

# CONSIDERAȚIUNI

ASUPRA

# PNEUMONIEI LA COPII

DE

Constantin G. Nica

Doctor în Medicină și în Chirurgie. Vechiu Medicu Primar prov. la  
Spitalul de Copii din București.

52.417

BUCUREȘCI

TYPOGRAFIA THIEL & WEISS, PALATUL „DACIA”

1878.

01 JUN 2008

UMF

UNIVERSITATEA  
DE MEDICINA  
BUCUREȘTI  
FACULTATEA DE  
MEDICINA  
Nr. 90

## INTRODUCȚIUNE



La popóarele primitive, medicul, moralistul și omul de stat se concentrau în una și aceeași persoană. Clasa sacerdotală avea chemarea de a domina poporul, de a se îngriji de sórta lui, de a i crea legi, și prin legi a l conduce pe calea virtúței și a fericirii. Scopul final al întregéi activitáti umane atât pe terémul sciintific cât și pe terémul execuțiunei practice nu póte fi altul decât numai fericirea omului. Spre a putea fi cineva fericit, trebuie mai ántái să fie sánátos și apoi moral. Sánátatea, virtutea și beatitudinea sunt factorii principali din cari se compune pedestalul pe care se aflá așcdat imensul edificiu al întregéi societáti omenești. Medicul, moralistul și omul de stat în urmă s-au despártit; cauza acestei scissiuni a fost uá urmare naturală a civilizațiunei. A fost o nenorocire pentru umanitate pe cât timp ei eși uitaserá interesele lor comune, refúserá de a și da mána unii cu alții, pentru a conlucra cu puteri unite la fericirea omului. Nefericireadeveni și mai mare când unii cu intențiune și din bună voie rémaserá îndérát, pe când ceilalți mergeau

înainte cu aripi de vultur. Astăzi însă îi vedem că pe calea științei își dau mâna având tot același scop și urmărind tot aceeași idee. Scopul lor este de a cunoaște omul și natura; de a cunoaște toate funcțiunile atât ale organismului individual cât și ale organismului social; de a preveni toate perturbațiunile ce se pot ivi în liberul exercițiu al acelor funcțiuni și a vindeca perturbațiunile cele existente deja. Atât însă în viața individuală cât și în viața socială există uă mulțime de împrejurări născute, parte din iluziuni, superstițiuni și lipsă de cultură, parte din creațiuni de cerințe ilusorii; mai există și altele provocate prin influința ôre-căror agenți, cari se află afară din cereul activității omenesci; acestea din urmă uneori ne sunt cunoscute, și mai adeseori necunoscute.

A studia toate cauzele cari produc perturbațiuni atât în organismul individual, (bôle individuale) cât și în organismul social (bôle sociale), a preîntâmpina și a depărta pe cât se poate acele cauze, este chemarea științei.

A studia cauzele cari produc bôle individuale (pneumonia, etc.), este chemarea medicului.

A studia toate cauzele, cari pot produce bôle sociale, (nihilismu și socialismu etc.) economice (crize) și morale (luxu și celibatu), este chemarea omului de stat; este chemarea și a moralistului.

Cauzele bôlelor fiind multe și complicate, cer un studiu aprofundat și îndelungat. Științele cari se ocupă cu ele se împart în mai multe specialități; fie-care din ele este în așa intim raport cu celelalte încât fără concursul unuia nu poate pros-

pera cea-laltă. Intocmai după cum nu pôte exista igienist fără să fie inițiat în științele de stat și în științele morale, tot așa nu pôte exista moralist și om de stat fără cunoștințe aprofundate de igienă; căci, într'adevăr igiena e legătura care unesce pe medic cu omul de stat și cu moralistul; sufletul care e comun la toți, tărîmul științei pe care se adună toți a conlucra spre același scop comun.— Ea este care revelă sorgința tuturor nefericirilor umane, care garantează fie-căruiia individū sănătatea și in general tuturor virtutea și fericirea care cuprinde totul și dirige tôte spre ajungerea scopului comun.

Igienistul Ed. Reich ne spune că : cele mai multe bôle fizice de care suferă omu se nasc mai adeseori din relațiunile lui sociale, decât din cauzele fizice.

