, așa cum ađi e privit din punctul de vedere bacteriologic.

Deschideți căți-va autori și citiți tratamentul acestor pleuresii, vă asigur că veți rămânea surprinși de modul cum acești muncitori interpretă, mecanismul vindecării și cum trebuie cine-va a se comporta cu cutare său cutare microb.

Dacă însă, citim publicațiuni medicale curente, — fie gazete, fie memorii; în ele găsim adesea discuțiuni și chiar lecțiuni întregi, a căror desaccord e așa de puternic, că nu știți după cine să vă luați. Nu mai departe, am aci o lucrare originală a d-lui Guillmain, alta a lui

I. Simon, a treia a lui Terrier, a patra scrierea lui Bouveret, apoi discuțiunile societății de terapeutică, din lunele acestea și în fine lucrarea lui Kelsch; în toate nu se vorbește de cât de tratamentul pleuresiilor purulente, cu o singură deosebire și anume: Guillemain și Kelsch admit spălături antiseptice în urma toraceutesei și a empiemului, — Terrier e contra spălăturilor; mai mult *I. Simon*, recomandă spălături antiseptice în urma toraceutesei la copii, chiar când pleuresia conține pneumococi. Vom vorbi la timp și de desbaterile societății de terapie, unde fie-care vine cu argumentele sale pro și contra asupra tratamentului pleuresiilor purulente, unde toți sunt sprijiniți pe fapte și observațiuni clinice. Iată de ce încă de la început v'am promis să vorbesc, afară de chestiunea practică a acestui tratament, dar și de modul cum trebuie să'l privim din punctul de vedere bacteriologic.

Tratamentul pleuresiilor purulente se divide în două părți: medical și chirurgical; cel d'ânteu e scurt, valoarea lui adesea e secundară, cu toate acestea 'l voi descri în puține cuvinte.

Tratamentul medical. Este evident că rolul medicului e important și înainte și după operațiune, dând bolnavului un regim tonic spre a favorisa cât mai curând vindecarea, căci țice Bricheteau, «cele mai multe din casurile de sanare arătate de practicanți ca: Baumes, Pouteau, Portal, etc., obținute prin medicamente alterante, depurative, expectorante ș. a., nu sunt de cât casuri cu erori de diagnostic, trădând un epanșament purulent imaginar.»

S'a întrebuițat și se uzază, diuretice, purgative și visicători pentru a obține resorbția extravasatului purulent, ca în pleuresiile sero-fibrinoase. *D. Montard-Martin* citează un cas, în care printr'un tratament pur medical, puroiul a dispărut prin resorbțiune (1). A 2-a observație de *Baëlz*, culésă la clinica. Prof. *Wunderlich* (2). Aceste casuri sunt foarte rare.

În orî-ce împrejurare vom da bolnavului un tratament tonic și reparator, sub toate formele. Carne, vin bun, poțiuni alcoolisate, arseniat de sodă în cantități mici, oleu de ficat de morun, dacă bolnavii

(1) *Montard-Martin*. Obs. IV de sa monographie loc. cit. L'hospit. Beaujon. La pleuresie purulente et son traitement. Paris, Delanye.

(2) *E. Baëlz*. Berliner Klin. Wochenschrift, 16 Janvier 1880. Traitement de l'empyeme sans incision. . . . , etc.

l pot suporta. Amicul meu, d. dr. Duboue din Pau, raporteză în *Uniunea medicală* din 1873, mai multe succese în casurile de supurațiune lungă a pleurei, prin luarea taninului în doze mari. Taninul are acțiune în contra fenomenelor intestinale (diarie) combate și previne accidentele putrede.

Tratamentul chirurgical. Tratamentul medical prin diuretice și visicători, nu vindecă o pleuresie purulentă, căci ar fi o greșelă de a crede că prin mijlocele pur medicale vom obține resorbția unui extravasat purulent, deci, tratamentul chirurgical imperios se impune. Fără a intra în istoricul vechiului tratament chirurgical, toate procedeele cunoscute ași se pot reduce la patru și anume:

- 1) *Metoda punctiunilor simple, fără injecțiuni în pleură;*
- 2) *Metoda punctiunilor cu injecțiuni, fără canulă și fără tub lăsate în plagă;*
- 3) *Metoda ca canule sau tuburi cu injecțiuni și spălături;*
- 4) *Metoda incisiunei largi a spațiului intercostal cu și fără spălături a plevret.*

Voiu căuta a expune aceste procedee și a alege pe acele metode cari ni se vor părea mai bune după diferite împrejurări.

Ne facem însă o datorie de conștiință de a semnală o operă magistrală, tesa inaugurală a d-lui Prof. Sédillot, care chiar din 1841, discuta diferitele puncte ale tratamentului chirurgical și care a contribuit a ne preschimba credințele și a ne da în drăsnela în tratamentul chirurgical al pleuresiei. Acastă scriere admirabilă, resumă partea istorică a tratamentului cu multă precisiune, așa în cât se pôte vedé, cu cât încetinela a putut să ne pëtrundă idea, că tratamentul chirurgical 'și are viitorul, contrar credinței vechilor autori.

1) *Metoda punctiunilor simple fără injecțiuni.* Acésta e cea mai simplă, ea constă în a deșerta puroiul din cavitatea pleurei, printr'o punctiune făcută în unul din spațurile intercostale.

Pentru a practica punctiunea ne servim de un trocar simplu, cu saũ fără robinet, la care alipim un aparat aspirator, în general acela al d-lui Dieulafoy saũ Potain, cu alte cuvinte facem *toracentesa* (1).

(1) Metoda punctiunilor simple fără injecțiuni coprinde trei procedee :

a) *Procedeeul lui Drouin*, neintrebnițat astăzi. El constă în punctiunea toracelui cu un trocar aprópe capilar, care fiind lăsat singur fără aparat aspirator, se astupa cu puroiũ, la care se mai a dauga posibilitatea pãtrunderii aerului în cavitatea toracelui. Când colecțiunea e mare, ea învingea pre-

Nu e locul aci de a descrie complet toate precauțiunile toracentesei și a aspirațiunilor puroiului, vă dau însă câte-va reguli, de cari trebuie să țineți socotelă.

Observați ca aparatul aspirator să funcționeze bine, robinetele să se închidă și să deschidă cu ușurință, tuburile să nu fie astupate și prin nici o parte aerul să nu pătrundă. Se spală trocarul într'o soluție antiseptică și e bine de a'l trece chiar prin flama unei lămpi. După ce ați desinfectat prin spălături antiseptice locul unde gândiți a face toracentesa, fiți atenți spre a nu punționa toracele nici prè sus, nici de tot jos, căci în primul cas veți putè pătrunde în pericard (când operați la stânga). O observație de asemenea natură a fost publicată de d-nul Vergely (1), la care punținnea se făcuse prè sus și înainte; în al doilea cas trocarul pòte pătrunde și trece prin aderențele costo-diafragmatice în cavitatea peritoneală. În acest scop, nu uitați dispozițiunea anatomică a diafragmului la copii, care se urcă mai sus ca la adulți.

Veți ține cont de linia axilară, și o dată determinată prin percuție limita extravasatului. punționați mai sigur îndărătul acestei linii, de cât înaintea ei.

Metoda punționiilor repetate. S'a citat exemple de vindecări prin punționi repetate, ast-fel găsim în buletinul Societății medicale observațiuni publicate de Moutard Martin, Lereboullet, Voillez (2). Precum și în tesa lui Attimon (3) Manny (4) etc.

Asemenea și noi putem cita un cas personal al unui bolnav din Craiova, atins de o pleuresie purulentă meta-pneumonică, sanată în urma a două punții.

siunea atmosferică, dar încetul cu încetul presiunea liquidului scadea și puroiul nu mai e dat afară de cât prin impulsionele elasticității pulmonare, în acest timp aerul pòte pătrunde în năuntru. Acest procedeu a fost părăsit, cu toate că în casuri de urgență extremă putem să'l întrebuințăm, având în vedere de a suci rubinetul său de a astupa la timp cu degetul trocarul.

b) *Procedeu lui Reybard.* El se deosebesc de cel precedent prin adăogire la robinetele trocarilor un fel de ventiluri, pentru a preveni intrarea aerului în cavitate. Procedeu părăsit, (Reybard, 1827 *mémoire sur le traitement.... des plaies pénétrantes de poitrine.*)

c) Procedeu toracentesei prin aspirațiune e întrebuințat astăzi. (Note de dr. Luca.)

(1) *Revue des Sciences médicales* p. XX p. 535. *Pleurésies purulentes, Ponction, Perforation du pericarde.*

(2) Voillez: *Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires* p. 502, Paris, 1872, Delahaye.

(3) Attimont. *Thèse de Paris 1868. Des résultats de la paracentèse dans la pleurésie purulente.*

(4) Manny. *Thèse de Paris. 1867.*

Aceste casuri sunt excepționale sau, după cum țice Gueneau de Mussy, «aũ fost simple ameliorări ; iar când e vorba de vindecări radicale, de sigur că s'a întrebuițat spëlături antiseptice și nu simple deșertări, fără alte precauțiuni de antisepsie a pleurei.»

2) *Metoda punționelor cu injețiuni, fără ca canule sau tubul să rămâie în plagă.* Injețiunile aũ fost întrebuițate de cei mai vechi autori. Hipocrat întrebuița vinul cald cu unt de lemn; Lanfranc, decoțiune de plante amare și aromatice, amestecate cu miere etc... In resumat, aceste substanțe avënd proprietăți astringente sau iritante se adresaũ la pleură și avëu de scop modificarea vitalității ei. In tim purile nctre se întrebuițeză mai mult tinctura de iod.

Eată cum se face în general a cestă operațiune: se punționeză unul din spațiile intercostale, mai mult îndărăt de linia axilară, se lasă liquidul pleural să se scurgă în o cantitate cât se pôte de mare, apoi se procede la injețiune. Aran întrebuița soluția următoare: apă 100 gr, tr. de iod 30 gr. și iodur de potasiu 2 gr. Aceste proporțiuni după împrejurări, pot fi scăđute sau adăugate. Injețiunea fiind terminată, se scôte acul și se aplică degetul pe canulă. In acest moment Aran puné bolnavul să se întórcă în diferite sensuri, sau dacă pacientul era mai slab, era ajutat de alții. Acésta se face în scop ca liquidul să vie în contact cu tótă suprafața supurantă. O dată acéstă manevră obositóre și durerósă terminată, se ridica degetul după canul și liquidul se scurgea. Nu mai vorbim de inconvenientele procedeuului lui Aran, căci este a perde timpul, reamintesc că el a fost părăsit prin înlocuirea aspiratorilor, cari permitëu de a practica de o dată și cu o perfectă siguranță punționea de deșertare și injețiunea în cavitatea supurantă (1).

Acest procedeu dă mai bune rezultate ca metoda punționilor repetate, cu tóte acestea observațiunile nu sunt numeróse.

3) *Metoda cu canula sau tuburi lăsate în plagă.* Procedeele acestui metod sunt fórte numeróse, dar tóte aũ drept scop final de a stabili o deschidere permanentă a peretelui toracic, prin care se introduc în cavitatea pleurală tuburi de cauciuc sau canule metalice.

Tuburile sau canulele se las pe loc, pentru ca încetul cu încetul să se scurgă tot puroiul, dar în acelaș timp prin diferite mijlóce și

(1) Există încă un procedeu a lui Baëltz și Kashimura, întrebuițând 2 tuburi; pentru deslușire veđi: Du traitement de l'empyème par la ponction avec lavage. Berliner Klin. Wochenschrift, 10 Ian. 1880. Asemenea în Bouveret. Traité de L'empyem. p. 80. 1888 Paris.

pansamente antiseptice, se feresce intrarea aerului în abscesul pleurei. Sunt încă și alte procedee, cari au un îndoit scop, adică: pe de o parte se lasă să se scurgă puroiul prin tub; iar pe de alta, se fac spălături antiseptice, fără a lua în considerațiune pătrunderea aerului (1).

Orî cart ar fi aceste procedee, ele pot da câte odată rezultate bune și după diferite împrejurări putem să le întrebuițăm. În serviciul nostru am făcut us de el și rezultatul a fost satisfăcător.

4) *Pleurotomia. Prin pleurotomie se înțelege acea operațiune, care lasă liber și sigur scurgerea nu numai a puroiului, dar a tuturor părților exudatului, ca: grunzii purulenți, falsele membrane și materiile gangrenose; așa dar tăutura, care va îndeplini această indicațiune fundamentală, va merita numele de pleurotomie.*

Lungimea incisiunii pôte fi de 3—6 c.m. dacă e mai mare, nu pôte avé inconveniente; însă incisiunile pré micî nu aduc avantaje.

E lung și frumos istoricul pleurotomiei; nu pot, căci nu am timpul de a vi'l expune, vă sfătuesc a'l citi în memorabila lucrare a lui Sédillot (2). În acest lung istoric sunt patru periode și fie-care din ele e caracterisată prin noi progrese.

a) *Hypocrat* deschidea larg peretele toracelui, fie cu ferul roșu, fie cu bisturiul, deșerta progresiv puroiul, apoi spăla pleura cu vin amestecat cu oliu de Olive. În urma acestei operațiuni, bolnavul rămânea expus pericolului septicemiei.

b) Pe la mijlocul secolului al 19 se vedu sigur că septicemia e cauza morței, de aceea s'au început spălături cu soluțiuni antiseptice; iar rezultatele au fost mai îmbucurătore, dar vindecarea era pré târ-die, de aceea, cu drept cuvânt Hanche (3) a numit'o pleurotomie incom- plect antiseptică.

(1) *Procedul lui Sédillot* consistă în a perfora o costă în care se așeză un tub metalic. Se deslipesc periostul, costa se perforază cu un trepan de 4 m.m. de diametru și se evită lesiunea arterei intercostale . . . Veđi, Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1857, p. 804 Nouvelle méthode du traitement des épanchements purulents de la plèvre.

Procedul lui Playfair. Sur le traitement de l'empyème chez les enfants. Transactions of the obstetrical Society of London, t. XIV, année 1872.

Procedul lui Gayet. Veđi Bouveret p. 95. Traité de l'empyème, 1888.

Procedul lui Potain. Consistă în a evacua și spăla cavitata toracică, ferind'o de contactul aerului.

(2) Sédillot. De l'opération de L'empyème. Thèse soutenue pour une chaire de Médecine opératoire. 1841.

(3) Hanche. Revue de Chirurgie. 1883, p. 33.

c) În timpurile noastre apărui metoda antiseptică a lui Lister, care fu imediat aplicată și la pleurotomie. De la această dată, spălăturile antiseptice intra-pleurale se făcură mai rar și câte odată chiar a fost și sunt cu totul suprimate. Ast-fel modificată antisepsia, operația perdu apröpe tötă gravitatea nesuccesilor.

Acestei operațiuni trebuie să 'i dăm adecvăratul nume de pleurotomie antiseptică.

d) Știința făcu progrese prin descoperirile bateorologiei, și azi ne interesăm a afla în prima linie, prezența puroiului și a microbului care 'i-a dat naștere; apoi procedăm imediat la operațiune, adică facem *pleurotomia antiseptică precoce*, fiind apröpe siguri de rezultatele ei bine-făcătore.

Eată pe scurt principalele reguli ce trebuiesc păzite la operațiunea pleurotomiei:

Înainte de a opera, e bine de a practica o puncție explorătoare pen-a stabili natura purulentă a extravasatului. După împrejurări, dacă e nevoie, anestesiați locul cu cocaina. Locul, mâinele operatorului și instrumentele, trebuiesc riguros desinfectate cu soluțiunii de acid fenic forte. Tötă operațiunea de la cea d'întăiü atingere cu bisturiul și pînă la pansament, se va face sub un nor de acid fenic.

În general, e bine de a practica tăetura în al șaptelea său al optulea spațiü intercostal, pe marginea muschiului marelui dorsal.

Se taie cu bisturiul părțile moi, strat cu strat pînă la pleură (6—8 c. m. de întindere). Marginea superiöră a cöstei inferiöre este punctul de reper, o urmăriți cu bisturiul fără a ataca artera intercostală.

Când ați ajuns la pleură, puteți face o nouă puncție de explorare, pentru a vă asigura că cuțitul va intra într'o pungă purulentă (Wagner.)

Se face o mică deschidere pleurei, apoi se schimbă bisturiul, luând unul butonat pentru a lărgi tăetura pleurei (întinderea pöte fi 3, 5 — 6 c. m.)

Puroiul este aruncat cu forță, în acest timp astupăm cu degetul orificiul și'l lăsăm să se scurgă încet și progresiv; în urmă explorăm tot cu degetul cavitatea pleurală, cât se pöte mai profund spre a atinge planul convex al diafragmei și falșele membrane, pentru a facilita scurgerea puroiului.

Vom avé în vedere, dacă punga e unică sau multiplă, în cazul din urmă e bine să practicăm curând a doua pleurotomie, incisând un al doilea spațiu intercostal suspect.

După ce am făcut sau nu spălătura pungei, (chestiune pe care o voi discuta mai pe urmă), așezăm în cavitatea pleurei, un tub de cauciuc (dren) având grosimea degetului celui mic și o lungime cam de 5—6 c. m., pe care îl fixăm; apoi aplicăm pansamentul lui Lister.

La copii e bine de ale acoperi tot toracele cu pansament, sau chiar tot trunchiul.

În pat, bolnavul va sta culcat pe spate, ușor înclinat pe partea operată, iar fesele vor fi puțin rădicate; toate acestea pentru a da scurgere puroiului.

Acésta este descrițiunea sumară a tratamentului empiemului prin pleurotomia antisepică.

Inainte de a intra în chestiunile doctrinale asupra spălăturilor, vă voi întreține puțin supra accidentelor nervoase consecutive empiemului.

D-nul Landouzy, într'un studiu asupra paralișilor consecutive maladiilor acute, consacră câte-va pagini, istoriei paralișilor de origină pleurală. Lépine, Lendet, Vallin, M. Martin. etc., citéză fapte de asemenea natură. Orî cât de mare ar fi numărul acestor accidente nervoase, le putem divisa în patru grupe mai mult sau mai puțin distincte.

a) *Paralișit de origină embolica.* Tóte exemplele până în prezent cunoscute, se găesc adunate în tesa d-lui Valicourt (1878); dar acésta scriere nu conține de cât cinci observațiuni, decî numărul lor e cu totul restrâns.

E vorba de hemiplegii venite în urma pleurotomiei, care aū drept cauză o embolie, fie a arteriei Silviene, fie a ramurilor sale. În orice cas, hemiplegiile cari aū drept început pleurotomia și ca cauză o embolie, sunt cu totul rari. Nu scim până acum, ce fel e mecanismul acestor embolii după operațiune; teorii sunt numeroase, dar nimic pozitiv, de aceea trebuiesc noi cercetări. *Un fapt interesant domină însă acésta chestiune; — scim că compresiunea pulmonului, favorizéză producțiunea de trombose autochtone în cord și vasele pulmonare, acésta este o nouă indicațiune de a face să dispară compresiunea, adică de a practica pleurotomia cât se póte de timpuriu.*

b) *Turburări ale motilității, ce se dezvoltă încet în membrele de aceeași parte a pleurotomiei.*

În acest grup avem două observațiuni; una a D-lui Lépine și alta a D-lui Weill, deci faptele sunt cu totul rare. La un timp óre-care după operațiunea pleurotomiei, pacientul simte că membrele din partea bolnavă sunt mai slabe ca cele din partea sănătoasă. Alte ori ele n'au mișcările voluntare ca în starea normală.

c) *Atacuri sincopale.* Aci avem de notat trei observațiuni, ele aparțin D-lor Goodhart, Dumontpallier și Thompson. Ceea ce domină în aceste trei observațiuni este sincopa. Mișcările convulsive au fost cu totul fugace și limitate; iar cauza ocazională a acestor sincope a fost bine stabilită adică, injecțiunea făcută în cavitatea purulentă.

d) *Atacuri de eclampsie, și atacuri de paralizie transitorie.*

Observațiunile acestui grup sunt mai numeroase.

Iată în puține cuvinte cari sunt caracterele clinice ale eclampsiei pleuretice. Atacul e caracterizat prin două simptome principale: pierderea cunoștinței și convulsiunile, cari se asemănă cu acelea ale epilepsiei.

Turburările în circulațiune și respirația sunt mai tari și mai durabile; iar cele două perioade de convulsiuni tonice și clonice, nu se succed cu aceeași regularitate ca în epilepsie. Strigătul inițial, aproape în majoritatea casurilor lipsesce; astfel bolnavul cade brusc și și pierde cunoștința. Fața ia o coloră cadaverică. Circulația și respirația se opresc pentru un minut și adesea pulsul radialei nu se mai simte. În multe casuri pupilele sunt foarte contractate.

Cu alte cuvinte pacientul se găsește într'o stare de morțe aparentă. Durata acestei perioade inițiale e de 1---3 minute, «probabil că observatorii au exagerat această durată, căci în fața unui bolnav trăsnet așa de brusc, frica celor de față a fost de sigur așa de mare, că minutele li s'au părut ore» (Bouveret). După un minut sau două pacientul face câte-va eforturi, mișcările respiratorii se restabilesc și pulsul radialei reapare; cu deosebire că, respirația rămâne neregulată, incompletă, intermitentă și pulsul e mic, slab și inegal.

În acest timp apar și convulsiunile tonice, cari prind la început ochii, deviindu-i spre partea bolnavă, fața ia un aspect deosebit, (face grimaze) maxilarele se încheștăză unul asupra altuia și tot trunchiul se incurbăză îndărăt. (Opistotonos). Contracturile pot să se generalizeze

la toate membrele, dar mai adesea la cele superioare și câte odată chiar numai la brațul din partea bolnavă.

Limba e foarte rar mușcată. Ca și în atacurile de epilepsie propriu zisă, se scurge printre buzele interdeschise o spumă, câte-o-dată amestecată cu sânge.

Acastă perioadă de convulsii e de scurtă durată, ea poate ține până la un minut.

Acum vin convulsii clonice, atacând acelaș grup de mușchi ca și convulsii tonice. Adesea coprind mușchii membrelor superioare, brațul din partea bolnavă și când sunt mai generale, atunci mușchii din partea bolnavă sufer mai mult. Pupilele sunt ușor dilatate. Aprópe în generalitatea casurilor, bolnavii au evacuții involuntare de urină și materii fecale. Atacurile clonice au o durată cam de 1—2 minute și vin prin accese, cari pot ține pînă la o jumătate și chiar o oră; însă din ce în ce se răresc și ast-fel atacul eclamptic se termină; dar bolnavul rămâne într'o stare de somnolență sau comă, timp 4—8 ore și chiar o zi întreagă, când conștiința revine și începe a cunoște persoanele ce 'l înconjură, fără a 'și aduce aminte de cea ce s'a petrecut cu dînsul.

S'a descriu casuri, unde s'a observat mai multe atacuri succesive, în care timp bolnavul a fost într'o comă perpetuă.

Fiziologia patologică precum și teoriile ce explic aceste atacuri de eclampse, voiú căuta a vi le expune cu altă ocaziune, de óre-ce acum m'ași depărta de subiectul nostru.

Rămâne a vă vorbi de cea din urmă parte a pleuresiilor purulente, adică tratamentul lor după specia micro-organismelor; în același timp dacă trebuie sau nu, să facem spălături intra-pleurale în urma pleurotomiei.

Discuțiuni asupra spălăturilor în urma toracentesei și pleurotomiei.

Chestiunea la ordinea țilei, a căreia soluțiune e încă în desbatere și cu tótă argumentația de *pro* și *contra*, cu toate observațiunile adunate de mine în decursul anilor îndelungați, — mă pune în pozițiune de a afirma că metoda cea mai bună rămâne la tactul și experiența clinicianului; cu alte cuvinte împrejurările ne vor conduce, când trebuie a face, sau a nu face spălături.

Discuțiunile urmate în societatea de terapie și publicațiunile ulte-

rióre aũ atãt de mare interes în cãt nu pot a le trece în tãcere, de óre-ce vor aduce noi luminã asupra tratamentului pleuresiilor purulente.

Pentru a fi clar voiũ pune în prima linie autorii cari sunt contra spãlãturelor.

Ferrier (1) într'o lecþiune de clinicã hirurgicalã, publicatã în Progresul Medical din 18 Aprilie 1891, se serveste de fapte bine precisate prin care, cu o admirabilã forþã de argumentaþie, refusã ori-ce fel de spãlãturã în urma toracentesei sau a pleurotomiei.

În societatea medicalã a spitalelor se fãcu cãte-va comunicaþiuni de *Chantemesse*, *Netter*, *Vaillard* și *Duponchel*, asupra pleuresiilor *purulente cu pneumococã*, în cari se aratã cã acestea sunt mai bune ca cele cu streptococi. — Casurile observate aũ fost urmate de vindecare fãrã spãlãturi antiseptice. — De aci d-l Ferrier se rãdicã contra acelorã ce întrebuiþezã spãlãturi, cãci ðice d-sa : «Nici o datã cine-va nu e sigur de asepsia complectã a liquidului întrebuiþat pentru a face spãlãturi, nici de aparatul ce se serveste de a injecta liquidul.»—*Lister* și elevii sãi, asemenea sunt contra pleurotomiei cu spãlãturi.

Guinard (1884 pag. 23) în tesa sa, refusã ori-ce injecþiune. — *Blancherz* (2) citãzã mai multe casuri de vindecare fãrã spãlãturi.

Maurice Péraire aratã cã o singurã spãlãturã cu o soluþie desinfectantã dupã pleurotomie, nu aduce nici un folos bolnavului ; cãci, când ne decidem a face spãlãturi, ele trebuie reinoite în tóte ðilele și chiar de mai multe ori pe ði, deci ðice d-sa, la ce ne servã o simplã irigaþiune care nu spalã de cãt cu totul incomplect cavitãtea pleuralã?

În ast-fel de împrejurãri se întẽplã, cã lichidul introdus sã iasã afarã limpede, pe cãtã vreme în fundurile de sac pleurale esistã încã puroiũ.

Încercarea se póte face cu un trocar aspirator ; experienþa a fost reinoitã de d. *Raymond*, cu acelaș rezultat. Deci spãlãturile n'ar fi de cãt ilusorii, iar ca inconveniente am avẽ, — accidente nervóse și mai adesea o rãdicare de temperaturã. (*Mille Krafft th. de Paris 1884*).

(1) *Ferrier le Progrès Médical* 18 avril 1891 — 19 année, 2 série, T. XIII, No. 16, pag. 321.

(2) *Blancherz Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie*, 8 Octobre, 1866, p. 664 et 665.

«Putem întrebuința spălăturile, numai în casurile când scurgerea purulentă e cu totul *putridă*» (Terrier). Eu adaug și când pleuresia e consecutivă unei gangrene pulmonare.

Autorii contra spălăturilor opresc injecțiunile antiseptice chiar când puroiul e infect; ei cred că e de ajuns de a face pansamente antiseptice rigurose și de a pulverisa camera cu acid fenic. Nu știu până la ce punct aū dreptate, noi însă am făcut spălături când puroiul era infect și mai ales în urma pleuresiilor consecutive gangrenei pulmonare, căci am vădut, că pansamentul antiseptic era insuficient.

Dar să mergem mai departe și să vedem, cari sunt pericolele ce pot supraveni în urma spălăturilor.

În primul rând s'a pus rădicarea de temperatură pe care am puté să o evităm, lăsând cavitatea pleurei nespălată.

Dr. Auboin(1) în tesa sa asupra *emiplegiei și epilepsiei pleuretice*, descrie cu multă atențiune aceste accidente nervóse: se observă că bolnavul póte suporta cât-va timp injecțiunea, fie cu apă căldică alcoolisată sau fenicată, fie cu un alt antisptic, fără nici inconvenient; dar după o lună sau șese săptămâni, pe când se credea că totul merge spre bine, fără nici o cauză alta, pacientul în timpul unei spălături e prins de accidente nervóse, — fața ia o culóre mortală, apoi vin convulsii contractiunii tonice, etc., într'un cuvînt un acces de epilepsie pleuretică, în alte casuri aceste simptome sunt urmate de hemiplegie.

Nu e nevoie a mai reveni, căci v'am expus pe larg în lecțiune trecută tóte accidentele nervóse ce leputem întâlni în timpul și în urma pleurotomiei(2).

M. Reynaud (3) citéză, în tesa de agregatiune a d-lui Landouzy, doué casuri de pleuresie purulente meta-pneumonice, cu accidente de convulsii epileptiforme în urma injecțiunilor.

Landouzy (4) asemenea e contra spălăturilor.

Bouveret (5) a cules 15 observațiuni de atacuri de eclampsie și de paralisie trecétóre, consecutive spălăturilor pleurei.

(1) Auboin, *Epilepsie et hémiplégie pleurétique* thèse de Paris. 1878.

(2) *Kalenderu*. Pleuresii purulente, Clinica No. 17, din 1 Septembrie 1891, p. 148.

(3) *Reynaud*. Des morts inopinées ou après la thoracanthèse et des convulsions epileptiformes à la suite des injections pleurales.

(4) *Landouzy*. Th. agrégat., 1880, page 241, parlant de la pleuresie consécutive aux lavages.

(5) *Bouveret*. Loco citato. pag. 317 et autres.

Dumontpallier (1) a observat accese epileptiforme în timpul injecțiilor. Din 18 casuri de empiem, de trei ori a văzut crize nervoase epileptiforme.

Saint Philippe (2), asistă la un acces de epilepsie emiplegică în urma pleurotomiei, în timpul când practica o spălătură antiseptică.

Le Fort (3), la congresul de chirurgie ținut în 1888, citează un cas la care făcuse spălături intra-pleurale numai cu 100 grame de lichid, bolnavul a suportat bine injecțiunea, dar de odată cade pe pat, perde motilitatea și sensibilitatea; pacientul însă și revine rămând cu o paralisie a membrului inferior.

În luna lui Februarie 1889, Rendu (4) asistă la desnodământul fatal al unui nenorocit pe când îi făcea injecțiuni cu apă boricată.

Finesc aci cu autorii cari sunt contra spălăturilor în urma toracesei sau a pleurotomiei, pentru a vă spune câte-va cuvinte asupra lichidelor întrebunțate în acest scop.

După părerea acestor observatori, lichidele injectate în pleură, pot produce accidente de intoxicațiune; ast-fel s'au descris intoxicațiuni produse prin apă fenicată și sublimat corosiv în particular; acest din urmă care e și mai parasiticid și mai toxic.

Cităm în acest scop cuvintele lui Laveran (5): «Medicul care a introdus în pleura unuia din bolnavii săi o soluțiune de sublimat, nu trebuie a fi liniștit de urmările acestei operațiuni.»

Și mai departe: «Pe de altă parte sublimatul care nu s'a absorbit, se combină cu albumina pentru a forma un compus insolubil, în această împrejurare sublimatul, cu toată acțiunea sa de desinfectant energic, aproape nu mai are nici o valoare microbicidă.»

Daca s'ar face us de salol sau naftol, ne vom lovi de alt inconvenient. Aceste două corpuri sunt insolubile în apă și puroi, ele se precipită formând o magmă ce nu se disolvă.

Acidul boric are o putere parasiticidă foarte mică.

În fine, după credința autorilor citați, ori-care ar fi lichidul între-

(1) *Dumontpallier*. Société Médic. des Hôpitaux, 10 Août 1883.

(2) *Saint Philippe*. Journal de Médecine de Bordeaux, 13 Juin, 1886, No. 46.

(3) *Le Fort*. Congrès français de chirurgie, séance de 14 Mars. 1888, France médic. No. 46, 19 Avril 1888, p. 557.

(4) L'observation du malade a été communiquée par M. Magdalaine, interne provisoire des hôpitaux. Elle a fourni à M. le dr. Rendu le sujet d'une intéressante clinique.

(5) *Laveran*. Bulletin médical, 25 mai, 1890, p. 485.

buițat, spălăturile intra pleurale nu ajung pentru a distruge micro-organismele infiltrate în pereții abcesului pleural, căci acești parasți se ivesc din nou în puroi, când acțiunea antisepticului s'a slăbit.

După ce acești autori, au discutat accidentele nervoase, intoxicațiunile provocate de sublimatul corosiv, insuficiența celor alte antiseptice, combinațiunile himice insolubile, apoi revin asupra modului de vindecare a acelor două foi pleurale.

«În adevăr, vindecarea pleuresiei purulente trebuie să fie obținută prin alipirea intimă a acelor două foi pleurale; dar injectând lichide în cavitatea pleurală, nu facem de cât a distruge această reunire, se rup de aci aderențele ce se produsese între pleura viscerală și cea parietală; iar ca consecință falsele membrane sângerază, ast-fel creăm alte căi noi, favorisând absorbțiunea microbilor conținuți în lichidul pleural și prin urmare un teren de cultură favorabil pentru înmulțire.» (M. Péraire.)

Injectiunile au încă inconvenientul de a fi adesea dure rőse. Ele irită pleura din care causă, pe de o parte supurază mai mult, iar pe de alta se îngroșă. În urma acestei îngroșări, dilatarea pulmonului este foarte mult jenată, vindecarea se face încet și cere un timp îndelungat. Adesea rămân fistule cari espun bolnavul la erisipel, iritațiuni ale pielei, complicațiuni din partea cőstelor sau a pulmonului, — într'un cuvint bolnavul pőrtă cu el nu numai maladia, dar și o infirmitate desgustătoare.

În resumat, iată cari sunt avantajele metodei antiseptice, fără spălături intra-pleurale după părerea ante-injecționiștilor :

a) *Antisepsia singură e preferabilă, căci nu espune bolnavul la dureri și creșterea temperaturii.*

b) *Ea permite focarul purulent de a se restringe mai sigur și mai uște, căci injecțiunile tind a distruge produsele plastice formate în pleură; pe de altă parte compresiunea exercitată de pansament, apropie pereții abcesului.*

c) *Ea evită accidentele de septicemie ce pot resulta din introducerea în cavitate, în fie-care și a aerului amestecat mai mult sau mai puțin cu micro-organisme rău făcătoare.*

d) *Feresce bolnavul de intoxicațiuni, produse de lichidele antiseptice cu cari ne servim pentru injecțiuni.*

e) *Ea micșorază numărul accidentelor nervoase ca: accesele epileptiforme.*

me, eclampsii pleurale ocasionate de splături, paralisiile consecutive și chiar morțile subite sincopale.

f) În fine, vindecarea e mult mai sigură decât prin cele alte metode.

Din cele expuse, v'ați putut convinge că ante-injecționiștii au la activul lor fapte și argumente puternice pentru a fi contra splăturilor. Modul lor de a vedea și rezona e atât de seducător, în cât ne vine a înclina spre metoda lor; dar tocmai din această cauză voiți trece în revistă și părerile acelor ce preconizează splăturile, căci numai astfel veți putea instrui punând în relief ambele metode.

În prima linie vom cita pe *J. Simon* (1), d-sa se exprimă categoric că, «pleuresiile cu pneumococi vor fi tratate prin puncțiune și splături; iar pleuresiile cu streptococi și stafilococi prin pleurotomie, în urma căreia trebuiesc făcute injecțiuni intrapleurale.»

Deschid aici o mică parantesă și anume: se știe că pleuresiile purulente la copii se vindecă mult mai ușor și mult mai iute ca la adulți, ori-care ar fi metoda ce'l vom întrebuința. Adesea observăm, că în urma unei singure toracentese copilul se vindecă fără a întrebuința vre-o splătură, asemenea și după o pleurotomie. Cu toate acestea *J. Simon* e medic de copii, la spitalul Des Enfants-Malades, și de sigur a vădit și observat multe cazuri de asemenea natură, cu toate acestea d-sa face o lecțiune de clinică, în care de la început și până la fine, e apărător înfocat al injecțiilor.

«Toracentesa unită cu splături adesea vindecă pleuresiile purulente ale copiilor.» Operațiunea injecțiilor, se recomandă a fi făcută cu multă băgare de seamă și stricteță în ceea ce privește antisepsia, splând cu săpun și desinfectând locul unde trebuie a face toracentesa sau empiemul; iar instrumentele să fie în perfectă curățenie. Splăturile să se facă de două ori pe zi, întrebuințând tot-d'a-una sifonul, iar nu siringa. Când supurația scade, atunci se pot suprima splăturile.

Immermann (2), *Hanche* (3), *Le Dentu* (4), *Debove*, *Netter*, *Laveran* se mulțumesc a face câte o singură splătură.

Fernet, *Juhel-Renoy* (5) ordonează splături în fie-care zi, cu clorur de

(1) *J. Simon*. Clinique infantile. Hôpital des Enfants-Malades. Les pleuresies dans l'enfance et leur traitement. Progrès médic. 31 Janv. 1891 p. 90.

(2) *Immermann*. Congrès de Vienne, 1890 et Deutsche med. Woch. 1887.

(3) *Hanche*. Société de chirurgie, 1890.

(4) *Le Dentu*. Académie de médecine, 31 Mars. 1891.

(5) *Juhel-Renoy*. Soc. méd. et Académie de médecine et Bulletin méd. 1889. p. 207.

zinc, acid boric, naftol sau cu sublimat corosiv. Aci dă óre-carí reguli pentru a evita intoxicațiunile ce se pot întempla mai ales cu sublimatul; iar pe de alta, spre a rădica agenții antiseptici ce pot fi resorbiți. In acest scop, fie-care spălături trebuie urmată de irigațiuni abundente cu apă caldă.

Argumentul puternic pe care se sprijinesc injecționiștii e următorul: *«microbii se infiltrează în pereții abscesului și pentru a-l ucide, trebuie a-l pune în contact cu un agent microbicid.»*

In ședința societății de terapeutică de la 28 Ianuarie 1891, Fernet citește un memoriu asupra tratamentului pleuresiilor purulente. După cunoștințele actuale, ȃce d-sa, «trebuie a deosebi pleuresiile cu pneumococi de cele cu streptococi, stafilococi și bacilul lui Koch; dar printre aceste specii de pleuresii purulente, este una care se póte vindeca fără vre-o intervenire seriósă, (ca pleurotomia) — spre es. pleuresiile cu pneumococi, cari sunt lăsate de unii autori fără nici un tratament, așteptând ca să se deșerte prin vĕrsături. Acĕstă practică expectantă este periculósă.» In urma numeróșelor observațiuni, Fernet ajunge la rezultatul că vindecările aũ mai multă șansă întrebuițând spĕlăturile, mai ales când streptococul e cauza pleuresiei purulente.

Bucquoy, după ce a fost mai întâi partisan înfocat contra spĕlăturilor, revine asupra celor exprimate și e de părere că sunt împrejurări, unde spĕlăturile aũ rațiunea de a fi întrebuițate.

Dujardin-Beaumetz, cât-va timp se reținu în afară de orí-ce discuțiune, în urmă combātu pe injecționiști, arătând că unele pleuresii purulente, (meta-pneumonice) se vindecă după toracentesă sau pleurotomie prin simple pansamente antiseptice. Astăđi și d-sa e de idea spĕlăturilor, în casurile când puroiul se datoresce streptococilor sau stafilococilor.

La început discuția era numai asupra unei singure spĕlături după operație, când *Bucquoy* începu să le repeteze, avĕnd în vedere putređiciunea puroiului și odórea lui infectă.

Putređiciunea ȃce «Fernet, nu e de cât o expresiune a infecțiunei, căci pe cât timp pleura supurĕză, ea arată că infecțiunea persistă. Dacă calitatea și cantitatea puroiului se micșorĕză, și de o dată iarăși supurația e abundantă, acĕsta neprevestese în mod evident, că infecțiunea n'a fost deplin combătută.

Dacă temperatura a căđut și iarăși apare, acĕsta e o probă că ea depinde tot de vechia infecțiune sau de un nou focar purulent localizat

mai departe sau mai aprópede pleură. Din cele expuse rezultă că spălăturile sunt mai tot-d'a-una indicate. Fernet finesce cu următoarele cuvinte: «Adevăratul și frumosul rol al clinicianului, este de a găsi indicațiuni individuale și după ele să-și conformeze conduita terapeutică.»

Constantin Paul admite această metodă, căci țice d-sa, după ce s'a extras o cantitate óre-care de puroiú, totuși mai rămâne un residuiú care trebuie scos afară prin spălături.

În resumat, partisanii spălăturilor se bazéză pe următoarele argumente:

a) *Micro-organismele se infillréză în päreșil pleurei, și pentru a-î putea distruge, trebuie a-î pune în contact cu un antiseptic puternic.*

b) *Temperatura se rădică mai mult din cauza ímmulțirei acestor parasiți și deci trebuie a le micșora numérul omorându-î cu agenșil parasiticiđi.*

c) *În casurile de putrediciune și supurație îndelungată, avem a face cu o adevărată infecțiune și deci trebuie combătută prin mijlóce anti-septice.*

d) *Maí tot-d'a-una după toracentesă sau pleurotomie, rămâne o cantitate óre-care de puroiú, care nu póte fi eliminată de cât prin spălături.*

Dacă comparați argumentele ante-injecționiștilor cu ale injecționiștilor, pare că și unii și alții au dreptate. Noi am întrebuițat ambele metode, cari câte o dată ne-a dat rezultate bune, alte orí nu; în acest scop vė citez următoarele observațiuni personale publicate în teza de agregatiune a regretatului meu amic, Damaschino.

Observația I. Un tuberculos este atins de un epanșament pleural drept, în August 1864, pentru care s'a făcut toracentesa. Liquidul se reproduce, devine purulent și bolnavul îl pórtă mai mult de un an, când se face a doua toracentesă și se scóte douė liturú de puroiú; în urmă se face pleuro-tomia fără spălături. Starea generală e rea, bolnavul slăbesce și după țece șile pacientul móre, cu tóte precauțiunile ce le am luat.

Așa dar în acest caz n'am întrebuițat spălături de cât pansament antiseptic.

Observația II. Un bărbat de 40 aní, intră la 17 Noembre 1866 în sipitalul Necker, serviciul d-luí Bouley, pentru o pleuresie francă, în primele luní ale lui Ianuarie. Constatăm tóte semnele unui cpanșament pleural drept. La 12 Ianuarie se face o punctiune din care extragem 400 grame de puroiú, în urma căreia facem injecțiuni intrapleurale. La 20 Decembre se practică pleurotomia urmată de spălături, bolnavul cu tóte acestea merge din ce în ce mai răú, starea de adenamie e profundă și pacientul móre.

Deci în amândouă cazurile am întrebuițat ambele metode și rezultatele au fost nemulțumitoare. Fără îndoială nu trebuie a acusa niciunul din aceste metode, de cât numai timpul, de ore-ce pleurotomia a fost făcută după o vreme îndelungat și în extremis.

Observația a II-a. B . . . , de 40 ani, spitalul Necker, serviciul d-lui Siredey. Pleuresie purulentă în Noembrie 1867, în urma unei răceli, opt zile după acesta constatăm un enorm extravasat la stânga peptului.—Poncțiune în al șeselea spațiu intercostal, se scurge 200 grame de puroi. În aceeași zi pleurotomia e urmată de spălături.

La finele lui Decembrie bolnavul este vindecat fără nici o fistulă.

Observația IX-a. G..., de 18 ani, pleuresie francă la 10 Noembrie 1865, intră la spitalul Necker la 28 Noembrie, toracentesa la 30. Vindecare aparentă, 15 zile după aceea, bolnavul e prins de variolă confluentă, din care cauză rămâne foarte slab; din nou constatăm existența epanșamentului. — A doua poncțiune la 11 Februarie, apoi pleurotomia urmată de spălături, bolnavul ese complect vindecat la începutul lui Mai.

A cincea observație e a bolnavei pe care ați vădut'o în sala No. 5 și pe care am publicat'o în *Clinica* No. 11 și 12 din 15 Iulie, căreia i-am făcut o simplă toracentesă fără nici o spălătură și pacienta a părăsit spitalul foarte mult ameliorată.

Timpul nu-mi permite de a vécita mai multe observațiuni, căci parte sunt publicate în memoriul meu *Despre pleuresii purulente*, iar parte sunt publicate de d-l dr. Luca în *Gazeta Clinica* din anul 1891;

Pentru a fini acest subiect, voi expune și părerile mele, lăsând ca cu timpul să facem noi cercetări, spre a putea afirma cari din aceste două metode este mai bună; deci mă resum :

- 1) *Pleurotomia timpurie e necesară în majoritatea casurilor.*
- 2) *Vom întrebuița antisepsia cca mat' riguroasă.*
- 3) *În principiu vom fi contra spălăturilor în pleuresiile purulente cu pneumococli.*
- 4) *În cazurile de pleuresii putrede, când puroiul are un miros fetid, vom întrebuița spălături anti-seplice.*
- 5) *Numărul spălăturilor va depinde de cantitatea și calitatea puroiului.*

O cestiune importantă domină tratamentul pleuresiilor purulente, acesta e etatea. Este adevărat că la copiii mici, metoda puncțiunilor dă mai bune rezultate ca la adulți și adesea îi vindecă pe cei

d'întâi. In cea-ce privesce pleurotomia cu resecția cóstelor, făcută le copii, este o indicațiune nu numai necesară, dar și bună, fiind siguri de vindecare; contrar credințelor ce a avut regretatul meu amic dr. Marcovici (1), mulțumindu-se a le face simple punțiuni. La copii după cum scim, țesăturile moi și osóse aũ mai multă vitalitate ca la adulți și deci cicatrizarea abscesului se face mai iute.

La adulți vitalitatea țesăturilor și rigiditatea mare a peretelui toracic face ca vindecările să fie mai târzii; cu tóte acestea trebuie a face pleurotomia.

Bêtrânií sunt mai expuși de cât acești din urmă și de aceia pleurotomia trebuie făcută cu rezervă, prin faptul că cóstele sunt mai puțin flexibile și cartilagele adesea osificate, de unde resultă că retractiunile pãretelui costal se fac cu dificultate prin lipsă de elasticitate, și alipirile celor douë foi pleurale cer timp îndelungat, de unde resultă o pungă ce supuréză într'un mod permanent și deci o slăbire a individului cu resóne numeróse de infecțiune. Rêmânũ ca pe viitor în vestigațiunile bacteriologice, făcute de d. Kelsch, să ne pótã servi în cercetările clinice, spre a ne putea convinge până la ce punt, aceste afirmări sunt saũ nu justificate. Până atunci vom aștepta, fără a putea să ne pronunțãm deocamdată nici pentru nici contra. Rêmâne însă învederat că pleuresiile cu pneumococi se vindecă mai cu inlesnire, de cât cele alte varietăți de pleuresii purulente.

(1) Dr. Marcovici. Etudes sur les différents espèces d'épanchement pleuretique et sur leur traitement médical et chirurgical, 1864.

SIFILIDA PIGMENTARA

Intre numeroasele manifestări sifilitice cutanate, ce apar în perioada secundară, vom număra și *Sifilida pigmentară*, a căria primă descripție s'a făcut în 1853, de către d. profesor Hardy, în serviciul căruia am avut fericire a fi primit intern.

În spitalele speciale de maladii cutanate și sifilitice, se întâlnește adesea această erupție. În serviciul nostru unde avem a face cu diverse boleni interne, sifilida pigmentară o observăm rar, comparativ cu celelalte manifestări; acest argument e destul de puternic pentru a nu trece cu vederea bolnava din sala No. 5, atinsă de această afecțiune, a căria observație o datorim d-lui dr. *Luca*.

Pacienta I. I., 17 ani, română, necăsătorită, intră în cura spitalului la 22 Februarie 1891, atinsă de accidente sifilitice secundare.

La vârsta de 15, ani născu un copil sănătos, trăește, nu prezintă până în timpul de față nici o manifestare sifilitică.

În iarna anului 1890, contractează un ulcer specific pe vulvă, după patru luni apar accidente secundare.

Astăzi constatăm : constituția mediocră, tegumentele palide, vocea ușor raucă, ganglionii cervicali, mastoidienii și inguinalii măriți, se simt bine sub pulpa degetului.

Părțile genitale. Ulcerații și plăci mucoase pe labiele mici, pe una din ele se observă un punct mai indurat, probabil e locul contagiunii primitive. În vecinătatea plăcilor se ved. mici tuberculi sifilitici.

În gură, plăci mucoase : pe amigdala stângă, bolta palatului și comura buzelor. Tot peptul e acoperit cu roseolă sifilitică.

Deci avem a face cu o infecțiune sifilitică cu manifestări disecundare ; iar timpul de la prima contagiune e de 4 luni.

Casul devine de un interes particular prin colorațiunea ce presintă pacienta împrejurul gâtului.

Observăm un guler de colórea cafelei cu lapte, ce înconjoră gâtul, acest guler e perfect definit, limita superióră, forméză o linie ce se întinde de la lobulii urechilor, marginea maxilarului inferior și de aci trece la partea cea mai înaltă a cefeî; limita inferióră urmăresce marginele claviculelor, apoi se întinde spre spate, unde colórea se confundă cu a acea a pielei normale.

Privind cu atențiune, se vede că tot câmpul colorat, este presărat cu alte pete, *de o colóre albă* aprópe normală, iar pigmentul înconjoră aceste pete albe. *Cu alte cuvinte, acéstă pigmențațiune nu e uniformă, ci rămân pe câmpul colorat, insule de piele normale. Circunferința acestor insule nu întrece mărimea unei piése de 50 centime; iar conturul adesea e neregulat.* Apăsate cu degetul aceste pete, nu dispar.

Pe mamela stângă, e un început de pigmențațiune difusă, galbenă închisă.

Aceste manifestațiuni, au apărut după patru luni de la prima infecțiune și sunt concomitente cu plăcile mucóse și rēseola sifilitică.

Dacă am judeca cazul așa cum ni-se presintă, observațiunea devine de la sine ușoră și lámurită, adică avem o pacientă ce presintă plăci mucóse și roselă, decî infecțiunea e nediscutabilă; iar cât privește pigmențațiunea după părerea majorității sifiligrafilor, trebuie să o atribuim tot infecțiunei sifilitice. Ast-fel fiind concepută idea, am putea conchide că, de câte ori vom observa la un bolnav atins de accidente secundare cu pigmențațiunea gâtului, să șicem ca acéstă stare anormală a pielei e datorită sifilisului.

Incă de la început vă vestesc, că nu toți pacienții atinși de accidente secundare sunt pigmențați; asemenea vă amintesc că, veți întâlni bolnavi cu plăci mucóse și roseolă, cari au pielea colorată, fără ca acéstă colorațiune să fie datorită sifilisului.

Trebuie decî să găsim, un caracter, o nuanță, care se deosibéscă acéstă pigmențațiune de altă pigmențațiune străină sifilisului.

Profesorul *Fournier* descrie acéstă pigmențațiune cu următoarele cuvinte: «Se constată în jurul gâtului și principalmente pe părțile séle laterale, o serie de pete cenușii, fără forme regulate, aședate unele în vecinătatea altora, unele se ating, altele se confund. Aceste pete

acoper *însule de piele sănătoasă*, în ast-fel de mod că gâtul pare înconjurat cu o dantelă rară. La alți bolnavi gâtul pare a fi murdar.»

În această descripțiune sumară profesorul Fournier, atinge un punct important, adică *însulele de piele sănătoasă*; dar mai la urmă admite că chiar o pigmențațiune uniformă neregulată, pôte fi datorită infecțiunei sifilitice.

Dacă am admite această afirmațiune, atunci ar trebui să considerăm că, de câte ori vom observa o pigmențațiune la un pacient presupus infectat, această pigmențațiune e datorită sifilisului. Fapt ce nu mi se pare tocmai admisibil. Adesea în serviciul meu întâlniți bolnave cu gâtul pigmentat și la care după antecedente vi s'ar părea că au fost infectate, cu toate acestea pigmențațiunea e cu totul străină sifilisului.

Acesta 'mă reamintesc o notă a d-lui *Renault* (1) adresată societăței de Dermatologie și Sifilografie din anul acesta, asupra istoriei sifilidei și pigmentare, care notă ocupă mai întréga ședință de la 23 Iulie 1891. În discuțiune au luat parte d-nii Vidal, Hallopeau, Feulard, Balzer, Ern. Besnier și Beurmann.

Între altele, ceia-ce preocupă pe acești sifilografi, e tocmai același fapt ce ne preocupă și pe noi adică, forma erupțiunei său mai bine, care e caracterul clinic prin care am putea diagnostica această pigmențație specifică ?

D. Renault studiază această chestiune în spitalul *Lourcine*, serviciul aprópe exclusiv consacrat femeilor sifilitice. Timp de 5 luni, d-sa adună observațiuni relative la pigmențațiunea cervicală, asupra tuturor femeilor sifilitice primite în spital, sau numai consultate: «E probabil că în órce-care casuri, colórea galbină cenușie, să fie uniformă, dar atunci nu putem afirma natura specifică a pigmențațiunii.» Mai toate femeile sifilitice au în jurul gâtului o pigmențațiune mai mult sau mai puțin pronunțată; dar nu putem, óice d. Renault, afirma natura specifică a acestei colorațiuni, decât în următoarele două casuri:

1) *Dacă în câmpul zonei pigmentate există însule de piele sănătoasă, absolut albă.* Însăși această albétă pare mai accentuată ca în părțile vecine normale; căci după cercetările microscopice ale lui Tan-

(1) Alex. Renault Note relative à l'histoire de la syphilide, dite pigmentaire, Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Séance du Juillet 1891, p. 369.

turri,» aceste insule albe sunt datorite unei pigmentațiuni și deci cea ce noi credem că e stare normală a pielii, nu e decât o iluziune optică.»

2) *Pigmentația să se prezinte ca o rețea de dantelă, înconjurând insulele albe.»* În general cea ce constituie caracterul patognomic al leziunii, este prezența insulelor albe, presărate în zona pigmentată. Ei bine, bolnava noastră ne înfățișează tipul acestei pigmentațiuni și deci caracterul clinic e perfect definit. Acest punct câștigat, să atingem a doua chestiune și a-nume: care e timpul când apare sifilida pigmentară? Autorii țin că, această erupțiune nu se ivesce înainte de șese luni de la infecțiune și ține de la 6 până la 36 luni.

Relativ la timpul de aparițiune, această aserțiune nu-mi pare a fi exactă. În acest scop afară de cazul nostru vă citez câți-va autori:

D. *Barthélemy* într'un remarcabil articol asupra *Sifilidelor*, publicat în *Dictionnaire de médecine pratique*, citează cazul unei bolnave, la care se dezvoltă sub ochii săi colorațiunea specifică a pielii după 9 luni de la infecțiune.

D. *Renault*, ajunge la conclusia următoare: «pacientele mai nici odată nu dau atenție acestei pigmentațiuni, nesupărându-le în nimica, însă după toate cercetările făcute, cred că cele mai adesea ori apare după 2 sau 3 luni de la infecțiune.

D. *Fiveisky*, la al IV-lea congres al medicilor ruși (ținut în Ianuarie 1891), declară că a constatat 40% sifilide pigmentare apărute după 3 luni, 20% după 4 și 5 luni. Alte ori chiar după un an și jumătate.

La bolnava noastră apărură pigmentația, după totă probabilitatea, la 4 luni după prima infecțiune.

Mi se pare inutil de a vă mai întreține asupra acestui punct și vom lua ca termen mediu, timpul între 3 și 9 luni.

Ceea ce trebuie să rețineți e faptul, că sifilida pigmentară nu o veți întâlni decât aproape exclusiv la femei; se ivesce cu accidentele secundare pe care le însoțesce și adesea durează până la perioada intermediară între accidentele secundare și terțiare.

În cea ce privește numele ce îl poartă această colorațiune, adică de sifilidă pigmentară, autorii n'au fost de acord, ast-fel d. *Barthélemy* în articolul său despre «*Sifilide*» dă acestui cuvânt o extensiune prea mare, înțelegând prin sifilide nu numai diteritele erupțiuni, dar și afecțiunile variate ale sistemului cutanat de natură specifică.

Poelchen vorbind de sifilida pigmentară (într'un articol publicat în Archivele lui Virchow) o numesce *Vitiligo*. D-sa pretinde că plăcile de *Vitiligo*, urmăză petelor de roseolă; dar roseola sifilitică ocupă rar jurul gâtului. Partea însă unde nu are dreptate, sunt tocmai insulele de piele normală; care nu sunt de vitiligo.

În fine d-nul Renault numesce această erupțiune, *leucodermie sifilitică*, sprijinit pe insulele de piele albă înconjurate de pigment.

Noi, vom conserva numirea de sifilidă pigmentară ca mai proprie și mai înțelesă, căci d-ice d-nul Vidal: «Expresiunea de leucodermie e inesactă, căci pielea pe locurile albe, s'a găsit normală (contrare lui Tanturri), pe de altă parte sensibilitatea acestor insule, cercată cu compasul lui Weber este scădută, dar nu așa sensibilă ca în Vitiligo.

Interesul ce-l puteți trage din aceste denumiri de, *sifilidă pigmentară*, *leucodermie* și *Vitiligo*, are importanță, căci puteți judeca cum una și aceeași manifestațiune sifilitică, a primit mai multe numiri după opinia autorilor, și deci citindu-le în cărți, să nu credeți că aveți aface cu trei forme diferite de pigmentațiuni, de óre-ce caracterul clinic e acelaș, — insule de piele albă, sănătósă, inconjecte de pigment.

Cât privesce patogenia acestui accident bizar, tenace tratamentului sifilitic, este încă acoperită cu presupunerii și probabilități.

Mare parte de sifiligrافی cred că, leucodermia sau pigmentația sifilitică, este rezultatul denutriției generale și alterațiunei globulelor sângelui ce însoțesce perióda secundară a infecțiunei.

Alții presupun că punctul de plecare al lesiunei este sistemul nervos, și deci o turburare trofică.

Dacă ne gândim pe de o parte că sistemul nervos al femeilor este mult mai impresionabil ca al bărbaților; iar pe de alta diminuarea sensibilității ce presint aceste pete, credem și noi, că idea cea mai rațională, e de a admite că în sifilida pigmentară avem aface cu ușóre turburări trofice de origină nervósă.

SIFILISUL FICATULUI

Hepatita sifilitică face parte din accidentele terțiare și se dezvoltă în general târziu.

Lesiunile sifilitice ale ficatului pot țice, sunt rari, căci saū nu avem ocaσιune a le observa, saū nu putem a le constata tot-d'a-una prin necropsii; de acea suntem nevoiți, în unele împrejurări, a ne sprijini numai pe simptome, și mai ales pe antece dentele bolnavului.

În museul spitalului Brâncovenesc, posedăm patru piese anatomo-patologice, pe cari le vedeți expuse în fața d-vóstră și a căror descripțiune e făcută de d. Dr. Luca. Veți putea judeca și compara aceste lesiuni, având grijă să pătrundeți cu privirea, și să atingeți cu degetele, diferitele forme de gome, saū neoplasme ajunse în deosebite grade de dezvoltare. Numai ast-fel, ochii și mintea se pot obicínui în punerea diagnosticului anatomo-patologic.

Am așteptat cu multă bună-voință, ca în expunerea acestui subiect, să vă conving, nu cu simple argumente clinice, dar cu fapte védite, și acum când aveți în fața d-v. organul atins, pot cu mai multă tărie să vorbesc asupra sifilisului ficatului.

Am avut în serviciū doui bolnavi : unul la rezervă, d. I. S., de bună condiție socială, a cărui viață s'a stins sub ochii d-v. și pe care l'ați vėđut douė sėptėrnăni consecutiv ; al 2-lea cas se sflă în reserva femelor, e d-na E. V., vėđuva unui căpitan mort pe câmpiile Plevne. Și acest cas a fost și este observat de d-v., căci din norocire, am putut pre-întėmpina la timp simptomele bólei, și astă-đi pacienta se află pe cale de ameliorație.

Incep cu descripțiunea celui d'intăiū. I. S. în etate de 56 ani, proprietar în nordul Moldovei, necăsătorit. Contracteză un șancăr infecțios în 1874 (acum 14 ani), după puțin timp apăru accidente secundare care, dispărură în urma unui tratament la Aix-la-Chapelle ; de atunci și până în iarna anului 1889 (acum 2 ani) s'a bucurat de o sănătate satisfăcătoare.

Notăm că d-nul I. S. (1) a avut o vieță sobră, n'a făcut us de băuturi alcoolice.

Intră în cura spitalului în două rinduri.

Iată ce presinta în luna lui Februarie 1889.

Slăbiciune în tot corpul, figura arată suferință, mușchii feței re-
duși, colóre palidă, ochii lipsiți de viociune și cu tóte sforțările ce
'și dă bolnavul, de a-'și istorisi peripețiile maladiiei de care suferă, ob-
servăm că obosesce curînd.

Inteligența clară, memoria perfectă și suvenirul trecutului e bine păstrat.

Apetitul aprópe dispărut, dispepsie în permanență, din când în când epistaxe. Scaunele neregulate și câte o dată diareiforme.

Ceia ce 'l supără mai mult sunt gazele din intestine, «e mult timp ne spune bolnavul, de când am burta umflată și simt greutate în ea.» Găsim și noi meteorism.

Atențiunea ne e atrasă asupra ficatului. La vedere, vinele su-
perficiale cutanate ale abdomenului, apar sub formă de arborisație, desenul e mult mai pronunțat în flancul drept. Prin percuție, (bol-
navul fiind culcat în decubitul dorsal) auđim un sunet timpanic. Pal-
pând pe părțile laterale ale abdomenului, simțim sub palma mânei
opuse, o ușoră ondulație, semn că există, în cavitatea peritoneală, o
cantitate minimă de liquid.

Nu are icter. Splina mărită de volum.

Urina analizată nu conține albumină.

Cordul și organele toracice normale.

În acest timp am cugetat că avem a face cu un început de ci-
rosă atrofică. Având însă în vedere infecțiunea anterioară, Prof. Ka-
lenderu prescrie tratamentul antisifilitic: O vesicătóre pe regiunea
ficatului, pansată în urmă, cu unguent napolitan; iar la interior, —
iodurul de potasiu, începând cu un gram pe ȓi.

În ȓilele următóre, pacientul merge ameliorându-se și spre finele
lunei Februarie, bolnavul cere a eși din spital, într'o stare cu totul
înfloritóre.

A trecut de atunci un an și jumătate, nimic nu mai sciam de
dînsul, nu scim prin ce împrejurare, — sau din lipsă de precauțiuni,

(1) Acastă observație e adunată din notițele d-lui dr. Luca.

saŭ din prea multă ocupațiune câmpenescă, d. I. S. se îmbolnăvesce din nou, preocupat cu afacerile sêle, lasă reul de a face progrese și numai când simți că respirația e cu totul dificilă, cere ajutorul nostru; ast-fel la 26 Octombrie (1891), reintră în spital, în stare de emaciațiune complectă.

Fața slăbită, colórea pielii, — terósă, ochii afundați în orbite, — icter nu se observă.

Respirația dificilă, din când în când ușoră dispneă. Raluri de congestie în tótă întinderea pulmonilor. Cordul bate cu violență. În urină puțină albumină.

Abdomenul, este așa de distins, în cât pielea, pare că voesce a se rupe. Circulația toracică și abdominală desvoltată, — tóte venele sunt aparente — șerpuesc pe fața anterióră a trunchiului.

În nóptea de 26 Octombrie dispnea crește, și fața se congestionează. Ușor delir însoțit de căldură.

În ziua următoare (27), se practică o paracentesă, se extrag 12 litruri serositate albuminosă, bolnavul recapătă calmul.

Cunoscând diagnosticul anterior încercăm Iodur de fier, însoțit de tóte tonicele. După câte-va zile liquidul se reproduce, când asistăm la tóte fenomenele sus citate; scena însă, se complecteză prin simptome alarmante din partea pulmonilor și cordului: dispnea merge până la ortopneă, figura se cianoséză, pulsul devine mic și fili-form, iar în timpul noptei bolnavul are delir. Facem a doua paracentesă, extragem 10 litruri serositate, de astă dată pacientul pare a se simți mai ușurat, dar simptomele cardiace și pulmonare 'și continuă drumul început: ahea se mai simt bătăile radiale; în pulmonii, se aude un desacord de sgomote, rezultat dintr'un număr infinit de raluri: crepitante, sub crepitante și sibilante.

Fața ia colórea lividă, extremitățile încep a se răci și sunt presărate cu pete marmorate.

Halucinațiunile și dispnea cresc, și bolnavul isprăvesce existența sa cu o lungă agonie, expirând într'un acces de ortopneă, la 9 Noembrie. (14 zile de la intrarea sa în spital).

Necropsia s'a făcut de d. dr. Luca. Ficatul, organul în suferință se află înaintea d-v.; iar cercetările microscopice sunt confirmate de Prof. Babeș.

Pentru a nu întrerupe șirul ideilor, cred de cuviință, a nu intra

în amănuntele anatomo-patologice pe cari le voi expune odată cu cele l'alte piese. Cer din partea d-v să mă urmați de o cam dată, numai cu descrierea părței clinice și a bolnavei E. V. (1), (din reserva femeilor) atinsă tot de aceiași maladie.

Comparând acéstă a doua observațiune cu prima, sper că veți trage folose reale, mai cu sémă că, peripețiile prin care a trecut maladia acestei paciente sunt mult mai complicate; iar antecedentele sifilitice aũ fost fórte obscure.

Acéstă bolnavă intră de patru orı în serviciul meũ, în patru rındurı am luat obervațiunı fórte amėnuate. La început, vė mărturisesc, nu eram nici de cum în diagnosticul adevėrat, am făcut numeroase presupunerı, discutând diagnosticul diferențial, într'o ciroasă atrofică, cu diferite neoplasme ale ficatului; iar astăzi când suntem pe deplin identificați, ne aflăm cu un întreg dosar de observațiunı, pe cari să-mı dați voe, de a vi-le expune în scurt, rămăind puse în evidență simptomele principale cari ne intereséză în punerea diagnosticului.

D-na E. V., în etate de 50 anı, intră în căutarea nóstră, prima dată la 28 Noembre 1889; a 2-a órá 21 Ianuarie 1890; a treia órá în 8 Maiũ același an, a 4-a în 29 Oct. tot în același an.

Anamnesa. Am întreat'o cu multă răbdare asupra trecutului sėũ, rėspunsurile nu ne-aũ putut servi aprópe la nimic, căci n'am putut trage nici o conclusiune și mai puțin am aflat, în privința părinților sėi, tatăl mort în etate de 80 anı, mama sa trăesce. S'a bucurat în viața sa casnică, de o bună sănătate, neavėnd nimic de reproșat.

Se mărită la vırsta de 13 anı la 15 anı a suferit de febră intermitentă. De la acéstă etate și până la 48 anı ne spune că a fost să nătósă.

Acėsta este anamnesa primă, din care, după cum vedeți, nu putem trage nici o conclusiune.

A suferit adesea de constipație, de acea făcea abus de purgative, în urma căruia a simțit durerı în flancul și ipohondrul drept. Actualmente constatăm: debilitate generală, fața are o culóre gălbue închisă terósă, palidă, într'un cuvınt expresiunea feței abdominale Abdomenul balonat, membrele inferióre fără edem.

(1) Observație de d-nil dr. Luca și Manicaticide, internul serviciulul.

Aparatul digestiv: Apetitul scăzut limba albicioasă, greutate în stomac după mâncare. Câte o dată are vărsături mucose și biliare. Obișnuit constipată. Când are diareă, durerile sunt mai mari trecând peste epigastru. A avut câte-va scaune cu sânge.

Abdomenul balonat, globulos, intestinalele întinse de gaze, dau o sonoritate timpanică, totuși în parteinferioră, se constată prezența unei mici cantități de liquid. Făcându-se o puncție cu siringa lui Pravaz, s'a extras un liquid seros. Examinat de d. dr. Luca, el conține multă albumină, globule de grăsime, puține celule late cu un nucleu în centru, având marginele neregulate.

Ficatul ușor mărit, partea palpabilă la epigastru e tare, neregulată, având o rădicătură mai mare durerosă la pipăit.

Sub falsele, cöste pe totă întinderea lobului drept, ficatul e dur, neregulat și cu retracțiuni bine simțite.

Splina e mai mare ca normal, diametrul pe linia axilară, măsură 14 c. m.

Urina scădută în cantitatea 5-600 gr. în 24 ore, cu un deposit floconos, neconținând albumină.

Pulmonit. Matitate la ambele virfuri, mai pronunțată la stânga. Respirația slăbită și puține raluri sub crepitante

Analisa sputei, în ceia ce privește bacilul lui Koch, făcută în câte-va rînduri, a fost negativă.

Cordul normal. Arteriele radiale sclerosate, la această epocă am pus diagnosticul: *Neoplasm al ficatului*, fără a determina bine natura acestei noi formațiuni.

Tratamentul administrat a fost elixir de Boldo-Verne; iar în timpul acceselor de dureri, injecțiuni cu morfină. — Ese din spital ameliorată.

Intrând pentru a 2-a oră la 21 Ianuarie 1890, constatăm aproape aceleași simptome, ficatul însă mult mai tare și mai lobulat. De astădată am fost mai fericiți, viața lungă, cu bolnavii, te învalță multe; ast-fel am atras atenția personalului nostru de ce n'a insistat asupra ocupațiunei soțului bolnavei? Acelaș lucru vi-l repet și d-v., nu lăsați puncte obscure la un bolnav, adesea o întrebare vă luminează diagnosticul. Aci soțul a fost militar, m'am legat de această parte și am dis internilor; chestionați din nou bolnava, pöte că veți afla ceva. În adevăr că n'am fost înșelat, — de astă dată pacienta mărturisesce că a avut 2 aborturi,

unul în șapte luni cu fetus macerat, altul în 9 luni. A suferit de o erupțiune pe corp, fără să-i fi produs vre-o incomoditate. A făcut un tratament intern, nu scie însă ce medicamente a luat.

Acum diagnosticul a fost precizat: *sifilis al ficatului*. Tratamentul a confirmat până la un punct diagnosticul nostru, căci în urma vesicătorilor lor repetate și pansate cu un ung. napolitan, iar la interior iodurul de potasiu, am redus mult ficatul precum și ascita care începuse a se forma din nou; iar bolnava părăsește spitalul pentru a 2 oră mult ameliorată la 14 Martie acelaș an.

Cu totă reducerea ficatului, disparițiunea ascitei, starea generală pot dice bună, bolnava intră încă în 2 rinduri în spital, suferind de durerile perihepatice, pe cari nu le am putut combate de cât prin injecțiuni cu morfină. Astăzi încă vedem pe acéstă pacientă, ea vine adesea să ne mulțumescă, dar în acelaș timp să-și primescă doza de morfină, căci din nenorocire a rămas morfiomană.

Din descrițiunea acestor două observațiuni reese că, în sifilisul ficatului nu avem propriu dis, nici uu simptom patognomic; cu tóte acestea vă fac atenți asupra semnului funcțional, *durerea*, care pentru mine o consider în cazul de față ca un simptom de mare preț (fără îndoială unit și cu alte simptome) datorită pe de o parte retracțiunilor ficatului, iar pe de alta, aderenților ce căpătase organul în timpul evoluțiunei bólei.

Pentru a fini cu partea clinică voiú căuta a alege și descrie câteva simptome, cari, grupate la un loc, să vă pótă da o idee mai bine definită, asupra hepatitei sifilitice.

a) Anamnesa bolnavului e de prima importanță, veți cerceta antecedentele cu calm și pacientă.

b) Durerea în regiunea ipochondrului drept, care adesea e mai violentă în timpul nopței, și vine nu a rare ori prin paroxisme.

c) Sifilisul ficatului se presintă adesea sub trei forme (despre care vom vorbi pe larg la capitolul de anatomie patologică) și deci simptomele vor varia mai mult sau mai puțin după aceste forme. Astfel: *In Hepatita interstițială sifilitică sau cirosa ficatului*, (casul nostru din prima observațiune) leziunile pot fi parțiale sau generalisate, în acest cas simptomele sunt aprópe identice cu ale cirosei vulgare alcolice: ascită, circulația abdominală disolvată, icterul lipsește, fac

ies particular abdominal, meteorism, slăbirea organismului, pierderea apetitului, etc. (Veđi ciroza ordinară alcoolică)

2. *Gomele sifilitice în ficat*, se manifestă prin semne fizice mai pronunțate; palpând ficatul, simțim sub pulpa degetelor, inegalități pe suprafața organului, cari adesea sunt neregulate și despărțite prin șanțuri mai mult sau mai puțin profunde.

3. În ceia ce privește a treia formă adică: *Degenerarea amiloidă a ficatului*, sau mai bine a hepatitei interstițiale de origină sifilitică, care se complică cu degenerarea amiloidă a vaselor și a celulelor ficatului, simptomele acestei forme sunt aproape identice cu acele ale, unei ciroze simple.

Am amintit degenerarea amiloidă pentru a nu fi străini de dinsa, veți ști însă că asemenea leziuni se găsesc foarte rar.

În acest caz degenerarea amiloidă urmăzează leziunilor sifilitice și ea însă și (degenerarea) este o cauză a caheziei, căci funcțiunile glicogene ale ficatului sunt anihilate, din cauza distrugerii celulelor. Reamintesc din nou, casurile sunt rare.

Putem adăoga încă simptome, cari au un interes clinic, dar cari, nu au importanța celor descrise ast-fel:

d) *Ascita*. În generalitatea casurilor există, adese-orî în mică cantitate, alte orî e considerabilă. Observațiunile noastre v'au putut identifica asupra acestui adevăr. Ați vedut că de la d-nul I. S. am extras câte 12 litruri de serosităe, pe cât timp la d-na E. V. prezența liquidului în cavitatea peritoneală abia era apreciabilă. Decî nu putem pune o basă serioasă pe cantitatea serosităței, dar am puté afirm-a, că în majoritatea casurilor ea există și se forméază cu încetul.

Icterus în ambele casuri n'a existat, cu tóte acestea autorii îl admit în proporție de 1 la 6 (Laveran). Eú l'am întâlnit foarte rar și în acest cas cred că el se datoresce compresiunei, ce vre-o gomă sifilitică apasă într'un punct óre-care a căilor biliare.

f) *Ipertrofia splinei* mi se pare un semn important, noi l'am găsit adesea, și cred că póte servi ca simptom diferențial între sifilisul hepatului și a altor neoplasme.

S'au descris casuri, unde bolnavii au avut vęrsături negre sau melene după masă, simptom rar, și cu tóteacă și noi l'am aflat la pacienta noastră, nu putem pune mare preț pe el.

Acestea sunt pe scurt, semnele fizice și turburările funcționale, pe cari le întâlnești mai adesea la această afecțiune.

Înainte de a face descripțiunea anatomo-patologică a casurilor noastre, cred oportun a vă expune mai întâi diagnosticul diferențial; lăsând cercetările microscopice mai la urmă, căci am intențiunea de a forma un capitol a-parte, de toate formele de hepatite sifilitice, care vor rămâne scrise și publicate, pentru a le putea consulta la timpuri de nevoie.

Diagnosticul sifilisului epatic, prezintă adesea dificultăți serioase și acesta atârână de la modul de evaluare a procesului sifilitic.

În prima perioadă ficatul se mărește de volum, este ușor boselat pe suprafață; după un timp oarecare, el descresce, devine inegal, neregulat și se deformază, din cauza retracțiunilor sifilitice.

Dacă mai adăogați la acesta o anamneză și oarecare semne (stigmatice vechi ale sifilisului), putem fi pe calea adevărului.

Se confundă cu *epitelioma* secundară a ficatului; această din urmă are nodosități mai tari, mai lignose. Forțele bolnavului slăbesc mai curând, ascita nu lipsesce și icterul se observă în majoritatea casurilor.

O confuziune, se poate face cu *Ciroza vulgară alcoolică*.

În acest cas ficatul nu e lobulat, ci e ușor granulat pe suprafață, ascita o însoțește, icterul e rar. Veți avea în vedere comemorativele bolnavului.

Pentru a nu vă obosi atențiunea finesc astăzi cu aceste părți, iar în lecțiunea viitoare voiți espune: *Anatomia patologică, cu piese demonstrative, prognosticul și tratamentul hepatitei sifilitice*

Anatomia patologică. Cuget că e mai bine și mai ușor a divisa leziunile sifilitice ale ficatului, în trei forme speciale, lăsând la o parte diferitele varietăți, având în împrejurările de față, piese demonstrative, cari observate cu atențiune vă vor indentifica până la evidență, în cunoșcerea și diagnosticarea unei leziuni de asemenea natură,.... Avem deci :

- 1) *Hepatita intersticială sifilitică sau ciroza sifilitică a ficatului.*
- 2) *Hepatita sifilitică gomosă.*
- 3) *Forma mixtă, adică hepatita sclero-gomosă.*

Să descriem pe rând aceste forme servindu-ne în acest scop de preparațiunile noastre microscopice.

1) *Hepatita intersticială sifilitică.* Vom avea în vedere un punct însemnat, și anume: cu toate că fi catul în general poate fi atrofiat; însă

în aceste împrejurări, găsim părți cari sunt mult mai hipertrofiate, pe câtă vreme altele sunt cu totul atrofiate.

Uniformitatea este excepțională în ficatele sifilitice.

Mă explic : observăm câte-o-dată că, lobul stâng e foarte hipertrofiat în așa mod că întrece pe cel drept ; alte-ori acest lob este așa de mărit în cât egalizează volumul total al ficatului ; iar lobul drept suferă o atrofie aproape completă. Acestea fiind cunoscute să trecem la cazul nostru și să luăm drept exemplu ficatul d-lui I. S. care prezintă o hepatită intersticială sifilitică, aproape generalizată cu dezvoltare inegală, și piesa No. 353 păstrată în muzeul nostru. Primul caz e rar și de aceea merită luare aminte. Eată cum se exprimă d-l Cornil (1) asupra acestei ciroze sifilitice : «Dacă este generalizată și recentă ea nu poate fi diagnosticată și diferențiată de ciroza vulgară sau ciroza alcoolică». Acest fapt se adiveresce și prin cercetările microscopice făcute de d-l Babeș asupra acestui ficat. D-sa ne dă următoarea descripțiune(2).» La examenul microscopic al ficatului ce ne ați trimis am constatat următoarele leziuni : țesutul intersticial îngroșat cu noduli mari de țesut embrionar, înconjurați cu zone de pigment, ce par resturi de lobuli destruiți. Căile biliare par puțin hipertrofiate. Mulți lobuli sunt foarte micșorați și comprimați prin țesut sclerotic uniform anular ; pe când celulele sunt difuze, granulose, au nucleu neapreciabil și multă infiltrație grasosă mai cu seamă la periferie. Vena centrală nu se poate observa în interiorul acestor lobuli. La suprafață, capsul lui Glisson se prelungește, cu țesutul embrionar gros printre lobulii atroficii.»

Avem dar aface cu un ficat granulos cu atrofie foarte apreciabilă și inegalitatea lobulelor.

Cu alte cuvinte Profs. Babeș găsește o ciroasă a organului tău ați putea determina natura.

Fără îndoială, nemulțămît de acest rezultat, răspund pe aceeași adresă și rog să mi se arate «care ar fi mijlocul în asemenea cazuri pentru a înlătura dificultățile, în stabilirea diagnosticului anatomo-patologic, între hepatita sifilitică intersticială și o ciroasă alcoolică ? Răspunsul Profs. Babeș e tot cel anterior, «gălesc o ciroasă, dar nu pot ați determina natura».

(1) Cornil, *Leçons sur la syphilis* p. 371.

(2) Adresa Prof. Babeș din 15 Noembrie 1891. Institutul de Patologie și bacteriologie.

V'am citat aceste întrebări și răspunsuri pentru a vă arăta pe de o parte interesul cel port în cestiunile pur științifice; iar pe de alta să vă deprindeți a cunoște, că sunt unele cazuri unde nici microscopul nu poate lămuri natura unor ast-fel delesiuni.

Aceste greutăți nu le-am întâmpinat numai noi, în știință se găsesc numeroase exemple, citiți lecțiunile clinice p. c. și cercetările anatomo-patologice ale d-lui Cornil și veți vedea, cum cazul nostru 'și poate găsi locul, alături cu cele deja descrise.

Dar, dacă microscopul în această împrejurare nu ne arată natura răului, nu avem oare vre-un alt semn care să ne conducă la cunoșterea naturii leziunii? Eu cred că există. Vă fac atenți asupra acestui punct, el e de un interes capital. În timpul când se făcea necropsia cadavrului. D. I. S. deschidând cavitatea abdominală, ați observat, că ficatul avea aderențe cu organele vecine: cu diafragma, colon transvers și rinichiul drept, că capsula lui Glisson e mai îngroșată la nivelul inserțiunii ligamentelor. Așa dar consider, că aderențele ficatului (observate macroscopic) cu organele vecine, constituie un semn prețios, pentru a putea cunoște dacă organul e sau nu sifilitic. Acest caracter anatomo-patologic distinctiv, devine și mai important când adăogăm și anamnesa bolnavului; asemenea și oricare cicatrice sau tuberculi specifici, p. c. și existența unor exostose sau a altor semne sifilitice anterioare.

Acosta e dificultatea ce o puteți întâmpina în hepatitatea intersticială sifilitică sau în ciroză sifilitică a ficatului.

Lăsând acum la o parte acest ficat, să continuăm cercetările noastre asupra piesei No. 353, care e atinsă tot de *hepatita intersticială sifilitică*; însă a căreia leziuni sunt mult mai înaintate. Ficatul e redus aproape jumătate din volumul său. Lobul stâng e ghemuit asupra celui drept. Capsula lui Glisson foarte îngroșată.

Atât fața convexă cât și cea concavă e foarte neregulată, prezintă numeroase lobulațiuni având diferite mărimi, de la aceia a unui ou de găină, până la dimensiunea unei alune.

Vă prezint în același timp desenul luat după natură de d. dr. Luca care este icóna ficatului ce se află înaintea D-vóstră (Piesa No. 353)

Acastă lobulație e datorată retractoriei capsulei care în unele părți e așa de strânsă, în cât ficatul pare a fi divizat în lobuli până la centru

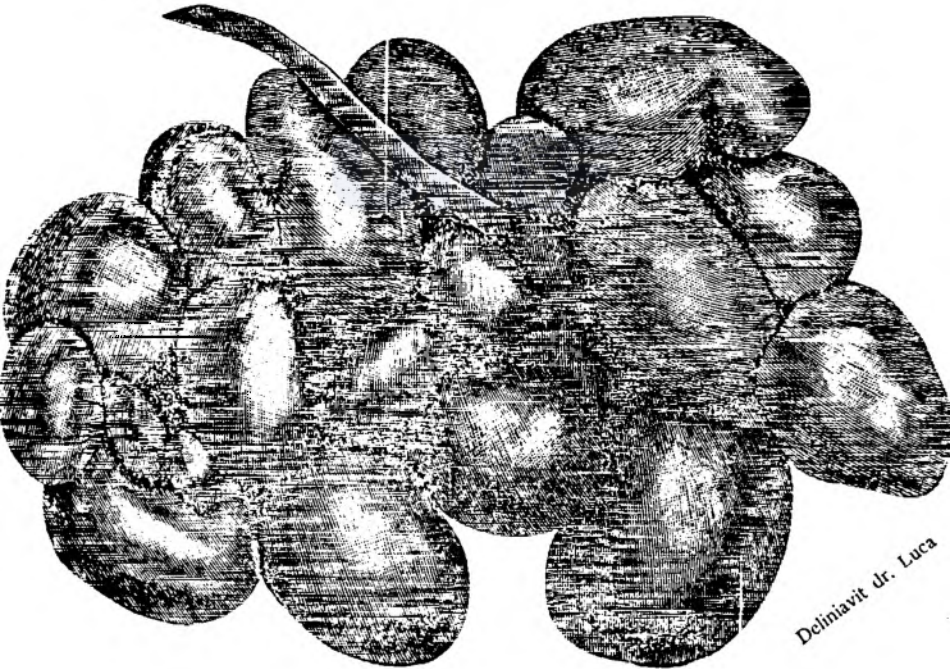
Tot pe acest organ se observă în unele locuri nisce cicatrice. A-

ceste semne observate de Frérichs, Budd, Murchisson și Lancereaux au fost și sunt considerate ca semne patognomonice ale sifilisului.

Așa dar primele leziuni sunt acele ale unei hepatite intersticiiale, la care se adaugă aderențele ce prinde ficatul cu organele vecine, și care aderențe, sunt mai mult sau mai puțin puternice, după cum maladia a evoluat. În același timp vom avea în vedere lipsa de uniformitate ce prezintă ficatul, adică dezvoltarea neproporțională a unui lob, pe cât timp cel-lalt e cu totul atrofiat.

2) *Hepatita gomosă.* Vă dăm drept exemple a acestei varietăți pieșele No. 276 și 344, care secționate prezintă tipuri de gome specifice. Prima, ficat atrofiat redus la jumătate din volum. Suprafața convexă a lobului drept e brăzdată cu un șanț a cărui adâncime e de 2 c. m., lobul

Muzeul Spitalului Brâncovenesc (Ficsa No. 353).



Deliniavit dr. Luca

Ficat sifilitic lobulat.

stâng este redus și sucit asupra vecinului său, prezentând patru mici lobulații.

Partea concavă e mai puțin retractată, în general diametrul transversal al ficatului numără 18 c. m. În interior se văd gome sifilitice cari par a fi cu totul enuciabile.

Piesa No. 334 prezintă o atrofie și mai manifestă, diametrul cel mai mare abia măsoară 11 c. m., e atât de atrofiat și retractat ficatul în cât are aspectul unui glob mic, având marginile cu totul îndoite asupra lui însăși. Suprafața prezintă mici și numeroase lobulațiuni, astfel că la prima vedere ni se pare a fi un organ străbătut de numeroase șanțuri și ridicături, datorite retracțiunii capsulei lui Glisson. Și aci observăm cicatrice superficiale; iar sub dăsele cam la o adâncime de 2. c. m. găsim gome sifilitice.

Acum când cunoșceți aceste piese, să revenim asupra studiului unei gome sifilitice.

Macroscopicese și cu orice-care atențiune, se vede o tumoră care tăiată prezintă din afară în lăuntru: a) o zonă sifilică sau ușor roșcată; b) o zonă transparentă fibrilică și densă; c) la centru o parte opacă, gălbue, *caseică* homogenă, posedând o rezistență fibrilică și elastică, având o densitate caracteristică, că unghia nu opoțe pătrunde.

Mărimea lor medie, de ordinar e ca un bob de mei până la aceea a unei alune.

Mărginile lor sunt neregulate prezentând o linie angulică.

Văduță la microscop o secțiune de gomă, observăm următoarele leziuni de la centru la periferie.

a) *Partea caseică centrală* e compusă dintr'un țesut homogen, fin granulat, așezat câte o-dată sub formă de mici deposite puse unele lângă altele. Acest țesut central este format de celule mici, rotunde, granulose, atrofiate, așternute pe o substanță fundamentală fibrilică.

b) *Zona transparentă fibrilică și densă* e compusă din, fibre de țesut conjunctiv, spațieri limfatice pline cu celule rotunde conținând grăsime, sau numai nise granulațiuni mari grăsose.

c) *Zona cea mai exterioară* a gomei e formată prin prelungirea țesutului precedent, care pătrunde între lobulii hepatici vecini. Acestă zonă e compusă din țesut embrionar, sau din țesut fibros dens, conținând colule rotunde sau late după cum goma sifilică este în perioada de creștere sau de maturitate

Acestea sunt leziunile ce în general se observă la o gomă sifilitică.

Vasele sanguine din partea caseosă a gomilor vechi, se prezintă câte o-dată sub formă de dispincicături góle, alte-ori sunt pline cu sânge

Vasele de la periferie adică din zona transparentă, sunt largi și circulațiunea în aceste părți e mai activă. În alte împrejurări, observăm o îngroșare a pereților vaselor ca în ciroza alcoolică, sau chiar o obliterare a lumenului lor.

Care este terminațiunea ultimă a acestor tumóri? Aci voiú răspunde cu cuvintele d-lui Cornil. Iată cum d-sa se exprimă: «După faptele ce ȕilnic le-am observat, gomele hepatice după perioda de creștere și de maturitate devin caseóse la centru. Atunci vasele limfatice și țesutul conjunctiv periferic, ia liquidele și particulele grăsose care provin din mortificarea și degenerarea grăsoasă a gomei. Atunci partea centrală caseóse se resórbte de către țesutul conjunctiv ce o înconjórá.»

Altă chestiune tot așa de importantă e următórea: goma sifilitică, póte să se transforme într'un țesut cicatricial fără a lăsa urmele stradelor ce o constituie? S'au mai bine, póte goma să dispară nelăsând urmele unei tumóri preexistente? Răspunsul cel daú autorii în acéstă privință nu e tocmai definit. În adevér se găsesc gome fibróse fórte mult atrofiate, pe care de le vom compara cu alte gome ce se găsesc pe unele părți vizibile ale corpului, putem admite că după un timp îndelungat și gomele ficatului pot dispore lăsând în urmă numai o cicatrice fibrósă. — «Eú tind ȕice d-l Cornil, a admite acéstă vindecare, și disparițiunea definitivă a gomilor ficatului, după un număr nedeterminată de ani.»

Cicatricele carí inlocuesc gomele se prezintă sub forme de depresiuni profunde neregulate, în fundul cărora există un țesut fibros abundant și resturí de produse gomóse. Aceste cicatrice gomóse daú nascere la nucleí fibroși neregulați și stelari, ale căror prelungirí se unesc și se confundă cu tracturile sclerosei intesticiale.