Dr. Felix, prin raportul cu No. 443 ce'l face ca răspuns la ordinul d-lui ministru de interne asupra mortalității din capitală, între altele ne spune și aceasta, că : la noi in țară există bôle sociale și morale, care favorisază foarte mult lățirea bôlelor fizice, augmentă mortalitatea, și amenință prosperitatea țerei; că isvorul lor să află foarte profund, și că el se pôte înlătura numai succesiv prin înaintarea civilizațiunei, prin respândirea instrucțiunei și a culturii morale, prin prefacerea unor moravuri vătămătore societăței.

Așia dară studiul ethiologiei a bôlelor fizice cere ca condițiune essentială nu numai studii medicale, ci și studii economo-politice și morale. \*)

\*) Foderé. Essai historique et moral sur la pauvreté des nations. La population, la mendicite, les hôpitaux, et les enfants trouvés. Paris.

Foderé se exprimă în modul următor : miseria conduce pe om la bóle fizice și morale și la morțe prematură ; ea îl face din om neom, îl conduce la desperare, la depravațiune, la servilism și la vițiuni.

Efectele miseriei s'aũ observat nu numai la indiviți singulari, ci și la masse întregi, (mortalitatea cea mare în pauperismul orașelor), nãscându-se și aplicațiuni spre vițiuni și crime.

Ethiologia (cheia Pathologiĩ), în legătură cu sciințele sociale, are chemarea de a descoperi cauzele bólelor, originea miseriei și a pauperismului (miseria masselor) pentru că astfel să pótă stârpi atât bólele corporale, cât și cele morale, ce se nasc din miseriã.

Adesseeori miseria își are rãdãcinile ei implântate în constituția fizicã a omului, de aceea arma cea mãi puternicã pentru combaterea acestui rãu ne o dã în mãnã igiena. Un om care are cunoștințe despre viața sa fiziologicã, și știe cum s'și întocmescã viața fizicã dupã principiile igienei, care cunoște influențele vêtãmãtoare a lumii din afarã asupra organismului individual, va putea tot-d'auna se'și conserva sãnãtatea. Prin urmare, un atare om este apãrat în tot-d'auna de bóle și miseriã, (Coloniele engleze din insulele filipine suferã mãi puțin de pneumoniã, și aũ mortalitatea mãi micã decãt indienii locali).

Bólele și miseria sunt așia de strins legate una de alta, încãt se produc reciproc una pe alta: din bóle se nasc miseria, iarã din miseria adesseori se nasc bóle, de unde deducem cã existã un cerc în care se invãrtesce totul, și tocmai aici vedem le-

gătura cu care se lĂgă etiologia bĂlelor fizice cu igiena ŝi cu sciĂntele de stat. Cu tĂte imperfecĂia statisticeĂi putem proba, ca bĂlele fizice, ŝi tot astfel mortalitatea populaĂiunilor in fiĂcare țarĂ scade mĂi mult cu cĂt igiena inaintĂzĂ mĂi mult in acea țarĂ.

Pe deoparte igiena previne nascerea bĂlelor fizice ŝi morale, pe de alta progresĂzĂ prin inaintarea societĂĂii omenescĂi pe calea culturĂi ŝi a prosperitĂĂii materiale.

DacĂ am putea face ca poporul se posedea atĂtea cunoscĂnte igienice, cĂte-Ăi sunt de lipsĂ pentru conservarea sĂnĂtĂĂii individuale, atunci de sigur am vedea numĂrul bĂlelor precum ŝi cifra mortalitĂĂei mult mĂi scĂduĂĂ.

FĂi-care individ e dator a ingriji de conservarea sĂnĂtĂĂei sale individuale. Igiena ŝi sciĂntele administrative sunt datĂre de a se ingriji pentru conservarea sĂnĂtĂĂei tuturor de o potrivĂ.

Revenind asupra cauzelor etiologice, care dau naștere la boale individuale ŝi sociale, trebuie sĂ constatĂm ca: afarĂ de cele enumerate pĂnĂ aici (miseria ŝi ignoranța), mĂi existĂ ŝi altele, provocate prin imprejurĂri oculte, care ne sunt in cĂ cu totul necunoscute astĂzi; ŝi tocmai aceste cauze dau naștere din cĂnd in cĂnd la perturbaĂiuni in funcĂiunile regulate ale organismelor individuale (epidemiĂi) ŝi a celor sociale (mișcĂri sociale). DisproporĂia inĂre nĂscerile ŝi decesele populaĂiei romĂne din capitalĂ, observatĂ in anĂi din urmĂ a preocupat mult pe cei in drept. Țara noastrĂ fiind uĂ țarĂ eminentemente agricolĂ, cestiunea

acésta a ajuns să fiă de un interes capital; ea s'a discutat nu numai pe tărémul politic și economic, dară și pe cel igienic.