Diagnosticul anatomo-patologic al gomilor ficatului, după cele descrise este fórte ușor.

Singurele, tuberculele ficatului se apropie mai mult de aceste gome; dar tuberculele sunt în general miliare abea vizibile și numărul lor e considerabil. Când ele sunt mai mari, atunci putem și mai bine

să le distingem, partea lor centrală e caseoasă și mai môle, sau chiar puriformă.

Zona fibrösă periferică nu e nici o-dată așa de densă ca în gomele specifice și nu le formază un înveliș așa de puternic care să le despartă de țesutul vecin.

În ceea-ce privește, diagnosticul anatomic cu cele-lalte tumori ce se găsesc în ficat ca: Cancer, Sarcom, Epiteliom etc., nu există nici o analogie între dênsele și gomele sifilitice.

3) *Forma mixtă, adică hepatica sclero-gomösă*, nu e alta de cât reunirea celor 2 precedente. Am de adăogat numai că această formă e cea mai frecventă.

În ceea-ce privește degenerarea amiloidă a ficatului, ea este o leziune comună și a altor afecțiuni, fără a fi specifică hepatitei sifilitice.

Prognostic. Este adevărat, că cine-va póte trăi, cu gome specifice în ficat fără a avea suferinți apreciable. Adesea ele rămân necunoscute în timpul vieței și numai la necropsie le găsim. D. Lanceréaux în 10 miș de autopsii, a constat 150 de casuri, că cei mai mulți au murit de afecțiuni intercurente. Din acestea, nu trebuie a trage concluziuni că prognosticul nu e grav, faptul observat în serviciul meu mi-ar da o desmințire. Nu e mai puțin adevărat că avem mijloce a combate réul la timp, dar repet terminațiunea fatală e destul de frecventă.

Tratamentul. D-nii Leudet de Rouen și Lanceréaux au insistat asupra vindecărei spontanee a sifilisului hepatic, prezentând casuri de asemenea natură. Nu rezultă de aci, că tratamentul specific trebuie refuzat, eü cred din contra, că tratamentul cel mai energic va aduce folöse reale.

Întrebuințăm iodurul de potasiü în dosă progresivă și simultaneü fricțiuni mercuriale, tratamentul, ce va fi urmat cincî și șase luni și după împrejurări chiar mai mult timp.

D. Rendu (1) într'un articol publicat în *Union medical*, arată pe larg modul cum trebuie tratat un bolnav cu o asemenea afecțiune. D-sa țice că, iodurul de potasiü pare a fi remediul cel mai eficace hepatitei datorită sifilisului. La început se prescrie 1 gr. pe ți și merge progresiv până la 3 și 4 gr. Dacă bolnavul este cahectic, are diaree

(1) Rendu. *Union médical*. 1880 et *Journales de dermatologie et de syphiligraphie* 2 t. 1880 p. 750.

și edemul gambelor, se adaugă la iodurul de potasiu și iodurul de fer, în același timp preparațiunii de quinquina.

Mercurul nu se va întrebuița de cât în următoarele două împrejurări: 1) când iodurul de potasiu nu este suportat; 2) când starea generală e rea, pentru care se cere urgență pentru a modifica economia. În acest cas se recomandă fricțiunile mercuriale în axile, pe abdomen etc. și ne oprim la timp pentru a evita salivațiunea.

Pentru a activa funcțiunile pielei se consiliază duși calzi, urmați de un duș rece foarte scurt, pe toată suprafața corpului și în particular pe regiunea ficatului.

Între apele minerale, reputate se recomandă: Luchon, d'Aix, Bârjoges Nérès, Plombières, Dax și Bourbon Lanay. În România, apele de la Vulcana, Govora, Strunga și chiar Lacul Sărat.

BIBLIOGRAFII

- 1) *Gubler*. Bull. de la Soc. de biologie, 1849, et 1852.
- 2) *Leudet*. Recherches cliniques sur l'étiologie, a marche et la curabilité de la syphilis hépatique (Arch. Gén. de Méd. 1876).
- 3) *Capozzi*. Hépatite gomm. syph. (Giorn. ital. delle mal. Ven. 1870).
- 4) *Hudelo*. De l'immunité syphilitique auto-inoculation, réinfection. (Ann. de Dermat., II, 5).
- 5) *Petit*. De la réinfection syphilitique. (Thèse de Paris, 9 1891, Juillet).
- 6) *Demange*. Mélanges de clinique médicale 1880.
- 7) *Gelma*. De la pseudo-tumeur blanche syphilitique. (Thèse de Paris, 25 Juillet. 1891).
- Lanceraux*. Traité de la syphilis. Paris, 1-rc édition, 1866; 2 e édition 1873.
- Bech*, Hépat. syph. asc. guérison (Gaz. hôp. 1885)
- 2) *Biermer*, Ueber Syph. der Leber und Milz, Casuistische Mittheilungen etc.
- 3) *Delavarenne*. Essai sur la syph. du foie chez l'adulte. (Th. Paris 1879.)
- 4) *Dittrich*, Alt. syph. du foie (Ann. des mal. de la peau de Cazenave, t III. p. 245).
- 5) *Fulgian*, Des affect. syph. du foie. (Th. Paris 1863).
- 6) *Haldane*, Case of cirrh. of the Liver, With syph. hep. (Edimb. med. Journal).
- 7) *Ivon*, Cirrhose alcool. chez un syph. (Bull. soc. an 1878).

CHIȘT HIDATIC AL FICATULUI

Chistele hidatice ale ficatului stau în legătură intimă cu o specie de vermi, cari fac parte din *Taeniade*, genul *Cestozoilor* și grupa *Plathelmințelor*.

În cazul de față vă interesază nu mai două specii de taeni și a-nume: *Taenia echinococcus* și *Taenia nana*. Aceste două, prin evolu-

șiunea și dezvoltarea lor, dau omului maladia despre cari vom vorbi.

Pentru a fi stăpâni pe acest subject, doresc ca d-văstră să mă urmați cu deosebită atențiune, în descrițiunea zoologică, ce o vom face asupra acestor două specii de taenii, modul lor de viețuire, evoluțiunea și transformarea ce o ia de la animale la om, precum și deosebierea lor de cele-lalte specii de taenii.

În acest scop vă arăt aci și desenele făcute de d. dr. Luca, cari vă vor lumina și mai bine, asupra celor ce vom espune.

În urmă vom intra în studiul clinic al chistelor hidatice, analisând observațiunile bolnavilor, pe cari am avut onôre a vi presenta și pe cari d-văstră i-ați văduț împreună cu mine.

Cu această ocaziune, veți face cunoștință, cu piese anatomo-patologice din muséul spitalului Brâncovenesc, — ficaturi atinse de chiste hidatice, — veți observa și studia aceste trei piese, ce se află în fața d-văstră, a căror lesiuni sunt foarte evidente.

Chestiunea tratamentului va fi tratată la urmă, când vom avea în vedere diferitele metode ce s'aũ întrebuințat și se întrebuințază, arătându-vă și părerile mele în această privință.

Așa dar voiũ divisa această lecțiune în patru părți și a-nume:

1) *Partea zoologică, dezvoltarea și evoluțiunea hidatidelor.*

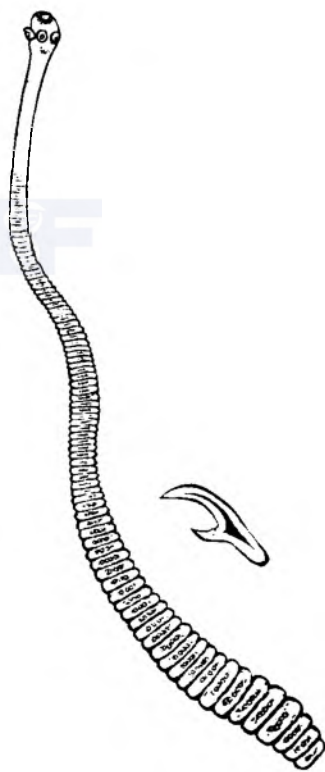
2) *Studiul clinic și observațiunile bolnavilor.*

3) *Descrițiunea picseilor anatomo-patologice.*

4) *Tratatamentul chistelor hidatice ale ficatului.*

1) *Partea zoologică, dezvoltarea și evoluțiunea hidatidelor.*

Fig. a.

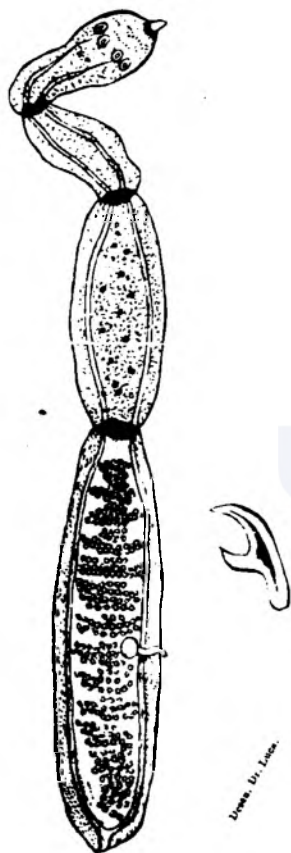


Taenia Nana (mărită)
Lungimea normală 15 milimetri.

Am zis de la început, că ouăle de taenia nana și echinococcus, dau naștere chistelor hidatice la om.

Cea d'întăi, *taenia nana*, (Fig. a) e mult mai rară, ea a fost descrisă pentru prima dată de către Siebold care i-a și dat acest

Fig. b.



Taenia echinococcus (mărită)
Lungimea normală 6 milimetri.

nume. Istoricul ei e scurt, Bilharz ne spune că a găsit-o în intestinalele unui tiner mort la Cairo. (Egipt). Lungimea sa e de 15 m.m.; (în figura de față e mărită). Capul e hemisferic, armat cu patru ventuze, prevăzut cu un rostrum destul de prominent, (care după Leuckart e retractil) la baza căruia se află 22—24 cârlige. Gătu acestei tenie e lung și corpul se lărgesc treptat spre basă. Numără 150—170 inele, din care cele 20—30 din urmă conțin ouă mature.

Taenia echinococcus (Siebold). A-castă specie de taenie e remarcabilă prin extrema sa micșorime abea ajunge lungimea de 6 m. m.; iar grosimea e ca o gămălie de ac; ceia-ce face a nu fi luată în băgare de seamă, căci abia e vizibilă E compusă din patru inele, cel din urmă conține ouă mature. Acest desen o arată mărită (Fig. b).

Corpul e foarte mic, cu 4 ventuze, are un rostrum, la baza căruia se află așezate două corone de cârlige (în totul 40 cârlige).

O particularitate însemnată prezintă această tenie, relativ la modul său de dezvoltare: toate speciile de tenie cunoscute,—embrionii exacați vesiculoși produc direct capite de tenie,—*taenia echinococcus* din contră, dă naștere la primii embrionii exacați, vesiculoși, care produc la rindul lor vesicule proligere și acestea din urmă dau naștere la capite de taenie. Cu alte cuvinte vesiculele proligere sunt productive.

Taenia echinococcus trăese în stare adultă în intestinalele câinilor

adesea în mare cantitate, mai ales a acelor ce viețuiesc în vecinătatea abatoriilor.

Ultimul inel conține ouă ajunse la maturitate, deci dacă acest inel se introduce în tubul digestiv al omului (al bouului său al altui erbivor),.. substanța inelului se distruge de lichidele tubului digestiv și ouțele rămân în libertate. Invelitorea ouclor este destrusă și ea la rândul ei și ast-fel ese din ouă un embrion exa cant, armat cu ventusă, rostrum și cârlige,— gata de a voiaja. Și în adevăr, acest embrion și deschide singur drumul, trecând prin pereții tubului digestiv, până ce ajunge în vase, în particular în ramurile venei porte. De aci el e transportat și dus de curentul sanguin în ficat (și în alte organe), cari pare a fi locul său de elecțiune. Desvoltarea sa se face încet, ast-fel după o lună are un diametru de un milimetru, centrul său e plin cu un țesut conjunctiv slab. După o lună și jumătate partea centrală începe a se dilata și a se umplea cu liquid. După Leuckart, la cincă luni are volumul unei nuci, și cu timpul vesicula embrionului crește și pôte ajunge mărimea unui ou de găină, până la dimensiunea unei portocale. (Substanța ficatul suferă apăsare și adesea chiar o inflamațiune destul de puternică.) Acum vesicula embrionară ajunsă la desvoltarea sa completă, se compune din două membrane bine distincte: una externă, destul de resistentă, formată din mai multe straturi superpuse; a doua internă subțire, granulosă, formată de țesut conjunctiv, acésta e *membrana proligeră*. Vesicula e plină cu un liquid limpede sau gălbuș, reacțiune alcalină, neutră sau ușor acidă.

Acésta e prima fasă adică: desvoltarea pungei chistice (nume) cu liquid în interior și deslipirea cârligelor embrionului.

A doua fasă începe în modul următor: pe fața internă a membranei proligeră, începe a se ivi alte vesicule, numărul lor pôte fi de 5,10 până la 30, acestea se numesc vesicule proligeră, fiind-că ele produc capete de taenia echinococus. Figura (c), vă arată în mod schematic, producțiunea vesiculelor proligeră.

Aceste vesicule proligeră sunt atârinate cu un pedicul de membrana prohigera și au un perete celulos, fin, aprópe transparent, căptușit pe fața internă cu o cuticulă fôrte subțire; cavitatea fie-cărei vesicule e plină cu un liquid hialin. Ajunse la óre-care mărime, ele produc capite de taenie. Incetul cu încetul se observă că la partea

opusă pedicului, se formeză pe vesiculă un mamilon, străbătut de o cavitate tubuloasă, care cavitate cu timpul se lărgesce pentru a forma proboscida, apoi cele patru ventuse împreună cu o dublă coronă de cârlige. Idată ce aceste părți s'au format, mameionul intră în interiorul vesiculei proligeră, adică se invaginază. În general capul ast-fel invaginat se deslipesc și înotă în liquidul hialin al vesiceii proligeră. Figura (d), acesta vă arată un echinococ al cărui cap e invaginat, capul, și cârligele sunt aderente la vesicula proligeră.

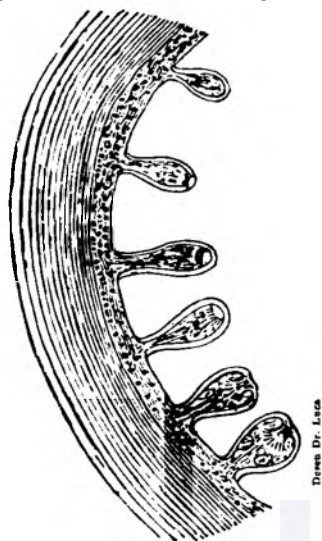


Fig. c.

Membrana externă stratificată și cea proligeră cu vesicule proligeră în diferite stări de dezvoltare.

teriorul vesiculei embrionare.

Vă fac atenți asupra acestor vesicule fiice, căci ele de și prezintă aceiași evoluțiune; dar nu dau naștere la capete de taenie; pot însă la rîndul lor, în tocmai ca și vesicula primitivă embrionară să producă vesicule proligeră productive.

Se numesc vesicule secundare fiice *exogene* acele ce cad în afară; și *endogene* acele ce cad în interiorul vesiculei embrionare mume.

Cele exogene se găsesc mai cu sîmă la ru-megătore; cele endoge în general la om și sunt mai mari ca cele d'întăiu. Figura (e) vă arată în mod schematic, embrionul chistic mumă cu vesicule proligeră; la interior și exterior se văd vesicule fiice (sau secundare) libere, conținînd alte vesicule proligeră.

Independent de vesiculele proligeră despre cari v'am vorbit, se produce și altă serie de vesicule numite secundare sau vesicule fiice.

Modul lor de producțiune este identic cu cel de sus, adică: tot după ața internă a membranei proligeră se formeză aceste vesicule fiice; deosebirea constă că ele se găsesc sau în interiorul emorionului vesiculos primitiv, sau la ex-

teriorul vesiculei embrionare.



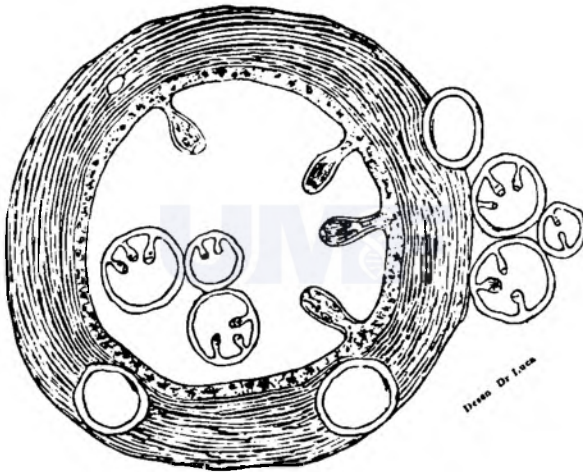
Fig. d.

Echinococ deslipit de membrana proligeră al cărui cap e invaginat.

Pentru a fini cu această parte, rămâne să vă mai vorbesc asupra unei forme speciale de echinococ recunoscut sub numele de *Echinococ multilocular* sau *alveolar*.

Iată modul cum se produc acești echinococi multiloculari: embrionul de taenie în loc de a forma o vesiculă enormă, după cum am văzut mai sus; din contră după ce a ajuns în ficat, abia atinge mărimea unui bob de mei; însă produce un număr foarte mare de vezicule secundare exogene tot mici. Tote acestea se grupază în jurul embrionului mume, producând la rândul lor vezicule fiice de al 2-lea ordin.

Fig. e.



Embrionul chistic mămă, cu vezicule proligerice; la interior și exterior se văd vezicule fiice libere cu alte vezicule proligerice.

În ast-fel de împrejurări se formază o masă lobulată și fie-care lobul e despărțit unul de altul prin trabecule de țesut conjunctiv al ficatului. Acestei forme speciale i s'a dat numirea de chist hidatic multilocular.

Chistele hidatice multiloculare au fost numite și alveolare de amicul meu Jules Carrier, mult timp confundați cu cancerul coloid. Aceste sunt cu toate probabilitățile chiste hidatice cu formațiune exogenă, cu toate că în aceste privință, lucrul rămâne de a fi studiat fiind-că unii din naturaliști au admis posibilitatea acestei specii ca

putând fi de proveniența unei tenii de o specie deosebită. Las ca pe viitor aceste chestiuni să fie determinate de omeni mai competenți ca mine.

2) *Studiul clinic și observațiunile bolnavilor.*

În prima parte v'am expus, — Zoologia, dezvoltarea și evoluțiunea chistelor hidatice, noțiuni indispensabile pentru a cunoște bine această maladie. Astăzi continuăm studiul clinic al bólei și în prima linie simptomatologia.

Simptome. Autorii clasici au descris câte-va simptome ca patognomonice, experiența mea de vechiū clinician, adesea nu m'a convins de veracitatea acestor simptome, mai mult, — se póte întâmpla ca un pacient să sufere cu totul de o altă maladie și numai la necropsie să găsim chistul hidatic într'un organ óre-care, fără să ne fi gândit la el.

Îmi reamintesc bine, că în 1876, pe când mă aflam medic șef al spitalului Colentina, aveam în serviciul meū un individ atins de *Intoxicațiune palustre cronică, splina avca semnele unei splenite și peri-splenite vechi, cordul fórte hipertrofiat (cord de boū), cu retrisiment ariculo ventricular stâng* (1).

Acestea erau simptomele principale carī predominau scena, nimenia nu s'a gândit că bolnavul are și un chist hidatic ascuns în splină, cu care, fără îndoială L ar fi trăit mult timp, dacă fenomenele de asistolie nu i-ar fi curmat zilele. E de prisos să vă spun că necropsie a adeverit diagnosticul clinic; însă partea interesantă era tumóra chistică nediagnosticată în timpul vieței.

Pot adauga încă că, chistele hidatice carī ocup centrul ficatului și carī nu sunt mari, pot rămâne necunoscute în tot timpul vieței.

Simptomele funcționale se resimt când tumora începe a cresce, atunci volumul său devine aparent, apasă organele vecine și chiar chistul póte să se rupă.

Augmentațiunea volumului tumórei, póte da nascere și la órecarī simptome subiective vági și anume, — greutate în regiunea ficatului, durere la apăsare, dureri gastralgice etc.

(1) Observațiunea se póte vedé pe larg în România Medicală din 1877. Ședința Societății Științelor medicale de la 10 Maiū, acelaș an.

Dieulafoy pretinde, că bolnavii au desgust de carne și grăsime și chiar o varsă după ce a ingerat'o.

Bouilly, descrie un cas foarte curios, cum un bolnav era coprins de diareă imediat după mâncare.

Davaine și Monneret, cred că epitaxele sunt foarte frecvente în împrejurările de față.

Chistile hidatice în majoritatea casurilor nu provocă desordini generale, de cât numai când tumora atinge un volum considerabil.

Eruptioni de urticarie semnalate de autori, se observ destul de rar, în cazul nostru ați observat o roșată a pielii unită cu mâncărime, dar acesta s'a arătat după ce am extras liquidul din tumoră.

Pothérat, a insistat mult asupra urinelor, el țice că în asemenea casuri, găsim în urină o cantitate considerabilă de pigment biliar, faptul pôte fi adevărit numai în cazul când, în pereții chistici se găsesc canaliculii biliari, unii comprimați, iar alții dilatați.

În resumat turburările funcționale provocate prin prezența chistelor hidactice sunt aproape nule. În timpul acesta starea generală e bună, adesea chiar când semnele fizice date prin explorațiunea ficatului, arăt modifi cațiunii însemnate.

Tumora chistică. Mai tot-deauna medicul nu constată maladia de cât când tumoră a ajuns ôre-care mărime. Prin percuție, regiunea hepatică e mai întinsă, câte odată observăm o scobitură la nivelul hipohondrului.

Palpația descoperă o tumoră de volum variabil, în general circumscrisă și fără lobulațiuni.

Consistența tumorii în majoritatea casurilor e elastică. Am pute țice că cu cât tumoră e mai superficială cu atât e mai elastică, mai fluctuantă și cu cât e mai profundă cu atât e mai dură, mai rezistentă, din cauza țesutului ficatului ce se interpune între chist și suprafața palpatorie.

Frământul hidatic, a fost descris pentru întâia dată de Briançon și Piorry (la 1828) apoi de Bonnet, care l'a considerat ca special în această afecțiune.

Vă amintesc de la început, că acest fenomen nu e special, și se găsește foarte rar, de două ori numai, în viața mea l'am întâlnit. Iată modul cum îl puteți obține: comprimați tumoră cu cele două degete ale mânei stângi și loviți ușor în partea opusă cu degetele

de la mâna dréptă, — în acest timp se simte un tremur particular, o vibrațiune care duréază câte-va secunde și care este analogă cu aceea ce încercăm sguinduind gelatina.

Barth și Roger, într'o descripțiune asupra chistelor hidatice, dă acestui fenomen o importanță cu totul negativă. D-lor dic: «Noi am avut ocasiune de a observa un mare număr de chiste hidatice, fără a puté constata frémétul vibrator. Am vădút de multe ori tumori mari, fluctuente și prin tóte mijlócele n'am putut obține un fremisment apreciabil. Douë casuri aũ fost operate cu succes, unui de Nélaton și altul de Besnier, fără cu tóte aceste, să ne fi convins de semnul d-luí Piorry.»

Interpretațiunile acestui fenomen aũ fost date încă de la început: Briançon îl consideră ca rezultat al vibrațiunilor membranelor hidatice și al unirei vesiculelor hidatice într'un liquid cu o tensiune mediocră. Acéstă opiniune împărtășită de Cruveilhier, nu mai este admisă, de când Jobert a semnalat frecare hidatică în un cas unde punga era uniloculară și liberă de vesicule secundare. Davaine a experimentat și demonstrat că, elasticitatea peretelui chistic jócă tot așa de mare rol ca și numărul hidatidelor.

Percutând bėșici de cauciuc pline cu liquid, găsi frecare hidatică mai bine de cât cu bėșici de piele. Apoi făcënd să varieze tensiunea, natura și densitatea liquidului, recunoscú diferențe notabile în transmișiunea vibrațiunilor, — aceia ce explică variabilitatea simptomului clinic.

V'am descris acest fenomen pe larg, nu pentru că el presintă vre-o importanță mare; dar mai mult pentru a vă arăta însemnătatea ce i s'a dat și experimentele făcute cu acéstă ocasiune.

Sunt autori ce aũ mers și mai departe, dînșii aũ pretins că odată cu frémétul vibrator, se aude la auscultațiune și un murmur particular, fapt ce nu l'am constatat vre-o dată.

Un semn sigur este prezența liquidului caracteristic al tumórei precum și prezența cârligelor echinococilor.

Liquidul din vesicule a fost studiat cu multă atențiune; ast-fei Roeser într'o lucrare nouă, a făcut numeroșe analise și actualmente după cercetările séle precum și din observațiunile nóstre, am găsit că liquidul este în general limpede, clar ca apa, sau ușor opalin,

alte ori are o colóre gălbue. — Când echinococii au degenerat, atunci liquidul perde colórea sa și se turbură.

După Reclinghausen, reacțiunea liquidului este mai în tot-d'una alcalină sau neutră, fórte rar acidă.

O cestiune de o importanță mare în ceea ce privesce diagnosticul, este prezența sau lipsa totală a albuminei.

Vă pot spune că, liquidul chistelor hidatice nu conține albumină. Un mare număr de autori n'au găsit albumină sau: póte numai urme, ast-fel Heller, Frériefs, Davaine, au tras conclusiune, că lipsa albuminei este un semn prin care se diferențiază liquidul chistelor hidatice de conținutul chistelor ovarice sau al estravasatelor seróse.

Naunyn în urma unor analize minuțioase a găsit albumina, faptele însă sunt rari; ast-fel din 300 observațiuni culese de Davaine într'un singur cas a aflat albumina, liquidul fiind limpede.

După Barrièr Hahn și Lefèvre, albumina nu apare în pungă de cât după mai multe punțiuni. În acest cas punga fiind deșertată de liquidul său propriu, serum vine și umple golul cavităței. — S'a admis asemenea de către Gubler, că prezența albuminei este un semn, cum că echinococii au murit, acésta este și credința mea, faptele fiind observate de mai multe ori de mine însu-mi. — Adaog asemenea, că de câte ori punga se inflaméză, albumina apare.

Pe lângă acestea în liquidul chistelor s'au mai găsit:

Ptomaine și leucomaine (Mourson) leucina, xantina, ureă, acid uric, urate, ocsalate, acid succinic. (Roux, Wys, Heintz, Hubert, Heller,) precum și diferite săruri ca cloruri, fosfați, etc.

Aceste sunt în general, materiile organice și inorganice cari se pot găsi în liquidul chistelor și probabil ele pot varia după diversele faze ale vieții echinococilor.

Un semn prețios și în acelaș timp patognomic, este prezența cârligelor ce se pot găsi în liquidul extras.

Adesea e de ajuns a face o punțiune cu o seringă de Pravaz de un calibru mai mare și punând câte-va picături pe o lamă pe care o acoperim cu o lamelă, putem constata sub microscop prezența cârligelor.

Caracterul membranei proligere, descrisă la începutul acestei lecțiuni, este un semn sigur că avem a face cu un chist hidatic.

Înainte de a vă descrie evoluțiunea acestei maladii, vă voi expune în câte-va cuvinte observațiunile bolnavilor pe cari i-ați avut în fața d-văstră.

Observațiunea I-a. M. Michaliu de origină grec, locuiește în Constanța, 35 ani, plugar, intră în cura spitalului la 13 Maiu 1891. Constituție robustă, inteligența dezvoltată, ne răspunde cu siguranță la întrebările ce-i facem, a usat de carne de porc care îi plăcea cu deosebire. — Nu a suferit în viața sa de cât de febre intermitente.

Acum doi ani a observat că în ipohondrul drept se formează o rădăcitură, care la început nu-i dădu atenție; după ore-care timp tumora a început să crească, simțind dureri la presiune și când făcea mișcări mai forțate; în același timp apetitul se micșoră, a avut de câte-va ori vărsături biliouse și în două rînduri epistaxe.

Constatăm o tumoră care ocupă partea convexă a ficatului, trece sub falsele coste; la pipăit e aproape fluctuantă și dureroasă, toate încercările pentru a găsi freametul vibratoriu au fost zadarnice. Prin puncție scotem un liquid transparent, ușor gălbuiu, reacțiunea alcalină, nu constatăm albumina nici prin căldură, nici prin acidul azotic sau acetic.

Observațiunea II-a. Ivan Bugilor, bulgar, 38 ani, născut în comuna Șiștov, intră în cura spitalului la 23 Septembrie 1891.

Nu găsim nici un simptom apreciabil din partea celor alte organe, aparatul digestiv funcționează în mod regulat, n'a avut nici vărsături nici epistaxis sau vre-o erupțiune pe corp. — În regiunea ficatului observăm o tumoră proeminentă circumscrisă având mărimea unui pumn, fără fremisment vibratoriu. — La palpație simțim că tumora e dură la suprafață și numai în profunzime ne dă senzațiunea unei ușore fluctuațiuni. — Extragem cu siringa un liquid aproape purulent cu reacțiune neutră, conține: albumină, sfărâmături din membrana germinativă și cârlige de echinococi.

Acastă observațiune e importantă din punctul de vedere al evoluțiunei hidatidelor, căci pe cât timp în primul cas hidatidele erau vii, în cazul al doilea natura liquidului ne arată că ele sunt morțe.

Observațiunea III-a. Chist hidatic multilocular, I. V. funcționar, născut în comuna Bucuresci, 38 ani, român, antecedente tuberculose; intră în cura spitalului la 28 Septembrie 1891. Starea prezentă: debil, anemic, musculatura redusă, cracmente la virful pulmonului stâng,

sputa examinată conține bacilii lui Koch. Intră în cura spitalului pentru a se căuta nu de tuberculosă, ci de tumora care o are în ipohondrul drept, — această tumoră e durerosă la pipăit, prezintă la suprafață două scosături, ambele fluctuente. — Prin puncțiune extragem la 29 Septembrie, din una din aceste scosături, un liquid turbure, reacțiune alcalină, conține albumine și numeroasă cărlige; examinat acest liquid după metoda lui Erlich n'am găsit bacilul lui Koch. — După câte-va zile facem o a doua puncțiune la distanța de trei centimetri de prima (din a doua rădicătură și extragem un liquid limpede, clar, reacțiune alcalină și nu conține albumină. — Această observațiune este cu mult mai importantă de cât cele două precedente, căci cred, că avem a face cu un chist multilocular, în care echinococii se găsesc în diferite stadii de evoluțiune. Chistele hidatice multiloculare, ne vor preocupa mai pe urmă, având o importanță deosebită.

3) *Piese anatomo-patologice.*

Chist hidatic multilocular. — Posedăm în Museul nostru un asemenea specimen, ast-fel piesa No. 225: reprezintă un *chist multilocular saū alveolar*. Lobul stâng este mărit aprópe cât un cap de copil, această mărire e datorită unui enorm chist hidatic având în interiorul său un număr imens de hidatite (vesicule proligere). Pe fața convexă a lobului drept o a doua pungă având un diametru de 22 cm., ocupă aprópe tótă suprafața convexă a ficatului. Grosimea peretelui acestei pungi e cam de 5 mm. În interior se observă numeroase despărțituri de țesutul conjunctiv, cari dau acestor pungi aspectul unor chiste multiple saū alviolare.

E bine a cunoște această formă, nu numai ca varietate, dar și chiar ca mod de formațiune precum și chipul cum erau judecate mai înainte chistele hidatice multiloculare.

În puține cuvintē iată ce este un chist hidatic multilocular: În óre-cari casurī, embrionul de *Tenia echinococ*, în loc de a deveni o vesiculă enormă ca de ordinar; acest embrion nu crește mai mult ca un bob de meiū; dar el produce un număr fórte mare de vesicule secundare exogene tot micī, acestea la rīndul lor produc alte vesicule tot exogene (*petites filles*), cari tóte se grupéză în jurul embrionului.

În acest cas se forméză o tumorē lobulată; acești lobulī sunt separați între ei prin trabecule de țesut conjunctiv al ficatului, ast-

fel că formeză mai multe despărțituri, ceea ce a făcut pe autori să le numescă chiste hidatice multiloculare. Când se secționază acest chist, obținem un lichid coloid, care nu este alt-ceva de cât o vesiculă sau mai multe, ale căror pereți sunt comprimați și întorși asupra lor însuși. Având în vedere aspectul ce ele prezintă, aceste tumori au fost denumite la început sub numele de *Cancer coloid alveolar*.

Virchow a determinat pentru prima dată natura acestor tumori; iar Jules Carrier, fostul meu coleg de internat, le-a descris în teza sa sub numirea de chist *hidatic alveolar*.

În ceea ce privește piesele No. 58, este un chist hidatic al ficatului cu o singură pungă, așezată pe partea convexă a lobului stâng, având mărimea unui ou de găscă. Cavitățile acestui chist se întinde pe sub ligamentul suspensor 6 cm. în profunzimea lobulului drept. Grosimea pereților pungei e de 2- mm.; pe unele locuri e mai grosă, e foarte rezistentă; suprafața pungei e neregulată, cu scosături ovale și bine delimitate; periferia chistului are margini netede, adică se poate bine cunoaște locul unde chistul se fixează de ficat. Piesa No. 124. se observă pe fața convexă a ficatului o tumoră, care ocupă parte din lobul stâng și lobul drept, având mărimea unui pumn. Tumora reprezintă chist hidatic monocular și la care multiplicațiunea a fost endogenă.

Fazele prin care poate trece un chist hidatic.

De sigur că în mintea d-văstră v'ați pus întrebarea foarte justificată, și anume: care poate fi fînitul unei asemenea afecțiuni în cazul când ea ar fi lăsată la voia naturei?

Pentru a vă răspunde la această întrebare, să-mi dați voie a percurge împreună cu d-văstră evoluțiunea chistelor hidatice și a vedea care a-sume sunt accidentele ce pot să se întâmple în diferite împrejurări.

Pentru ușurarea studiului vom împărți evoluțiunea chistelor hidatice în 2 perioade.

1) În prima, accidentele sunt aproape neînsemnate, — turburările funcționale abia acuzate, tumora parasitară se dezvoltă în tăcere, fără a da loc la alte simptome, de cât acele ce result din creșterea progresivă a pungei.

2) În a doua perioadă scena se schimbă: acum avem accidente acute, rupturi neașteptate, acum tabloul simptomatic devine complex și apar fenomene generale grave.

În majoritatea casurilor chistele se dezvoltă în sus, în direcțiunea toracelui, mai puțin în partea abdomenului și foarte puțin ieșind din peretelul toracic sau abdominal.

Când am vorbit de abcesele ficatului, v-am atras luare aminte că, aceste abcese mai nică odată nu se deschid brusc într-o cavitate seroasă, că ele provoacă inflamațiuni adese; același fapt se petrece și aici; — chistul hidatic provoacă o inflamație a seroșei, care la rândul ei prinde aderențe cu organele din vecinătate, unde se va deschide.

De comun, ruptura este precedată de o inflamațiune a chistului care devine purulent. În acest timp bolnavul are febră, frisoane, dureri mari în regiunea ficatului.

Adesea infecțiunea chistului se face prin intermediul căilor biliare când comunică cu el. În cas când chistul împiedică circulația bilei, — microbii găsesc un mediu favorabil de multiplicațiune (Labadie-Lagrave).

a) Deschiderea chistului în pleură și țesutul pulmonar. Repet, acest mod de deschidere e cel mai frecvent. Esecțiune se deschide la stânga și mai tot-dă-una în partea dreaptă, parte interesată în cauză.

Deschiderea se poate face direct în pleură, provocând o pleuresie acută, adesea mortală.

În alte împrejurări lichidul chistului, ajuns în cavitatea pleurei, provoacă o ulceratiune secundară a bazei pulmonului, când asistăm la vomice pleurale, compuse din conținutul chistului. Alte-ori ulceratiunea merge cu încetul, până ce se formează o fistulă între ficat și bronchi, acest mod de deschidere ar fi favorabil după Labadie-Lagrave. După Deprés, prezența bilei în spută, este un augur rău, în orice cas aceste fistule o dată stabilite, persist, supurația ține mult timp și la urmă, nenorociții mor prin marasm.

Când se întâmplă ca deschiderea să se facă în pulmonul stâng, vă înclăpăniți cât sunt de grave fenomenele, lichidul chistului se poate varsă în pericard, de aci o pericardită și bolnavul finese viața în câte-va ore. Din fericire casurile sunt foarte rare, ast-fel Davain și Wunderlich a citat numai câte-va observațiuni.

• *b) Deschiderea chistului și cavitatea abdominală.* Când punga e pré distinsă, se poate deschide direct în cavitatea peritoneală. Alte-ori, în urma unui traumatism, conținutul tumorei se varsă în cavitatea

peritoneală instantaneu, ast-fel Budd istorisește cazul unui boxer englez, care, pe când se lupta cu adversarul său, primi o lovitură de box, în regiunea ficatului și luptătorul muri în câte-va ore de o peritonită supra acută.

În timpii din urmă s'a ivit o vie discuțiune asupra peritonitei, provocată de lichidul extravasat, ast-fel Richard, Rendu, Foerster se exprimă: «Când conținutul chistului extravasat în cavitatea peritoneală e amestecat cu bilă aseptică, atunci nu avem peritonită.» Chantemesse și Vidal ȳic același lucru și despre lichidul chistului, când el nu conține microbi.

În general putem ȳice că: dacă chistul a supurat, ori-care ar fi cauza rupturii, ea determină tot-d'a-ună o peritonită supra acută, și mórtea sosese ca consecință.

Dacă conținutul chistului se varsă în stomac, vęrsăturile sunt primele simptome și conțin de comun hidatide. — În acestă privință am observat un cas cu d-l prof. Teodori în care bolnavul, scótea pe sus și pe jos numeroase vezicule hidatice.

Al 2-lea cas, observat de mine asupra lui T. V., vęnătorul meu, care în 2 rindurii și în interval de 8 ani, chistul hidatic s'a golit prin intestine, acestă golire se făcea cam la interval de trei luni și aȳi pare tãmăduit definitiv.

De ordinar, comunicația se face cu colon transvers și rar cu un punct óre-care al intestinelor subțiri; în aceste casurii vindecarea póte veni, dar se întęmplă ca orificiul de comunicațiune să fie mic, tumórea nu-și póte complect deșerta conținutul, din care causă supravine o diareă cronică ce sleese forțele bolnavului.

Deschiderea chistului în căile biliare, póte da nascere la diferite eventualități și a-sume: bila póte pętrunde în pungă, ucide hidatidele și chistul suferă degenerarea regresivă, din care causă rezultă, o vindecare spontană

Alte-ori conținutul chistului trece din căile biliare prin canalul coledoc în intestine, în acestă împrejurare, dacă chistul nu conține vezicule sau sunt mici, atunci pacientul presintă fenomene de colici hepatice, însoțite de diareă; dacă însă veziculele sunt mari, atunci se opresc în căile biliare, producęnd fenomene de icter cronic prin obstrucțiune.

Piorry, Luschka și Lhonneur, aũ publicat trei observațiuni cu

totul particulare, la care chistul s'a deschis în vena cavă inferioară. Mórtea a fost aprópe instataneă.

Deschiderea chistului în regiunea umbilicală este fórté rară, probabil cauza este că, mai adesea se intervine în mod chirurgical înainte ca ruptura să se facă.

În cazul acesta asistăm la simptome locale: tumefacție, roșată, durere, însoțite de fluctuație, — conținutul va coprinde hidatide mai mult sau mai puțin numeroase. Labadie Lagrave admite că acest mod de terminare în majoritatea casurilor, e urmată de vindecare; cu toate acestea nu trebuie a uita că deschiderea se póte face în acelaș timp și în regiunea umbelicală și în peritoneu. În acéstă împrejurare focarul póte supura mai mult timp producénd accidente de infecțiune.

Prognosticul. Asupra acestei părți am puține de đis, d-vóstră v'ați putut convinge singurî din cele expuse, că evoluțiunea și terminațiunei chistelor hidatice fiind variată; fără îndoiala că și prognosticul vă depinde la acest mod de terminațiune. Într'un cuvînt vė pot spune prognosticul este adesea grav, fiind vorba de o maladie a căria desvoltare în general merge către un finit fatal. Cu alte cuvinte gravitatea afecțiunei depinde de numărul chistelor, sediul lor și complicațiunile ce se pot ivi; de aceea trebuie să fiți tot-d'a-una în rezervă față cu ast-fel de bolnavi, căci nu știți ce se póte întâmpla dintr'o di în alta.

Astăzi s'aú descoperit destule mijlóce pentru a opri sau vindeca réul, totuși trebuie a fi circumspecți, mai ales când chistele aú un volum considerabil.

Tratamentul. Nu e nici locul, nici timpul, de a vė expune întreg istoricul tratamentelor întrebuiņate asupra chistelor hidatice, vė spun însă că, medicina a făcut în aceste privințe progrese însemnate relativ cu chirurgia, astfel ast-ăzi chistele hidatice sunt mai mult de domeniul medicinei de cât de al chirurgiei.

Să trecem, în scurt, tratamentele ce se pot întrebuiņa în acéstă afecțiune :

1) *Punțiunea și aspirațiunea lichidului din punga hidatică cu aparatul lui Dieulafoy.* Dujardin Beaumetz, relatéza o observațiune a sa proprie și se referă încă la alte observațiuni culese și publicate de Lancereaux, Gérin-Roze, Massard și Laveran, la care prin singura punțiune și aspirațiune s'a putut obține vindecarea. La aceste ob-

servațiunii vom pute adăoga la rindul nostru cel puțin una culésă în acest serviciu cu un asemenea rezultat favorabil. Vă citez cuvintele sale proprii: «Pentru chistele hidactice unice și cari conțin puține punși secundare, obținem vindicării destul de numeroase, în urma unei simple și singure punși aspirătoare.» Totuși mai departe, țice d-sa, «aceste sunt fapte excepționale, căci cele mai adesa hidatidele sunt în mare număr și deci, aspirațiunea lichidului e anevoiosă.»

2) *Metoda lui Recamier saũ a lui Jobert de Lamballe. In scurt aplicațiunea de caustice saũ punșiune cu trocar mare ce se las pe loc.*

Se aședă o pastă ore-care caustică pe locul unde voim a extrage lichidul chistului, apoi se face punșiunea cu trocarul. Causticul se lasă ore-care timp până ce se obține aderențe între cele două foi peritoneale.

Jobert de Lamballe, consiliază a face o punșiune ca un trocar gros, care se lasă în plagă până ce se fac aderențe între tumoră și peretele abdominal, bine înțeles că nu aplică nici o pastă caustică (1)

In acéstă împrejurare voiũ țice: saũ că se pētrunde încet în tumorē prin caustice saũ că facem punșiunea după ce am aplicat causticul, saũ în fine pētrundem de-a dreptul după metoda lui Jobert de Lamballe în punga chistului; vom avē mai în tot-d'a-una témă de urmările septicemiei, cari provin dîn greutatea ce întēpină li chidul de a eși prin trocar, chiar deca facem splēturi antiseptice. Supurația se prelungește și bolnavii mor adesea prin sleirea forțelor.

Pentru a împedica septicemia și prelungirea supurațiunei, s'a întrebuințat în Anglia de Hillton Fagge și Cooper Forster, electro-punctura cu scopul de a ucide hidatidele și apoi a extrage lichidul. In Francia acest metod a fost pus la încercare de Dujardin Beaumetz, — în Italia de Semnola și Galozzi, fără rezultate satisfăcătoare. In adevēr dacā ne referim la cea mai mare parte din observațiunile publicate, vom vedē că mult nu aũ câștiget nici bolnavii ce aũ suferit acéstă operațiune și nici autorii ce le aũ întrebuințat.

Slabele rezultate obținute prin aceste mijlōce, aũ făcut pe medici de a recurge la chirurgie antiseptică. Volkmann, cel întâiũ reluă vechiul procedeu a lui Bégîn, însă usând de mijlōcele antiseptice.

3) *Metoda lui Bégîn*, constă în a deschide peretele abdominal

(1) Dujardin Beaumetz. Clinique thérapeutique T. II. p. 145.

până la nivelul peritoneului, după câte-va țile deschide punga. (In care interval s'aŭ produs aderențele.)

4) *Metoda lui Volkmann*, constă în a introduce în punga chistului două trocare mici, la distanță de câți-va centimetri unul de altul, se lasă pe loc două până la trei țile și apoi se taie punga între ele. Acest mod de tratament, este intermediar între acel al lui Jobert de Lamballe și Bégîn.

Astăzi incisiunea pungei într'un singur timp (după ce s'a făcut o laparatomie prealabilă) e admisă. Acastă metodă e cunoscută sub numele lui Lindemann Landau, adoptată în 1880 de către Lawson Tait. Pentru acei din d-vóstră ce vor voi să aibă cunoștințe mai largi asupra acestui metod, 'i sfătuesc a ceti tesa lui Potherat (1).

5) *Metoda injecțiunilor*. În 1884, Mesnard din Bordeaux cel întâi, făcu la un tiner de 23 ani o injecție în punga chistului, cu o soluțiune de 500 grame de sublimat corosif (1‰), după ce mai întâi prin aspirațiune scóse o parte din conținutul pungei, a 2-a injecțiune tot cu aceeași soluție numai de 100 grame și în fine cu apă alcoolisată (1 pentru patru părți). – Bolnavul care presinta simptome de absorbțiune putredă, se vindecă (2)

În 1887, în Anglia și în același timp în Italia, se modifică procedeul lui Mesnard, astfel Arthur Sennett, propuse de a extrage cu o seringă hipodermică, o cantitate mică din lichidul chistului (cam 7 grame) și a o înlocui prin o cantitate egală de sublimat corosif, două la mie (3).

Pentru a vă resuma tratamentul medical voi aminti că, din expunerea făcută rees trei fapte principale și anume: *a)* Se deșartă punga pe cât e posibil și se spală cu o soluțiune antiseptică, acesta e metodel lui Mesnard; *b)* Se aspiră câte-va grame din lichidul chistului și se înlocuesce cu o egală cantitate de soluție antiseptică, acesta e metodel lui Sennett-Bacelli, metod întrebuințat și de noi, și *c)* consistă a deschide larg punga, dar a injecta o cantitate mică de lichid antiseptic; acesta e procedeul lui Hanot.

Să-mi permiteți, a vă reține puțin asupra acestor procedee, având

(1) Potherat. Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Thèse de Paris 1889.

(2) Mesnard. Gaz. hebd. des. sc. med. de Bordeaux. Juillet 1884.

(3) A. Sennett. The Lancet 10 Juin 1887.

importanța lor în cea ce privește modul de întrebuințare critică, ce putem face acestor procedee; iar mai la urmă să vedem care metodă e mai bună și de care trebuie să ne servim în anumite împrejurări. Tóte aceste procedee tind a atinge acelaș scop, de a ucide hidatidele, de a opri formarea puroiului și în fine de a împedica absorbțiunea în sânge a lichidului antiseptic întrebuințat.

Iată cum procedăm după metoda lui Mesnard: Se spală pielea unde voim a face punțiunea, cu o soluțiune antiseptică, instrumentul se trece prin flăcări unei lămpi, și se punțiunează cu un trocar saū ac No. 2, a lui Potain, se aspiră pe cât e posibil conținutul pungei fără a schimba acul din loc. Intrebuințând acelaș instrument, introducem printr'o pompă, o soluțiune antiseptică, de ordinar sublimatul corosif, care se lasă puțin în pungă apoi se aspiră din nou; de obicei fiind-că nu tot lichidul póte fi scos, se introduce din nou apă alcalisată saū după cum face Debove, apă sărată.

S'a observat câte odată că, cantitatea de licórea a lui Van Swieten nu póte fi cu totul aspirată, din care cauză putem asista la simptome de intoxicațiune mercurială; ast-fel Juhel-Rénoy citéză observațiunea unui copil de doi ani, care în urma a două splături cu 125 grame de soluție Van Swieten, prima lăsată 10 minute și secunda 5 minute, copilul a avut imediat diareă și gingivită; aceleași desplăceri le avu și Merklin, cu deosebire că accidentele mercuriale aū fost mult mai grave, căci în urma unei inecțiuni de 200 grame și lăsată în pungă 10 minute, bolnavul după o oră cădu într'o stare sincopală, frisoné, stomatită mercurială puternică, diareă profusă și albuminurie.

Aș putea să vă citez numeroase observațiuni, cred însă că vați convins de inconvénientul ce-l are acest metod introducând cantități mari de sublimat și lăsat mai mult timp în pungă; de aceea autori aū căutat să înlocuiască soluția de sublimat, cu alte lichide mai puțin toxice.

Debove, înlocui licórea lui Van Swieten prin o soluție de sulfat de cupru 5%, cantitatea suficientă e de un litru de lichid. Resultatele aū fost bune.

Juhel Rénoy, întrebuințéză o soluțiune de naftol 2%, și când supurația începe, d-sa concentreză soluția până la 20 grame, pentru 250 grame de apă.

Metoda întrebuintată în serviciul meu a fost aceea a lui Baccelli

După ce am scos cu o seringă 15 grame de lichid, am introdus o cantitate egală (poate și mai puțin) de licórea lui Van Swieten și rezultatele au fost nu numai îmbucurătoare, dar chiar urmate de vindecare. Observațiuni numeroase există în serviciul nostru în această privință cu rezultate bune.

Printre ele voi cita observațiunile dómnei unui militar a căria diagnosă era hepatita gomósă, am fost de părere contrariă, era un chist hidatic; și pe când chirurgii doriau să intervie într'un mod activ, în urma opunerii noastre această dómnă a fost tratată prin simple injecțiuni și tămăduirea s'a obținut complet și definitiv.

D. Hanot a mers de la 15—50 gr. de soluție, fără să fi adus vre-un accident mercurial, repet că metoda lui Baccelli mi se pare cel mai bun și cel mai rațional.

Pentru a vedé pe larg tratamentul chistelor hidatice, puteți încă consulta tezele lui Miraude (1) și Demars (2), scrise în anii 1888 și 1890, în cari veți găsi prea bine studiată această chestiune.

Vă reamintesc asemenea că, după ce ați făcut punțiunea și ați introdus soluția de sublimat, recomandați bolnavului a sta liniștit în pat cel puțin 24 de ore. În ceea ce privește aparițiunea urticariei după punțiune (casul observat de noi), probabil ea e datorită lichidului hidatic care conține ptomaine, introduse în economie prin absorbțiune. Această hipotesă a fost confirmată pe cale experimentală.

BIBLIOGRAFII

1. *P. Eassie*, The veterinary journal, Mai, 1887 p. 325.
 2. *Morat*, Bull. de la Soc. centr. m. veter. 1887, p. 214.
 3. *Dupuy*, Journal de médecine de Sédillot, 1825, p. 63.
 4. *Mignin*, Soc. de biologie, 1881, p. 105
 5. *C. Lencke*, Archives vétérinaires, 1883, p. 279.
 6. *Huber*, Jahresber d. naturhist. Vereins in Augsburg 1861.
 7. *Huber*, I. parassiti dell'uomo. Milano, 1882.
 8. *Bollinger*, Deutsche Zeitschr. f. Tierme u. vergl. Pathol, 1875, p. 109.
 9. *Bransteiner*, Zur vergleich. Pathol. der alveolar-Echinococcus der Leber, München, 1884.
 10. *Reynold*, The veterinary Journal 1883, p.178.
-

(1) *Miraude*. Thèse de Bordeaux, 1890.

(2) *Demars*. Des Kystes hydatique du foie. Thèse de Paris 1883.

DESPRE TREMURATURI ÎN GENERAL.

La drépta, în sala No. 8, se află bolnavul C... M..., culcat pe patul No. 50, care prin înfățișarea sa v'a atras sunt sigur atențiunea, de câte ori ați intrat în acest salon. El e atins de un fel de tremurături ritmice și aprópe continu, mai ales dacă veți căuta a-l escita puțin. Capul îi tremură, membrele superióre și mai ales mâinele sunt în mișcare aprópe perpetuă, din când în când și membrele inferióre tremură, într'un cuvînt tot corpul nu e în repaos, nu e liniștit de cât numai când dórme. Din acest tabloù cu totul concis vedeți că, e imposibil de a nu cunoște că acest pacient se găsește într'o stare anormală, presentând turburări ale sistemului nervos. Încă de la început trebuie să vă spun, intențiunea mea nu este de a vă vorbi în mod exclusiv numai asupra tremurăturilor acestuî bolnav, voesc mai bine, a vă vorbi despre tremurături în general, ca pe urmă să putem specifica anume în ce maladie se pot găsi aceste tremurături.

Nimic nu e mai ușor de cât a observa acest fenomen și totuși e fórte greù de a distinge o tremurătură, de o altă tremurătură; de aceia mult timp a trecut, până când nevrologiști ca Charcot, Rendu, Pitres, Dutil și alții, au făcut o clasificățiune a tremurăturilor.

Galien cel întâiù formulă teoria sa, care cu tótă vechimea e demnă de atențiunea noastră și își conservă până astăzi valórea sa practică. După el, dacă o paralisie resultă din slăbirea funcțiunilor nervóse și dacă acéstă funcțiune este micșorată, atunci se produc tremurături.

El mai observă că sunt douë feluri de tremurători: unele cari se produc prin mișcare (înțelegênd mișcările voluntare ale bolnavului), iar altele cari se produc și în timpul repaosului.

«Considerám tremurăturile ca o serie de crampe musculare clo-
«nice, intermitente, cu excursiuni scurte, putênd fi provocate fie printr'o
«acțiune centrală, saù prin o escitațiune periferică» (Rosenthal) (1).

O altă definițiune și mai scurtă, putem da pe cea următoare: tremurăturile sunt turburări ale inervațiunei, pe cari le întâlnim în óre-

(1) *Traité Clinique des maladies du système nerveux, chapitre XXXIII, pag. 587 A 1878*

carî stări morbide și carî se traduc prin oscilațiuni mai mult sau mai puțin însemnate. Experiența a probat că tremurăturile le putem produce asupra animalelor decapitate, escitând măduva spinărei cu un ușor curent galvanic, pe care 'l întrerupem din când în când; la același rezultat putem ajunge dacă vom otrăvi spre exemplu o brăscă cu nicotină, etc.

Experiențele fiziologice și observațiunile clinice au arătat că opium, mercuriul, plumbul, etc. luate mult timp și în dosă mărită dau naștere la tremurături. Bătrânii înaintați în vîrstă și adesea alcoolicii nu sunt scutiți de aceste turburări. Sunt încă o serie de maladii ale crebrului și măduvei spinărei, ca în sclerosă cerebro-spinală și în unele mielite și ataxii, carî sub influența voinței și iritând nervii motori, putem provoca tremurături.

Dacă vom adăoga la acestea și seria nevroselor cum spre exemplu: Isteria, coreia, etc., ce pot fi însoțite de tremurături, atunci ne putem face o idee, cât e de mare numărul maladiilor în care putem întîlni aceste turburări ale inervațiunei. Iacă de ce vă spuneam încă de la început, că trebuie să vă vorbesc mai întăiū despre tremurători în general și în urmă să discutăm și cazul nostru.

Tremurăturile pot atinge membrele superioare, inferioare, mușchii gâtului și ai capului, alte-orî toți mușchii sunt atinși împreună cu ai feței, maxilarului inferior și ai limbei, din care causă vorbirea devine dificilă. Câte odată tremurăturile se limitază la mușchii ochilor sub formă de nistagmus. Putem observa tremurături trecătoare datorite ore căror impresiuni sensoriale, sau în decursul unor maladii grave, ca: febra tifoidă, pneumoniile bețivilor; etc. în alte casuri tremurăturile constiue un simptom care nu părăsesce bolnavul totă viața.

Și fiind că vorbim de tremurături în general cred că e nemerit de a vă expune în mod succint etiologia tremurăturilor. În prima linie tremurăturile ating de preferință ființele omenesci, al căror sistem nervos este ușor escitabil. Copii delicați și debili, născuți din mume nervose, — la început adesea tremură când apucă un obiect sau o lingură în mână și mai cu sémă când încep a scri; cu timpul însă, îndată ce se fortific tremurăturile dispar. Sexul femeesc, mult mai sensibil și mai escitabil, presintă în general cea mai mare predispozițiune la tremurături, de cât sexul bărbătesc.

Cu timpul, cu vîrsta și cu obiceiurile, tremurăturile pot fi determinate

prin : alcoolismul cronic, opiofagie, abus de tutun, acțiunea vaporilor mercuriali (chiar preparatiunile mercuriale), plumbul, întrebuintările prelungite și intempestive al cosmeticelor sau fardelor cari conțin mercur sau plumb. Vă atrag atențiunea asupra acestui din urmă punct, rugându-vă să citiți memoriul meu asupra cosmeticelor, în care veți vedea rezultatele displăcute și adesea nenorocite ce le-ați adus și le aduc aceste cosmetice. Cităm încă ca cauze, maladiile grave, emoragiile abundente, isteria. Cause morale și depresive, prelungite sau repetate ; p. c. și eforturi psihice, continuate mult timp. Am de adăogat încă maladii ale sistemului cerebro-spinal și în fine slăbirea forțelor din cauza bătrâneței pôte încă favorisa aparițiunea tremurărilor.

Din această etiologie se vede că tremurăurile însoțesc diferite stări morbide. Sunt unele stări patologice unde tremurăurile singure domină tabloul clinic, în altele e asociat cu diferite simptome, mă explic.

Tremurătura este un simptom singur care însoțesce o anumită stare anormală, de exemplu tremurăurile senile.

Câte odată este un simptome patognomonic, asociat cu alte simptome ca în paralisia agitantă sau sclerosă în plăci ; alte-ori tremurătura este un epifenomen, care se adaugă la o maladie anterioară spre ex. : tremurăurile în paralisia post-hemiplegică.

În fine, vă recapitulez ce am dis mai sus că, tremurăurile le puteți întâlni ca simptome în ôre-cari stări generale morbide, cum spre exemplu în alcoolismul intoxicațiune prin mercur, plumb, arsenic, tutun și cosmetice.

Aceste zise asupra etiologiei, am credința ca d-v. ați înțeles dorul ce'l am, de a vă pune pe o cale ușoră, ca din sutdiul tremurăurilor să trageți cunoscinți practice la patul bolnavului.

A observa o tremurăură, a vedea dacă ea este voluntară sau involuntară, dacă se produce în repaos sau în mișcările intenționale, în fine a numera câte oscilațiuni face într'o secundă și dacă aceste oscilațiuni sunt uniforme, cresc sau descresc în amplitudine, aceste tôte împreună ne pot pune pe cale de a diagnostica natura tremurăturei.

Pentru a fi clar, mă simt dator a vă expune pe scurt câte-va din afecțiunile nervose, cari sunt însoțite de tremurăuri și pe cari le putem cunosce după acest simptom.

a) *Sclerosă în plăci*. — Nu descriu maladia, ci numai tremură-

turile, ele au un caracter particular și nu se manifesta de cât sub impulsivitatea mișcărilor intenționale; ele încetază dacă bolnavul este în repaos complet culcat pe pat; dacă se rădică în sus mușchii gâtului și ai trunchiului intră în joc, pentru a ține pozițiunea verticală a corpului, în acest timp se produc oscilațiuni în cap și trunchi; din contra în membre nu se observă nici o oscilațiune de vreme ce ele sunt în repaos. Putem face să apară tremurături și în membrele superioare, spre exemplu: spuind bolnavului de a duce la gură o lingură sau un pahar cu apă, în acest cas pacientul face o mișcare voluntară destul de mare, condițiune necesară pentru a aduce tremurătura. În momentul când apucă paharul cu degetele, oscilațiunile sunt mici și cu cât 'l apropie spre gură, ele cresc și atinge maximul în momentul când paharul e la buze.

Resum: Tremurăturile în sclerosă în plăci se produc în timpul mișcărilor intenționale, și oscilațiunile cresc în amplitudine și ajung maximul când bolnavul 'și atinge scopul.

b) *Tremurăturile în morbul lui Parkinson sau paralizia agitantă.* Ele sunt ritmice, durata lor e scurtă și amplitudinea mică. Notăm un fapt important și anume: tremurăturile se produc în afară de mișcările voluntare ale bolnavului. La început aceste mișcări involuntare pot fi dominate de pacient sau micșorate dacă el 'și susține membrul ce tremură. Adaug asemenea că ele încetază în timpul somnului.

Dacă ordonați bolnavului să apuce cu mâna un pahar și să-l ducă la gură, veți observa tremurături în acest membru, câte câte odată oscilațiunile să se mărescă; dar nici odată ele nu vor descri, un arc de cerc așa de mare ca în sclerosă în plăci.

Mișcările de tremurare se pot mări în intensitate, mai ales sub influența emoțiunilor, răceleii, eforturilor etc. Une-orii se întind la o jumătate a corpului adesea în partea dreaptă, câte o dată la brațul și gamba stângă, apoi în mușchii maxilarului inferior, buzelor și limbei.

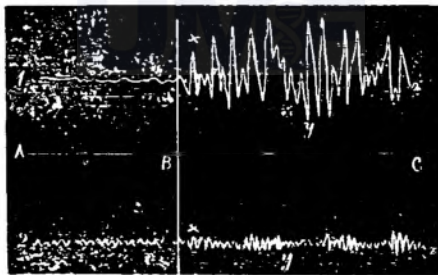
Când punem bolnavul în extensiune culcat pe pat, și îi susținem trunchiul de ambele părți, tremurăturile încetază ore-care timp. Pacientul are fisionomia imobilă, ochii sunt aproape ficși, (au mișcări foarte limitate) vorbirea e sacadată și adesea gura e plină de salivă având frică să o înghiță.

Un fenomen important observăm încă în paralizia agitantă și

anume: mersul e precipitat și nesigur. *Bolnavul are tendință de a fugi și a cădea înainte sau îndărăt.* Acest semn dat ca patognomic de către Sauvage și Sagar, nu se observă în tot-d'auna, el nu e de cât o complicațiune a periodelor ulterioare, datorit eforturilor ce 'și dau bolnavii pentru a-și menține centrul de gravitate în timpul mersului. Cu cât maladia înainteză, cu atât tremurăturile devin mai continue și spre sfirșitul vieței, ele se observ chiar în timpul somnului. Aceste date scurte vë pot da o ideeă despre o paralisie agitantă, căci tremurăturile în morbul lui Parkison diferă de ale sclerosei în plăci, prin accia că aũ o durată scurtă, oscilațiunile sunt mici și dispar în timpul somnului, pe cât timp ale sclerosei în plăci se măresc progresiv până în minutul când bolnavul 'și-a atins scopul. Dacă la acestea veți adăugi încă atitudinea și mersul caracteristic în paralisia agitantă, atunci ușor veți deosebi tremurăturile acesteï maladii, de ale sclerosei în plăci.

Vë arăt aci trei traseuri de tremurături: (1).

A. Traseul tremurăturilor în sclerosă în plăci.



B. Traseul tremurăturilor în paralisia agitantă.



C. Traseul tremurăturilor obținute la bolnavul nostru C. M.

Voiũ discuta la timp, care e valórea semiotică a traseului obținut de la pacientul nostru și voiũ căuta să explic, ce fel de formă aũ aceste tremurături și unde anume le putem așeđa în clasificățiunea profesorului Charcot.

(1) Traseurile din A și B sunt luate după d-nul Charcot.

Oscilațiunile în sclerosă în plăci și în paralisia agitantă sunt încete și numărăm 4 până la 5 pe secundă, același număr de oscilațiuni se observă și în tremurătura senilă.

Profesorul Charcot a clasificat aceste tremurături după numărul oscilațiunilor într'o secundă, ast-fel prima divisiune cuprinde tremurături cu oscilațiuni încete; a doua divisiune cuprinsă de tremurături cu oscilațiuni repeși cărora le-a dat numirea de tremurături vibrato-re, aci intră: tremurăturile mercuriale, alcoolice, tremurăturile în paralisia generală și tremurăturile în maladia lui Basedow. Numărul oscilațiunilor în această divisiune e de 8 până la 9 pe secundă.

Intre aceste două divisiuni există o altă categorie de tremurături cari prin numărul oscilațiunilor într'o secundă (4 până la 6) țin locul mijlociū între cele două de mai sus, și aci intră tremurăturile în isteriă.

Tremurăturile în isterie se asemănă adesea, cu toate tipurile de tremurături cunoscute și cu cari adesea se pot confunda. Câte odată ele sunt încete, numărăm 4 până la 5 pe secundă ca în paralisia agitantă, alte ori imiteză tremurăturile vibratorii ca în alcoolism, maladia lui Basidow și paralisia generală, alte ori imiteză tremurăturile intenționale ca în sclerosă în plăci. Resultă deci că studiul acestor diverse tipuri de tremurături isterice, se pot confunda cu cele alte tremurături neisterice și trebuie să aveți în vedere a nu face această confusiune regretabilă. Fără îndoială scopul pe care l urmărim în clinică este de a sci, că cutare saū cutare tremurătură, este datorată unei scleroze în plăci, unei paralisii agitante, unei intoxicațiuni cu mercur saū în fine unei isterii și de aceia trebuie a căuta pe cât ne e posibil de a nu le confunda unele cu altele.

Pentru a fi mai deșlușit, vë pun sub ochii d-vóstră următoarele două tablouri cari cuprind: primul clasificățiunea tremurăturilor în general și al douilea tabloū, cuprinde clasificățiunea tremurăturilor în isterie.

Acastă clasificățiune e bazată pe numărul oscilațiunilor într'o secundă.

Profesorul Charcot a format trei grupe de tremurături mai mult saū mai puțin distincte.

- 1) Tremurături cu oscilațiuni încete.
- 2) « « « mijlociū.
- 3) « « « repeși.

Veți înțelege că această divisiune, nu este cu totul naturală, dar oferă din punctul de vedere practic. un interes real.

Iată tabloul aranjat de Prof. Charcot. (Leçons du Mardi à la Salpêtrière.

Tremurături sau oscilațiuni ritmice.

A. Tremurături provocate prin mișcări intenționale.	}	Sclerosa în plăci
		Morbul lui Friedreich
	}	1. Oscilațiuni încete 4—5 pe secundă.
		2. Oscilațiuni intermediare 3 ¹ / ₂ —6 pe secundă.
B. Tremurături provocate prin mișcări în repaus.	}	Tremurătura senilă.
		Tremurătura histerică.
		3. Oscilațiuni repezi vibratorii 18—9 pe secundă.
		a) degetele mâinilor nu tremură individual. Basedow.
		b) Tremurături individuale ale degetelor. Alcoholism.
		c) Paraliziă generală.

Se adaugă la acestea :

C. Tremurături în repaus 5—6 oscil. pe secundă.	}	Tr. intenționale cu exagerarea considerabilă a oscilațiunilor.
		Tr. mercuriale.

Am vorbit mai sus de tremurăturile ce se observ în sclerosă în plăci și în paralisia agitantă, am arătat cum în cea d'întâiu, oscilațiunile se măresc progresiv până în momentul când bolnavul și-a atins scopul și dispar în timpul repausului; iar în paralisia agitantă, oscilațiunile sunt mici, nu se măresc și dispar în timpul somnului.

Să trecem acum să examinăm *tremurăturile senile*, cari fac parte din grupa B, (numărul 1), au oscilațiuni de 4—5 pe secundă.

Iată după d-nul Demange care sunt caracterele clinice ale acestor tremurături. Ele încep cele mai adesea ori prin mușchii ce-fei și ai gâtului; alte-ori prin membrele superioare, adesea rămân localizate la cap, câte odată ocupă membrele superioare și foarte rar cele inferioare.

Tremurăturile senile sunt aprópe nule, când individul se află în completă rezoluție musculară adică, când stă culcat pe pat cu capul sprijinit pe pernă; asemenea nu se observă în timpul somnului. Indată însă ce bolnavul se scólă și 'l facem să-și întindă mâinile sau îi or-

donăm să stea drept, atunci tremurăturile apar; ele se măresc în intensitate îndată ce face mișcări cât de mici, sau un efort pentru a susține o greutate; aci adăugăm un fapt important și anume: îndată ce efortul său mișcarea voluntară s'a terminat; cu alte cuvinte îndată ce capul, brațele sau gamba găsește un punct de sprijin, tremurăturile încetază; din contra o emoținne, sau atențiune încordată pentru a atinge un scop, măresc tremurăturile.

Tremurătura capului este caracteristică, sguđiturile mușchilor cefeii și ai gâtului imprimă capului (când el nu e sprijinit) oscilațiuni ritmice, deosebite de ale membrilor sau trunchiului.

Capul se mișcă câte odată orizontal (tremurătura negativă), alte ori în sens vertical (tremurătura afirmativă) și în fine ambele se pot uni și în acest cas, aceste două mișcări imprimă capului oscilațiuni oblice.

Tremurătura membrilor superioare este mai puțin constantă ca aceea a capului. Dacă antebrățele și mâinile sunt întinse pe o masă, ele nu tremură; însă dacă îi ordonăm să le ridice se observă în antebrăț, mâni și degete, oscilațiuni mici regulate, uniforme, isocrone și nu simulază acțiunea de a tórce, ca în paralisia agitantă.

Spunând bolnavului să apuce un obiect óre-care, bėtránul face această mișcare intențiunală în următorul mod: întinđénd membrul observăm nisce oscilațiuni cari se măresc brusc în amplitudine și apoi rămân uniforme în tot timpul până ce și-a ajuns scopul determinat

În puține cuvinte putem đice:

1. *În paralisia agitantă oscilațiunile sunt mici, uniforme, ritmice și nu cresc în amplitudine, de la început până la sfírșitul mișcării intențiionale.*

2. *În sclerosă în plăci tremurăturile sunt ritmice și oscilațiunile se măresc în amplitudine, progresiv și ajung maximul la sfírșitul mișcării intențiionale.*

3. *În senilitate tremurăturile sunt caracterisate prin oscilațiuni cu amplitudini cari cresc brusc la început și apoi rămân uniforme până la sfírșitul mișcării intențiionale.*

Tremurături isterice. Ele fac parte din grupa B, (numėrul 2), numėrând 4—6 oscilațiuni pe secundă. Cari din d-vóstră va voi să studieze pe

larg aceste tremurături îi sfătuiesc să citească memoriul d-lui Dutil (1), Lecțiunile profesorului Charcot (2) din 1889; comunicațiunea făcută de d-nul Rendu la societatea medicală a Spitalelor din 12 Aprilie 1889; precum și interesantele lecțiuni de clinică ținute la Bordeaux de Pitres.

Din parte-mi, vă fac cunoscut că voi expune pe scurt tremurăturile isteriei.

Se disting trei forme de tremurături isterice (Pitres) și anume

1. Tremurături trepidătoare.
2. Tremurături vibrătoare, și
3. Tremurături intenționale.

Forma trepidătoare, este caracterisată prin trepidațiuni de obicei localizate la un membru și în particular la un membru inferior. Tremurăturile sunt constituite prin sguiduri alternative (ritmice) de extensie și flexiune a piciorului pe gambă, a gambei pe cósă și a cóssei pe basen. Ele se asemănă mult cu trepidațiunea epileptoidă ce se observă în urma sclerosei sistematice a fasciilor piramidale. Numărul oscilațiunilor într'o secundă sunt de 5—7 (Pitres).

Aceste mișcări nu se produc adesea, de cât în unele pozițiuni de exemplu, când bolnavul stă în pozițiunea ședândă, în picioare sau când merge.

2. *Tremurături vibrătoare*. Ele sunt constituite prin sguiduri mici scurte și uniforme, imprimând membrilor mișcări repeđi de oscilațiuni vibrătoare și se observă în toate părțile corpului, dar mai ales în membrele superioare. Pentru a le putea obține rugăm bolnavul de a întinde brațele în pozițiune orizontală, atunci se observă în degete și mâini oscilațiuni veditate și se opresc îndată ce brațele au căđut inerte în lungul corpului. Vă atrag atențiunea asupra acestei forme de tremurături, căci ele se asemănă, când cu maladia lui Basedow, când cu aceia a lui Parkinson; câte odată ele simulează tremurăturile senile sau pe cele alcoolice.

Pentru acest scop trebuie a avé în vedere anamnesa bonavului

3. *Tremurături intenționale*, (type Rendu) imităză perfect tremurăturile sclerosei în plăci.

(1) Nouvelle iconographie de la Salpêtrière No. 1—3, 1891.

(2) Des tremblements hystériques. Leçon du 13 Novembre 1889. Charcot. Maladies du Système nerveux tome I 1892.

Finesc aci cu varietățile de tremurături isterice și pentru a le avea mai clare în memorie, vă alătur tabloul d-lui Dutil în care se vede, cum aceste tremurături pot adesea imita pe acele deja descrise

Tremurături isterice.

A. Tremurături neexagerate prin mișcări voluntare.	1. Tr. oscilătoare lente 3—6 pe secundă. 2. Tr. vibratoare repezi 8—9 și mai multe pe secundă.	Imită paralizia agitantă sau Tr. senilă. Imită morbul lui Basedow Tr. alcoolică și a paraliziei generale.

Continuăm tremurăturile din grupa B, numărul 3, cu oscilațiuni vibratoare și începem cu:

Tremurăturile în maladia Basedow. Ele ocup membrele superioare, în particular mâinele; câte odată și membrele inferioare, când oscilațiunile se comunic corpului întreg. Pentru a vă convinge așezați bolnavul în pozițiune ședândă, și-i puneți mâna pe epolet sau pe cap. Bolnavul fiind desbrăcat, observăm că cea mai mare parte din mușchii trunchiului sunt coprinși de sguiduituri ritmice. Numărul oscilațiunilor într'o secundă e de 8—9, poate și mai multe. E ușor de a diagnostica aceste tremurături având în vedere exoftalmia, gușa și tahicardia.

În alcoolism și paralizia generală progresivă, oscilațiunile sunt mult mai numeroase și degetele pot tremura individual.

Grupa C, coprinde *Tremurăturile în intoxicațiunile cu mercur.* Ele încep în momentul când bolnavul execută o mișcare voluntară. Tremurăturile persist aproape constant, dar puțin accentuate în timpul repaosului și se măresc în mod exagerat prin mișcări intenționale. Pentru a le cunósce mai bine și mai sigur ne vom servi de anamnesa bolna-

vului. Vă recomand încă să citiți tesa lui Mugnerot (1) din 1889 asupra tremurărilor mercuriale și a tratamentului lor.

După ce v'am făcut cunoscut tremurăturile în diferite maladii; revin asupra casului nostru pentru a vedé unde și anume în ce clasă putem să punem tremurăturile obținute la acest pacient.

Observându-l cu atențiune, la prima vedere ne isbesc tremurăturile și atitudinea bolnavului. Privirea îi fixă, mișcările ochilor sunt limitate, capul pare a fi rigid și puțin aplecat în jos, vorbirea e greoie; din când în când și mai ales dacă îl escităm, trunchiul și capul sunt cuprinse de tremurătură transmisă fie de la membrele superioare, fie de la cele inferioare.

Membrele superioare vă atrag atențiunea prin tremurătură ritmice, încete, de scurăt durată, și amplitudinele oscilațiunilor sunt mici, am numérat în 15 secunde 70 de oscilațiuni, ceea ce ne dă 4—5 pe secundă în termen mijlociū.

Aceste tremurătură le observăm și în repaos, însă dispar în timpul somnului. În mișcările voluntare intenționale tremurăturile se produc în următorul mod: ordonând bolnavului să apuce și să ducă lingura la gură, vedem că el face această mișcare intențională însoțită de tremurătură, a căror oscilațiuni nu cresc în amplitudine (sau foarte puțin se măresc), din minutul când a început mișcarea până ce și-a atins scopul. Acum dacă comparăm traseul (B), obținut în tremurăturilor din paralizia agitantă, cu traseul acestui bolnav (C); asemenea dacă observăm numărul oscilațiunilor într'o secundă, care în ambele împrejurări sunt de 4—5 pe secundă, vom vedé că există o mare asemănare între ele.

Sunt însă câte-va simptome ce se observă la bolnavul nostru, cari ne fac a ne depărta de paralizia agitantă; ast-fel cele 4 degete ale mâinilor au tremurătură ritmice, isocrone; policele însă are tremurătură câte odată independente, câte odată isocrone cu cele-lalte; în nici un cas nu simuléză nici torsul de răsucit fire, nici mișcările degitelor de a face glónțe de pâine.

Simptomul patognomic a lui Sauvage, adică tendinta ce are bolnavul de a fugi și a cădea înainte sau îndărăpt după centrul său de gravitate, în cazul nostru lipsesce, aci observăm că mersul e nor-

(1) Mugnerot du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents esthésiogènes Th. Paris, 1889.

mal, nu e paraplegic și nu sunt semne de slăbiciune mai mare într'un membru ca în cel-lalt.

În timpul somnului tremurăturile dispar. Pentru aceste considerațiuni și având în vedere asemănarea apropiată a casului nostru cu unele simptome din paralisia agitată, precum și asemănarea între traseuri, am pus diagnosticul clinic: *tremurături generalisate sub formă de maladia lui Parkinson*. La acestea adăog și observațiunea bolnavului care presintă un interes clinic deosebit.

Costache Misail, rotar, 50 ani, naționalitate română, str. Iancului 149, intrat în cura spitalului în anul 1882, luna Maiul ziua 1.

Diagnosa. Tremurături generalisate sub forma de maladia lui Parkinsno.

Anamnesa. Tatăl mort în urma unei disenterii (scaune sanghinolente, ca spălătura de carne, tenezme mari, bóla a venit vara în plină sănătate și a durat 2 săptămâni.

Mama, tot-deauna sănătósă, a murit la etatea de 78 de ani.

Un frate a murit de tuberculosă pulmonară.

De când se scie, bolnavul nostru a fost tot-deauna bine. E însurat și are toți copiii sănătoși.

Acum 10 ani a suferit de friguri în timp de o lună.

Bóla pentru care ni se presintă a început acum 9 luni.

S'ar fi expus atunci la răcéla (a dormit pe câmp în plóie și vânt cu zăpadă) și a început a avea tremurături în brațul drept și în cap, mai întâi slab și apoi din ce în ce mai tari, s'au întins cu încetul și în brațul stâng și în membrele inferióre. De vre-o 3 luni mai ales bóla s'a agravat mai mult.

Cu mulți ani mai înainte, când se emoționa ceva mai mult avea tremurături ușóre în tot corpul.

Actualmente bolnavul ne atrage atențiunea prin tremurăturile sale. Membrele superióre, capul și membrele inferióre sunt agitate de aceste tremurături.

În membrele superióre, tremurătura constă în nisce oscilațiuni mici de amplitudine aprópe egală, netrecând peste 2—3 cm. Aceste oscilațiuni se produc une-orî în membrul superior întreg, alte-orî numai în antebrațe sau numai în mâna propriu disă. Cele mai dese orî se produc numai în antebrațe și în mână. Oscilațiunile se produc atât în sensul antero-posterior cât și în sensul e lateral; cele 4 degete opuse policelui aú mișcări comune, concordante, izocrone; policele are tremurături une-orî izocrone cu a celor-lalte, alte-orî independente, dar nici odată nu simuléză o mișcare coordonată, ca acțiunea d'a răsuci fire, sau a faec glónțe de pâine, etc.

În cap se observă, afara de zguduirile comunicate, tremurături independente, cari se produc și când restul capului e în repaos, (când nu tremură).

(1) Obs. de D-I Manecatide, internul serviciului.

Oscilațiunile capului aŭ o amplitudine mult mai mică, nu trec peste 1—2 cm. și se fac atât în planul vertical, ca mișcări de flexiune și extensiune, cât și în planul orizontal, ca mișcări de rotațiune. Aceste tremurături se produc mai ales în mușchii gâtului și ai maxilarului inferior -- contrastând cu partea superioară a feței care e imobilă.

În membrele inferioare tremurăturile constau în oscilațiuni mici de flexiune și extensiune a piciorului și mai rare-ori tremurături ale membrelor în întregul lor. Și aci oscilațiunile sunt mici (2—3 cm.)

Tremurăturile apar mai des și sunt mai întinse în brațul și mâna dreaptă, apoi în piciorul și întreg membrul inferior stâng, în membrul superior stâng, în cap și în membrul inferior drept.

Aceste tremurături, toate, aŭ următoarele caractere generale:

- a) Se produc cu mai mare intensitate când bolnavul este emoționat.
- b) Se slăbesc foarte mult, aproape dispar, când bolnavul se sprijină sau îl culcăm pe pat și îl susținem de părțile laterale ale corpului.
- c) Atențiunea și voința bolnavului face ca tremurăturile să fie mult mai slabe.
- d) Dacă distragem atențiunea bolnavului, tremurăturile se exagerază.
- e) Ritmul tremurărilor e foarte regulat și am numărat 70, adică aproape 4—5 oscilațiuni pe secundă aproximativ, înscriind pe o hârtie oscilațiunile produse în 15 secunde, ritmul e lent, și regulat.
- f) Aceste tremurături dispar în timpul somnului.

În regiunile atinse de tremurături, *mișcărilor voluntare* se fac în mod normal; nu există nici o paralizie.

Imprimând *mișcări pasive* membrelor, nu constatăm rigiditatea musculară, nu întâmpinăm nici o rezistență.

Exameul dinamometric ne arată o slăbire a forței în mâna dreaptă și a nume la presiune, dreaptă arată 25 k., stângă 30; piciorul drept 30 k., cel stâng 30 k., la tracțiunea mânei dreaptă 19 k., stânga 20 k.

Excitabilitatea electrică a mușchilor e normală.

Reflexii tendinoși rotuliani exagerați; nu e trepidațiune. Reflexii olecraniene și ai tendónelor mânei par normali. *Reflexii cutanați* scăduți.

Mersul se execută în mod normal, nu e paraplegie, nu sunt semne de slăbiciune mai mare într'un membru ca în cel-alt. Bolnavul umblă bine cu ochii închiși. Pacientul are încă o *atitudine specială*; corpul e puțin înclinat înainte, regiunea cervicală și dorsală superioară a colónei vertebrale e încurbată înainte și e înțepenită. Aceiași *fixitate* observăm și *în figură* și în privirea bolnavului. Atitudinea și masca acesta s'ar apropia de ale bólei lui Parkinson, dar nu observăm la bolnavul nostru modul special de a ține mâinile, nici mersul cunoscut, al alergărei după centrul de gravitate.

Sensibilitatea tactilă e conservată și normală pe totă suprafața corpului. Sensibilitatea la *temperatură* e asemenea normală ca și sensibilitatea la *durere*, care e mai exagerată în raport cu cele-lalte, cari par puțin întârziate.

Examenul *mişcărilor ochiului* în dreapta și în stânga nu ne arată nici o turburare. *Pupilele* sunt mobile atât la lumină cât și la acomodarea de convergență. *Vederea* e bună. Câmpul vizual normal mare, fără lacune, chromatopsia normală.

Auđul bun și egal în ambele părți.

Mirosul și gustul normale.

Simțul muscular nu e alterat.

Somnul normal; bolnavul doarme bine. *Inteligența* bună.

Bolnavul se plânge de dureri de cap ușore și înțepenelă în cefă.

Nu aflăm alte turburări din partea sistemului nervos, ca turburări trofice, de secrețiune, etc.

Bolnavul are o senzațiune generală de căldură și trebuință d'a face mișcări, d'a umbla, pentru-că în acest mod tremurăturile se mai ușurează.

Din partea celor-lalte aparate aflăm:

Cordul, normal ca volum, are bătăile mai surde, mai profunde. *Pulsul* regulat plin și destul de forte. *Arterele* sclerozate.

Ficatul și splina normale. Digestiunile se fac bine. Defecațiunea și micțiunea normală.

Urina nu conține albumină.

UMF

PARALISIA NERVULUI FACIAL

E mult timp de când nu am avut ocaziune, de a vedea în serviciul meu serii de bolnavi, cari grupați la un loc, presint una și aceeași maladie (cu fenomene diverse); având sediuri deosebite de localizațiune; ast-fel actualmente observați în sala 9, patru pacienți, atinși de maladia nervului facial; iar în reserva femeilor un al cincilea cas, o fată, -- pe care, daca o provocați să riță, veți observa deviația buzelor la stânga; și această pacientă este atinsă tot de paralisia nervului facial.

Cercetând în trecăt cei-l-alți bolnavi, chiar de la prima vedere suntem isbiți de diferite turburări funcționale ale sistemului nervos, spre exemplu: unul are hemiplegie stângă cu deviația gurei de aceeași parte, deviația conjugată a ochilor în partea dréptă, rotațiunea capului în aceeași parte, etc., altul are un mers foarte ciudat, umbulet de om beat, tot voesce a cădea înapoi și în partea dréptă, vorbește îngânat, iar trăsurile feței în partea stângă sunt mai cu totul șterse și comisura de aceeași parte a buzelor, e mai coborită la stânga ca la drépta. Acest bolnav, pe lângă că e hemiplagic, are și o paralisie facială. Al treilea pacient, înghite alimentele cu anevoință, vede din când în când două persoane în loc de una; fața e deviată la drépta, o sprîncenă e mai sus și alta e mai jos, un ochiü îl deschide mai bine și altul mai rău, gura e dusă spre drépta, etc. Al patrulea bolnav, are o scursóre din urechia dréptă, fața e asimetrică, fruntea e mai mare la drépta de cât la stânga, din cauza sbârciturilor ce sunt șterse de această parte, sprîncena dréptă mai sus în raport cu cea stângă, care se află pe un plan mai superior, brasdele feței mai șterse la drépta,

lobulul nasului deviat la stânga, etc. Al cincilea, e bolnava despre care am vorbit, a căreia față are atitudini foarte caracteristice, căci se strâmbă când ride.

Citind aceste puține rînduri, sunt sigur, că ele vă dau impresiunea unei fraseologii góle, fără șir și fără sens; cu tóte acestea faptele clinice sunt bine stabilite și d-vóstră nu aveți de cât să mă controlați.

Paralisia facială de care sufer acești bolnavi, presintă un punct obscur, pe care îndată ce vi-l voi face cunoscut, descripțiunea acestui subiect va deveni interesantă, atrăgătoare și lesne de înțeles; cu alte cuvinte e absolut necesar, de a ve face mai întâi cunoscut anatomia nervului facial, fiziologia lui și apoi starea patologică.

Cu acéstă ocaziune mă simt dator de a vă reaminti, ceea ce tot-d'a-una vă spun la cursurile mele de deschidere, că pentru a face o bună clinică și pentru a studia bine o maladie aveți nevoie, nu numai de patologii, dar și de celelalte ramuri a științelor medicale. Subiectul de față vă va dovedi în deajuns, că fără cunoștinți de anatomie, nu putem cunoșce nimic bine, nimic serios; căci cine nu scie când vede pe un bolnav cu gura deviată, și cu o sprincenă lăsată și alta ridicată, că are a face cu o paralizie a nervului facial? dar e greu a precisa unde anume se află lesiunea acestui nerv. — Pentru aceste resóne 'mi veți da voe se improspétez în mintea d-vóstră anatomia nervului facial și mai pe urmă să studiem clinicesce acești pacienți cari au fost mai mult timp, lăsați în observarea d-vóstră.

Anatomie — Nervul facial (a 7-a pereche) este nerv motor și energiză mușchii pielei situați de-asupra claviculei, gâtului, feței și capului. El are două origini: una aparentă și a doua reală.

Origina aparentă. — Nervul facial prin origina sa aparentă, nasce la partea externă a șanțului, care desparte protuberanța de bulb, la extremitatea superióră a cordonului intermediar, în acest loc nasce prin o rădăcină grósă și motóre.

În afară de acéstă rădăcină, se află nervul cunoscut sub numele de nervul intermediar a lui Wrisberg. — Lângă aceste două rădăcinii se găsește lipit nervul acustic, ast-fel că priviți acești nervi dinăuntru în afară, se află așeđați: întâi facialul, al doilea intermediarul și al treilea acusticul. Acești trei nervi sunt ast-fel uniți între dînșii, în cât ilustrul anatomist Willis pe timpurile séle, forma din ei o sin-

gură pereche. — Plecând din această origină aparentă, acești nervi merg împreună până în fundul conductului auditiv intern, când se separă unul de altul. — Vom studia deci nervul facial succesiv: 1-iu în cavitatea cranienă și conductul auditiv intern; 2-lea în acheductul lui Fallope și 3-lea în glanda parotidă.

1) *In cavitatea cranienă și conductul auditiv intern.*

Nervul facial merge transversal în afară și puțin în jos și pătrunde în conductul auditiv intern, în fundul căruia acești trei nervi se separă și anume. Facialul și intermediarul lui Wrisberg intră în conductul lui Fallope; iar nervul acustic 'și urmăzează drumul străbătând lama ciuruită și pătrunde în urechia internă.

2) *In acheductul lui Fallope*, nervul facial formeză trei porțiuni distincte (ca și acheductul): una perpendiculară cu axa stâncei (lungime 5 m. m.), a doua paralelă cu această axă (12 m. m.) și a treia perpendiculară cu stânca (12 m. m.) și se termină la gaura stilo-mastoidienă. În prima sa porțiune facialul este însoțit de nervul lui Wrisberg, care îl părăsește îndată ce facialul se încurbază; iar nervul lui Wrisberg intră în ganglionul geniculat.