Igiena, analizând cu minuțiositate cauzele fundamentali ale acelei disproporțiunii între naceri și decese, a ajuns se descopere și se constate nu numai boale sociale, precum: luxul, celibatul, lipsa de amor pentru familia și altele, ci și boale fizice (individuale) provocate prin nutrițiune greșită și variațiunii atmosferice, acuzând ca cauză etiologică a acestor din urmă lipsa de cunoștințele cele mai elementare de igienă.

Dacă admitem că mortalitatea în București e de 25 la 1000, prin urmare mai mare ca în Paris și ca cifra nasterilor e tot cam așa, am dori să știm care anume bóle figurează mai mult în fruntea listei morților; de ore ce după lista morților din Paris, vedem că . între 100 de morți, 8 sunt de pneumonia, și acestia în majoritate copii. E foarte probabil căci fiind mai plăpândi, și având predispozițiune inerenta mai mare pentru boala acésta, să dea contingentul cel mai mare, cu deosebire clasa cea săracă care să afla în condițiunii igienice mai próste. Dacă vom considera, că din cercetările cele multe făcute de Dr. Lambard asupra copiilor; s'a constatat ca, de la naștere și până la pubertate, pneumonia singura constituie a patra parte din toate celledalte boale de care sufera copii, și ca, pneumoniile la copii se observă de patru ori mai frecvente ca la adulți, ne vom convinge lesne ca și cifra morților de pneumoniă trebuie să fie mai mare la copii.



Din 194 autopsii făcute de Haché în spitalul de copii din Paris, în anii 1832 și 1833 s'a constatat pneumonia de 108 ori; adică la mai mulți de jumătate. Considerând însă, că poate aceste cifre se nu fie tocmai esacte; de ore-ce pe timpul acela leziunile anatomo-pathologice a bôlelor de copii nu erau încă așa de bine cunoscute ca acum; totuși trebuie se admitem o mortalitate mare la copii, cunoscând predispozițiunea ce o au spre acea bôlă.

Dacă ne vom întreba în ce period al etății copilărescî se observă mai frecventă pneumonia, vom afla, că ea se dezvoltă foarte arare-ori în prima-ți sau a doa-ți dupe naștere ci tot dea-una mai târziu. Dr. Lambard a constatat pneumonia la a șasea parte din toți copii care au murit, până la septemăna ca cauza morței; o proporțiune care merge crescând până la a noa septămăna. În cît privește felul de frecuența în deosebitele perioade fiziologice ale copilăriei, nu sunt de acord toți autorii, pe cînd Léger admite ca maximum de frecuența etatea între 12 și 14 ani. Cuming dice că ar fi observat mai adese ori atinși de pneumonia copii de vîrsta între 9 luni și 2 ani, ceea ce confirmă și Lambard; acesta mai dice că în vîrstă de la 1 până la 2 ani, bôla acésta constituie a treia parte din tóte cele-lalte; o proporțiune care nu există în alte perioade a vieții; după Vernois, ea e tot așa de frecventă la copii de țîță, ca și la cei între 2 și 5 ani; de la 5 ani încolo merge decrescând până la vîrsta de 15 ani.

Din aceste cifre deducem, că pneumonia contribuie mult la mórtea copiilor; cu deosebire la a-

celor din clasa de jos unde o favorisă igiena cea defectuoasă, ceea ce a făcut pe Grisolle să o numească omorătorea copiilor.

Având și eu ocasiunea de a o constata adese ori la copii în practica mea de 18 ani, mi-am propus a da publicității 8 din observațiunile mele, care am crezut că pot avea un interes practic mai mare.

---

UMF

# CONSIDERATIUNI • GENERALE

ASUPRA

## PNEUMONIEI.

---

Pneumonia (inflamația, phlegmasia pulmonilor) e întrerupțiunea de nutrițiune a unor segmente mai mari sau mai mici de pulmon, provocată prin procese inflamatorii, cari după o durată mai lungă sau mai scurtă se pot determina, sau prin reducerea lor la starea normale, sau prin o deplină alterațiune.

Inflamațiunea e un proces organic, prin acțiunea căruia, cu mijlocirea sistemului de nervi și cu acțiunea într'un mod particular alterată a vaselor capilare, se eliminază din corp o parte constitutivă de sânge. Aceasta are de consecință o acțiune retroactivă asupra întregului sistem de circulațiune a sângelui. Pneumonia fiind una dintre bôlile cele mai dese, și mai periculoase pentru omenire, studiul ei a preocupat în toți timpii pe medici.