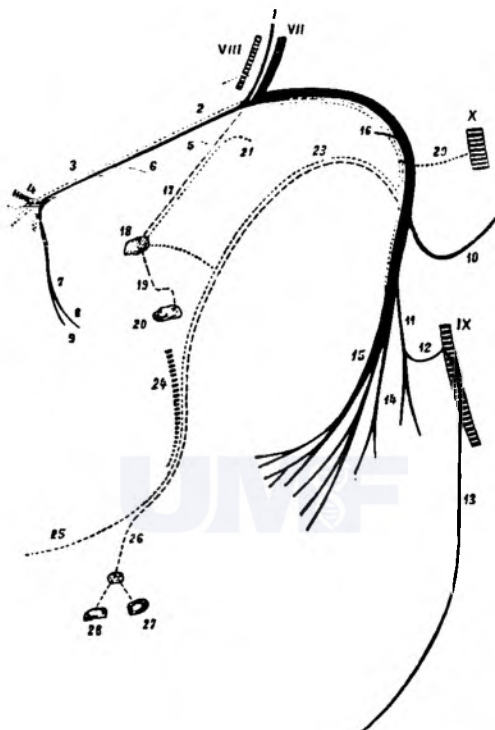
Acest ganglion (așezat la punctul de unire între prima și a doua porțiune a facialului) are o formă triangulară, unghiul posterior primește nervul intermediar al lui Wrisberg, unghiul anterior dă naștere micului nerv petros superficial, vârful său dă naștere marelui nerv petros superficial, iar prin basă e alipit cu nervul facial.

Să studiem acești nervi (ramuri colaterale) prezentând un interes clinic deosebit și începem cu:

a) *Marele nerv petros superficial*, am șis că iea naștere din vârful ganglionului geniculat, străbate hiatul lui Fallope, mergând pe gutiera ce se află așezată de-asupra stâncei și primește în această gutieră pe micul petros profund intern a glosio-faringeului. De aci marele nerv petros superficial merge în gaura ruptă anterioară și se reunește cu o ramură a simpaticului, venită din plexul carotidian, pentru a forma nervul vidien. — Nervul marele petros superficial, se aruncă în ganglionul lui Meckel, pe care-l transversază și dă două ramuri, una muschiului peristafilin intern și alta muschiului palato-stafilos.

b) *Micul nerv petros superficial*, plcă din unghiul anterior al ganglionului geniculat, el ese din acheduct, se aședă pe fața ante-

rioră a stâncei. Ca și marele petros superficial, primesce în acest loc pe micul petros profund al glosio-faringeului. — Nervul micul petros superficial, se perde în ganglionul Otic, el animază mușchiul peristaflin extern și mușchiul ciocanului.



Nervul facial. (figura schematică) Beaunis, fisiologie p. 1228.

VII. Nervul facial. VIII. Nervul auditiv.
XI. Nervul glosio-faringeul.

- 1) Nervul intermediar al lui Wrisberg.
- 2) Marele pietros superficial.
- 3) Nervul vidien.
- 4) Ganglionul lui Meckel.
- 5) Anastomosa Marelui pietros superficial cu Nervul lui Iacobson.
- 6) Ramura simpatică.
- 7) Nervul palatin posterior.
- 8) Nervul peristaflin intern.
- 9) Nervul palato-stafilinul.
- 10) Ramura auriculară.
- 11) Ramura stilo-hioidiană și a digastricului.
- 12) Anastomosa cu glosio-faringeul.
- 13) Ramura stilo-faringienă.
- 14) Ramura stilo-glosio și glosio-stafilinul.

- 15) Ramuri terminale.
- 16) Ramura mușchiului scări.
- 17) Nervul, micul pietros superficial.
- 18) Ganglionul Otic.
- 19) Anastomosa cu auriculo-temporalul și ramurile parotidiene.
- 20) Parotida.
- 21) Anastomosa nervului lui Iacobson cu micul pietros superficial.
- 22) Anastomosa ganglionului Otic, cu nervul cîrda timpanului.
- 23) Nervul cîrda timpanului.
- 24) Filete glandulare.
- 25) Filete gustative ale cîrdei timpanului.
- 26) Filete glandulare.
- 27) Glanda sub maxilară.
- 28) Glanda sub linguală.
- 29) Anastomosa cu pneumogastricul.

În porțiunea a doua, adică în cea paralelă, nervul facial nu dă nici o ramură colaterală, dar ea devine importantă din punctul de vedere clinic, căci aheductul în această regiune a stânței, este lipit cu urechia mijlocie, și lamela ososă care circumscrie casa timpanului este foarte subțire, din această cauză înțelegem cu câtă ușurință se poate propaga o inflamațiune a casei timpanului, nervului facial.

În porțiunea a treia, (verticală) nervul facial dă naștere la două ramuri colaterale principale.

Nervul mușchiului scărei și córdă timpanului.

Acastă din urmă ramură nervosă, plăcă din facial, din partea inferioară a aheductului lui Fallope (4—5 m. m. deasupra găurei stilomastoidiene) se dirige înainte și în sus și intră în casa timpanului printr'un orificiū special, pentru a se așeza la fața internă a membranei timpanului; la acest nivel córdă timpanului descrie o curbă cu concavitatea inferioară, și trece între mânerul ciocanului și brânșa cea lungă a nicovalei, apoi ese din cavitatea timpanului printr'un conduct particular, paralel cu scisura lui Glaser. Córdă timpanului în acest traect curbilin nu dă nici o ramură și cu tóte că este unit cu lingualul, totuși conservă independența sa, după cum aū aprobat'o experiențele lui Cl. Bernard. Córdă timpanului după ce 'și-a amestecat filetele sale cu a lingalului, se divide în două branșe terminale, una părăsesce nervul lingual și se arunca în glanda sub maxilară și alta urmază nervul lingual în distribuțiunea sa, terminându-se printr'un număr mare de filete în mucósa celor două terțiuri anterióre ale limbei.

După ce facialul ese din gaura stilomastoidiană dă încă cinci ramuri colaterale și anume:

- 1) Ramura digastricului, care merge la mușchiul cu acelaș nume.
- 2) Ramura stilo-hioidiană animéză mușchiul stilo-hioidian.
- 3) Ramura stilo-gloso și gloso-stafilin.
- 4) O anastomosă cu gloso-faringeul și cea mai importantă.
- 5) Nervul auricular posterior, care încrucișează fața externă a apofisei mastoide; apoi se împarte în mai multe ramuri, unele se duc îndărăt la mușchiul occipitalului, altele merg în sus la mușchii aureculari posteriori și superiori.

Continuăm acum cu descripțiunile ramurilor terminale ale nervului facial care, după ce a dat cele șice ramuri colaterale, merge în jos

în grosimea glandei parotide (al cărui raport intim e de mare importanță în operațiunile chirurgicale) apoi se divide în două ramuri mari, una superioară sau temporo-facială și a doua ramură inferioară sau cervico facială.

Ramura temporo-facială. — Se duce în sus și înainte pe lângă gâtul condilului maxilarului inferior, apoi se divide în mai multe ramuri secundare, cari și aceste la rîndul lor se sub-divid și se anastomoséză între ele, formând un adevărat plex la marginea posterioară a mușchiului maseter. — Din acest plex plécă ramuri numeroase și anume :

Ramurile temporale, pentru mușchiî auriculari anteriori.

Ramuri frontale, pentru mușchiî sprîncenei și a frontalului.

Ramuri orbitale, pentru mușchiul orbicular al pleopelor și piramidalului.

Ramuri suborbitare și nasale pentru mușchiî marele și micul zigomatic, ridicătorul comun al aripei nasului, a buzei superioare și al caninului.

Ramurile bucale superioare, pentru mușchiul buccinator, orbicularul buzelor și mușchiul mirtiformu.

Ramura cervico-facială, ese din grosimea glandei parotide și se duce în jos și înainte, primind o anastomosă de la plexul cervical; ajungînd la unghiul maxilarului inferior, dă nașceri la trei grupe de ramuri și anume :

Ramuri bucale (cari se anastomoséză cu acele venite din ramura temporo facială și) care enervéză buccinatorul și orbicularul buzelor.

Ramuri mentoniere pentru mușchiî bărbiei, triangularul buzelor și patratul mentonului.

Ramuri cervicale cari se perd în mușchiî peleî gâtului;

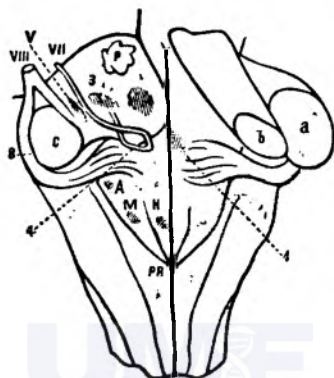
Acésta este descrițiunea sumară a nervului facial, de la origina sa aparentă până la ultima sa terminațiune.

Pentru a termina cu descrițiunea nervului facial, rămâne a vè spune câte-va cuvinte asupra originei séle reale.

Nervul facial intră în bulb la nivelul fosetei sus olivare și se termină în mare parte într'un nucleu situat puțin dedesubtul punctului sèu de emergență, pe prelungirea còrnelor anterioré ale mèduvei; însă pentru a ajunge la acest nucleu, facialul face un drum fòrte lung și fòrte complex, pe care vom încerca să-l precisăm.

Trajectul facialului în bulb. — El se dirige oblic îndărăt și înlăuntru spre planșeul ventriculului al 4-lea, atinge acest planșeu nu pe linia mediană, dar puțin în afară de ea, pe o rădicătură așezată pe partea antero-externă a liniei mediane și care rădicătură se numește *eminentia teres*. (Daval).

După acest traect, el 'și schimbă direcțiunea, mai întâiu înlăuntru și în afară, apoi oblic și în afară, când atinge nucleul său inferior.



Schemă arătând trajectul nervului facial cu inflexiunile sale. — (Daval).

VII Nervul facial curbat în formă de potcôvă.

Acest traect este marcat în VII și 4.

3) Nucleul propriu său interior al facialului.

4) Rădicătura fascicului teres.

P. Cordonul piramidal.

V. Rădicăcina bulbară a trigemenului.

VIII. Nervul acustic cu rădicăcinele interne și externe (8).

II. Colôna cenușie corespunzătoare nucleului hipo-glosului.

M. Colôna cenușie corespunzătoare nucleului venelor mixte.

A. Colôna corespunzătoare nucleului acusticului.

P. R. Piramida posterioară.

C. Secțiunea corpului restiform.

a) Tăietura pedonculului cerebelos mijlociu.

b) Tăietura pedonculului cerebelos superior.

Resultă din acestă descripțiune resultă că nervul facial în drumul său intra-bulbar 'și schimbă de patru ori direcțiunea și prin urmare presintă cinci porțiuni, mai mult sau mai puțin distincte.

1) Prima porțiune, oblică dirigiată îndărăt și înlăuntru, care se întinde de la foseta sus olivară pe partea externă și anterioară a eminenței teres ;

2) A doua parte, se întinde de la eminența teres la linia mediană;

3) A treia porțiune longitudinală, care merge pe lângă linia

mediană, această parte e cunoscută sub numele de *fasciculus teres* (1).

4) A patra porțiune transversală cu linia mediană, merge în afară ;

5) A cincea porțiune e oblică și se termină la nucleul inferior.

Figura din față ne arată drumul nervului facial, din care se vede că el are forma unei potcove; iar partea longitudinală constituie fasciculus teres, numit de Deiters genunchiul facialului.

Nucleul inferior, se vede când se face o tăetură transversală a bulbului și se află așezat în intervalul ce separă rădăcina inferioară a trigeminului, de oliva superioară.

Nucleul superior se află puțin în afară de fasciculus teres, acest nucleu are forma triunghiulară. Din el plăcă două fascicule de fibre, unele merg între piramide și oliva superioară la nervul oculo-motor extern; alte fibre merg la nervul facial; iată de ce nucleul superior se consideră ca simbură comună al facialului și al oculo-motor extern.

Din această descripțiune, observăm un fapt de mare importanță și anume: nervul facial merge în bulb la cei două nucleu, fără a se încrucișa; cu alte cuvinte, încrucișarea nu se face în regiunea bulboră, dar ea are loc mai sus, după cum a arătat-o d-l Luys. Din nucleii facialului, plăcă fibre nervoase care se duc spre emisferile cerebrale. Aceste fibre merg vertical în sus și după ce au ajuns în părțile superioare ale protuberanței anulare, acolo se încrucișează cu cele din partea opusă, de aci merg încrucișate la pedunculii cerebrali ocupând părțile cele mai interne, pentru a se perde în masa emisferelor, unde traectul lor rămâne în parte determinat. Aci după cercetările autorilor și după faptele clinice, fibrele facialului inferior s'ar pune în comunicație cu grupul de celule nervoase situate în josul circumvoluțiunii parietale (?), iar facialul superior ar rămâne puțin precisat în comunicațiunile seale cu celulele nervoase emisferice. În această privință, pare că faptele clinice tind a lumina acest punct.

Aceste două părți ale nervului facial, în ceea ce privesc funcțiunea lor, au o independență relativă; totuși trebuie să admitem această independență în urma faptelor clinice, din care se vede că facialul

(1) Se vede câte odată că fasciculus teres rădică peretele ventriculului al 4-lea, în intervalul coprins între eminența teres și extremitatea superioară a aripei albe interne sau colonei hipoglosului. *Testut. anat.* p. 610.

superior inervează mușchii superiori ai feței, pe când facialul inferior ține sub a sa dependență mușchii inferiori ai feței cu orbicularii buzelor.

Observațiunile clinice, mai în generalitatea casurilor, au arătat această independență a celor doi faciali, ast-fel când avem spre es. paralisii ale facialului, datorite leziunilor emisferilor și când aceste leziuni sunt său în capsula internă său pe scórța cerebrului, paralisia respectă mușchiul frontal, orbicularul pleopelor, mușchiul sprîncenei; într'un cuvînt mușchii superiori ai feței, inervați de facialul superior.

Vom discuta însă unele casuri, în care se vede că această independență n'a fost pe deplin respectată și care tînde a ne arăta și desluși comunicațiunea ce ar exista între facialul superior, cu unii din nucleii scórței cerebrale. — Acastă discuție se va face în fața unor observațiuni clinice, ce par adeveri această comunicațiune.

Aceste sunt pe scurt datele anatomice ale nervului facial, rămîne să vă spun câte-va cuvinte asupra fisiologiei lui, pentru a înțelege mai bine paralisile acestui nerv.

Acțiunea motore.

Din cercetările și experiențele memorabile ale lui Ch. Bell, confirmate și precisate de Herbert, Mayo, Mageandie, Longet și Cl. Bernard, nervul facial are o funcțiune bine determinată, el este motor al feței și prin urmare are sub al său imperiū toate mișcările de expresiune ale feței, exceptând mișcările de masticatiune comandate de nervii masticatori.

Acțiunea sensitivă. Facialul este insensibil la origina sa: Mageandie și Cl. Bernard au demonstrat-o în mod neîndoios. — Alți autori ca Wrisberg și Bischoff, basându-se pe prezența ganglionului geniculat, au considerat facialul ca un nerv mixt, în care nervul lui Wrisberg ar constitui rădęcina sensitivă; totuși Cl. Bernard a demonstrat că și nervul lui Wrisberg este insensibil la origină.

Nervul facial este sensibil după ce a eșit din gaura stilo-mastoidienă, dar această sensibilitate o câștigă facialul în trecerea sa prin canalul lui Fallope. — E mult probabil că această sensibilitate provine: 1-iu de la trigemen, prin marele nerv petros superficial și al 2-lea

de la pneumo-gastric, prin ramura aureculară, după cum a probat'o experiențele lui Cl. Bernard. D-sa secționând auricularul, a observat că sensibilitatea a dispărut în căpătâiul central. — După ce facialul a eșit din gaura mastoidiană, el contractă anastomose cu auriculo temporalul; iar prin ramurile sale terminate se anastomosează cu ramurile periferice ale trigemenului. — Acestor anastomose cu trigemenul, se datoresce sensibilitatea recurentă asupra facialului, căci dacă se taie una din aceste ramuri, căpătâiul periferic este sensibil; iar dacă se secționază trigemenul, sensibilitatea facialului dispare de aceeași parte.

Acțiunea gustativă. — Nervul facial are o acțiune invederată asupra gustățiunei, acțiune datorită córdei timpanului, a cărei fibre se distribue mucósei linguale, după cum au arătat Prévost și Vulpian, — secționând córda timpanului Acești fiziologiști, au găsit fibre degenerate în ramurile terminale ale nervului lingual. — Aceste ramuri sunt óre sensitive sau motrice? Fiziologiștii nu se înțeleg asupra acestui punct. — Lussana și Inzane, citéză observațiunea unui individ căruia secționându-se córda timpanului au observat: 1-iu abolițiunea simțului gustului în cele două terțiuri anteriore ale jumătăței corespondente al limbei; al 2-lea că sensibilitatea tactilă și dureroase erau conservate în acéstă parte.

Schiff secționând nervul lingual înainte de a se uni cu córda timpanului a constatat: 1-iu conservarea mai complectă a sensibilităței gustative; al 2-lea abolițiunea sensibilităței tactile și dureroase. Acestea sunt faptele positive; însă acțiunea intimă a córdei timpanului asupra gustățiunei, dă iarăși loc la neînțelegeri între fiziologiști: unii admit o acțiune motore asupra fibrelor musculare a papilelor limbei, alții o acțiune mecanică vaso-motrice, ast-fel, prin o congestiune a mucósei se provócă o erecțiune a papilelor limbei și prin urmare un contact mai imediat ale acestor organe cu substanțele sapide.

Rămâne un ultim punct de determinat și anume: de unde vin fibrele gustative ale córdei timpanului și cum se transmite la cerebru acéste sensibilitate? Fără a insista asupra acestei cestiuni, vë recomand a ceti experiențele lui Schiff, Cl. Bernard, Prévost, etc., unde fiziologiștii sunt departe de a fi în acord.

Adăogăm pe lângă acestea, că cărda timpanului are o acțiune secretore asupra glandei submaxilare (1).

In ceea-ce privesce ganglionul geniculat și nervul lui Wrisberg, natura și funcțiunile lor sunt puțin cunoscute.

NOTE BIBLIOGRAFICE :

- 1) *Cl. Bernard*: Nouv. expér. sur le nerf facial. (Gaz. méd. 1875).
 - 2) *Lussana*: Sui nervi del gusto. (Gaz. méd. ital., 1871).
 - 3) *Vulpian*: Sur la distrib. de la corde du tympan (comptes rendus, 1872).
-

PARALISIA NERVULUI FACIAL

(Urmare)

Paralisia a frigore. Paralisia facialului după ce a eșit din orificiul stilo-mastoidian. Cauzele. Anatomia patologică și reacțiunea de degenerare.

Incepem astăzi cu leziunile nervului facial, după ce el a eșit din gaura stilo-mastoidienă. Pentru care vom lua drept exemplu, bolnava Pepi Cohn, de 18 ani, ce se află în reserva femeilor; această pacientă intră în serviciul meu de clinică la 2 Decembre 1892, după ce a fost mai întâi în serviciul d-lui dr. Bucliu; ea este atinsă de paralisia dréptă a feței.

Din anamnesa luată față cu d-vóstră, pacienta ne spune că a fost tot-d'a-una sănătósă, însă acum 4 luni (la începutul lui Septembrie), s'a expus la un curent de aer rece și de odată a simțit cum fața era trasă spre stânga și cu tóte sfortările ce-și dádea spre a'și îndrepta gura, nu putea să ajungă acest scop.

N'are antecedente nevropatice, nici semne de vre-o alterațiune a stâncei. Nu simte nici o durere, — și în momentul când i-a venit paralisia, n'a avut pierderea cunoscinței.

Privită actualmente, aspectul bolnavei ne permite de a recunosce cu cea mai mare ușurință natura rëului, căci examinând fața,

(1) Physiologie humaine par Beaunis, tom premier, pag. 650.

observăm deviațiunea ei la stânga, ceea-ce arată paralisia facialului drept, în ambele sale ramuri terminale, ast-fel vedem: sprâncéna dréptă e prea puțin coborită și fără relief, arcul sprâncenei e puțin șters. Indoiturile frunței de acéstă parte sunt mai puțin profunde și când bolnava contractă fruntea în mod voluntar, numai frontalul stâng se contractă.

Când spuneam bolnavei să închidă ochii și mai ales când îi ordonam să strângă pleopele, observam o deosebire foarte evidentă, între partea dréptă care rămâne întredeschisă și imobilă, pe câtă vreme pleopele din stânga, acoperă foarte bine ochiul. Din acésta se vede că, paralisia orbicularului pleopelor ochiului drept, este manifestă. În timpul repausului ochiul drept rămâne deschis, nu clipește și pleopa inferióră e ușor întorsă în afară. Din timp în timp, bolnava șterge ochiul de lacrimi, dacă nu ar face acéstă acțiune, atunci se observă cum lacrimile se adun la unghiul intern al ochiului și încep a curge pe față; de unde conchidem că și mușchiul lui Horner este atins de paralisie.

Mucósa conjunctivei pleopei inferióre drepte e inflamată, ceea-ce ne arată, óre-cum că paralisia e de dată mai veche.

Muschií aripei nasului sunt asemenea atinși, narina dréptă e paralisată.

Dacă spunem bolnavei să misce nările, observăm că cea stângă se rădică și se cobóră, iar cea dréptă rămâne imobilă. În inspirațiunile profunde observăm același lucru; din acésta resultă că mușchiul *transversal al nasului, mirtiformul și piramidalul sunt paralizați.*

Orificiul bucal e diformat în raport cu muschií paralizați, ast-fel, gura e deviată, comisura stângă e aședată pe un plan mai superior ca cea dréptă, aci sunt prinși *marele și micul zigomatic, ridicătorul aripei nasului și buzel superióre.* Când punem bolnava să strângă buzele, cu tot sfortul ce 'și dă, rămâne un spaciú întredeschis la drépta.

Buca dréptă e mai móle, mai flască, din cauza paralisiei mușchiului buccinator. În inspirațiunile repeđi și profunde, buza superióră dréptă în apropiere de comisură, se rădică și se cobóră de aerul expirat. Nu póte ține un creion în comisura dréptă, nu póte pronunța bine consónele labiale; însă ceia ce e mai expresiv, este risul,

acéstă fată ride cu partea stângă, în vreme ce fața dréptă rămâne inertă.

Nu găsim turburări în sensibilitate, toți mușchii feței stângi răspund la escitațiunile faradice.

Din cele ce preced se vede lămurit că: (din simptomele obiective culese de la acéstă bolnavă) avem a face cu paralisia tuturor ramurilor terminale ale nervului facial.

Rămâne să cercetăm împreună, dacă sunt atinse și ramurile colaterale ale nervului facial, cu alte cuvinte să vedem dacă lesiunea nu este mai sus de orificiul stilo mastoidian. Ordonând bolnavei să închidă ochii și atingându-i limba în cele două terțiuri anteriore cu o bucățică de zachăr, cu o soluție de chinină sau cu o picătură de oțet, pacienta are senzațiunea normală de dulce, amar și acru, atât în drépta cât și în stânga.

Nu se observă asemenea nici o roșcă pe cele două terțiuri anteriore în partea dréptă a limbei.

Evident deci, că nervul córdă timpanului nu e paralisat și e absolut în starea normală.

În paralisia nervului facial, când córdă timpanului este atinsă, clinica ne arată óre-care turburări funcționale ale acestui nerv, în adevăr bolnavii în acest cas acasă percepțiuni de savóre anormală, câte odată acidă, alte ori metalică, sau o întârziere a senzațiunei gustative în cele două terțiuri anteriore ale limbei. Une-ori observăm turburări vaso-motrice, ce se traduc printr'o roșată persistentă a celor două terțiuri anteriore a ulimbei din partea paralisată.

Tóte aceste turburări funcționale nu se observă la pacienta noastră, repet deci, că córdă timpanului nu este atinsă.

Mergând mai departe în acheductul lui Fallope și examinând nervii muschilor ciocanului și nicovalei, observăm că îi conserv proprietățile lor fisiologice: bolnava are auđul perfect și nemodificat, aude și percepe bine sunetele chiar la distanță. Atât la drépta cât și la stânga, tic-tacul unui césornic este egal auđit în ambele părți (1).

Totuși d-l Landouzy, crede, că lesiunile nervului ciocanului și a nicovalei, ar aduce hiper cruzia auđului.

(1) Sunt autori cari cred că în cea mai mare parte din paraliși periferice ale nervului facial, simțul auđului este atins, ast-fel Ottoman, Rosenbach, citéză trei observațiuni la care acuitatea auđului era diminuată și ea a dispărut odată cu paralisia nervului facial.

Nu constatăm nici o turburare din partea nervelor cari plăcă din ganglionul geniculat, adică: deglutițiunea se face în stare normală, nu observăm deviațiunea vălului palatului său al luetei, simptome cari, daca ar exista, ar indica o leziune a nervului marele și micul petros superficial; așa dar acești două nervi cari plăcă din ganglionul geniculat sunt intacți la bolnava noastră.

Rămâne să cercetăm în cazul de față, dacă nervul facial nu este atins în porțiunea sa intracranienă.

Nu observăm nici o paralisie în partea stângă a corpului; membrul superior și inferior drept (de partea paralizată) sunt în stare normală; bolnava nu are tendințe de a cădea într'o parte sau alta, ori de a avea mișcări de rotație — Tóte aceste simptome negative, sunt de o mare importanță pentru că ne permite a depărta: 1) Paralizia încrucișată a lui Gubler; 2) Emiplegia de aceeași parte și leziunile cerebelului ce pot fi în apropiere de emergența nervului facial.

Din analiza simptomelor, rezultă în mod evident că nervul facial este atins după eșirea sa din gaura stilo-mastoidienă; totuși avem câte-va mișlôce prin care cunoșcem că leziunea nervului facial e intra sau extracranienă. Aci voiü să vorbesc de modifi cațiunile ce încercă atât nervul cât și mușchii, când aplicăm curenți electrici

Contractilitatea musculară sau nervoasă, pöte fi modificată în asemenea împrejurări, fie cu curenți continui, fie cu cei faradici. Vom lua drept exemplu această pacientă. — Electricitatea faradică dă ca rezultat, aplicând un electrod pe cel pozitiv pe stern, iar pe cel negativ pe traiectul facialului, în apropiere de orificiul stilo-mastoidien stâng, nervul se contractă, pe câtă vreme în partea opusă unde e paralizia, nu obținem nici o contractiune și pentru prescurtare însemnez acest rezultat cu cuvintele: *inescitabilitatea faradică a nervului facial drept.*

Încercând mușchii tot cu curenții faradici la stânga, — aflăm că la o depărtare medie a bobinelor de 4—4, 5 c.m. mușchii feței de această parte se contractă cu forță, pe când în dreapta numai sprincenarul și piramidalul nasului se contractă slab cu o apropiere de un centimetru a bobinelor, cei-l-alți mușchi nu se contractă de loc, curentul fiind forte. Pentru prescurtare voiü însemna acest rezultat cu cuvintele: *inescitabilitatea faradică a muschilor din partea dreaptă a feței*, esceptând sprâncenarul și piramidalul cari sunt slab escitabili.

Resultă deci că la curenții faradici, atât nervul facial drept cât și mușchii din partea dreaptă a feței, nu sunt escitabili.

Intrebuițând curenții continui, atât la dreapta cât și la stânga, obținem tot la această pacientă următoarele rezultate: Cu 16 elemente, facialul stâng se contractă la închidere cu polul negativ; iar facialul drept nu e escitabil nici chiar cu 24 de elemente. Am cercetat aproape toți mușchii feței din dreapta și am găsit diferite grade de alterațiune, frontalul însă presintă o alterațiune mai profundă, adică nu răspunde la curenții cei mai forți la închidere, la polul negativ, fapt curios însă acești mușchi se contractă la deschidere și la polul pozitiv.

Pentru a fi mai lămurit ȳic: că mușchii feței drepte precum și facialul de această parte, nu răspund nici la curenții faradici nici la curenții continui la închidere și la polul negativ; iar frontalul se contractă la deschidere și la polul pozitiv. Acest fenomen se numește reacțiune de degenerare, descrisă și numită ast-fel de către *Erb*.

Reacțiunea de degenerare, este un semn prețios că la bolnava noastră lesiunea facialului este periferică, iar nu centrală, ceea ce de almintrelea reese și din observațiunea pacientei, din anamneză și din cele alte semne clinice.

Pentru a complecta diagnosticul, 'mă rămâne de a vă semnala câte-va particularități, ce presintă paralisia facialului când lesiunea se află pe acest nerv, după ce el a eșit din orificiul stilo mastoidien. In acest cas observăm disociațiunea mișcărilor reflexe și a mișcărilor asociate. Drept exemplu ne va servi tot această bolnavă, la care reflexele nasului și pleopelor din partea dreaptă sunt abolite, asemenea și mișcărilor de asociațiune. In adevăr, această pacientă nu râde de cât cu o parte, dacă 'i ȳicem se respire adânc vedem că singură narina stângă se radică în timpul inspirațiunei, în vreme ce narina dreaptă se scoboră sub influența presiunei atmosferice, ceea-ce ar explica și scăderea odoiatului ce se pôte observa în unele casuri, fiind-că narina paralisată primesce o colónă mai mică de aer. Dacă 'i ordonăm se închidă de o dată amendoi ochii, ea nu pôte se închidă de cât pe cel stâng, în vreme ce cel drept rămâne întredeschis.

Aceste caractere, aũ o importanță fôrte mare din punctul de vedere al diagnosticului, dacă paralisia e centrală sau periferică. Din experiențele fisologice și din faptele clinice s'a observat că, in para-

lisiile de origină centrală mișcările reflexe și mișcările asociate sunt conservate.

Anatomia patologică. S'a discutat mult asupra leziunilor paraliziei periferice a facialului, fie din cauza frigului, fie din cauza unei diatезe reumatismale. Ast-fel Bérard admite inflamațiunea nervilemei, fapt pe care 'l contradice Picot, ne având până ađi nici o probă anatomică că, în casurile de paralizie reumatismală sau a frigore facialul ar prezenta leziunile descrise de Berard. Erb reluând cestiunea, admite că nervul facial pöte fi atins după ce a eșit din orificiul stilo-mastoidian în urma frigului, dar leziunile sale sunt förte ușöre, că ele ar consta într'o ușöră compresiune a nervului, datorită umflărei nervilemei.

Acésta ar explica chiar modul repede de vindecare a acestor paralizii. Barwinkel (1) admite că töte paraliziele facialului de origină reumatismală, sunt rezultatul unei leziuni a nervului în acheductul lui Fallope. Formele ușöre sunt datorite unui simplu exudat seros, iar formele grave unui exudat plastic.

După Picot (2) ideia lui Barwinkel nu trebuie îndepărtată, cu töte că nu are, nici d-sa ver o probă anatomo-patologică sigură.

Cause. Paralisia periferică a nervului facial, nu este datorită numai frigului său diatезei reumatismale, sunt încă și alte cause, ca traumatismele cari pot atinge nervul în acéstă regiune. Contusiunile și rănirile prin instrumente tăetóre sau prin arme de foc, pot secționa nervul. Asemenea pöte fi secționat de chirurg, în operațiunile cari se fac asupra glandei parotide. Facialul pöte fi atacat, în casuri de parotidite supurate canceröse sau cangrenöse. Putem cita perderea conductibilităței și escitabilitatea nervului facial, când el este comprimat prin vre o tumoră parotidienă, fapt probat prin experiența de Weir Mitchel, care apăsând timp de 15 secunde cu o greutate mică asupra facialului, a observat perderea escitațiunilor voluntare precum și a escitațiunilor electrice. Indată ce compresiunea a dispărut, conductibilitatea a revenit, cu töte că mielina a fost divisată în punctul comprimat.

În aceste experiențe, cilindrul ax a rămas intact. Se înțelege

(1) Barwinkel Kritisches zur differential diagnose der Facialislämungen und Klinisches über die Corda tympani (Deut. arch. fur. Klin. med., t. XXII f. 30, pag. 122 1875).

(2) Leçons de clinique médicale 1892 pag. 259.

ușor că, dacă compresiunea este mai mare și mai prelungită, paralisia va fi mult mai durabilă.

Am de adăogat, între cauze, și aplicațiunea forcepsului, la copii noi născuți.

Neumam țice, că, paraliisiile faciale datorite reumatismului său frigului, au ca cauze primordială o predispozițiune nervoasă. Autorul se basază pe 17 observațiuni, din care se vede că frigul nu este de cât o cauză accesorie, iar adevărata cauză e predispozițiunea nervoasă ereditară.

Intre cauze putem adăoga lesiunile cauzate prin extracțiunea dinților. Casuri a fost citate în sciință.

Pentru a fini rămâne a determina, cum am putea deosebi o paralisie de origină traumatică, de o alta de natură reumatismală sau a frigore. După Onimus acéstă distincțiune se pôte face, căci țice d-sa, în paraliisiile reumatismale sau a frigore, modificațiunile electrice vin mai iute, de cât în casurile de traumatism, și acésta provine de acolo, că în cele d'intâi sunt atinse căpătaile nervoase, pe câtă vreme în traumatisme este atins însuși trunchiul nervului.

PARALISIA FACIALULUI IN CELE TREI PORȚIUNI IN ACHEDUCTUL LUI FALLOPE

(Urmare)

Lesiunile nervilor, marele și micul petros superficial. Paralisia nervului córdă timpanului. Lesiunea nervului acustic. Reacțiã de degenerare. Experiența lui Straus cu clorhidratul de pilocarpină.

Continuãm astăzi cu lesiunile nervului facial în acheductul lui Fallope. — Ca și în prima parte, voiũ expune observațiunea bolnavului din sala No. 8, ca din ea să tragem conclusiuni practice, în ceia ce se referă la anatomia și fiziologia nervului facial în acéstă regiune.

Pacientul Ión, I profesiune liberă, Român, 65 ani, intră în serviciul meu la 4 Noembre 1892. — La prima vedere, diagnosticãm paralisia dréptă a feței. Cu tótă vârsta înaintată (65 ani), bolnavul ne povesteste cu claritate și cu mult tact, modul cum i-a venit acéstă bółă:

la 15 Octobre anul acesta (1892) a cădut într'o pivniță. — Căderea s'a făcut pe cap și pe partea dréptă. In special, a fost lovit pe rădicătura fruntală și in regiunea parieto-occipitală dréptă, unde a avut o plagă contusă. — In acest timp a pierdut cunoscința și nu și-a revenit de cât după 24 ore. — Adaogă și afirmă că, a avut emoragie prin nas și urechia dréptă de și nu a avut lovituri în acéstă regiune, totuși a observat o roșățã a ochiului drept, probabil o echimosă sub conjunctivală. — Timp de dece ȃile avu dureri intense de cap și nu s'a putut da jos din pat, numai pe la a 6-a ȃi de la cădere, a observat că nu pôte închide ochiul drept și figura se strimbă la stânga. Tot atunci a început a avea scurgere prin urechia dréptă.

Astăȃi bolnavul presintă in mod evident paralisia feței drepte, toți mușchii de acéstă parte aũ perdut motilitatea, atât cei animați prin ramura superiőrã a nervului facial, cât și cei inervați de ramura inferiőrã; într'un cuvânt găsim simptomalogia clasică a paralisiei lui Charles Bell și de aceia nu vė mai reamintesc nomenclatura mușchilor, pe care am descris'o in lecțiunea trecută, atât cu ocasiunea anatomiei nervului facial cât și cu paralisia de origină periferică.

Acest pacient, presintă simptome de un interes particular in ceia ce se referă la ramurile colaterale ale nervului facial.— Vom cerceta deci in prima linie sensibilitatea gustativă in cele douė terțiuri anteriore drepte ale limbei. — Pacientul fiind cu ochii închiși, atingend acest organ in partea stângă cu o soluție de chinină, el simte gustul acestui medicament; pe câtã vreme in cele douė terțiuri anteriore din dreapta limbei, acéstã sensibilitate este complet dispărută.— Dacă, din contră, înțepăm saũ atingem limba in ambele sale părți cu un corp cald saũ rece, bolnavul are sensibilitatea ca in starea fisologică, cu alte cuvinte sensibilitatea generală e normală și numai sensibilitatea gustativă in cele douė terțiuri anteriore drepte ale limbei este atinsă.— De aci rezultă in mod evident că, nervul córdã timpanului este paralisat Examenul urechei drepte ne dă asemenea rezultate interesante: auȃul este complet abolit. De acéstă parte bolnavul nu aude bătăile césornicului, nici vibrațiunile diapasonului. — Dacă lipim césornicul saũ diapasonul pe pavilionul urechei, pe apofisa mastoidă saũ pe frunte, pacientul nu are percepțiunea sunetelor.— Privind interiorul urechei cu otoscopul, se vede membrana timpanului ruptă și casa timpanului e plină cu puroiũ.

Dacă faptele s'ar opri aci am putea deduce, că această otită a fost cauza paralisiei nervului córdă timpanului, în traectul său prin casa timpanului; sunt însă alte simptome cari ne depărtază de această idee, bolnavul are turburări în deglutițiune, el nu poate înghiți alimentele solide; iar pe cele lichide le aruncă pe nas. — Observăm paralisia mușchiului vălului patatului, asemenea deviațiunea luetei la stânga, — Aceste turburări din partea deglutițiunii, greutate de a înghiți alimente solide, aruncarea prin narine a alimentelor lichide, deviațiunea luetei la stânga, toate aceste ne arată că ramurile colaterale cari plec din ganglionul geniculat și anume: marele și micul petros superficial, sunt atinse. — Dacă resumăm în scurt simptomele ce presintă acest bolnav și anume: paralisia feței drepte, turburări în sensibilitatea gustativă și deglutițiune, ne este permis de a afirma că, nervul facial este atins în tot lungul acheductului lui Fallope, înainte sau chiar în nivelul ganglionului geniculat. Fără îndoială surditatea e datorită nu numai alterațiilor urechei interne, dar și nervului acustic.

Rămâne de a cerceta dacă leziunea în cazul de față nu este intracranienă, de aceea vom încerca reacțiunea sudurală după procedeul lui Straus. — Acest autor făcând injecțiuni cu pilocarpină la bolnavi atinși de paralisie facială a arătat: dacă paralisia e de origină centrală (cerebrală) sudorea apare în același timp atât pe partea paralizată cât și pe cea neparalizată; din contră, în paralisiele periferice grave, în acele cari durează mai mult timp și cari se însoțesc de reacțiune de degenerare, cele mai adese-orî aparițiunea sudorei întârzie cu o jumătate de minut sau două minute în partea bolnavă.

Acastă experiență încercată la bolnavul nostru la 6 Noembre, ora 10 și 20 minute dimineața, sudorea apăru pe frunte la stânga (partea sănătoasă) la 10 ore și 23 minute. Abia după 30 secunde apăru sudorea în partea bolnavă dreaptă. Am observat asemenea că cantitatea de sudore era mai mare la stânga ca la dreapta.

Dacă adăogăm rezultatul obținut în urma acestei experiențe, la simptomele descrise mai sus, putem afirma că leziunea nervului facial, nu e intra cranienă.

Examenul electric al mușchilor din partea dreaptă a feței, dă o abolițiune apröpe completă a reacțiunii, la curenți faradici. Prin curenții galvanici, contracțiunile mușchilor în partea bolnavă în loc de a fi brusci, iuți și instantanee, ele sunt leneșe, progresive și se asé-

mână cu acele ale fibrelor musculare netede; cu alte cuvinte avem un grad óre-care al reacțiunei de degenerare. — Trebuie să adăog că nervul facial drept nu răspunde nici la curenții faradici, nici galvanici.

Acéstă cercetare ne îndreptătesce și mai mult, că în cazul de față nu avem a face cu o paralisare de origină centrală.

Paralisia facialului în traectul său intracranien și anume de la origina sa aparentă (bulbo-protuberanțială) până la orificiul auditiv intern.

(Urmare)

Causele cari pot provoca paralisia nervului facial de la origine la aparentă bulbo-protuberanțială, până la orificiul canalului auditiv intern, sunt numeroase. Trebuie să vă reamintesc de la început că, fórt rare ori lesiunea se mărginesce numai asupra porțiunei intra-cranienă a facialului, ci cele mai adesea lesiunile sunt răspândite pe suprafața creierului său în interiorul lui; ast-fel avem a face pe lângă fenomenele proprii din partea acestui nerv, dar și cu alte simptome ce aparțin și altor nervi din vecinătate și numai necropsia ne dovedesce acéstă diversitate a lesiunilor.

Inflamațiunea meningelor cu, sau fără exudate purulente, pot apăsa trunchiul originiei aparente a facialului. — Câte odată lesiunile bulbului, a protuberanței saú cerebrului, pot să se întindă și să atace rădęcina aparentă a facialului. — Vom cita asemenea, hemoragiile, ramolițiile, trombosele, sau emboliile ce se pot forma în vecinătatea rădęcinei aparente a acestui nerv.

Putem adăoga încă diferitele tumori cari se desvoltă fie în substanța osósă a craniului, fie în substanța cerebrului saú a cerebelului și cari prin pozițiunea lor anatomică, pot da nascere paralisei despre care ne ocupăm.

Un exemplu de asemenea natură, este cazul pacientului care se află în sala No., 9 și al căruia cerebru îl aveți astăzi în față d-vóstre. În ziua de 20 Decembre 1892, se aduce în serviciul meu bolnavul Ion N. de profesie birjar, în etate 48 ani. Am putut afla că în noptea de 19 Decembre, acest nenorocit din cauza frigului pentru a se putea încălđi, a făcut us de bęturi alcoolice peste măsură și spre revęrsatul ȓilei a adormit, pe de oparte din cauza frigului, iar

pe de alta din cauza vinului ce 'l ingerase in cantitate mare. La 5 ore diminéța e transportat 'la spital în stare de coma. — Abia după două ore, întrebuintând mai tóte escitante, bolnavul începu să dea semne de viéță, totuși starea de somnolență persistă și durează până a doua zi, când observăm paralisia dréptă a feței, strabisum intern al ochiului drept, capul întors pe spate și din când în când pare că cunoștința îi revine, dar e așa de trecétóre că nu putem culege nici un semn subiectiv. In acest timp v'am atras atențiunea că in cazul de față avem a face cu emoragie la basa craniului care aapă în același timp pe rădăcin aparentă nervului facial. — După 24 ore pacientul móre și la necropsie ați putut observa o vastă emoragie cerebrală la baza cerebrului și de părțile laterale ale emisferilor. — In nivelul bulbulului, protuberanței și hiasmei nervului optic, se véd cheaguri de sânge care apăsa aceste părți.

Căutând mai de aprópe locul de unde provine acéstă emoragie, găsim un mic aneurismu al arterei basilare (1). E de prisos să vé mai reamintesc cele alte lesiuni, de óre-ce in cazul de față ne intereséză in prima linie cheagurile de sânge ce se află pe bulb și protuberanță și cari cheaguri apăs pe origina aparenta a nervului facial.

Vé citez a doua observațiune, al cărei interes e de cea mai mare importanță, atât ca diagnostic cât și ca tratament. E vorba de o d-nă care se află in reserva femeilor. Acéstă pacientă (E. V.) e soția unui fost căpitan, ea are vârsta de 50 ani, a fost in serviciul meú de cincí orí, in timp de trei ani, și in cincí rinduri i-s'au luat observațiuni, pentru care finit am și făcut o lecțiune clinică pe care d-l dr. Luca a publicat'o in anul trecut. Actualmente și d-vóstră ați făcut cunoștință, ca și elevii serviciului, căci ați diagnosticat numai de cât, cauza maladiiei și a-nume: acéstă bolnavă a suferit și suferé de o *Hepatitis sifilitică sclero-gumósă cronică*. E de prisos să mai reviu asupra trecutului, căci observațiunea e publicată pe larg in acest volum la capitolul *Hepatitis sifilitică*. Ceea ce ne intereséză, e starea sa actuală, presentând un nou tablou clinic, pe care nu-l avusese până in present, și anume, — fenomene ce se petrec in interiorul cuticii craniene.

In luna Decembre 1892, apăru pe jumétatea dréptă a frunței

(1) Necropsie făcută de d-nul Prof. Babeș.

nise exostose mici, cari după un tratament de 14 zile, exostosele aprópe dispar. De la acéstă dată, până în dimineața zilei de 18 Ianuarie 1893, a fost relativ bine, când începu să observe că totă partea dréptă a feței e insensibilă, o atingea cu degetele său cu un object și nu simția nimic. În zilele următoare observă că fața începe a se strâmba spre stânga, când în séra de 20 Ianuarie simți că nu póte vorbi bine, îngâna cuvintele și saliva i se scurgea involuntar prin comisura dréptă a gurei, ceea ce o forță să intre pentru a șésea órá în spital.

Astăzi, 21 Ianuarie, examinată față cu d-vóstră găsim, că pacienta are inteligența absolut conservată. Vorbirea, e dificilă, gângăvesce cuvintele și adesea se sfoțéză pentru a se exprima. Ceea ce ne isbesce e paralisia feței drepte. Muschiul frontal și orbicularul ochilor sunt ușor atinși, ceea ce ne îndreptătesce a crede că facialul superior este în joc.

Asemenea toți muschii inervați de facialul inferior sunt atinși, orificiul narinei drepte e mai mic ca cel opus, comisura labială dréptă coborită, bolnavua nu póte ține cu siguranță un creion între acéstă comisură. Lueta puțin deviată la stânga. Nicî o turburare din partea limbei, ca pervisiune de sensibilitate sau savóre.

Membrul superior și inferior drept în perfectă sănătate. Pacienta execută aprópe toate mișcările, cu alte cuvinte forța musculară e conservată. Sensibilitatea la tact, durere și căldură sunt normale. Temperatura în jumătatea dréptă a corpului e aceeași ca și în partea opusă, asemenea nu observăm turburări trofice în partea dréptă.

În același timp ea se plânge de vertige, mai ales când stă în pozițiune verticală și din când în când are trebuință de ce cădea înainte și la dréptă. Dacă o sprijinim la spate, ea și conservă bine echilibrul dacă o obosim mai mult și dacă nu o mai sprijinim, pacienta începe a tituba înainte și la dréptă.

Tóte aceste simptome arăt în mod neîndoios, că fenomenele se petrec în encefal, spre bază.

Avem anestesia feței drepte, ceea ce ne arată o leziune concomitentă a trigemenului.

Din observațiunea bolnavei se póte stabili un fapt aprópe sigur, cum că întregul trunchiú al facialului e prins, ceea ce se traduce prin paralisia întregă a feței drepte. Dacă în același timp adăogăm

și anamnesa precum și leziunile sifilitice ale ficatului pe cari le cunoștem de mult timp, am putea ține că aceleași leziuni specifice, s'au dezvoltat actualment pe regiunea bulbului sau bulbo protuberanțială și că aceste leziuni nu ating fascia piramidală, nici în bulb nici în protuberanță, de ôre ce la pacienta noastră nu observăm vre-o paralisie motrice sau sensitivă a membrului.

Greutatea în vorbire, — gângăvăla, o atribuim marelui hipoglos care și el e atins la rîndul său, fără îndoială, natura leziunii e tot sifilitică.

Rămâne să discutăm vertigele, greutatea ce simte bolnava în stațiunea verticală, tendința ce are de a căde înainte și la drépta.

Pentru a determima după aceste simptome locul leziunii, e adesea destul de greu. — Leziunile în acest cas, ating cerebelul întreg sau o parte din el; orî interesază pedonculii cerebeloși sau olivă inferiôră? Iată câte întrebări și câte răspunsuri trebuie să dăm în această privință.

În adevăr, leziunile cerebelului, după observațiunile clinice, dau nascere la titubațiuni vertiginose speciale. — Bolnavii au un mers sacadat, se clatină și cad cu ușurință; câte o dată au impulsii ire-sistibile de a da îndărăt și a se înclina lateral în partea leziunii. — S'au văzut asemenea turburări motóre din partea ochilor; strabismus rotațiunii convulsive și nistagmus (1).

Semiologia pedonculului cerebeloși este încă destul de obscură, după cum se exprimă D. Grasset (2).

«Fiziologia experimentală ne arată că leziunile pedonculului cerebilos superior, produc căderea corpului în partea corespondentă cu leziunea, iar leziunea pedonculului cerebelos mijlociú, dá nascere la o mișcare de rotațiune împrejurul axei corpului, și rotațiunea se face de aceeași parte a corpului, dacă leziunea atinge pedonculul la partea sa posteriôră, iar dacă este în partea anteriôră, rotațiunea se face în parteo pusă.»

După Brown-Séguard, leziunile pedonculului cerebelos inferior, determină o rotațiune în cerc de aceeași parte cu leziunea.

Aceste date fiziologice, adesea nu se potrivesc cu observațiunile clinice, ast-fel d-l. Curschmann relatéază cazul unui pacient, care avea

(1) A. Robin. Thèse d'agrégation, 1880, citat de J. J. Picot, Leçons de clinique médicale, 1892.

(2) Grasset. Traité pratique des maladies du système nerveux, 1886.

ramoliția fasciei drepte comune a pedonculilor cerebeloși anteriori și posteriori, bolnavul ședea în permanență culcat pe partea dreaptă, și dacă cineva-l așeza pe spate, el 'și relua prima sa pozițiune. — D-l. Couty a găsit la necropsie, distrucțiunea pedonculului cerebelos inferior stâng; cu toate acestea bolnavul în viață, n'avea mișcări de rotațiuni al stânga, dar o ataxie specială a mișcărilor (1), (2).

În fine, după experimentele d-lui Beehterew, distrucțiunea olivelor inferioare aduce vertige, mișcări de propulsiune îndărăt, mișcări de manej, perderea echilibrului, imposibilitate de a merge, imposibilitate de a sta în pozițiune verticală și căderea înainte sau lateral în partea corespunzătoare leziunii; dar toate aceste fenomene se observ atât în leziunile cerebrului cât și a pedonculilor cerebeloși.

Revenind la cazul nostru putem admite că, în prima linie aș fost atinși: trunchiul facialului, trigemenul și hipoglosul și pôte unele părți ale cerebelului sau a pedonculilor cerebeloși. — Am șis că aș fost atinse aceste aceste părți, căci pacienta se află astăzi aprópe vindecată în urma tratamentului specific întrebuintat. — Putem încă afirma natura rēului și anume: leziuni specifice sifilitice, astăzi pe cale de tămăduire.

Credem că, în cazul de față am avut a face cu o paralisie a facialului a căreia cauză a fost sifilisul; iar leziunile aș atins nervul facial în drumul său intra-cranien de la originea sa aparentă bulbo-protuberanțială, până la orificiul auditiv intern.

(1) Curschmann, Klinisches und Experimentall'es zur Pathologie der Kleinhirnschenkel (Deut.-Arch. f. Klin. Med. 1873.)

(2) Couty J Société de Biologie, 5 Mai 1877.

PARALISIA NERVULUI FACIAL DE ORIGINA BULBO- PROTUBERANTIALA.

(Urmare)

Parilisia feței cu ușoră paresă a membrilor de aceeași parte. Paralisia alternă (Gubler). Paralisie a feței cu paralisie completă a membrilor de aceeași parte.

În acest capitol voi expune paralisia nervului facial, în care voi căuta, pe cât 'mi va fi posibil, să demonstrez leziunile celor două nucleu; însă de la început trebuie să vă reamintesc că leziunile bulbo-protuberanțiale nu determină tot-d'a-una paralisii faciale complete, sau când le determină, atunci simptomele acestei paralisii se presint sub un tablou simptomatic, care variază în mod diferit după anumite casuri.

Nervul facial poate fi atins în unul din nucleii săi, sau de odată în amândoi.

Aceste paralisii bulbo-protuberanțiale se pot traduce sub trei forme mai principale și anume: I-ia, ușoră paralisie a feței cu puțină paresă a membrilor, de aceeași parte cu leziunea; al II-lea, paralisia alternă (Gubler) și al III-lea, paralisia feței cu hemiplegie de aceeași parte.

Pentru a demonstra cele trei forme, mă voi servi de exemple parte culese în acest serviciu, parte adunate pe timpul internatului meu la Paris. — În prima linie vă expun observațiunea bolnavului A. D., ce se află în fața d-văstră, din sala No. 8, patul 39, atins de o ușoră paralisie a facialului inferior drept, turburări în deglutiune, cu un început de paresă a membrului superior și inferior drept.

Pacientul în etate de 58 ani, român, profesiune funcționar, intră în spital la 10 Noembre 1892. — Înțelegința clară, memoria păstrată; el ne povestescă că în luna lui Septembrie același an, a simțit o durere de cap mai ales în partea stângă, durere care se întindea și în jumătatea stângă a gâtului.

În dimineața zilei de 9 Noembre, pe când 'și lua ceaiul, simți de o-dată că amețescă, i-se părea că se învîrtescă casa de la stânga spre dreapta, și a început a vîrși. — Vîrsăturile aū durat câte-va ore, în cele din urmă bolnavul obosit a adormit. — În tot timpul cât aū durat aceste fenomene nu și-a perdut cunoscința. La deșteptare ob-

servă că nu mai pôte vorbi bine, nu putea înghiți și fața era ușor strîmbată la stînga.

Astăzi, 10 Noembre, observăm că bolnavul se presintă cu aceste simptome și cea-ce ne dă de gîndit, e starea cerebrală rea. — Cea-ce ne isbesce în prima linie, este dificultatea în deglutițiune, apoi o ușoră paralisie a feței drepte, remarcată prin devierea comisurii gurei la stînga. În partea dréptă a feței, sprîncéna e mai coborâtă, în același timp observăm o lăsare ușoră a pleopei superioare drepte, cea-ce ne-ar da impresiunea unei parese a *oculo-motorului comem.* Trăsurrele feței nu ne oferă nimic de particular, se pare cu tôte acestea că există o ușoră diferență de nivel între cele două comisuri labiale, drépta e ceva mai coborâtă; dar n'are paralisia buzelor, bolnavul păstrează bine saliva, pôte fluera și sufla, articuléză bine silabele și nu găsim vre-o deosebire în sensibilitatea dréptă sau stîngă a feței. Membrul superior și inferior drept sunt atinse de o ușoră diminuare a forțelor musculare, într'un cuvînt nu există o reală paralisie, nici a brațului, nici a gambei drepte, căci bolnavul execută tôte mișcările fără greutate și fără tremurături.

Deglutițiunea e imposibilă. — Lichidele ajunse în faringe, es prin nas, mare parte prin gură și o mică cantitate cade în larinx și determin imediat, chinte de tuse până la sufocațiune. Cât privesce alimentele solide ele sunt și mai puțin suportate ca cele lichide. — Din această cauză bolnavul este nutrit cu sonda-esofagienă. — Am de adăogat paralisia vélului palatin și deviațiunea luată la drépta.

Faptul însă important, este starea arteriilor radiale, cari sunt foarte sclerosate, se simt sub pulpa degetelor ca nisce corde.

În zilele următoare bolnavul începu să tușescă, când la ausculțatie auđim în ambiu pulmonu ralură de congestie, mai cu deosebire la basa pulmonilor. — După șése zile de la intrarea sa în spital, pacientul este apucat de o diareă foarte rebelă.

Acest tablou simptomatic se schimbă, când în bine când în rău, până în ziua de 18 Decembrie 1892, la această dată fenomenul în deglutițiune păru că merg spre bine, spre séra însă bolnavul simți de o dată că 1 vine rău, avea cunoscînță întrégă de cele ce se petrec în jurul lui. — Fără a da vre un țipêt, fără cel puțin a se vâeta, móre ca trăsnit, căđënd îndărăt, pe când sta în pozițiune ședënd pe pat.

Necropsia e făcută a doua zi de d-l profesor Babeş, unde s'aù găsit arterele de la baza craniului foarte sclerosate, dar mai cu sêmă artera vertebrală stângă, la locul unde dă în basilara e puternic îngroşată şi umplută cu chiaguri fibrinoase care 'i astupă lumina.

Artera cerebelosă inferiôră dréptă, este asemenea sclerosată şi obliterată de coaguli fibrinoşi.

Acéstă trombosă a produs lesiunile necrobiotice ultime ale bulbului şi pretuberanţei. — In adevër, la faţa exteriôră a bulbului nu se observă nimic, însă tăeturile făcute în acéstă regiune au arătat existenţa unui focar de ramoliţie în partea dréptă a bulbului, avënd mărimea unei alune, care începea de la terţiul superior al olivei şi se întindea până în apropiere de ciocul lui Calamus Criptorius. — Acésta ramoliţie, coprinde dinafară înăuntru, cele două terţiuri ale bulbului la drépta, ast-fel ea distruge corpi restiformi, o mare parte din fascia intermediară, nucleii de origină a glosio faringeului, pneumogastricului şi spinalului, distrugënd în acelaşi timp şi nucleii facialului, mai cu deosebire pe cel inferior, (după cum acésta s'a vëdüt din simptomele bolnavului, care nu presenta nici un semn din partea facialului superior.) Acéstă observaţiune este importantă atât din punctul de vedere clinic, prin care se dovedesce că bulbul pôte fi atins, fără cu tôte acestea, să avem simptome pronunţate din partea feţei; iar pe de altă parte, necropsia ne-a arătat şi de astă dată în mod evident, că arterio-sclerosă prin ictus secundar, pôte produce distrucţiuni de ramoliţie în organele cele mai delicate ale encefalului.

II. A doua formă de paralisii sunt acele datorite lesiunilor bulbului său protuberanţei şi sunt cunoscute sub numele de *Hemiplegii alterne* (Gubler) (1).

In acest cas avem a face cu o paralisie din partea feţei, şi cu o hemiplegie a membrelor din partea opusă.

Acéstă formă de paralisie e în adevër destul de rară, şi din nenorocire, nici unul din cei cinci bolnavi pe cari îi avem astăzi în serviciu, nu este atins de paralisie alternă. Vë voiü cita însă o observaţiune personală culésă în serviciul d-lui Broca, în spitalul Saint-Antoin la Paris, în anul 1865. Căutând seria tezelor din biblioteca

(1) Gubler (Gaz. hebd. de med. et de chir. 19 Septembre 1856.

mea, am dat peste o lucrare a d-lui Paul Brouardel, lucrare pe care am adus'o și d-vóstră spre a o vedé.

E vorba de «studiul critic al diferitelor medicamente întrebuintate contra diabetului zaharat (1).» La pagina 67, d-l Brouardel imi face distinsa onóre de a publica o observațiune a mea, la capitolul «medicamentelor destinate de a împedica formațiunea de zahăr, sub influența unor turburări a inervațiunii.»

Mé simt fericit, cu acéstă ocasiune, de a poté la ríndul méu, să vè citez acéstă observațiune, mai ales că se referă la lecțiunea de astădi.

Bolnavul I. Ch, intrat în serviciul d-lui Broca în luna lui Februare 1865, cu un enorm antrax al regiunei dorsale drepte. Examenul urinei, ne arată prezența zahărului în mare cantitate. Tot organismul este extrem redus, în adevér e numai pelea lipită pe óse. Bolnavul se plânge de o violentă cefalalgie, mai ales în partea dréptă a capului.

Constatat pe lângă aceste o paralisie complecră a feței drepte, însoțită de o paralisie a nervului oculo-motor extern de aceiași parte. În acelaș timp pacientul are o paralisie a membrului superior și inferior stâng. Cu alte cuvinte o paralisie alternă din cele mai clasice.

La 14 Februare acelaș an, pacientul móre și la necropsie găsim: pe planșeul celui de al 4-lea ventricul, la drépta șanțului median în nivelul eminenței. terres, o echimosă care mészórá aprópe 4 milimetre de grosime. Făcénd o tăetură transversală în acest nivel, observăm un focar de ramoliție, care ocupă exact regiunea unde se găsește normal, nucleul facialului inferior. Secțiunile făcute atât mai sus, cât și mai jos, arată că focarul de ramoliție se întinde și în părțile mai profunde, până în apropiere de fasciile piramidale.

Afară de acestea, arterele cerebelóse posterióre și inferióre drepte, sunt ateromatióse și astupate cu chiaguri fibrinóse.

La partea inferiórá dréptă a cerebelului, se găsește o altă ramoliție. În plexul coroidian aflăm două chiste fórte mici. Artera sylviană sclerosată și un început de ramoliție a lobului parietal și occipital drept. Mé opresc aici cu descrițiunea necropsiei, de óre-ce cele alte organe nu ne intereséză, de cât în a doua linie.

(1) P. Brouardel. Étude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré, 1869.

Lesiunile în cazul de față, au atins pe de o parte nucleii facialului; de altă parte fibrele nervoase cari plăcă de la cerebru la nucleii măduvei nervilor rachidieni; dar leziunea a atins aceste fibre înainte ca ele să se încrucișeze în piramide.

Vă citez o a doua observațiune a amicului meu Constantin Paul. Mai înainte de a vă expune acest cas, vă fac cunoscut că, sub numele de paralisia alternă, nu trebuie a înțelege în tot-d'a-una că avem a face cu o paralisie a feței, însoțită de o emiplegie a membrului superior și inferior din partea opusă.— Numim paralisie alternă, chiar când un singur membru este paralizat în partea opusă cu fața.

În acest cas, de ordinar membrul superior e prins; ast-fel este observațiunea despre care vă vorbesc.— Pacientul în vîrstă de 34 ani, este examinat la 6 Iunie 1892 în serviciul d-lui Constantin Paul. În primele 15 zile a lunii lui Maiu, bolnavul a început a avea deviațiunea figurei la stînga și spre slîrșitul acestei luni fața dréptă era cu totul tîrită la stînga.— În cele 15 zile ale lunii lui Iunie, apăru o slăbiciune în tot membrul superior stîng, slăbirea merse pînă la paralisie; ast-fel se constată o paralisie totală din partea dréptă a feței, cu o paralisie a membrului superior stîng, însoțită acéstă paralisie de anestesia.— Nimic din partea membrului inferior stîng.— Se constată asemenea semnele unei tuberculose la amîndouă virfurile pulmonilor, mai ales la drépta.— Din zi în zi bolnavul slăbesce, paralisia alternă persistă, dar anestesia membrului superior începe a dispăre.— La 4 Iulie móre și la necropsie se găsesce în partea dréptă a bulbului, într'un punct intermediar al bulbului și marginea inferióră a protuberanței, un tubercul dur la periferie, mai móre la centru și avênd mărimea unei cireșe.

Sunt casuri de paralisie alternă în care o leziune cerebrală aduce paralisia membrelor de o parte óre-care, în vreme ce paralisia facialului din partea opusă este determinată printr'o altă leziune bulbo-protuberanțială. Pentru acest scop vă citez o observațiune a d-lui Bergeron.— E vorba de o copilă de două ani, intrată în serviciul sêu la 28 Aprilie 1878, timp de 8 zile ea e fără cunoscînță.— Fața ȳ era paralizată la stînga și membrele superior și inferior la drépta, în același timp ele sunt insensibile.— La față punctele trigemenului sunt dureróse.— Redórea gâtului, nistagmus, dilatațiunea pupilelor.

După 24 ore copila móre. — Le necropsie se găsesc mai mulți tuberculii mici pe prima circumvoluțiune frontala stângă, alți tuberculii la partea inferioară a frontalei ascendente stângi. — Scisurile lui Sylvius au un aspect opac. — La fața superioară a cerebelului, pe emisferul stâng, alți tuberculii: Numărul lor se reduce pe lobul drept. — Spintecătura lui Bichat este închisă printr'o falșă membrană grósă. — Ventriculii laterali lárghiți și plini cu o serositate turbure. — Substanța cerebrală e de consistență normală, afară de vecinătatea ventriculelor. — Suprafața protuberanței este ramolită. — Pia-mater protuberanțială puțin îngroșată și infiltrată cu granulațiunii tuberculóse. — *Este evident că în acest cas, paralisia membrului superior și inferior drept, este sub dependența leziunii frontale ascendente stângi, iar paralisia stângă a feței este datorită leziunilor bulbo-protuberanțiale.* —

III. A treia formă de paralișii datorită leziunilor bulbo-protuberanțiale, este acea studiată de d-nul Rondot, sub numele de emiplegia omonimă a feței și a membrilor. — Autorul citéză opt observațiuni, la cari leziunile erau protuberanțiale, iar simptomele paralitice se presentaú sub formă de emiplegie a feței de aceeași parte (leziunea fiind în partea opusă) (1).

Din cele ce am descris rezultă, că avem a face cu diferite forme de paralișii, avënd drept origină bulbul și protuberanța și pentru a fi lămurit, voiú căuta să resum faptele citate, pentru a le avea mai deslușite în memoria d-vóstră.

Prima formă e paralisia feței în care e atins unul saú ambii nucleii, în acest cas membrele nu sunt atinse de paralișie, saú póte numai o ușórá paresă.

A doua formă este paralisia încrucișată a lui Gübler, leziunile fiind în bulb și protuberanță. — Aci sunt atinse membrul superior și inferior din partea opusă paralișiei feței, fie că leziunile sunt numai din partea bulbului și a protuberanței; saú în fine, putem să avem o leziune pe o circumvoluțiune spre exemplu frontala ascendentă și altă leziune (independentă de cea d'intăiú) în bulb și protuberanță, iar clinicesce să avem tot o paralișie alternă.

A treia formă este paralisia descrisă de Rondot, sub numele de emiplegie omonimă a feței și a membrilor.

(1) Rondot. De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protuberance annulaire. 1883.

Aceste sunt pe scurt cele trei forme de paralisii datorite bulbului și protuberanței, lăsând la o parte micile variațiuni ce le putem găsi în diferite cazuri, unde leziunile anatomo patologice ocup și alte puncte ale creierului. — Am de adăogat numai, că paralișilor omonime al feței și a membrelor de origină protuberanțială, sunt destul de greu de diagnosticat, căci adesea, aceste paralișii sunt și vor fi confundate cu paralișile de origină emisferică.

Paralisia facialului de origină emisferică. Leziuni în pedunculii cerebrali, capsula internă, nucleul cenușiu și central oval. Discuțiuni asupra centrului cortical al facialului superior.

(Urmare)

Țicem de la început că, paralișiele datorite leziunilor nervului facial în drumul său intra-emisferic și anume: în peduncul, capsula internă, nucleul cenușiu, capsula externă, centrul oval și pe scôrța creierului, Țic toate aceste paralișii se traduc prin o emiplegie de aceeași parte cu paralisia feței, leziunile în creier fiind în partea opusă paralișiei.

Aceste paralișii, mai toate vin în urma unui atac apoplectic, având drept cauză o emoragie sau o ramoliție, ori vre-o tumoră de natură tuberculoasă sau un neoplasm ôre-care, etc.

În unele cazuri, se observă fenomene de iritațiune, provocate de emoragiile sau tumorile descrise mai sus și cari fenomene iritative se traduc clinicesce prin contracturi și convulsii în mușchii paralișați. — Și în această clasă de paralișii, putem avea turburări în mușchii vëlului palatului, constrictorul faringelui, paralisia nervului ocular motor extern sau a motorului ocular comun.

Vom adăoga asemenea, că în majoritatea cazurilor e prins numai facialul inferior, și ceea ce e mai important, toate fenomenele electrice, ca reacțiunea de degenerare descrise în capitolele precedente, nu se observă în paralișiele de origină emisferică.

Voiu căuta să dau câte un exemplu pe cât 'mă va fi posibil, din fie-care din aceste paralișii și vom începe cu paralisia facialului, produsă de leziuni în pedunculul cerebral. — Pacienta M. G., menajeră, în etate de 70 ani, intră în serviciul meu la 13 Noembre 1892, în stare comatósă. Constatăm o emiplegie stângă, cuprinđend mușchii feței de aceeași parte, inervați de facialul inferior. La 14 Noembre bol-

nava e în aceeași stare de necunoscință, asimetria feței e mai pronunțată, gura e dusă la dreapta, în timpul expirațiunii, buccinatorul stâng e atât de slab în cât e purtat de aerul expirat, fără a avea cea mai mică forță.

Jumătatea stângă a vălului palatului este asemenea paresiată și bolnava din când în când are respirațiune stertorósă. — Pe lângă această paralisie completă din partea stângă, observăm și o abolițiune a sensibilității tot în această parte, căci întrebunțând escitanții cei mai tari, nu obținem nici o reacțiune, pe când în partea dreaptă reacțiunile se produc foarte ușor.

La 15 Noembre, bolnava revindu-și puțin! putem observa deviațiunea conjugată a ochilor spre partea dreaptă, precum și rotațiunea capului în această parte. — Contractilitatea electrică în ambele părți e egală. — Reflexiții par mai exagerați la stânga. — Starea cerebrală a bolnavei nu ne permite a face un examen complet, nu putem afla nimic din trecutul ei de cât în mod indirect. — Din cele ce mi se spun, pare că cu 40 zile înainte, i-ar fi venit brusc un ictus apoplectic, din care n'a mai știt până la venirea sa în spital. Arterele radiale sunt foarte sclerosate, asemenea și cele temporale, cari apar ca corde tari sub degete, fapt ce se poate explica ușor, în afară de ori-ce cauză, considerând vârsta înaintată de 70 ani.

La 17 Noembre bolnava móre și la necropsie găsim o ramoliție roșie a stratului optic drept precum și a pedunculului cerebral tot de această parte. — Ramoliția pedunculului, se întinde până în apropierea protuberanței. — Aceste sunt lesiunile mai principale și cari ne interesază în cazul de față, fiind-că ele au produs emiplegia stângă a corpului cu paralisia în completă de aceeași parte a feței.

Aș putea să vă citez numeroase casuri de acest gen, pe cari adesea le întâlniți în serviciul meu; continuăm însă a vă da un exemplu de lesiune a capsulei interne. — E vorba de o femeie în vîrstă de 68 ani, atinsă de emiplegie cu hemianestesia. Acastă pacientă într-o dimineață e lovită de un atac de apoplexie, lăsându-i o paralisie incompletă a feței și a membrului superior și inferior drept. — Acastă paralisie motore este însoțită de o pierdere a sensibilității la tact, durere, atât la față cât și la membrele din partea dreaptă. După câte-va zile pacienta móre și la necropsie se găsește un aterom generalizat, a tuturor arterelor cerebrale și în particular ale silvienilor. — În emis-

ferul stâng se vede un focar de emoragie prospătă de o culóre roşie negricioasă

Acest focar trece pe la picioarele circomvoluţiunei frontale şi se întinde până la sghébul de separaţiune al circomvoluţiunii parietală ascendentă, de circomvoluţiunile temporale.

Focarul coprinde asemenea, pe de o parte, spaţiul între nucleul codat şi straturile optice; pe de altă parte, nucleul lenticular; cu alte cuvinte aprópe tótă capsula internă stângă este distrusă (1).

Acéstă observaţiune 'mí aduce aminte de cercetările anatomo-patologice precum şi de experienţele d-lor Carville (2) Duret şi ale fostului meu extern în 1867, Véyssiere. Aceste experienţe au arătat că distrugerea celor două terţiuri anterióre a capsulei interne, determină emiplegie motrice; iar distrugerea terţiului posterior a acestei capsule, produce hemi-anestezie. — Am cređut de cuviinţă a vė reaminti aceste experienţe, pentru a nu fi strėin de dėnsele, în cazul când veţi avea bolnavi atinşi cu leziuni a capsulei interne.

În adevěr distrucţiunea în parte sau totală a capsulei interne, póte aduce o emiplegie a feţei şi a corpului; dar şi compresiunile prin tumori sau focare hemoragice cari sunt în vecinătate, pot la rândul lor da nascere la paralisii de asemenea natură, cu sau fără modificaţiunile a sensibilităţei; ast-fel se citéză casuri de compresiunea *capsulei extreme*, care a dat nascere la paralisii sensitive şi motrice în membrul superior şi inferior p. c. şi a feţei de aceiaşi parte. Din cercetările lui Türk, Rosenthal şi Charcot, rezultă că emiplegia e datorită extravasatului său tumorei, care apasă pe nucleul lenticular şi prin intermediul său pe capsula internă. În cazul când cantitatea de sânge nu mare şi rėsorbtţiunea se face, atunci vindecarea se obţine, prin decomprimarea capsulei interne şi reparaţiia sensibilităţei şi motilităţei. Tot asemenea se póte întâmpla şi cu *nucleul cenuşiu*. Leziunile aduse asupra lui, dau ca rezultat o emiplegie a feţei şi membrilor din partea opusă leziunei, dar cu cât rėsorbtţiunea extravasatului se face, cu atât vom obţine o vindecare într'un timp mai mult sau mai puţin lung; — se dá ca durată a vindecării 3—4 sėptemăni. —

(1) Picot. Gaz. hebd. Sc. Méd. Bordeaux 1881 pag. 958.

(2) Carville et Duret. — Sur les fonctions des hemisphères cerebraux (Arch. phys. norm. path., Mai-Juillet 1875.

Resultă din acestea că, leziunile capsulei externe p. c. și ale nucleului cenușiu, produc hemiplegii a membrilor și a feței inferioare de aceeași parte, dar mai adesea putem obține vindecare; ceea ce e mai greu și în general imposibil de a obține o vindecare, când leziunile distrug capsula internă. În cazul din urmă adică, când cesiunile sunt în capsula internă, tabloul clinic se complică prin alte simptome noi, ce nu le observasem la începutul maladei; ast-fel după 1 sau 2 luni, pot să prăveni contracturi în membrele paralizate, cari contracturi result din degenerarea secundară a fasciei piramidale de aceeași parte.

Fiiți atenți când intrați în săli de bolnavi și vă asigurați că nu e greu de a da peste ast-fel de simptome. Repet încă o dată, aceste fenomene sunt datorite leziunilor capsulei interne și consecutiv degenerării fasciei piramidale din partea unde există distrucțiunea.

Revin acum la leziunile *centrului oval*, cari la rîndul lor pot da naștere la paralisii emiplegice ale feței inferioare și ale membrilor.

Și fiind-că e vorba de *centrul oval*, gălesc oportun de a vă da oare-cari deslușiri asupra acestui centru. Din cercetările și experiențele d-lui Pitres (1) resultă, că nu toate leziunile centrului oval aduc această paralisie emiplegică, că în acest centru sunt regiuni latente, după cum există și la suprafața scôrței cerebrului.

În general se pôte dice, că leziunile limitate în substanța albă a regiunii pre-frontale, nu dau loc la nici un fenomen paralytic. — Adesea s'a'u vădut focare emoragice, ramoliții și abcese în regiunea pre-frontală fără paralisia feței și a membrilor. Observațiunea din serviciul nostru a unui tîner bulgar, a cărei piesă există în muzeu, unde se vede distrugerea întregului etagiu anterior al scheletului craniului, cu ramoliția lobului anterior, printr'o tumore sarcomatósă, fără ca să avem simptome de paralisie fie a feței inferioare, fie din partea membrilor. Și dacă în știință, dice d-l Pitres, s'a, citat casuri de paralisii emiplegice în urma leziunilor lobilor anteriori a cerebrului, aceste observațiuni trebuie s'apuse unei critice severe, căci termenul, de lob anterior este prea vag și nu limitază regiunea centrului oval, care are raporturi ca circumvoluțiunile frontale. — Spre acest sfîrșit d-sa conchide că: «leziunile destructive ale fasciilor pre-frontale ale centrului oval, nu determină paralisii permanente nici convulsiiuni. — Leziunile pot însă

(1) Pitres. Recherches sur les lésions au centre oval etc.... Paris, 1877.

apăsa cicumvoluțiunile vecine, sau a le irita, în cazul acesta cauza e indirectă, iritând zonele motrice din vecinătate.

Fasciile occipitale ale centrului oval de ordinar nu aduc nici paralisia membrului nici a feței inferioare. — «Este sigur, țice, d-l Pitres că s'aŭ publicat observațiunii de paralisii permanente cu leziuni a lobului occipital, dar în aceste casuri întinderea leziunilor n'a fost bine determinată; cu alte cuvinte circomvoluțiunile motrice vecine erau comprimate. — Când leziunile centrului oval sunt limitate la fasciile occipitale, aceste leziuni nu prôvôcă prin ele însuși nici paralisii, nici convulsii» (Pitres).

Fasciile sfenoidale ale centrului oval, nu aduc asemenea, nici paralisia membrilor nici a feței. — Din cele ce preced putem admite că substanța albă a regiunei pre-frontale, fasciile occipitale și fasciile sfenoidale ale centrului oval, când sunt lesate nu aduc paralisii.

Fasciile albe ale centrului oval, care ocupă regiunea fronto-parietală a cerebrului și cari sunt în raport cu frontala și parietala ascendentă, leziunile acestor fascii dau naceri la o emiglie a feței inferioare și a membrilor paralisie, care paralisie pôte fi câte-o dată însoțită de afasie. — S'aŭ citat casuri când leziunile acestor părți ale centrului oval aŭ dat nascere la monoplegii, fapt ce trebuie încă cercetat.

Trecem acum să studiăm paralisii faciale, unde leziunile sunt în scôrța cerebrului sau în zóna țisă psihomotrice. Aceste paralisii ale nervului facial pot atinge ca și cele precedente (de origină emisferică) facialul inferior și membrele, sau numai singură față.

Cu acéstă ocasiune voiŭ cita pe marele chirurg Dupuytrin. — La 15 Ianuarie 1833, Dupuytrin ducându-se la spitalul Hôtel-Dieu pe când trecea pe Pont-Neuf, fu atins de un ușor atac de apoplexie. — Pe când începuse a-și face cursul, se tređi cu o paralisie a feței inferioare stângi. — El avu curagiul de a-și continua lecțiunea susținându-și cu degetele comisura stângă a buzelor. — Acéstă observațiune se găsește publicată în tesa d-lui Landouzy din 1876, din care reese că Dupuytrin, n'a avut nici o turburare paralică în membrele de aceeași parte și d-sa crede că paralisia feței se datorea numai unei ramoliții limitate și temporare, căci Dupuytrin a murit la 2 ani în urma acestuî accident, din care cauză, țice d-sa nu s'aŭ mai putut găsi urmele leziunei. — În procesul-verbal făcut cu ocasiunea necropsiei, s'a semnalat acéstă paralisie anterioară a feței și ceia ce

a fost surprinzător că nu s'a găsit nici o urmă a leziunilor; totuși s'a aflat o stare fibrasă a valvurilor cordului, aterome a aortei și a vaselor cerebrale, din care s'a tras deducțiunea paralisiiei anteriore (1).

Iată modul cum d-nii Charcot și Pitres explică această paralisie inferiără a feței de origină corticală: «Regiunea scórței cerebrale care pöte să provöce paralisia inferiără feței, este extremitatea inferiără a celor douë circumvoluțiuni ascendente (parietala și frontala) și în particular frontala ascendentă (2).»

Nu însă în töte casurile, leziunile zonei psiho-motrice dau nascere numai la paralisii inferiöre ale feței, dar cele mai adese-orî la emiplegii incomplete ale feți și membrilor din partea opusă leziunii. — Observațiunii de asemenea natură au fost numeroase în serviciul nostru, fie că ele au avut drept causă vre-o tumöră, orî traumatisme aduse scórței cerebrului prin diferite contusiuni exteriöre, fie starea de ramoliție sau hemoragie cerebrală.

Pentru a fini această lungă descripțiune a paralisiiei nervului facial, rămâne să vă vorbesc, și dacă se pöte să vă deslușesc asupra centrului psiho-motor a facialului superior în emisfere, cu alte cuvinte fac întrebarea: există în emisfere un centru psiho-motor pentru facialul superior? Să lămurim această chestiune: din töte observațiunile citate de emiplegie, cu paralisii a facialului, ați văđut că numai mușchii inervați de facialul inferior sunt prinși, fapt ce a fost demonstrat prin cercetările anatomo-patologice, fiind-că leziunile atingeau fasciile nucleului contröspundător cu centrul psiho-motor ale facialului inferior. S'au văđut casuri prin escepețiuni, cu leziuni emisferice, în cari s'a constatat hemiplegie cu paralisie completă a feței.

În general, mai de câte orî avem a face cu o paralisie de origină corticală, de atâtea orî mușchii inervați de facialul superior nu sunt atinși, cca ce ar presupune, că töte fibrele nervöse ale facialului plecând de la scórța cerebrului spre a se duce la nucleii facialului, n'au aceeași origină corticală pentru facialul superior și nu urmöză același drum, spre a străbate centrul oval, capsula internă și partea superiöră a protuberanței, pentru a se duce la nucleii de origină a facialului

(1) Landouzy. — Contribution à l'étude des convulsions et paralyses liés aux méningo-encéphalites fronto-parietales (Thèse de Paris. 1876, pag. 77.)

(2) Charcot et Pitres, Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme (1883).

și fibrele care merg la facialul superior, ar avea un alt drum deosebit de a facialului inferior. — De aci nasc două cestiuni foarte importante și foarte dificile și anume: cari sunt fibrele de comunicațiune a facialului superior în emisfere?

Din observațiunile publicate de d-nii Malmsten (1), Maragliano, Seppille (2), Assagiote, Bonvecchiato (3) și Weiss (4), rezultă că în scórța cerebrului ar fi un centru al facialului superior, dar acest centru se confundă în mod sensibil cu centrul facialului inferior, care, după cum s'a demonstrat de toți observatorii, ocupă terțiul inferior al circumvoluțiunilor frontale și parietale ascendente, ceea ce se pare în contradicere cu faptele ȃilnic observate de noi.

D-l Hallopeau în timpii din urmă s'a ocupat foarte serios de această cestiune, mai ales în ce privesce drumul fibrelor nervoase cari se duc de la scórța cerebrului la nucleul bulbar al facialului superior. — D-sa admite că fasciile orbiculare, nu urméză acelaș traect ca fasciile facialului inferior, adică nu trece prin centruloval, capsula internă și pedunculul cerebral. D-sa sprijină această părere, prin câte-va observațiuni, unde aũ constatat că bolnavii aveaũ emiplegie de aceeași parte cu paralisia orbicularului pleopelor. Să citez una din aceste observațiuni.

O pacientă atinsă de nefrita interstițială este lovită brusc de o paresie în tótă partea dréptă. — La tațã, paralisia este incomplectă și atinge în particular mușchiĩ inervați de facialul superior. — Bolnava nu póte sbârci fruntea și strĩnge pleopele.

Mușchiĩ aripei nasului nu sunt de cât prea puțini atinși, iar acei ai gurei par sănãtoși. — În ȃilele urmãtore paresia brațului dispãre, iar a feței persistã singurã. — Bolnava móre și la autopsie se gãsește, în emisferul stãng un focar emoragic de mãrimea unei alune diu care jumãtate basa nucleului lenticular și cea-l'altã jumãtate ocupã parte din stratul optic și dupã d-l Huguenin cãria aparține această observație crede că de aci ar pleca ramurile orbicularului pleopelor; de unde s'ar derige pe marginea internã a pedunculului cerebral cu care s'ar con-

(1) Malmsten (Hygiea XXXVIII, 2 Svenska lakaresolls förhs p. 27 1876.)

(2) Maragliano et Seppilli Rev. Sper. di freniatria e di medicina lėgale 1878 pag. 376.

(3) Assagiotti et Bonvecchiato. Duc casi de epilessia da lesion' corticale (Revista sperimentale di freniatria e di medicina lėgale 1879, obs. p. 117).

(4) Weis. Ueber corticale Epilepsie (Wiener medizinische Iarhbücher 1882).

funda. — Din altă observațiune a d-lui Chvosteck, fibrele orbicularului ar fi tot în nucleul lenticular.

Sprrijinit pe aceste două observațiuni precum și pe una a sa proprie, d-l Hallopeau crede că s'ar putea admite, că fasciile facialului cari inervéză orbicularul pleopelor, trece prin nucleul lenticular al cor-pilor striatăi; cu alte cuvinte acest nucleu ar conține fibre de ale facialului superior.

Sunt autori cari au încercat să resolve cestiunea facialului superior prin experimente asupra animalelor; ast-fel d-l Mendel a ajuns la conclusiunea, că fibrele facialului superior de comunicațiune, nu vin nici din nucleul bulbar al facialului, nici din nucleul motorului ocular extern, dar din partea posterióră a nucleului motor ocular comun. — De la acéstă origină fibrele trec în fascia longitudinală și posterióră și sosesc în fine la nucleul inferior al facialului, unde se amestecă cu fibrele facialului inferior. — Drumul său de la bulb la scórța cere-brului ar fi decî același ca și al motorului ocular comun, și decî probabil centru psiho-motor e același ca și al motorului ocular comun. — Și numai acéstă dispozițiune anatomică ar explica după d-sa raritatea paralisiei facialului superior, în casurile de emiplegie de origină cerebrală.

D-nii Exner și Paneth, escitând plica curbă, au demonstrat existența contracțiunilor în mușchii orbiculari ai pleopelor din partea opusă.

Tăind însă cu un cuțit curb substanța cenușie și stratul subja-cent al fasciilor albe din acéstă regiune, contracțiunilor orbicularului pleopelor au dispărut. — decî, din aceste experiențe, conchide că centrul psiho-motor al facialului superior s'ar găsi spre plica curbă în vecinătatea centrului de mișcare a ochilor — Aceste date vin de a sprijini opiniunea d-lui Mendel.

Din cele ce am ȃis, sunt dispus a crede că facialul superior are un centru în stratele psiho-motrice pôte, în vecinătatea plicei curbe, rămâne totuși de demonstrat prin fapte clinice și experimente ulterioare locul fix al acestuî centru.

Finesc, d-lor, paralisia nervului facial de origină cerebrală, arătându-vă pe cât mi-a fost posibil lesiunile acestuî nerv în traectul său prin pedunculul cerebral, capsula internă, capsula externă, centrul oval și scórța cerebrului.

Rămâne să vă vorbesc asupra paralisiilor facialului în cursul său în convalescența maladiilor acute, în intoxicațiunile saturnine și în histerie, ceea ce voi face cu altă ocaziune.

NOTE BIBLIOGRAFICE.

1. Hallopeau. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1879.
2. Huguenin. Jahresbericht für die medicinische, Wissenschaft 1872.
3. Chvostek. Oester Zeitsch für prakt Heilk, 1870 No. 35.
4. Mendel. Berlin Klin. Woch. No. 48, p. 918, 28 Noembrie 1887.
5. Exner et Paneth (Archiv. für die gesammte physiologie XI.I, pag. 349.)

ASOCIATIUNEA MICROBIENA

Ați vădut din lecțiunile ce v'am făcut asupra paralisiilor nervului facial, cât sunt de necesare noțiunile de anatomie, de fisiologie, de fizică, într'un cuvânt de câte noțiuni variate avem nevoie în clinică. Pe lângă cunoștințele medicale propriu zise, avem trebuință de noțiuni generale din toate celelalte științe, de un fel de educațiune enciclopedică.

Dar nu e numai atât.

Ați primit și sunteți în posesiunea unui capital de atari cunoștințe. Incepeți studiul clinice, începeți a observa bolnavii.

Cum trebuie să procedați la luarea unei observațiuni?

În lecțiunile viitoare vom vorbi despre modul d'a examina un bolnav, astăzi ne vom ocupa numai de punctul de vedere general care trebuie să ne conducă în luarea observațiunilor.

Observațiunile se pot lua din două puncte de vedere: sau pornind de la o ipoteză pe care voim a o proba sau confirma, pornind de la general la particular — metoda disă deductivă; sau mergând în sens contrariu, adunând faptele, observându-le fără idee făcută mai dinainte și trăgând apoi dintr'însele ideile generale — metoda inductivă.

Nu e nevoie să vă arăt avantajile metodei din urmă, nici desavantajile celei d'întâi. În trecut, numai, vă voi reaminti ideile mari eșite din observațiunile clinice și anatomo-patologice ale lui Sénac,

Morgagni, Corvisart, Laënnec, etc., ca să nu citez de cât pe cei mai mari observatori din secolul la XVIII-lea; și iarăși în trecăt să vă reamintesc de câte ori știința medicală n'a stat pe loc sub înfriurirea puternică a unei teorii a priori greșite, și cât timp n'a trebuit ca unele din aceste idei să fie înlăturate.

O observațiune științifică în general și mai ales o observațiune clinică trebuie condusă fără idee preconcepută. Numai atunci învățămintele trase dintr'însa cu o logică perfectă vor avea valoare. Numai ast-fel veți afla adevăruri; ast-fel se ajunge la idei noi.

Ca să vedeți ce se poate obține pe această cale să luăm ca exemplu, astăzi, pe bolnava pe care ați vădută'o cu toții în sala 3, la patul No. 6.

Iată, în scurt, observațiunea ei:

M... P. Moraru, de 25 ani, servitoare, intră în spital la 4 Noembrie cu febră mare (39—40°); stare cerebrală rea cu amnezie, în cât în mod vag aflăm că ar fi suferit mai multe săptămâni înainte de nisce figuri pentru cari un medic îi dă chinină, că de vre-o 4—5 zile bóla s'ar fi agravat, că d'atunci i-au apărut viziiturile de urechi și starea de amnezie, de hebetudine de care mai ales se plânge.

Figura bolnavei e injectată, pometele mai ales contrastază cu slăbiciunea și cu paliditatea restului pelei. Mucósa buzelor uscată, *limba însă umedă* și acoperită cu un strat albicios subțire.