Ea se numesce omoritoarea omenirei (Grisolle) fiind că amenință în toate climatele, nu numai pe copil în ziua în care se nasce chiar; ci și pe bătrânul care a ajuns la extrema etate a vieții.

Studiul pneumoniei e cel mai vast în pathologia bôlilor fizice. Nu există bôlă despre care să se fi scris opuri mai voluminoase, monografii și diser-

tațiunii științifice mai multe; și cu toate acestea origina ei este tot așa de puțin cunoscută ca și origina celorlalte bóle.

De aceia s'a emis opiniunile cele mai diverse în privința naturii ei, și s'a substituit de multe ori idei speculative în locul observațiilor practice. De la Hipocrate și până astăzi, s'a făcut și se fac nenumărate descoperiri și revelațiuni în privința acestei bóle, care cu drept cuvânt se poate numi plaga omenirii; multe chestiuni s'a discutat, multe enigme s'a rezolvat; și cu toate acestea au mai ramas multe de deslegat, pe care poate numai generațiunile viitoare le vor rezolva.

Nu există maladia așa de gravă, nici care să se complice așa de adese ori cu elemente noi, ce îi modifica și îi preschimba natura. Dacă la celelalte cauze care o transformă, vom adăuga și preschimbările care rezultă din climate, și din obiceiurile popórelor, ne vom explica divergența de opinii, ce există în privința ei.

Până la Laenec, părintele percusiunii și auscultațiunii, toți scruatorii acestei bóle, se preumblău prin întuneric, și pe un teren foarte nesigur.

De la el încóce datéază epoca glorióasă a Diagnosticii. El a fost acela, care a indicat calea generațiunilor viitoare, cum se distingă cu siguranță și precisiune această bółă de altele, cu care s'ar putea confunda; cum se o urmeze în evoluțiunea și involuțiunea sa. Impulsul odată dat, consecințele a urmat de sineși. Pneumonia care până atunci se studiase exclusivamente numai la adulți și la bătrâni a început a se studia și la copii. S'a găsit

bărbați neobosiți ca Barthez, Riliet, Steffen, Ziensen și alții; cari cu un zel demn de laudă s'au pus a o studia și la copii. Până în anul 1841 nu exista încă istoria genezei pneumoniei secundare la copii; deși acesta tocmai la ei se ivesce așa de adeseori, și se dezvoltă în decursul altor maladii, care jăcă role de cause excitante sau predispozante a pneumoniei, și cari imprimă acestei bôle intercurrente atari modifițiuni, încât îi transformă cu totul fisionomia primitivă.

Pneumonia este uă bolă, care domină omenirea sub toate latitudinile globului; însă frecuența ei nu e deopotrivă în toate țările. Există țări, în care ea figurează între bôle în rangul întâi, și aceste țări sunt cele din regiunile septentrionale, și din cliemele temperate.

Sunt însă și alte țări unde ea este foarte rară, precum în acelea cu temperatura extremă, (țerrile dela poli și de sub ecuator). Dintre toate țerrile, sediul cu predilecțiune și l'aū ales în Anglia, unde face cele mai mari ravage. După Anglia, vine Franca, Italia și alte țerrī, cari suferă de consecințele fatale ale acestei bôle. Dacă ne vom întreba, cari sunt cauzele cari favorisă așa de mult dezvoltarea Pneumoniei în Anglia, vom răspunde, că acelea sunt trei principale: pozițiunea geografică, influența vânturilor și pauperismul. \*)

---

\*) Mortalitatea cea mare de pneumoniī în Anglia nu trebuie să o deducem numai din insalubritatea aerului și din pozițiunea geografică, ci trebuie să o căutăm și în desimea populațiunei, și în pauperism, cu considerațiunea, ca: excesele de activitate la unii, miseria și privațiunile care însoțesc crizele comerciale așa de frecvente la alții, sunt tot atăția factori cari favorisă dezvoltarea ei.

Ethiologia Pneumoniilor nu ne este mai clară ca etiologia celorlalte b6le, și aici ne referim la teoria lui Ed. Reich, care 6ice c6 : cele mai multe b6le fizice la cari e supus omul în lume, nu se nasc numai din contactul direct cu natura, ci soriginea lor trebuie c6utată cu mult mai departe, adec6, în rela6iunile lui sociale și în al6i agen6i no6 necunoscute p6n6 acuma. În privin6a etiologiei pneumoniilor, trebuie s6 admitem teoria aceea c6, exist6 cause etiologice externe și interne, din cari parte ne sunt cunoscute, iar6 parte necunoscute 6nc6, și discutabile.