Pelea abdomenului presintă striațiunile cicatriciale ale unei sarcini anteriore. Pe fața anterioară a toracelui și pe abdomen se observă ici colo *câte-va pele rozate, lenticulare*, cari dispar prin presiune. Abdomenul móle, nu e balonat: nu se produce de cât în prima și sgotumul lichid, gîlgîitura (gargouillement) când apăsăm grópa iliacă dreaptă. Bolnava e constipată; inapetență absolută, sete mare.

Splina aiba se poate determina prin percuțiune, nu trece sub coste și pare *prea pușin mărită*. Ficatul are volumul său normal.

Percuțiunea toracelui arată o rezistență mai mare, o consistență crescută la partea postero-superioară stângă. În partea dreaptă și mijlocie a faței posterioare e o slăbire ușoră a sonorității în raport cu partea stângă. În tótă întinderea ambilor pulmoni, atât la partea anterioară cât și înapoi se aud ralură sibilante și mucóse, subcrepitante; dar aceste fenomene stetoscopice *predomină spre vîrfuri*. În partea posterioară și în jumătatea superioară a pulmonului drept se aud și *frecături pleurale*. Vîrful stîng transmite mai bine vibrațiunile vocii

și bătăile cordului. Bolnava tușese și expectoréză spută muco-purulentă prea puțin aerată.

Cordul bate mai frecuent, dar destul de forte. *Pulsul nu e dicrot*, e puternic; arterele sunt normale.

Urina dă un nor subțire de albumină.

Stare de hebetudine, dar delir ușor din când în când ziua; noaptea delir mai sgomotos. Adinamie.

La 5 Noembre, când am văzut-o pentru prima oară, bolnava fusese examinată și i-se pusese diagnosticul de febră tifoidă

Atunci mi-aș atras atențiunea câte-va particularități în simptomatologie și am spus celor d'imprejurul meu: băgați de seamă, să nu comiteți o eróre de diagnostic. Am făcut acésta, Domnilor, pentru a pune în evidență lucruri mici, cari pot fi de mare folos în diagnostic, pentru a desvolta în d-vóstră simțiul artistic, colorist în clinică.

Sunt ómení remarcabilí, cari aú citit mult, aú scis lucruri frumoșe, aú strălucit chiar la concursuri în ce privesce cunoscințele, erudițiunea lor și cari totuși erau aproape lipsiți de acéstă calitate a clinicianului. Toți cunósceți numele și scrierile lui Maurice Reynaud; ei bine, acest om distins pe timpul când l'am cunoscut era adesea slab în ce privesce diagnosticul. Era în stare să examineze un bolnav ore întregi, cât se póte de complet, într'un mod sistematic, aparat cu aparat, organ eu organ, și la urma urmei ajungea la diagnostice imposibile, fiind lipsit de acest simț sintetic.

Impresiunea pe care 'mi-o făcea bolnava era deosebită. Expresiunea figurei era prea vie, nu era acea abatere, acea lipsă de expresiune a febrei tifoide; apoi predominența fenomenelor pulmonare spre părțile superioare încă nu pleda pentru o febră tifoidă; etatea bolnavei, de și nu prea mult, totuși avea și ea o putere a mă face să înclin spre o altă idee. Am cerut să se examineze sputele, dacă nu conțin bacilul tuberculosei.

D. Manicátide, făcând acest examen, ne arată prezența microbilor în spută, de și în număr lórte mic; dar vă puteți convinge și d-vóstră din preparațiunile păstrate că sunt bacili de tuberculosă.

După acéstă constatare n'a mai fost îndoială pentru noi că aveam a face cu o *tuberculosă acută*, cu forma tifoidă și am pus acest diagnostic care răspundea mai bine complexului simptomatic oferit de bolnavă, căci știți că chiar petele leticulare s'aú observat în granule.

Asupra aceste maladii am vorbit pe larg într'o lecțiune ce a fost publicată de d. dr. Luca în anul trecut. Acum vă voi spune în scurt că acest cuvânt, *granulie* a fost introdus în știință de Empis, care 'mi-a fost în trecut șef de serviciu, pe când eram intern la Pitié. — Amintirea plăcută a internatului 'mi servă la memorarea datelor -- cam prin 1865—66. Empis, publică memoriul său asupra granuliei, pe care o considera ca o bôlă aparte și o scotea dintre formele tuberculosei. Observațiunile și descrierea sa clinică au rămas, dar interpretarea dată de dînsul s'a schimbat. Astăzi nimeni nu se mai îndoesce de natura tuberculoasă a granuliei.

Diagnosticul nostru de granulie tuberculoasă acută, a fost confirmat în urmă prin mersul febrei cu exacerbațiuni matinale, lucru foarte important și asupra căruia au stăruit mulți autori. Se vede pe traseu că bolnava avea séra 39°, dimineața 40° sau 39⁺ séra și 40° dimineața; într'o siugură și temperatura dimineața a fost mai mică (39°) de cât séra (39°).

În ultimele 2 zile sputa a început să aibă striatiuni de sânge, ceca-ce încă ne depărta de diagnosticul de febră tifoidă.

La 10 Noembre am fost surprinși de precipitarea cu care s'a produs mórtea acestei femei.

La 9 Noembre séra — bolnava a fost apucată de dureri mari în abdomen și mai în special în partea inferioară, începînd din basin. Abdomenul se balonează, durerile devin insuportabile, bolnava își perde cunoștința și sucumbă peste noapte cu toate fenomenele unei peritonite supra-acute.

În resumat, simptome ibride de febră tifoidă cu ore-carî manifestațiuni cari pledau mai mult pentru o tuberculațiune acută -- diagnostic pe care l'am și adoptat.

Să vedem acum ce dice autopsia?

D. profesor Babeș ne a dat următorul diagnostic anatomo-patologic:

Febra tifoidă la începutul formațiunei ulcerelor; foliculii izolați ai intestinului, umflați, gălbuși, cazeoși, tuberculoși; emoragii mici în plăcile lui Peyer. Emoragii difuze în splină și pulmonul stîng, în lobul inferior. Lobul inferior stîng cu o rețea interstițială mai dură, palidă, cu granulațiuni grize. Pulmonul drept cu aderențe pleurale vechi; lobul inferior iperemic. Salpingită cu aderențe ale epiploonului; un

corp al lui de Graefe hipertrofiat ca după sarcină (corp galben) și gangrenos în dreapta; necroza peretelui trompei stângi și peritonită incipientă.

Am complectat diagnosticul anatomo-patologic macroscopic prin examen microscopic și prin investigațiuni bacteriologice, făcute tot de d. profesor Babeș.

Și mai întâiu, examenul istologic arată:

În plămânul stâng, la vîrf, nodulii tuberculoși peribronchici și alți tuberculi izolați, cazeoși în centru, cu proliferațiune vie la periferie și cu celule gigante.

Examenul bacteriologic al substanței cazeoase, raclate din această parte, făcut în laboratorul cliniceî noastre, arată prezența a numeroși bacili de tuberculosă.

Trompa oferă semnele unei inflamațiunii cronice, cu elemente embrionare și fibro-plastice, fără nici un caracter particular, specific.

Acésta este opiniunea d-lui Babeș care trebuie verificată mai bine căci 'mî-e témă ca trompa să nu fie principala causă în debutul, evoluțiunea și terminațiunea letală a acestei bolnave.

(În intestin se găsesc pe lângă plăcile tifóse, foliculii izolați cu centru cazeos, tuberculos).

Examenul bacteriologic și culturile aũ dat:

Bacilul tuberculoșei în focarele pulmonare și intestinale. Un bacil ca *b. coli communis* în splină, dezvoltându-se pe agar glicerinat în colonii rotunjite, plate, albuî, confluențe, transparente, brune prin transparență, cu precipitat alb dens la fundul lichidului, baciliî rotunjiți, preciși paraleli, puțin distanțiati, uniformi, mai groși ca ai fibrei tifoide.

Din ganglionii mesenterici s'aũ dezvoltat baciliî febrei tifoide în cultură pură.

Din trompa inflamată, un saprogen.

Pentru a avea tóată siguranța posibilă, s'aũ făcut și inoculațiunî la 2 epurî.

Cum vedeți, Domnilor, condus de dorința de a afla adevêrul, nu am cređut nici pe d. profesor Babeș pe simplă afirmațiune, ci 'i-am cerut și adus înaintea d-vóstră tóte elementele de convingere pe cari ni le póte da starea actuală a sciinței.

Atât de mult e organizată în mine iubirea adevêrului în cât nu mă veți vedea nici o dată acoperind erorile comise; dar adesea exage-

rându-le ca să vă arăt că ele sunt posibile chiar după o experiență de mai multe decimii de ani, ca să îndemn să vă aplicați la studiarea bolnavilor
Și în cazul de față am comis o eróre.

Diagnosticul nostru a fost prea restrins. Tuberculoza acută generalisată a fost confirmată prin autopsie și examenul bacteriologic (pulmon și intestin); dar aceste cercetări ne-au arătat că am fost incomplecți. Pe lângă tuberculosă a existat în acest cas și o febră tifoidă. Aă fost două maladii infecțioase, o asociațiune de agenți patogeni vii, o asociațiune microbială.

Astăzi, Domnilor, sunt recunoscător bacteriologiei că ne-a dat mijlocul d'a face distincțiune între aceste două maladii. Nu e mult de când d. Charcot și Vulpian în fața unui intestin ulcerat stateau în indoială, dacă e tuberculos sau tifos și alergau la profesorul Robin care punea semnul patognomic în prezența la febra tifoidă, a unor celule mari pe cari le numia *cytoblastions*, celule cari n'ar exista în tuberculoza ulcerată. De și acesta era un mic progres, astăzi însă, fără bacteriologie, adese-orî e greu de făcut diagnosticul diferențial între o ulceratiune tifică și tuberculosă, cu toate caracterele distinctive așa frumos expuse prin cărți.

Feriți-vă de discursuri, feriti-vă de doctrinele frumos expuse, dar teoretice și foarte adesea ne basate pe fapte; ele sunt periculoase.

Ca să vă citez un nume din trecut, ce a rămas din frumoșele discursuri ale lui Chauffard?

Și acum, o figură mare, amicul meu d. Bouchard, membru al Academiei, cu un spirit puternic de generalizare, cu o elocință convingătoare, expune idei cari satisfac, cari plac; dar d-sa plécă dintr'o idee ipotetică și adese-orî experimentele nu sunt convingătoare. De aceea ideile d-sale, despre autointoxicatiune buni-óră, trebuiesc primite cu óre-care rezervă.

D-vóstră observați bolnavii de aprópe, controlați experimentele și nu vă dați convinși de cât prin fapte.

Procedând ast-fel și inconjurându-vă de toate garanțiile posibile, veți ajunge cu siguranță la rezultatele pozitive și nu veți mai încărcă sciința medicală, deja destul de încărcată, cu noi afirmațiuni eronate pentru răsturnarea cărora să fie nevoie de mai multă muncă de cât pentru stabilirea unui adevăr.

Discuțiunea asupra leprei la Academia de Medicină din Paris

vă va putea servi în această privință. Puteți vedea acolo observatori cari, pentru a susține o ipotesă, ajung a nu mai ține socotelă de cunoștințele pozitive dobândite în bacteriologie, nici de caracterele bôlei, observatori cari merg până la inventarea unei lepre neevoluate, rachitică și în raport cu rachitismul lor intelectual. Ca exemplu tipic de acest fel de observatori ar putea servi d. dr. Zambaco.

Pe calea observațiunei judiciose, pe calea probelor date de fapte numai și controlate în toate modurile posibile, noi am ajuns la ideia asociațiunei bacteriene.

Doctrina asociațiunei bacteriene, cestiune la ordinea zilei astăzi, a fost agitată întâiu de eminentul nostru coleg d l Profesor Babeș, care a presintat Congresului medical internațional din Berlin un memoriu asupra acestei cestiuni.

Cred util a vă cita câte-va pasagii dintr'insul.

«La începutul cercetărilor bacteriologice — țice d-sa — ne sforțam să determinăm cauza bôlelor infecțioase, atribuind fie-căreia un parazit special. Se negligia atunci, din principiu, ca să țicem așa, complicațiunile accidentale și neconstante cu alte bacterii cari însoțeau bacteria specifică.

Dar astăzi, când doctrina parazitismului acestor bôle este științificesce stabilită, putem studia aceste complicațiuni fără temere d'a răsturna noțiunile căpătate, și din contra, cu siguranța d'a le complecta. Studiul bacteriilor secundare asociate cu parazitul specific al unei bôle ôre-care, ne va arêta într'adevăr cauza variațiunilor așa de numeroase ce pôte să presinte din punctul de vedere al leșiunilor, al mersului clinic și al prognosticului seû.

Ehrlich și Brieger în particular, au publicat observațiuni de infecțiune mixtă. Am găsit un număr mare relatate în comunicările nôstre din 1882 și 83 asupra tuberculosei, leprei, febrei tifoide, pneumoniei și peripneumoniei, nefritelor, etc. Se găsesc asemenea exemple în lucrarea lui Koch asupra tuberculosei și a lui Loeffler asupra difteriei »

«Am vêdut că erau ușor de cultivat unii microbi pe substanțe nutritive cari serviseră deja la alte bacterii, pe când pentru alte specii cultura era imposibilă.

Ast-fel bacili tuberculosei și ai cholerei cresc reu sau nu se

desvoltă de loc pe un teren ocupat deja de prodigiosus său de microbi saprogeni, pe când nu sunt jenați de unii microbi septici.

Buchner, Emmerich, etc., transportând aceste experiențe în organismul viu, au arătat că un microb dat, putea nimici acțiunea unui alt microb patogen.

Resultă de aci că unele specii, reunite în acelaș organism animal, se nimicesc unele pe altele, în loc d'a 'și adăoga efectele lor patologene.

Unii microbi, singuri sau asociați, au ca consecință să lase în economia animală substanțe solubile, cari lucrăză unele asupra altora fie ca vaccinuri, fie din contra, adăogându-și efectele lor vătămătore.»

Ca să resumăm, d-l Babeș cităză numeroșe casuri de asemenea asociațiuni și termină cu exemple și considerațiuni generale.

«De și cunoșcința asociațiunilor bacteriane e cu totul recentă și numărul faptelor observate de noi e insuficient pentru stabilirea unei doctrine complete, totuși nu e mai puțin necesară pentru medicii cari voesc să aprofundeze studiul patologiei.

Aceste asociațiuni sunt basate în parte pe afinitatea unor bacterii unele pentru altele, afinitate demonstrată experimental prin aceea că cutare microb pôte sau nu să trăiască într'un mediū nutritiv modificat de un alt microb.

Complicațiunea unei bóle infecțioșe primitive printr'o infecțiune secundară nu e deci, de ordinar, efectul întâmplărei, nu constituie nici un epifenomen neglijiabil survenit în ultimele zile ale vieței, și nu orî-ce microbi se asociază cu cei specifici.

Unele asociațiuni bacteriane sunt fatale, neînăturabile, și altele necesare pentru a constitui o bólă dată.

Sunt aprópe de regulă în cele mai multe bóle infecțioșe ale omului și adesea infecțiunea secundară imprimă lesiunilor și simptomelor un mers nou caracteristic care decide sórta bolnavilor.

Ast-fel, recomandăm patologiștilor cercetarea sistematică a bacteriilor în timpul vieței bolnavilor și îndată după mórte, înainte și cu ocaziunea autopsiei, ca unul din cele mai bune mijlóce d'a lumina medicina nouă a bólelor infecțioșe »

Vedeți bine, Domnilor, observațiunea nóstră n'a fost completă din acest punct de vedere. Am examinat sputa, dar n'am examinat sângele din splină și acésta a făcut să ajungem și la un diagnostic

incomplet. Dar autopsia, studiul istologic și bacteriologia au completat totul și ne-au condus la ideea asociațiunii bacteriane.

Acastă idee s'a născut în țera noastră și o datorim unuia din cei mai distinși profesori, care formeză gloria facultății de medicină din București; ea va avea frumoșe aplicațiuni în clinică.

Revenind la cazul nostru, l'am putea interpreta în modul următor: tuberculoasă cronică a trompelor, pôte chiar că introducerea microbului în organism să se fi făcut pe această cale. Febră tifoidă ca infecțiune secundară și care data de vre-o 10—11 zile, când tuberculoasa latentă din trompe, găsind organismul slăbit l'-a invadat cu forma acută și începând din zilele în cari bolnava spunea că i-s'a agravat bóla. Imi pare foarte probabilă această interpretațiune, de și d-l profesor Babeș nu a găsit nici un semn de specificitate a salpingitei, pe care o consideră independentă.

Abcesul din trompa stângă deschizându-se în cavitatea peritoneală a dat peritonită supra-acută, cauza imediată a acestei morți precipitate.

Ca să încheem, d-lor, să vedem ce reiese, care e moralitatea — ca să ȃic așa — a acestei lecțiuni. Mai întâi, v'am arătat care trebuie să fie punctul de vedere general, modul de a proceda sau mai bine scopul urmărit în luarea unei observațiuni. V'am arătat apoi că diagnosticul nostru a fost incomplet din cauza precipitărei ce am pus și a abaterei de la întrebuițarea tuturor mijlócelor de investigațiune — lucru care trebuie iarăși să vă serve ca învățatură. În fine, v'am arătat cum din această observațiune clinică, anatomo-patologică a născut ideea *asociațiunii bacteriane*, ceea-ce demonștră positivitarea doctrinei d-lui Profesor Babeș.

Am fost foarte fericit profitând de această ocașiune, ca să dezvolt o idee născută și dezvoltată la noi în țera de eminentul nostru coleg. Voi fi tot-d'a-una gata să îmbrățișez cu entusiasm asemenea idei sau teorii aplicabile clinice, mai cu sémă când iaș nascere în țera românească, pentru a afirma și mai bine lăgătura de colegialitate dintre profesorii acestei facultăți și pentru a pune în evidență influența salutară a ideilor unora dintre noi asupra celor alți, pentru a face ca direcțiunea studiilor medicale în această facultate să aibă originalitatea sa și caracterul său special.

În această privință voiș urma calea profesorului Trousseau, care,

cu entuziasmul său bine cumpătat, făcea zilnic aplicațiunile la clinică din descoperirile ilustrului Claude Bernard.

Credem că vom putea urma acest program, aplicând zilnic ideile originale ale d-lui profesor Babeș, idei basate pe investigațiunile anatomo-patologice, bacteriologice și de patologie experimentală, ceea-ce constituie un mare merit pentru eminentul nostru coleg.

Ca urmare la lecțiunea asupra asociațiunei bacteriene (Spitalul No. 22, 1892), vă prezintă încă alte două casuri.

Cel d'întâi, Iașar Mehmet, turc de origină, venit în țără de 10 luni, în care timp a suferit mult de friguri, intră în spital la 15 Noembrie cu febră care dura de 20—25 de zile, cu stare de slăbiciune mare, cu semne de congestiune pulmonară, dar cu abdomenul excavat, ficatul ușor mărit, splina mare și dură, lemnosă, constipațiune, fără chiorăitură în grópa iliacă dreaptă (gargouillement), fără nici o erupțiune pe corp. Temperatura, cum se póte vedea pe traseu, are remisiuni până la 37 sub influența chininei, bóla ar fi început cu accese de febră intermitentă, cu fiori în fie-care zi, și mai în urmă a devenit continuă.

D-nul profesor Kalenderu admise încă din prima zi că ar putea fi vorba de o febră tifoidă spre sfirșit, de și simptomele ce prezinta bolnavul pledau mai mult pentru o febră continuă palustră.

După indicațiunea d-sale, se extrase atunci sânge din splină. Lamelele colorate cu albastru de metilen aratără în mod evident prezența ematozoarului lui Laveran cu forme semilunare rari, dar mai dese forme rotunde pigmentate, închise în globule roșii. Pe lamele nu s'aú putut afla microbii febrei tifoide. Insemințările pe gelatină peptonizată aú rămas sterile. Dar ținându-se sémă bolnavului, excluderea diagnosticului de febră tifoidă rămăsese rezervată și prin urmare se admitea existența posibilă a unei asociațiuni. Tratamentul și regimul fu condus în consecință.

Câte-va zile în urmă (20—21 Noembrie) evoluțiunea bólei confirmă acéstă temere. Bolnavul capătă o peritonită prin perforațiune și sucombă.

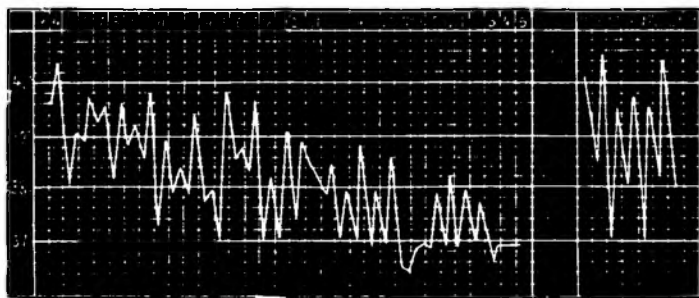
La necropsia făcută de d-nul profesor Babeș, s'a constatat o febră tifoidă în stadiul de ulcerațiune, și la vre-o 30 cm. de la valvula iles-cerală o perforațiune a ileonului în centrul unui ulcer tific; pe-

ritonita fecală consecutivă. Ficatul puțin mărit, de colóre galbenă-brună. Splina mărită, capsula îngroșată, întinsă; trabeculele desvoltate, pulpa roșie brună negricioasă, se scóte ușor, peste o indurațiune cronică probabil palustră s'a adăogat procesul intumescenței acute. Stomacul dilatat, cu puncte echimotice pe mucosă. Rinichi prea puțin măriți, capsula se scóte ușor, partea corticală ceva mai palidă. Pulmonii iperemici în părțile posterioare, cu părți atelectatice la margini.

Faptul că s'au găsit ematozoarele în sângele de splină, mersul temperaturéi care era mult modificată de chinină, rezultatul necropsiei face cu totul pozitivă ideea asociațiunei paludismului cu febra tifoidă.

Cu această ocaziune d-nul profesor Kalenderu insistă mai ales asupra schimbărei tabloului clinic al bólelor prin asocierea mai multor agenți patogeni.

Al 2-lea caz, e al unui oltean Anton Măgoșanu, de 16 ani, intrat în serviciu cu o febră mare, cu semnele unui catar bronhic și cu splina iarăși mare și îndurată. Suferise și mai înainte de friguri intermitente. Mersul temperaturéi la acest bolnav încă presintă particularitatea că remisiunile matinale ajung aprópe de normală, ca la febra intermitentă, și e fórte mult modificat de chinină. În tot timpul bolnavul n'a avut limba uscată sau balonarea abdomenului; a avut însă câte-va pete lenticulare; bronchita și diarea s'a vindecat după 10—15 zile, dar temperatura a continuat a fi ridicată în mod intermitent, încă, după cum se vede în traseu.



Sângele extras din splină a arătat prezența ematozoarelor. Lamele colorate pentru microbii febrei tifoide nu au arătat nimic. Înse-

mînțarea însă a acestui sânge pe gelatină a dat nise culturi formate din bacili scurți, cari au produs un precipitat brun la fundul eprubetei

Acest bolnav se află încă în serviciu și e acum în convalescență.

La acesta ca și la cel d'întăiu s'a pus diagnosticul ambelor maldii în timpul vieței.

Acastă asociațiune a impaludismului cu febra tifoidă care trebuie să fie foarte frecventă, a fost demonstrată prin investigațiuni microscopice și bacteriologice.

Clinicesce de mult noi am bănuț'o; am voit chiar să publicăm o serie de casurî, dar nu aveam atunci ca elemente convingătore de cât mersul temperaturii, simptomatologia și evoluțiunea bólei și influența chininei. D-nul profesor Kalenderu instituind aceste cercetări prin examinarea sângelui, a ajuns pe o cale mult mai puțin discutabilă la afirmațiunea pozitivă, că există o serie de casurî cari au fizionomia ștersă a febrei tifoide, cu amestecul manifestațiunilor palustre, cu splina mare, îndurată și în care se pôte constata agentul patogen și al febrei tifoide și al impaludismului.

Aceste casurî intră în doctrina asociațiunei microbiane a d-lui profesor Babeș, de și în acestea ar fi mai bine de țis o asociație zoobacteriană, asociațiune între un agent patogen bacterian și unul de natură animală.

În țeră, foarte adesea întălnim asemenea casurî și se înțelege ce importanță mare are pentru noi, din punctul de vedere al pronosticului, al tratamentului, al regimului alimentar, etc., Adese-orî se pôte lua drept o febră continuă palustră aceea ce nu e de cât o febră tifoidă-palustră în sensul asociațiunei, și tratamentul și regimul îndreptat ca la febra palustră pronosticul afirmat în bine, iar la urmă suntem surprinși de o mórte subită, o peritonită, etc., în urma febrei tifoide.

ELECTRICITATEA CA MIJLOC DE EXPLORATIUNE CLINICA

Astăți, urmând programul nostru în examinarea bolnavilor, vom trata despre un mijloc fisic de explorațiune clinică, despre *electricitate*.

Să-mi permiteți ca, ca înainte de a intra în subiectul lecțiunei noastre, să vė reamintesc câte-va noțiuni de fisică și de fiziologie, ne-

cesare pentru înțelegerea celor ce voiū avea onórea a vė spune mai la urmă.

Vedeți, cu acéstă ocaziune, încă o dată de cât folos ne sunt cele-l'alte sciințe în clinică.

Sciți cu toții că în fisică se deosebesc douė feluri de a fi ale forței numită electricitate statică sau în tensiune și cea dinamică, în mișcare, în acțiune.

Electricitatea statică are puține aplicațiuni în medicină și acestea mai ales ca mijloc terapeutic; ca mijloc de explorațiune n'a fost încă întrebuințată.

De la descoperirile lui Galvani, Volta și Faraday se produc douė feluri de electricitate dinamică, electricitatea saū mai bine curenții electrici galvanici, produși prin reacțiuni chimice și curenții faradici produși prin acțiunea de vecinătate fie a unui magnet, fie a unui curent galvanic slab și întrerupt, asupra unui circuit, prin influență saū inducțiune.

Mașinile producătoare de acest fel de curenți fiind cele mai portative, cele mai maniabile, întrebuințarea lor s'a răspândit lesne, în cât astăzi în mai tóte laboratoriile, la tóte clinicile, nu se întrebuințază ca aparate electro-medicale de cât aprópe exclusiv mașinile de curenți galvanici, continui saū de baterii și cele de curenți întrerupți, faradici saū de bobine. Mașinile noi dimano-elctrice încă nu aū aplicațiuni în medicină.

Nu voiū intra mult în amănunte de fisică. Rămâneți de aci cu acéstă primă noțiune necesară a curenților *întrerupți* saū *faradici* și a curenților *continui* saū *galvanici*. O a doua noțiune necesară, mai cu deosebire în ce privesce curenții galvanici e diferența dīsă *polară* a celor 2 electrozi, distincțiunea lor în *positiv* și *negativ*.

Să vedem acum ce efecte aū acești curenți asupra organismului sănătos, ca să avem cu ce compara, ceea-ce vom obține la un organism bolnav.

Fără a face istoricul faselor prin cari a trecut electrofisiologia. vė voiū da numai starea ultimă a chestiunei, mărginindu-mė la efectele escitațiunei polare și a-nume a celei bipolare, fără a ține sėmă de direcțiunea curenților așa cum se practică în marea majoritate a casurilor, în cercetările clinice. Mė voiū mărgini la un resumat strict necesar.

Dacă aplicăm pe o regiune a corpului electrozii unei mașine la o distanță óre-care unul de altul, avem o senzațiune particulară, deosebită după natura curentului întrerupt sau continuu, după intensitatea sa și după întinderea și forma electrozilor. Aceste senzațiuni — de svîcnitură la curenții întrerupți, de arsură la trecerea lor continuă — vom vedea că variază în plus sau în minus în stările patologice.

Dar nu acésta forméază partea cea mai importantă a acțiunei electricității. Nervii motori și mușchii reacționează în sensul funcționării lor prin *contractiuni* și aceste fenomene evidente, independente de subiectivitatea persoanei examinate, ușor de controlat, prin urmare, constituie prin alterațiunea lor semne importante în leziunile acestor organe.

Dacă lucrăm cu un aparat faradic și aplicăm un electrod pe o regiune a corpului unde nu se află nici un mușchiu și nici un trunchiă nervos superficial și mai mare, ca pe regiunea sternală bunióră, și cel-l'alt electrod pe o regiune unde sunt condițiuni contrarii, vom avea ca reacțiune o contractiune a muschiului, pe care am aplicat electrodul său în domeniul nervului escitat. Electrodul d'intăi se numesce *indiferent*, pentru că nu produce nici un efect aparent, cel-l'alt se chiamă *activ* (Erb il numesce diferent.)

La curenții faradici fie-care din electrozi devine pe rînd și fórte repede, când pozitiv când negativ, în cât nu putem distinge când acțiunea lui e mai energetică, pentru că muschiul intră în tetanos fiziologic; dacă însă facem întreruperile rar, observăm că se produc contractiunile cele mai energice la deschiderea curentului inductor, când în bobina indusă se produce un curent în acelaș sens cu cel inductor — și dacă în acel moment electrodul *negativ* e cel activ. In ori-ce cas, lăsând de o parte acest detaliu, *nervii în stare normală reacționează la curenții faradici prin contractiuni tetanice sau prin șguduituri întrerupte, după cum întreruperile sunt dese sau mai rare.*

Dacă întrebuițăm curentul galvanic, atunci lucrurile se schimbă, avem un electrod care e continuu pozitiv și altul continuu negativ. Putem face pe fie-care dintr'înșii pol activ, sau indiferent și vom avea rezultate deosebite în fie-care caz, pe lângă schimbarea polilor activi și prin *inchiderca* sau *deschiderca* curentului.

Curentul galvanic când trece prin corpul nostru produce o senzațiune particulară de arsură, dar nu produce efecte de contractiune

musculară de cât când se închide brusc circuitul său când se întrerupe curentul.

Efectele fiziologice depind nu de intensitatea curentului, dar de mărimea variațiunilor de intensitate prin care trece curentul dintr'un moment într'altul (legea lui Du-Bois Reymond)

În stare fiziologică, prima contracțiune apare într'un teritoriū nervos, cu un curent galvanic slab, când închidem curentul și când electrodul escitator e cel *negativ*. Dacă schimbăm electrozii, punând pe traectul superficial al nervului polul pozitiv, iar pe stern polul negativ nu obținem nici o contracțiune. Mărim intensitatea curentului; se produce contracțiune mai puternică la închiderea circuitului cu polul negativ, la deschiderea lui nu se obține nimic; se produce o contracțiune slabă la închiderea curentului cu polul pozitiv și mai slabă puțin, dar aprópe egală la deschiderea curentului cu acelaș electrod aplicat pe nerv. Dacă mărim încă și mai mult intensitatea curentului ajungem a produce o contracțiune mai persistentă, o tetanie a mușchilor când închidem curentul și escităm cu polul negativ, contracțiunii tarī când închidem și deschidem curentul servindu se ca electrod activ de polul pozitiv și o contracțiune slabă dacă deschidem curentul escitând cu polul negativ.

Pentru simplificarea expunerii acestor reacțiuni atât în stare fiziologică cât și în stare patologică, s'aū admis nisce formule în care intră inițialele cuvintelor *positiv, negativ*, cari arată calitatea electrodului activ, *închidere* și *deschidere*, *sguduitură* sau *contracțiune*. Autorii germani întrebuintează abreviațiunile An. (Anod=pozitiv), K (Katod=negativ), S (Schliessung=incheere), O (Oefnung=deschidere și Z (Zuckung=sguduitură).

Vē daū aceste note pentru că în multe cărți franceze și în tóte cele germane veți găsi formulele de reacțiune electrică cu aceste litere.

Cei mai mulți dintre autorii francezi se servesc actualmente de inițialele cuvintelor: *positif, négatif, fermeture, ouverture, secousse*, sau *contraction*.

În observațiunile publicate la noi (Spitalul No. 10 1891 și No. 8 1892) s'aū adoptat nisce formule mixte. E timpul a se admite o formulă generală și pentru aceea noi ne vom servi de inițialele fran-

ceze cari se apropie mai mult de cele românesci și pentru că vă veți întâlni mai des cu dînsele.

Reacțiunea fiziologică, normală, a nervilor expusă mai sus se va putea exprima în următoarele formule:

La curenții slabi NFC;

La curenții mai tari NFC. $>$ PFC și POC;

La curenții foarte tari NFC tteanică, PFC tare, POC $>$ NOC.

In stare normală, prin urmare un nerv răspunde prin contracțiunii în mușchii inervați când îl escităm cu curenții faradici, și cu cei galvanici. Dacă curenții are o intensitate medie, obținem o sguduitură puternică, la închidere cu polul negativ, și una mai slabă ot la închidere, dar cu polul pozitiv.

Când vom afla această reacțiune într'un nerv, putem spune că acel nerv e sănătos.

Mușchii răspund la curenții faradici prin contracțiuni tetanice și prin sguduituri izolate, după frecvența întreruperilor.

La escitațiunile galvanice, ca și pentru nervii motorii, vom avea întâi contracțiuni la închidere cu polul negativ—NFC; cu un curent mai tare și PFC, dar aci diferența e mai mică de cât la nervi. Nu vom avea de cât cu intensitățile cele mai mari suferite de bolnav, contracțiuni la deschidere cu polul pozitiv și de loc cu polul negativ.

Să trecem acum la reacțiunile obținute în stările anormale ale mușchilor și nervilor.

Duchenne (de Boulogne), credincios totă viața sa curenții faradic, observase deja că în unele cazuri de paralizii sau atrofii nu mai obținea contracțiuni când escita mușchii sau nervul. La 1858 *Remak*, care aplicase mult curenții continui ca mijloc terapeutic, dă notițe importante în cartea sa *Electroterapia galvanică*; dar această publicațiune a trecut aproape nebagată în sēmă. Cu un an mai în urmă *Baierlacher* atrage atențiunea specialiștilor asupra fenomenelor de reacțiune electrică patologică și le dă numele de *reacțiune de degenerare*.

Lucrarea lui *Baierlacher* deșteptă atențiunea multor neuro-patologiști și în Germania se succedară repede cercetările făcute asupra subiectului de către *Brenner* din Petresburg, care introduce ca element nou escitațiunea polară în locul metodei de direcțiune a curenții (ascendente, descendent) *Neuman Ziemssen*, etc. și în fine.

Erb, care s'a ocupat mult timp cu cercetări de electro-terapie și constituie astăzi autoritatea cea mai însemnată în materie.

Dacă Francezii până mai deună-ză nu-și dedeau bine seama de acțiunea curenților galvanici, dacă nu urmau până ani trecuți de cât cam de departe progresul electro-fiziologiei germane, o datoresc influenței puternice a lui Duchenne (de Boulonge). Acum în urmă, abia, dinșii intră în curentul cel nou și putem cita ca autori francezi tratând bine chestiunea pe *Onimus*, *Vigouroux*, etc. și pe d. *Charcot*, care s'a pus în capul unor noi investigațiuni și în ceea ce privește electricitatea *statică*, cu aplicațiuni la terapie (*Ouevres complètes* tome IX.)

Diferitele moduri de reacțiune a nervilor și mușchilor la curenții faradici și galvanici pot fi schimbate în stare patologică și sunt multe variante în aceste alterațiuni.

Ast-fel escitabilitatea unui nerv sau a unui mușchiu la curenții faradici poate fi crescută și mai adese-ori scădută putând ajunge până la disparițiune; escitabilitatea galvanică a nervilor sau a mușchilor poate fi scădută până la disparițiune, sau pentru mușchi poate fi crescută; în fine poate fi schimbată formula de succesiune a escitabilității pentru polul negativ și pozitiv la închidere și la deschidere, în raport cu mărirea treptată a intensității curentului;

Schimbarea cea mai importantă din punctul de vedere al nostru, al explorațiunii clinice, e aceea ce s'a numit *reacțiunea de degenerare*.

Erb definește această reacțiune: *o scădere și pierdere a excitabilității faradice și galvanice a nervilor și a excitabilității faradice a mușchilor, pe când excitabilitatea galvanică a lor rămâne staționară, e crescută câte o dată în mod însemnat și variază tot-d'a-una calitativ într'un mod determinat.*

Erb a făcut experiențe directe tăind nervii și urmărind treptat reacțiunea electrică în raport cu degenerarea nervului și a mușchiului.

Mai întâiu la isbit un fapt, care se vede și în definițiunea enunțată, adică lipsa de concordanță în mersul reacțiunii nervilor și a mușchilor. Pe când puțin timp după leziune, excitabilitatea electrică faradică și galvanică scade în nervi și în mușchi, ceva mai târziu (cam după două săptămâni) excitabilitatea mușchilor la curenții gal-

vanicii se mărește repede, pe când a nervilor continuă a scădea și dispare.

Felul reacțiunii se schimbă asemenea. Pe când în mușchii sănătoși sguđuiturile produse de închiderea și deschiderea curenților sunt repeđi, instantanei, fulgurante, în cei bolnavi sunt nisce contracțiuni leneșe, încete, vermiculare cu óre-care durată și la un curent galvanic relativ slab devin tetanice și duréză în tot timpul trecerei acestui curent.

Mai curiosă e schimbarea legei de sguđuire a mușchilor. Sguđuitura produsă cu polul pozitiv, care, în stare normală, se produce cu curenți tari și e mai mică de cât cea produsă cu polul negativ, se mărește din ce în ce, devine egală și chiar mai mare de cât acesta, în cât constituie un criteriu important pentru reacțiunea de degenerare. Acelaș lucru se întâmplă și pentru contracțiunea de deschidere cu pulul negativ, ca electrod activ, care devine egală cu contracțiunea de deschidere cu polul pozitiv.

Dacă am voi acum să exprimăm în formule cele ce am spus despre aceste modifićațiuni, am avea:

$PFC = \text{sa} \gt NTC$ și $NOC = POC$.

Acest mod de a răspunde la escitațiunile electrice ale nervilor și ale mușchilor autorii germani i-au đis *reacțiune de degenerare*, (*Entartungs Reaction*).

E caracterisată această reacțiune, după cum avui onórea a vé arăta, prin: a) *inexcitabilitatea faradică și galvanică a nervilor*, b) *inexcitabilitatea faradică a mușchilor cu mărirea excitabilităței lor galvanice* și c) *prin mărirea excitabilităței la polul pozitiv și la deschiderea curențului adică prin răsturnarea formulelor normale* $NFC \gt PFC \gt POC$, cari devin $NOC = \text{sa} \gt POC = PFC \gt NFC$.

Dar acesta nu constituie de cât un stadiu în evoluțiunea reacțiunii electrice în nervii și în mușchii bolnavi; căci într'un stadiu mai înaintat se produc schimbări noi. Dacă leziunile progreséză, reacțiunea galvanică a mușchilor începe a scădea și dispare cu totul în cât adesea nu mai obținem nici un fel de reacțiune, nici în nerv nici în unii mușchi. Alte-óri, din contră, leziunile reparându-se, escitabilitatea galvanică scade, tinde a se apropia de normală; reapare excitabilitatea faradică a mușchilor și în fine și excitabilitatea nervilor.

În unele casuri escitabilitatea nervilor scade puțin, fără a dispare

cu totul și în mușchi se observă toate celelalte caractere ale reacțiunii de degenerare. Acestei forme, Erb îi dăce *reacțiune de degenerare parțială*.

Din cele ce v'am spus pân'aci reiese, că nu prae e nevoie să facem clase noi, cu numiri speciale pentru toate variantele reacțiunilor electrice patologice. Aceste reacțiuni trec printr'o serie neîntreruptă de modificări de la reacțiunea normală până la disparițiune completă. La acelaș bolnav aflăm, precum veți vedea, în acelaș timp diferite grade, în modificarea reacțiunii electrice. Lucrul de alt-fel îl recunoșce și d. Erb; dar d-sa măi ales a avut marele merit de a fi legat una din formele reacțiunii electrice patologice — reacțiunea numită de degenerare — do o leziune istologică a mușchilor și a nervilor, constituită de o *atrofie degenerativă* (coagulare și granulare a mielinei, ramoliție cu distrugere a cilindraxului, proliferarea nucleilor tecei, scleroză a nervului prin proliferarea nevrilemului, iar în mușchi, subțiere a fibrelor cu ștergere incompletă a striatiunilor, mărire a nucleilor, proliferare a țesutului interstițial).

De câte ori vom afla decî acest mod al reacțiunii electrice patologice, vom avea în nervi și mușchi leziunile descrise.

Experiența și cercetările făcute până astăzi arată că această reacțiune *se observă*:

1) *În leziunile nervilor periferici*, ca: paralisile traumatice, compresiunile nervoase, inflamațiunile (nevrite) infecțioase sau toxice (difterice, sifilitice, saturnine, alcoolice, etc.) în multe paralisii reumatismale.

2) *În leziunile medulare când ating cornule sau rădăcinile anterioare*, ca în traumatisme, ematomielii, tumorii; în scleroza laterală amiotrofică, paralisia infantilă, atrofia musculară tipul Aran-Duchenne, mielite acute și cronice, etc.

Nu se observă această reacțiune:

1) *În paralisile cerebrale și medulare dacă leziunile nu au atins nervii periferici sau cornule anterioare*, d. e.: în emiplegii, în unele mielite. etc.

2) *În miopatiile primitive* în afecțiunile primare ale mușchilor, ex.: atrofia musculară tipul Landouzy-Déjerine, paralisia pseudo-iperetrofică, etc.

Nu vă măi încarc memoria cu câte-va excepțiuni la aceste reguli, excepțiuni rare, observate ici colo. Dacă m'aș referi numai la

observațiunea publicată în Analele institutului de Patologie, în colaborațiune cu d. profesor Babeș și intitulată «un cas de paralizie pseudo-ipertrofică», vă veți putea convinge despre unele casuri mixte și de deslușit în viitor.

Rețineți numai datele cari vă pot servi în diagnosticul sediului și al gravității leziunii, de unde, prin urmare, și în pronosticul maladiei, mai ales dacă faceți două esamene consecutive, la ore-care interval, și vă puteți convinge, din comparațiunea rezultatelor, de progresul său regresul leziunii.

V'ași da acum reacțiunile obținute în casurile din serviciu ca să putem judeca împreună cele afirmate până aci; dar voesc mai înainte să vă arăt tehnica ore-cum, modul de a proceda în explorațiunea electrică a nervilor și a mușchilor.

Aveți la dispozițiune un aparat cu electricitate faradică și galvanică. Vă recomand aparatul cliniceî noastre, de la d-nul Chardin din Paris, care prin dispozițiunea sa, foarte complectă, presintă și avantajul d'a nu se uza de cât în timpul cât funcționează, în restul timpului lichidul pilelor fiind depărtate de zincuri și cărbuni.

Mai întâiu, cercetarea electrică trebuie făcută cu multă răbdare și cu mare atențiune. Trebuie cu multă băgare de sémă a se așeza electrodul activ pe punctele de elecțiune mai ales la examinarea mușchilor, unde depărtarea sa și apropierea de nervi dă rezultate deosebite.

În acéstă examinare lucrul principal pe care-l facem e determinarea curentului celui mai slab cu care obținem o contracțiune. Măsura intensității curentului e relativă și nu are importanță de cât în raport cu ceea-ce aflăm la alți nervi sa și mușchi sa în raport cu schimbarea polului activ; acéstă măsură se face pentru curenții faradici prin depărtarea și apropierea bobinei indusă iar pentru curenții galvanici prin galvanometru. Pentru-că măsurarea curentului cu galvanometrul complică și mai mult examenul, ne putem mărgini numai la menționarea numărului elementelor întrebuițate, care ne dă o măsură aproximativă, suficientă în casurile ordinare. Când voim să facem o cercetare mai exactă trebuie să determinăm și gradul de deviațiune al acului galvanometric pentru fie-care contracțiune notată.

Să luăm acum pe unul din casurile noastre, pe bolnava P... K... cu paralizie de exemplu, și să vedeți cum vom proceda.

Incepem cu electricitatea *faradică* și aplicăm unul din electrozi, pe cel lat, după prealabilă udare cu apă sărată, pe regiunea sternală. Acesta va fi polul indiferent. Cu electrodul cel mic, care concentrează excitațiunea electrică într'un punct, ne servim ca pol *activ*, aplicându-l tot-d'a-una mai întâi pe traiectul superficial al facialului stâng, după ce ese din gaura mastoidiană. Bobinele erau depărtate și curentul slab. Trebuie să le apropiem până la 3,5 cm. ca să obținem în teritoriul respectiv. Aplicăm electrodul activ în partea dreaptă în punctul simetric, dar nu obținem nici o contracțiune de și am mărit intensitatea curentului la maximum, supra-punând complet bobinele. Vom însemna acest prim rezultat: *inevitabilitate faradică a nervului facial drept*.

Incercăm mușchii, începând tot cu partea sănătoasă — stânga — și aflăm că la o depărtare medie a bobinelor de 4—4,5 cm. mușchii toți se contractă cu forță; pe când în dreapta numai sprincenarul și piramidalul nasului se mai contractă slab cu o apropiere de 1 cm. a bobinelor, cei-l'alți nu se contract de loc nici la intensitatea maximă a curentului. Însemnăm și acest al doilea rezultat *inexcitabilitatea faradică a mușchilor din partea dreaptă a feței* afară de sprincenar și piramidal cari sunt slab excitabili.

Intrebuițând curenții *galvanici*, excităm ca mai înainte nervul facial stâng și mărim treptat numărul elementelor deschidând și închidând circuitul, având ca pol activ când negativul când pozitivul până ce obținem o contracțiune. Ca să controlăm rezultatul micșorăm puțin intensitatea curentului, închidem, deschidem circuitul, răsturnăm direcțiunea curentului, schimbăm prin urmare calitatea polului activ și ajungem ast-fel a stabili că nervul facial stâng cu 16 elemente dă e contracțiune la închidere cu polul negativ — NFC; iar nervul facial drept e *inexcitabil*, chiar cu 24 elemente.

La mușchi, cu acelaș procedeu avem:

Frontalul	stâng cu 14	elem	NFC	cel drept cu 24 elem.	nimic
Sprincenarul	» » 14	»	NFC	» » 8	NFD
Piramidal	» » 14	»	NFC	» » 8	NFC
Orbicular pl.	» » 12	»	NFC	» » 7	NFC > PFC
Transversul	» » 14	»	NFC	» » 6	PFC > NFC

Dilatat nărei stâng cu 13	elem.	NFC	cel drept cu 7 elem.	NFC
Mirtiformul	» »	23	» NFC	» » 6 » NFC
Orb. b. super.	» »	14	» NFC	» » 5 » PFC
» » inf.	» »	12	» NFC	» » 3 » PFC > NFC
Triangularul	» »	13	» NFC	» » 8 » NFC
Patratul	» »	14	» NFC	» » 8 » NFC
Zigomatiicii	» »	14	» NFC	» » 10 » NFC = PFC
etc.				

În acest caz avem, prin urmare, mai multe forme ale reacțiunii electrice patologice, între cari și reacțiunea de degenerare tipică așa cum o descrie Erb. Sunt deci diferite grade de alterațiune a ramurilor nervoase și ale mușchilor; mușchiul frontal e cel mai alterat. Conchidem la o leziune *periferică*, ceea-ce de altmintrelea reiese și din observațiunea bolnavei, din anamnesă și din cele-l'alte semne clinice, căci, în trecăt fie *dis*, se citează un caz de paralizie facială cu reacțiune de degenerare, de și leziunea era protuberanțială. În cazul nostru pronosticul e foarte serios, în raport cu leziunile nevro-muscular întinse și înaintate.

Iată acum și rezultatele examinării casurilor din serviciu pe cari le-ați vădut.

Maria I... G... Emiplegie stângă cu paralizia facialului inferior din aceeași parte; deviațiune conjugată a ochilor și rotațiune paralizică a capului spre dreapta; emianestezie stângă.

Nervii excitabili și la curenți faradici și la galvanici.

Toți mușchii paralizați răspund la escitațiunile faradice, la escitațiunile galvanice răspund cu 20 elemente în medie după formula *normală* NFC.

La necropsie — 10 zile după atacul apoplectic — leziuni cerebrale corticale.

Acest caz e în regulă cu cele ce am spus mai înainte: leziuni cerebrale, reacțiune electrică normală.

Ion B... 90 ani, Emiplegie dreaptă veche cu trepidațiune epileptoidă și exagerarea reflexilor.

Nervii răspund la escitațiunile faradice și galvanice.

Mușchii din partea dreaptă sunt mai excitabili la curenții faradici.

La curenții galvanici obținem NFC cu 17 elem. în mai toți mușchii.

Reacțiunea e normală.

Apostol D..., 58 ani. Arteriosclerosă. Emiplegie stângă cu paralisia facialului din aceeași parte; disfație paralytică. Paralisia tuturor mușchilor din partea stângă a laringelui. Diplopie trecătoare prin paresa pateticului stâng.

Reacțiunea electrică normală în nervi și în mușchi.

Hristu S... 36 ani. Emiplegie stângă cu paresa facialului inferior din aceeași parte. Semne de tumoare cerebrală probabil sifilitică.

Reacțiune electrică a nervilor și a mușchilor și paralyzați, normală.

Marița... 16 ani. Emiplegie cu atrofie infantilă. Atacuri epileptiforme. Oprire în dezvoltare ca inteligență. Reflexii exagerați în partea atrofiată.

Reacțiunea electrică a nervilor și a mușchilor normală, chiar și în mușchiul extensor al degetelor mâinei stângi care este cel mai atins.

În câte și patru aceste cazuri, unde diagnosticul clinic ne arată o leziune centrală, cerebrală, nu am aflat turburări din partea reacțiunii electrice, ceea-ce e în perfect acord și cu cele spuse și cu diagnosticele noastre.

Să trecem mai departe.

Manoil S... W... 45 de ani. Sclerosă laterală amiotrofică, cu atrofie mai pronunțată în membrul superior drept și anume în extensorii degetelor și în mușchii mici ai mâinei, mai puțin pronunțată în stânga.

Nervii principali ai ambelor membre superioare reacționează și la curenți faradici și la galvanici.

Mușchii membrului superior drept, afară de extensorul comun al degetelor și propriu al indicelui, răspund la excitațiunile faradice. La membrul superior stâng nu răspund la curenții faradici interosiți dorsali din al 2-lea și 3-lea spațiu.

La curenții galvanici, extensorul comun al degetelor și extensorul propriu al indicelui din partea dreaptă nu reacționează de loc, cu toată intensitatea maximă a curentului și schimbarea condițiunilor de excitațiune. Cei-lalți mușchi, chiar și cei atrofiți de la mână răspund dând cu o intensitate variabilă de la 15—9 elemente NFC.

În partea stângă cei doi mușchi interosoși dau cu 6 elem. PFC, iar cu 8 elem. PFC > NFC.

Din partea membrelor inferioare reacțiunea e normală.

În acest caz avemiarăși tranzițiunea dela reacțiunea normală până la dispartiunea complectă a excitabilității electrice, trecând și prin forma numită reacțiune de degenerare. Există aci, prin urmare, pe lângă leziunile de măduvă și o atrofie degenerativă parțială a unor ramuri nervoase și a unor mușchi, lucru ce a fost demonstrat anatomo-patologicesce de d-l profesor Babeș și de d-l Marinescu. Ca pronostic, având în vedere că leziunea cea mai înaintată e tocmai în partea mai de mult atinsă, că apar semne de degenerare și în părțile de curând atinse care evoluază în acelaș sens, putem prevedea că leziunile vor merge progresând și în aceste părți, care vor ajunge la atrofie complectă dacă pronosticul general al bólei mai lasă vre-o îndoială asupra viitorului acestui bolnav.

Ion A., 33 ani. Paralizie parțială a plexului brachial drept cu atrofia deltoidului asupra și subspinosului și paralizie a romboidului produsă prin mușcătură în Aprilie anul acesta.

Nervii răspund escitațiunilor faradice; circumflexul nu răspunde nici celor faradice nici celor galvanice.

Mușchiul pectoral răspunde escitațiunilor faradice, tot așa și bicepsul, coraco-bronchialul, etc. Deltoidul nu răspunde; supra și subspinosul nu răspund asemenea la cureții faradici. Cei-l'alți mușchi răspund și escitațiunilor galvanice la 22 elem. după formula NFC. Deltoidul drept dă o contracțiune slabă cu 24 elem. NFC dar cu polul pozitiv dă la 17 elem. FPC, adică $PFC > NFC$. Supra și subspinosul, romboidul drept sunt mai excitabili la cureții galvanici ca omologii lor din stânga, dar răspund după formula normală NFC.

Paralizie periferică, reacțiune anormală de degenerare.

Ion I. G. 65 ani. Paralizia facialului drept traumatică (fractură a stâncei?), dătând de 20 zile.

Inexcitabilitate faradică și galvanică a nervului: inexcitabilitate faradică a mușchilor, afară de orbicularul pleopelor care mai răspunde încă, dar slab. Excitabilitatea mai mare a mușchilor la cureții galvanici, dar formula reacțiunii nu e schimbată căci la toți mușchi $NFC > PFC$.

Reacțiunea anormală pe cale d'a veni reacțiune de degenerare.

În acest caz timpul scurt care s'a scurs de la accident până în ziua examinării (20 zile) n'a fost suficient pentru desvoltarea com-

plectă a reacțiunei de degenerare. În orice cas un examen ulterior ne va arăta dacă leziunile nervului s'au mărit sau se vor fi micșorat și atunci ușor ne va fi să punem pronosticul în acest cas.

Înțelegeți importanța diagnostică și pronostică a examenului electric al nervilor și mușchilor în bólele acstor organe. Am stabilit de o cam dată acest punct, arătându-vă reacțiunea normală, apoi pe cea patologică și v'am dat și modul de a proceda ilustrându-l cu exemple.

Pentru că acéstă lecțiune se prelungește deja destul de mult și pentru că prin ariditatea ei v'a obosit mult atențiunea, ne vom opri aci cu studiul electricității ca mijloc de explorațiune, lăsând pentru o altă lecțiune, când vom vorbi de examenul sensibilităței, reacțiunile obținute în stare normală și patologică din partea sensibilităței generale și speciale (gust, retină, nervul aditiv, etc.) (1).

(1) Asociația bacteriană și electricitatea, — Note culese de d-l Manicatide, internul serviciului.



TABELA DE MATERIE

	P. G.
Precuvintare	VII
Despre semiologie în general	XVII
Modul de a examina un bolnav	XX
Despre Epilepsia Jacksonienă	1
Experiențele asupra localizațiilor cerebrale	2
Observația bolnavei Zvoboda	3
Istoricul Sindromului descris de d-rul Englez Hughlings Jackson	7
Simptomatologia	9
Aura, convulsiile, durata accesului, starea reflexelor	11
Tipul facial, brahial și crural	12
Observațiile a II-a și a III-a	13-14
Anatomia patologică, localizații	15
Diagnostic, prognostic și tratament	17
Influența unor maladii a cordului asupra dezvoltării tuberculozei.	17
Istoricul retresisementului arterei pulmonare în raport cu tuberculoza pulmonară	20
Simptomele strîmtoării orificiului arteriei pulmonare	21
Tuberculoza în raport cu unele profesii	31
Istoricul și modul cum diferiții lucrători se contagionează cu bacilul lui Koch	32
Câte-va reflexiuni asupra străinilor veniți în România, cu scop de îmbogățire.	35
Experimente pe animale, asupra contagiunii tuberculozei. Cercetări asupra eredității	36
Inoculațiuni cu pulmon de făt, inoculațiuni cu placenta și pulmonul unui făt născut dintr'o ftisică. Inoculațiuni cu sperm	37
Tabes dorsal spasmodic	39
Anatomia cordónelor măduvei spinării	40

Istoricul tabesului dorsal spasmodic	41
Simptomatologia: greutate, oboselă, furnicătură în extremități. Contracțiuni involuntare. Redoarea în membre. Mersul pe virful degetelor.	41
Reflexele rotuliene și tendinoase exagerate.	43
Trepidatiia epileptoidă. Sensibilitatea generală și specială	44
Diagnosticul, între: Tabes dorsal atoxic; Scleroza în plăci cerebro-spinală; Degenerarea secundară a cordónelor laterale, scleroza laterală amiotrofică; Mielita transversă primitivă; Mielita prin compresiune: Maladia lui Friedreich etc.	47-49
Fisiologia pathologică. Etiologia. Prognosticul și Tratamentul	51
Ftisia miliară acută sau tuberculoza miliară acută generalisată.	
(granulie)	52
Istoricul și observația bolnavului Otoman Mustafa	53
Principalele forme clinice: 1) Ftisia acută; 2) Ftisia sub acută zisă și galopantă; F...., ordinară numită și tuberculoasă cronică și 4. F...., fibrósă.	57
Diferența intră simptomele granuliei cu forma tifoidă de,—febra tifoidă	58
Temperatura intervertită în granulie	60
Priviri generale asupra compresiunii măduvei spinărei și în special în morbul lui Pott.	
Infățișarea ce ia colóna vertebrală în morbul lui Pott.	62
Producțiuni morbide osoase, ale țesutului celular, meningelor și tumorii ale măduvei spinărei	64
Mecanismul deviației colónii vertebrale și modificațiunile ce încercă canalul vertebral și orificiile de conjugățiune	65-67
Piesa anatomico-pathologică No. 1 cu mal de Pott în regiune dorso-lombară și piesa No. 2	69
Compresia măduvei în general (urmare)	
Substanța cenușie a córnelor anterioare. Substanța cenușie a córnelor posterioară. Substanța albă. Cordónele laterale. Cordónele posterioare.	71
Sensibilitatea, modul de transmișiune	73
Transmișiunea mișcărilor voluntare	73
Cancerul vertebral.	74
Gomele sifilitice și dilatația chistică a canalului central al măduvei	77
Simptomatologie în: procesul morbid al țesutului celular ce înconjoară măduva	80
Simptome în neoformațiunile între meninge. Pachimeningitele	80
Pachimeningita hipertrofică	81
Pachimeningita internă. Emiplegie spinală cu anestezie încrucișată.—Hemiparaplegie cu paralizie încrucișată	81-82
Simptomele în casuri de tumorii intramedulare	83
Compresia măduvei în morbul lui Pott	
Istoricul, Alterațiunea meningelor și a măduvei.—Lesiunile măduvei	85-87
Observația I-a. Morbul lui Pott în regiunea dorsală	89
Observațiunea II-a. Infiltrațiune pulmonară cu ramolism —Cyphosă cu fenomen de compresia măduvei	91
Morbul lui Pott în regiunea sub-occipitală	94

	PAG.
Morbul lui Pott în regiunea dorso-lombară	98
Morbul lui Pott în regiunea lombo-sacrată	99
Mielita sifilitică precoce	101
Istoric.—Etiologie	101-105
Anatomia patologică	106
Timpurile de mielita sifilitică precoce: Difusă embrionară; difusă scleroasă.—Meningo-mielita sclero-gomosă.—Ramolimentul elementelor nervoase	109
Simptome	110
Observațiunea bolnavului N. Petrescu, atins de mielită sifilitică precoce după 14 luni de la infecțiune	113
Observația a II-a Mielita sifilitică precoce după 12 luni de la infecțiune	114
Abces al ficatului	117
Istoricul	118
Observațiunea bolnavei Ecaterina I.	120
Simptome: Durerea în regiunea ficatului.—Durerea simpatică în epolet Umflătura ficatului.—Decubitul dorsal — Icterul—Turburările aparatului digestiv	122
Turburări ale aparatului respirator. Temperatura, Diagnosticul . . .	124
Modul de terminare al abceselor ficatului—Terminarea prin deschiderea focarului purulent prin tegumentele externe	126
Terminarea prin deschiderea abcesului în bronchi	127
Terminarea prin deschiderea abcesului în bronchi, pericard și peritoneu	128
Deschiderea abcesului în viscerile abdominale.—Etiologia și patogenia	129
Teoria cauzelor multiple.—Teoria metastasei piemice și septice . .	130
Teoria palustră	131
Teoria meteorologică	132
Alcoolismul	133
Doctrina emboliilor arteriale și capilare	134
Sunt sau nu, microbi speciali în abscesile ficatului	136
Abcesele desinterice	137
Microorganismele descrise de Profesorul Babes în abscesele ficatului	139
Tratamentul medical și chirurgical al abcesului ficatului	140
Pleuresii purulente	141
Pleuresii purulente de cauză locală	143
Pleuresii purulente de cauze generale	146
Pleuresii purulente meta-pneumonice	147
Pleuresii purulente de natură tuberculoasă	148
Pleuresii purulente în decursul scarlatinei, rugeolei și tusei convulsive	149
Simptome	150
Simptome funcționale și generale	151
Pulsul, junghiul și tusa	152
Edemul peretelui toracic	153
Edemul simplu al peretelui toracic nu este patognomic în pleurosii purulente, de cât numai când e însoțit de fluctuație și pulsație . P.	155
Prognosticul	158
Cercetări bacteriologice	160

Pleuresii purulente în cari se găsește un singur fel de microb; pleuresii purulente cu mai multe specii de microbi. — Pleuresia purulentă tuberculosă	161
Pleuresia cu streptococi și stafilococi	162
Pleuresii purulente cu pneumococi	163
Tratamentul	164
Tratamentul medical	165
Tratamentul chirurgical—Metoda punțiilor simple fără injecțiuni	166
Metoda punțiilor repetate	167
Metoda punțiilor cu injecțiuni fără ca canula sau tubul se rămăc în plagă.—Metoda cu canulă sau tuburi lăsate în plagă	198
Pleurotomia	169
Paralisii de origină embolică	171
Atacuri de eclampsie și atacuri de paralizie transitorie	172
Discuțiuni asupra spălăturilor, asupra toracentesei și pleurotomiei	173
Argumentele anteinjecționistilor	177
Argumentele injecționistilor	180
Sifilida pigmentară	183
Semnele fizice date de d-l Renault pentru a cunoște sifilida pigmentară	185
Sifilisul ficatului	188
Gomele sifilitice în ficat	188
Degenerarea ameloidă a ficatului.—Ascita, icterul, hipertrofia splinei	194
Diagnosticul sifilisului Hepatic	194
Hepatita intersticială sifilitică	195
Hepatita gomosă	198
Hepatita sclero-gomosă, prognosticul și tratamentul	201
Chist hidatic al ficatului	202
Zoologia, dezvoltarea și evoluțiunea hidatidelor	203
Taenia nana și taenia echinococus	204
Chist hidatic alveolar	207
Studiul clinic și observațiunile bolnavilor	208
Freamatul hidatic	209
Fasele prin care poate trece un chist hidatic	214
Deschiderea chistului în pleură și țesutul pulmonar—Deschiderea chistului în cavitatea abdominală	215
Prognosticul. Tratamentul. Punțiunea și aspirațiunea lichidului din punga hidatică cu aparatul lui Dieulafoy	217
Metoda lui Recamier.—Metoda lui Bégin	218
Metoda lui Volkmann.—Metoda injecțiilor	219
Despre tremurături în general	222
Sclerosă în plăci	224
Tremurăturile în morbul lui Parkinson	225
Tremurăturile în isterie	227
Clasificațiunea profesorului Charcot	228
Tremurături vibrătoare	230
Tremurături în maladia lui Basidow.—Tremurături în intoxicațiunile cu mercur	231

Paralisia nervului facial	236
Anatomia nervului facial, origina aparentă	237
Marele nerv petros superficial, micul nerv petros superficial	238
Ramura temporo-facială	241
Ramura cervico-facială	241
Trajectul facialului în bulb	242
Nucleul inferior și superior	243
Acțiunea motôre	244
Acțiunea gustativă	245

Paralisia nervului facial după ce a eșit din gura stilo-mastoidiană. (urmare) Paralisie a frigore. — Causete și reacțiunea de degenerare	246
Anatomia patologică	251

Paralisia nervului facial în cele trei porțiuni în acheductul lui Fallope (urmare). Lesiunea nervilor, marele și micul petros superficial. — Paralisia nervului cîrda timpanului. — Lesiunile nervului acustic. — Reacțiunea de degenerare. Experiența lui Straus cu clorhidratul de pilocarpină	252
---	-----

Paralisia nervului facial în traectul său intraeranien și anume de la origina sa aparentă (bulbo-protuberanțială) până la orificiul auditiv intern (urmare)	255
Semiologia pedoncolelor cerebeloși	258

Paralisia nervului facial de origină bulbo-protuberanțială. — Paralisia alternă. — Paralisia feței cu paralisie completă a membrilor de aceeași parte (urmare)	260
---	-----

Paralisia facialului de origină emisferică. — Lesiuni în pedoncolii cerebrale, capsula internă, nucleul cenușiu și centrul oval. — Discuțiuni asupra centrului cortical al facialului superior (urmare)	266
--	-----

Asociația microbiană	274
Electricitatea ca mijloc de explorațiune clinică	285

UMF

INST. MED. FARM. IG. MURES
2010 2015 2018 2020 2022 2024 2026 2028 2030 2032 2034 2036 2038 2040 2042 2044 2046 2048 2050 2052 2054 2056 2058 2060 2062 2064 2066 2068 2070 2072 2074 2076 2078 2080 2082 2084 2086 2088 2090 2092 2094 2096 2098 2100 2102 2104 2106 2108 2110 2112 2114 2116 2118 2120 2122 2124 2126 2128 2130 2132 2134 2136 2138 2140 2142 2144 2146 2148 2150 2152 2154 2156 2158 2160 2162 2164 2166 2168 2170 2172 2174 2176 2178 2180 2182 2184 2186 2188 2190 2192 2194 2196 2198 2200 2202 2204 2206 2208 2210 2212 2214 2216 2218 2220 2222 2224 2226 2228 2230 2232 2234 2236 2238 2240 2242 2244 2246 2248 2250 2252 2254 2256 2258 2260 2262 2264 2266 2268 2270 2272 2274 2276 2278 2280 2282 2284 2286 2288 2290 2292 2294 2296 2298 2300 2302 2304 2306 2308 2310 2312 2314 2316 2318 2320 2322 2324 2326 2328 2330 2332 2334 2336 2338 2340 2342 2344 2346 2348 2350 2352 2354 2356 2358 2360 2362 2364 2366 2368 2370 2372 2374 2376 2378 2380 2382 2384 2386 2388 2390 2392 2394 2396 2398 2400 2402 2404 2406 2408 2410 2412 2414 2416 2418 2420 2422 2424 2426 2428 2430 2432 2434 2436 2438 2440 2442 2444 2446 2448 2450 2452 2454 2456 2458 2460 2462 2464 2466 2468 2470 2472 2474 2476 2478 2480 2482 2484 2486 2488 2490 2492 2494 2496 2498 2500 2502 2504 2506 2508 2510 2512 2514 2516 2518 2520 2522 2524 2526 2528 2530 2532 2534 2536 2538 2540 2542 2544 2546 2548 2550 2552 2554 2556 2558 2560 2562 2564 2566 2568 2570 2572 2574 2576 2578 2580 2582 2584 2586 2588 2590 2592 2594 2596 2598 2600 2602 2604 2606 2608 2610 2612 2614 2616 2618 2620 2622 2624 2626 2628 2630 2632 2634 2636 2638 2640 2642 2644 2646 2648 2650 2652 2654 2656 2658 2660 2662 2664 2666 2668 2670 2672 2674 2676 2678 2680 2682 2684 2686 2688 2690 2692 2694 2696 2698 2700 2702 2704 2706 2708 2710 2712 2714 2716 2718 2720 2722 2724 2726 2728 2730 2732 2734 2736 2738 2740 2742 2744 2746 2748 2750 2752 2754 2756 2758 2760 2762 2764 2766 2768 2770 2772 2774 2776 2778 2780 2782 2784 2786 2788 2790 2792 2794 2796 2798 2800 2802 2804 2806 2808 2810 2812 2814 2816 2818 2820 2822 2824 2826 2828 2830 2832 2834 2836 2838 2840 2842 2844 2846 2848 2850 2852 2854 2856 2858 2860 2862 2864 2866 2868 2870 2872 2874 2876 2878 2880 2882 2884 2886 2888 2890 2892 2894 2896 2898 2900 2902 2904 2906 2908 2910 2912 2914 2916 2918 2920 2922 2924 2926 2928 2930 2932 2934 2936 2938 2940 2942 2944 2946 2948 2950 2952 2954 2956 2958 2960 2962 2964 2966 2968 2970 2972 2974 2976 2978 2980 2982 2984 2986 2988 2990 2992 2994 2996 2998 3000 3002 3004 3006 3008 3010 3012 3014 3016 3018 3020 3022 3024 3026 3028 3030 3032 3034 3036 3038 3040 3042 3044 3046 3048 3050 3052 3054 3056 3058 3060 3062 3064 3066 3068 3070 3072 3074 3076 3078 3080 3082 3084 3086 3088 3090 3092 3094 3096 3098 3100 3102 3104 3106 3108 3110 3112 3114 3116 3118 3120 3122 3124 3126 3128 3130 3132 3134 3136 3138 3140 3142 3144 3146 3148 3150 3152 3154 3156 3158 3160 3162 3164 3166 3168 3170 3172 3174 3176 3178 3180 3182 3184 3186 3188 3190 3192 3194 3196 3198 3200 3202 3204 3206 3208 3210 3212 3214 3216 3218 3220 3222 3224 3226 3228 3230 3232 3234 3236 3238 3240 3242 3244 3246 3248 3250 3252 3254 3256 3258 3260 3262 3264 3266 3268 3270 3272 3274 3276 3278 3280 3282 3284 3286 3288 3290 3292 3294 3296 3298 3300 3302 3304 3306 3308 3310 3312 3314 3316 3318 3320 3322 3324 3326 3328 3330 3332 3334 3336 3338 3340 3342 3344 3346 3348 3350 3352 3354 3356 3358 3360 3362 3364 3366 3368 3370 3372 3374 3376 3378 3380 3382 3384 3386 3388 3390 3392 3394 3396 3398 3400 3402 3404 3406 3408 3410 3412 3414 3416 3418 3420 3422 3424 3426 3428 3430 3432 3434 3436 3438 3440 3442 3444 3446 3448 3450 3452 3454 3456 3458 3460 3462 3464 3466 3468 3470 3472 3474 3476 3478 3480 3482 3484 3486 3488 3490 3492 3494 3496 3498 3500 3502 3504 3506 3508 3510 3512 3514 3516 3518 3520 3522 3524 3526 3528 3530 3532 3534 3536 3538 3540 3542 3544 3546 3548 3550 3552 3554 3556 3558 3560 3562 3564 3566 3568 3570 3572 3574 3576 3578 3580 3582 3584 3586 3588 3590 3592 3594 3596 3598 3600 3602 3604 3606 3608 3610 3612 3614 3616 3618 3620 3622 3624 3626 3628 3630 3632 3634 3636 3638 3640 3642 3644 3646 3648 3650 3652 3654 3656 3658 3660 3662 3664 3666 3668 3670 3672 3674 3676 3678 3680 3682 3684 3686 3688 3690 3692 3694 3696 3698 3700 3702 3704 3706 3708 3710 3712 3714 3716 3718 3720 3722 3724 3726 3728 3730 3732 3734 3736 3738 3740 3742 3744 3746 3748 3750 3752 3754 3756 3758 3760 3762 3764 3766 3768 3770 3772 3774 3776 3778 3780 3782 3784 3786 3788 3790 3792 3794 3796 3798 3800 3802 3804 3806 3808 3810 3812 3814 3816 3818 3820 3822 3824 3826 3828 3830 3832 3834 3836 3838 3840 3842 3844 3846 3848 3850 3852 3854 3856 3858 3860 3862 3864 3866 3868 3870 3872 3874 3876 3878 3880 3882 3884 3886 3888 3890 3892 3894 3896 3898 3900 3902 3904 3906 3908 3910 3912 3914 3916 3918 3920 3922 3924 3926 3928 3930 3932 3934 3936 3938 3940 3942 3944 3946 3948 3950 3952 3954 3956 3958 3960 3962 3964 3966 3968 3970 3972 3974 3976 3978 3980 3982 3984 3986 3988 3990 3992 3994 3996 3998 4000 4002 4004 4006 4008 4010 4012 4014 4016 4018 4020 4022 4024 4026 4028 4030 4032 4034 4036 4038 4040 4042 4044 4046 4048 4050 4052 4054 4056 4058 4060 4062 4064 4066 4068 4070 4072 4074 4076 4078 4080 4082 4084 4086 4088 4090 4092 4094 4096 4098 4100 4102 4104 4106 4108 4110 4112 4114 4116 4118 4120 4122 4124 4126 4128 4130 4132 4134 4136 4138 4140 4142 4144 4146 4148 4150 4152 4154 4156 4158 4160 4162 4164 4166 4168 4170 4172 4174 4176 4178 4180 4182 4184 4186 4188 4190 4192 4194 4196 4198 4200 4202 4204 4206 4208 4210 4212 4214 4216 4218 4220 4222 4224 4226 4228 4230 4232 4234 4236 4238 4240 4242 4244 4246 4248 4250 4252 4254 4256 4258 4260 4262 4264 4266 4268 4270 4272 4274 4276 4278 4280 4282 4284 4286 4288 4290 4292 4294 4296 4298 4300 4302 4304 4306 4308 4310 4312 4314 4316 4318 4320 4322 4324 4326 4328 4330 4332 4334 4336 4338 4340 4342 4344 4346 4348 4350 4352 4354 4356 4358 4360 4362 4364 4366 4368 4370 4372 4374 4376 4378 4380 4382 4384 4386 4388 4390 4392 4394 4396 4398 4400 4402 4404 4406 4408 4410 4412 4414 4416 4418 4420 4422 4424 4426 4428 4430 4432 4434 4436 4438 4440 4442 4444 4446 4448 4450 4452 4454 4456 4458 4460 4462 4464 4466 4468 4470 4472 4474 4476 4478 4480 4482 4484 4486 4488 4490 4492 4494 4496 4498 4500 4502 4504 4506 4508 4510 4512 4514 4516 4518 4520 4522 4524 4526 4528 4530 4532 4534 4536 4538 4540 4542 4544 4546 4548 4550 4552 4554 4556 4558 4560 4562 4564 4566 4568 4570 4572 4574 4576 4578 4580 4582 4584 4586 4588 4590 4592 4594 4596 4598 4600 4602 4604 4606 4608 4610 4612 4614 4616 4618 4620 4622 4624 4626 4628 4630 4632 4634 4636 4638 4640 4642 4644 4646 4648 4650 4652 4654 4656 4658 4660 4662 4664 4666 4668 4670 4672 4674 4676 4678 4680 4682 4684 4686 4688 4690 4692 4694 4696 4698 4700 4702 4704 4706 4708 4710 4712 4714 4716 4718 4720 4722 4724 4726 4728 4730 4732 4734 4736 4738 4740 4742 4744 4746 4748 4750 4752 4754 4756 4758 4760 4762 4764 4766 4768 4770 4772 4774 4776 4778 4780 4782 4784 4786 4788 4790 4792 4794 4796 4798 4800 4802 4804 4806 4808 4810 4812 4814 4816 4818 4820 4822 4824 4826 4828 4830 4832 4834 4836 4838 4840 4842 4844 4846 4848 4850 4852 4854 4856 4858 4860 4862 4864 4866 4868 4870 4872 4874 4876 4878 4880 4882 4884 4886 4888 4890 4892 4894 4896 4898 4900 4902 4904 4906 4908 4910 4912 4914 4916 4918 4920 4922 4924 4926 4928 4930 4932 4934 4936 4938 4940 4942 4944 4946 4948 4950 4952 4954 4956 4958 4960 4962 4964 4966 4968 4970 4972 4974 4976 4978 4980 4982 4984 4986 4988 4990 4992 4994 4996 4998 5000 5002 5004 5006 5008 5010 5012 5014 5016 5018 5020 5022 5024 5026 5028 5030 5032 5034 5036 5038 5040 5042 5044 5046 5048 5050 5052 5054 5056 5058 5060 5062 5064 5066 5068 5070 5072 5074 5076 5078 5080 5082 5084 5086 5088 5090 5092 5094 5096 5098 5100 5102 5104 5106 5108 5110 5112 5114 5116 5118 5120 5122 5124 5126 5128 5130 5132 5134 5136 5138 5140 5142 5144 5146 5148 5150 5152 5154 5156 5158 5160 5162 5164 5166 5168 5170 5172 5174 5176 5178 5180 5182 5184 5186 5188 5190 5192 5194 5196 5198 5200 5202 5204 5206 5208 5210 5212 5214 5216 5218 5220 5222 5224 5226 5228 5230 5232 5234 5236 5238 5240 5242 5244 5246 5248 5250 5252 5254 5256 5258 5260 5262 5264 5266 5268 5270 5272 5274 5276 5278 5280 5282 5284 5286 5288 5290 5292 5294 5296 5298 5300 5302 5304 5306 5308 5310 5312 5314 5316 5318 5320 5322 5324 5326 5328 5330 5332 5334 5336 5338 5340 5342 5344 5346 5348 5350 5352 5354 5356 5358 5360 5362 5364 5366 5368 5370 5372 5374 5376 5378 5380 5382 5384 5386 5388 5390 5392 5394 5396 5398 5400 5402 5404 5406 5408 5410 5412 5414 5416 5418 5420 5422 5424 5426 5428 5430 5432 5434 5436 5438 5440 5442 5444 5446 5448 5450 5452 5454 5456 5458 5460 5462 5464 5466 5468 5470 5472 5474 5476 5478 5480 5482 5484 5486 5488 5490 5492 5494 5496 5498 5500 5502 5504 5506 5508 5510 5512 5514 5516 5518 5520 5522 5524 5526 5528 5530 5532 5534 5536 5538 5540 5542 5544 5546 5548 5550 5552 5554 5556 5558 5560 5562 5564 5566 5568 5570 5572 5574 5576 5578 5580 5582 5584 5586 5588 5590 5592 5594 5596 5598 5600 5602 5604 5606 5608 5610 5612 5614 5616 5618 5620 5622 5624 5626 5628 5630 5632 5634 5636 5638 5640 5642 5644 5646 5648 5650 5652 5654 5656 5658 5660 5662 5664 5666 5668 5670 5672 5674 5676 5678 5680 5682 5684 5686 5688 5690 5692 5694 5696 5698 5700 5702 5704 5706 5708 5710 5712 5714 5716 5718 5720 5722 5724 5726 5728 5730 5732 5734 5736 5738 5740 5742 5744 5746 5748 5750 5752 5754 5756 5758 5760 5762 5764 5766 5768 5770 5772 5774 5776 5778 5780 5782 5784 5786 5788 5790 5792 5794 5796 5798 5800 5802 5804 5806 5808 5810 5812 5814 5816 5818 5820 5822 5824 5826 5828 5830 5832 5834 5836 5838 5840 5842 5844 5846 5848 5850 5852 5854 5856 5858 5860 5862 5864 5866 5868 5870 5872 5874 5876 5878 5880 5882 5884 5886 5888 5890 5892 5894 5896 5898 5900 5902 5904 5906 5908 5910 5912 5914 5916 5918 5920 5922 5924 5926 5928 5930 5932 5934 5936 5938 5940 5942 5944 5946 5948 5950 5952 5954 5956 5958 5960 5962 5964 5966 5968 5970 5972 5974 5976 5978 5980 5982 5984 5986 5988 5990 5992 5994 5996 5998 6000 6002 6004 6006 6008 6010 6012 6014 6016 6018 6020 6022 6024 6026 6028 6030 6032 6034 6036 6038 6040 6042 6044 6046 6048 6050 6052 6054 6056 6058 6060 6062 6064 6066 6068 6070 6072 6074 6076 6078 6080 6082 6084 6086 6088 6090 6092 6094 6096 6098 6100 6102 6104 6106 6108 6110 6112 6114 6116 6118 6120 6122 6124 6126 6128 6130 6132 6134 6136 6138 6140 6142 6144 6146 6148 6150 6152 6154 6156 6158 6160 6162 6164 6166 6168 6170 6172 6174 6176 6178 6180 6182 6184 6186 6188 6190 6192 6194 6196 6198 6200 6202 6204 6206 6208 6210 6212 6214 6216 6218 6220 6222 6224 6226 6228 6230 6232 6234 6236 6238 6240 6242 6244 6246 6248 6250 6252 6254 6256 6258 6260 6262 6264 6266 6268 6270 6272 6274 6276 6278 6280 6282 6284 6286 6288 6290 6292 6294 6296 6298 6300 6302 6304 6306 6308 6310 6312 6314 6316 6318 6320 6322 6324 6326 6328 6330 6332 6334 6336 6338 6340 6342 6344 6346 6348 6350 6352 6354 6356 6358 6360 6362 6364 6366 6368 6370 6372 6374 6376 6378 6380 6382 6384 6386 6388 6390 6392 6394 6396 6398 6400 6402 6404 6406 6408 6410 6412 6414 6416 6418 6420 6422 6424 6426 6428 6430 6432 6434 6436 6438 6440 6442 6444 6446 6448 6450 6452 6454 6456 6458 6460 6462 6464 6466 6468 6470 6472 6474 6476 6478 6480 6482 6484 6486 6488 6490 6492 6494 6496 6498 6500 6502 6504 6506 6508 6510 6512 6514 6516 6518 6520 6522 6524 6526 6528 6530 6532 6534 6536 6538 6540 6542 6544 6546 6548 6550 6552 6554 6556 6558 6560 6562 6564 6566 6568 6570 6572 6574 6576 6578 6580 6582 6584 6586 6588 6590 6592 6594 6596 6598 6600 6602 6604 6606 6608 6610 6612 6614 6616 6618 6620 6622 6624 6626 6628 6630 6632 6634 6636 6638 6640 6642 6644 6646 6648 6650 6652 6654 6656 6658 6660 6662 6664 6666 6668 6670 6672 6674 6676 6678 6680 6682 6684 6686 6688 6690 6692 6694 6696 6698 6700 6702 6704 6706 6708 6710 6712 6714 6716 6718 6720 6722 6724 6726 6728 6730 6732 6734 6736 6738 6740 6742 6744 6746 6748 6750 6752 6754 6756 6758 6760 6762 6764 6766 6768 6770 6772 6774 6776 6778 6780 6782 6784 6786 6788 6790 6792 6794 6796 6798 6800 6802 6804 6806 6808 6810 6812 6814 6816 6818 6820 6822 6824 6826 6828 6830 6832 6834 6836 6838 6840 6842 6844 6846 6848 6850 6852 6854 6856 6858 6860 6862 6864 6866 6868 6870 6872 6874 6876 6878 6880 6882 6884 6886 6888 6890 6892 6894 6896 6898 6900 6902 6904 6906 6908 6910 6912 6914 6916 6918 6920 6922 6924 6926 6928 6930 6932 693

E R A T A.

Pag.	rîndul	în loc de	să se citească	Pag.	rîndul	în loc de	să se citească
IX	24	dat	dar	101	5	Potte	Pott
X	2	Syndenham	Sydenham	101	9	feae	fase
XI	7	Boerhav	Boerhaave	102	31	sisfilograf	sifiligraf
XIV	30	Lavoiser	Lavoisier	106	20	ombare	lombare
XVIII	11	schiso micetîi	schizo-micetîi	108	24	milită	mielită
XXVIII	36	macroscopic	macroscopică	115	29	relixor	reflexilor
3	26	Bill-roth	Billroth	117	2	orma	forma
5	2	con-scutio	consecutiv	123	12	Luschika	Luschka
6	21	Jacko-son	Jackson	123	30	Detroulon	Dutroulau
7	31	Jacko-son	Jackson	126	1	patogeomo-	patognomo-
8	1	o tîmădui	il tîmădui			nie	nic
10	29	mcază aceeași	urmează a-	135	31	stafiloci	stafilococi
			ceiași	136	14	interesă	intereseză
11	28	Vesphal	Vestphal	137	6	Alexandriadr	Alexandria
18	21	Eamvier	Ranvier	128	11	Cam acest	Cam în acest
23	10	sub crepitate	sub-crepi-	139	4	Buchard	Bouchard
			tante	139	6	necropie	necropsie
23	35	astită	ascită	139	16	bacterism	bacterium
32	2	nu veți	veți	140	4	Chaufard	Chaufard
37	1	Caboy	Cobay	140	35	Dutruleau	Dutroulau
40	9	nevrolgie	nevroglic	141	16	Stromeyr	Stromeyer
40	13	Flesig	Flehsig	144	29	mameo	mamelo
45	3	în e	e în	145	19	Laur esuma-	daș resu-
47	36	sclerse	sclerose			tul	matul
48	23	supra din	supravin	146	38	l'agregatfons	l'agrégation,
49	15	scofagului	esofagului			présenté	présentée
52	22	Vircow	Virchow	147	14	uetapneonice	metapneu-
55	35	mensenter	mesenter				monice
61	3	să se propagă	să se propage	153	11	Ménardier	Ménardière
71	12	Fleschig	Flehsig	153	14	urmăs criere	urmă scriere
73	16	corespunđe-	corespunđe-	153	18	Montard	Moutard
		torei	tóre	153	28	Dieulofoy	Dieulafoy
77	6	nevrolgie	nevroglic	153	34	Laplat	Leplat
89	2	Flehsig	Flehsig	157	1	poterióră	posterióră
89	9	crurările	crurali	157	30	turbar	tubar
89	13	cuteristciale	intersticiale	158	5	Perentia	Percuția
92	6	jaucat	a jucat	158	40	Damaschion	Damaschino
92	26	ganguil-	garguimente	160	11	prognesticul	pronosticul
		mente		160	37	Traveaux	Travaux
93	25	recent	recentă	161	8	epimem	empiem
94	25	apofisia	apofisă	161	36	purulents	purulentes
98	13	permise	prinse	162	2	Chauford	Chaufard
99	10	mielite	mielite	162	25	Coutois	Courtois
99	13-14	co-ntrar	contrar	162	30	Rosinbach	Rosenbach
99	15	Bugde	Budge	162	38	Marfon	Marfan
99	16	Geanuzzi	Gianuzzi	164	26	pacta	practică

Pag.	rîndul	în loc de	să se citească	Pag.	rîndul	în loc de	să se citească
165	23	Diagnostic	Diagnostic	233	11	Parkinson	Parkinson
165	27	Montard	Moutard	233	40	capulul	corpulul
167	22	Martin	Martin	234	28	tracțiunea	tracțiune,
168	36	punction	punction			mănei	mâna
169	27	antiseptsei	antiseptică	238	35	stafios	stafilin
169	30	interceslate	intercostale	240	20	aprobat	probat
170	33	Poroiul	Poroiul	240	22	lingalului	lingualului
171	20	Lendet	Leudet	240	37	dice	dece
172	26	găsece	găsesce	243	19	born	bară
175	24	nervése	nervöse	244	15	nevoilui	nervului
181	7	Ponçtiune	Punçtiune	244	20	Mageandie	Magendie
184	19	réseola	roseola	244	25	insensitil	insensibilă
186	2	optici	optică	244	25	Mageandie	Magendie
186	31	car	carî	248	25	a ulimbei	ale limbei
188	21	sflă	afllă	256	5	strabismus	strabism
188	22	femelor	femeilor	257	20	peroisune	perversiune
195	9	evaluare	evolure	258	19	strabismus	strabism
202	33	cestoizoilor	Cestoidelor	258	24	rebilor	rebelos
203	21	trată	tratată	259	7	Beehterew	Bechterew
205	33	proligeră	proligeră	261	9	comiem	comun
206	20	ata	fața	262	12	Criptorins	scriptorius
206	23	emorionului	embrionului	262	34	Antoin	Antoine
207	9	mume	mumă	263	29	ateromatose	ateromatose
207	17	confundați	confundate	266	9	central	centrul
208	22	L	el	268	11	Veystieve	Veyssiére
209	5	epitaxele	epistaxele	268	24	Türk	Türk
209	17	hidactice	hidatice	270	25	Dupugtrin	Dupuytren
209	36	dogete	degete	271	24	esceptiuni	esceptiuni
211	9	Freriechs	Frerichs	270	33	paralysies	paralysise
213	6	albumine	albumină			liés	liées
213	24	alviolare	alveolare	272	6	Seppile, Assa-	Sepilli Assa-
215	31	varsă	vârșă			giote	gioti
215	32	Davain	Davaine	272	31	devige	Dirige
215	34	și	în	276	22	eu	cu
215	36	traumatims	traumatism	277	35	inferior	superior
218	8	Lambale	Kamballe	280	5	exumplu	exemplu
218	28	Semnola	Semmola	280	31	Leofer	Loeffler
218	31	căstiget	căstigat	283	36	iles-cerală	ileo-cecală
220	22	Merklin	Merklen	285	1	gelatinăi	gelatină
221	27	médicine	médicine	287	15	chisă	chiu
221	36	hidatique	hidatiques	288	26	incheere	închidere
222	19	Pittres	Pitres	289	7	tteanică	tetanică
223	27	constiine	constitue	289	11	slabăt ot	slabă tot
224	26	sutdiul	studiul	289	28	Electrotte-	Electrotera-
226	9	Parkison	Parkinson			rapia	pia
227	19	Basidov	Basedow	290	6	Boulonge	Boulogne
232	13	scurăț	scurăț	290	10	Ouevres	Ouevres
233	10	1882	1892	390	22	ingortantă	importantă

FACULTATEA DE MEDICINĂ

din

BUCUREȘTI

Donat de către Populul

DE LA M. G. G. G. G. G.