Pneumonia se ivesce at6t în form6 sporadic6, c6t și în form6 epidemic6. Ca cauz6 general6 care favoriz6 dezvoltarea ei, s'a admis pozi6iunea geografic6 (localit66i înalte cu predomin6a6iunea v6nturilor nordice și nordestice, cu schimb6ri brusce de temperatur6, geruri continue, cu în6l6imea barometrului). Deși ac6st6 teori6 con6ine f6rte mult adev6r în sine, totuși trebuie s6 admitem și alte cauze; tocmai asupra acestora se nasc discu6iuni mai pe t6t6 6ioa. De ce se ivesc pneumonii multe, și în localit66i sudice sub predomin6a6iunea v6nturilor sudice și de m6z6n6pte? Fiindc6 dezvoltarea ei trebuie s6 mai aib6 și alte cauze, afar6 de cele enumerate aici, cauze, pe cari noi nu le cun6scem înc6. Cumc6 pozi6iunea geografic6 este una din cauzele principale, cari predispune la dezvoltarea pneumoniei, nu mai înc6pe nici u6 îndoi6al6 ast66i; tot asemenea în privin6a anotimpurilor, de 6rece s'a constatat, c6 cele mai multe cazuri de pneumonie se observ6 prim6v6ra și t6mna

și mai adeseori în lunile lui Martie și Aprilie (Grisolle, Gerbardt, Barthez și Rilliet).

Vedem însă, că unii (Grisolle) impart cauzele etiologice ale Pneumoniei în cauze predispozante, și în cauze ocazionale; pe cele predispozante le subîmparte după etate, sex, constituțiune, conformațiunea thoracelui, pneumonii anterioare, profesiune, climă, locuință, localități, anotimpuri, țări mlăștinoase, vânturi și variațiuni barometrice. Pe cele ocazionale le subîmparte în cauze traumatice, vapori iritanți, răceli, constituții epidemice etc. Alții, și cu ei Scoda în frunte, sunt de părere că : sorgintea pneumoniilor trebuie căutată, parte în contactul imediat cu natura, parte în relațiunile individuale și sociale ale omului, parte în împrejurări cu totul oculte, imperceptibile și foarte mult discutabile. Chiar în contactul omului cu natura se vede adeseori că trebuie presupuși oare cari agenți, cari influențază într'un mod particular și noă necunoscut asupra corpului uman, așa că simptomele de boală se ivesc mult mai târziu și nu imediat după introducerea lor în organism (pnemoniile secundare). Aceștia se presupun a fi sau miasme (de natură animalică sau plantică) sau potențe electrice, magnetice etc. Cumcă există asemenea miasme, cari influența asupra corpului uman întru dezvoltarea perturbațiunilor de funcțiuni, s'a constatat la febrele intermitente, care provocă în decursul lor și pneumonia. Existența unor astfel de influințe miasmatică numai este dubioasă; totuși afară de acestea mai pôte exista și altele necunoscute, sau ipotetice : telurice, electrice, magnetice.

Existența unei predispozițiuni interne, inherentă organismului individual de a contracta diferite bôle în diferite perioade a le vieții, este în de ajuns constatată. Asupra acestui punct au convenit toți autorii. Cum altfel ne am explica: că trei indiviți, expunendu-se aceluiași cauze ocazionale, ar putea contracta trei bôle cu totul diferite una de alta: unul pneumonia, altul erisipel și al treilea rheumatism?

Cum ne am explica diferența influenței cauzei ocazionale asupra aceluiași individ în diferite epoci a le vieții? De ce au mai mare predispozițiune copii și bătrânii \*) de a contracta mai des, și mai lesne pneumonia de cât adulții, în condițiuni egale?

Cum ne am explica originea pneumoniilor secundare cari să observe așa de des la bôlele exanthematice (morbili, scarlatina, și variola) și despre care afirma Ziemssen că le a observat la copii și la afecțiuni de ficat, la rachita, scrofuloasă, și enterită.

Așa dară resumându-ne, trebuie se admitem, că afară din cauzele etiologice fizice, a căror factori ne sunt parte cunoscuți, parte necunoscuți încă, se mai află și uă predispozițiune individuală, inherentă organismului, care influență într'un mod energic pentru de a contracta pneumonii. A cerceta, și a dovedi pe toți, acei factori necunoscuți, e chemarea științei.

---

\*) Datele statistice ale Dr. Lambard, prin care se constată frecuența cea mare a pneumoniilor la copii în comparațiune cu adulții. Statistica ospiciului invalidilor din Paris, prin care ne arată că între pensionarii ținuți acolo, pneumonia e bóla cea mai frecventă, și că figurează în fruntea listei morților de acolo.



## OBSERVAȚIUNEA I.

Diagnosa. Pneumonia difusa in drépta ; de natură crupósă.

Complicațiune : Pleurită.

*Nicolae Marinescu*, de 8 ani, constituția sănătoasă ; după uă schimbare bruscă a temperaturéi în ziua de 15 Dec. 1871 aū urmat frissone violente, vomismente, cephalalgia și junghiū in partea dréptă a thoracelui, cu respirația scurtă, durerósă, (respiration-quinteuse). Séra am constatat : mișcare febrilă, respirația durerósă, și superficială, care se execută mai mult cu partea superióră a thoracelui, pe când diafragma se părea a nu lua parte ; tusse scurtă, déssă, durerósă ; oppressiune. Sputele cu semne de sânge. In partea stîngă sonoritate normală. In partea dréptă in regiunea claviculei până la a treia cóstă, sunet timpanitic ; de acolo in jos elasticitatea și sonoritatea thoracelui diminueate ; cu deosebire laba sa pulmonului. Respirația in partea stîngă aspră, vesiculară, cu rali mai mari ; in partea dréptă posterióră rali subcrepitantī, *sect, fnl*. Pulsul 108. Respirația 40 ; murmur de fricțiune din partea pleurei.

*A doua zi*. Pulsul 112. Respirații 46. La basa pulmonului drept matitatea mai pronunțiată ; respirațiunea abia perceptibilă, nu se aude murmur de frecarea pleurei.

*A treia zi*. Percussiunea pulmonului drept arătând uă resistență așa de mare la basa pulmonului, încât matitatea lui nu se mai pôte distinge de accia a ficatului ; lipsă cu desăvârșire de ori ce zgomot respiratoriū ; hepatele dislocat. In partea mai de sus rali crepitauți, ceva mai jos suflu bron-

chial în inspirație și expirație. Pulsul 132; respirația 48; temperatura  $40^{\circ}$ , C. Sunetul al doilea în arteria pulmonală accentuat. Vibrațiile vocii în partea superioară a pulmonului drept pronunțate; în partea de jos lipsese. Urina concentrată, uratele înmulțite, chloridele diminuate. Urina în greutatea specifică 1,020. Tusse dăsa, spute feruginoase.

*A patra zi.* În dreapta, matitatea și bronhofonia mai extinsă; în pulmonul stâng nici o schimbare remarcabilă, dureri mari din partea pleurii; febra în același grad.

*A cincea zi.* Durerile pleuritice diminuate. Starea febrilă aceeași.

*A șasea zi.* Starea febrilă aceeași. Cefalalgia. Deliriu.

*A șaptea zi, noaptea.* Transpirație abundentă. Somn liniștit de câte-va ore.

*A opta zi.* Pulsul 100, respirația 30, temperatura  $37^{\circ}$ ; urina abundentă, (urina jumentosa), depune cantitate mare de urate după ce se răcește. Tusse și expectorația mai ușoare. Sputele conțin multe bule aeriene. În partea de sus a pulmonului drept, sunet timpanitic pronunțat; în părțile inferioare sunet mai scurt; la baza pulmonului nici un sunet, rezistență în percussie; nici un murmur expiratoriu.

În locul suflului bronchial, crepitație fină cu rale numeroase; inspirația nedeterminată, expirația bronchială. În pulmonul stâng, respirația aspră, vesiculară.

De aci înainte a continuat rezoluția pneumoniei în mod regulat. În grad mic febra a persistat cu mici variațiuni până la a optsprezecea zi. Pulsul a variat între 80 și 100. Cu cât scădea mai mult exudatul pleuritic la baza pulmonului drept, cu atât se percepeau acolo mai bine sunetele (sgomotele) auscultatorie.

*A optsprezecea zi* de la imbolnăvire s'a constatat: •Percussiunea de amëndouë părțile normale; la baza pulmonului drept în partea posterioară a thoracelui ôreși-care matitate; hepatele numai este dislocat. Pulsul 76, respirațiunea 20. Temperatura pelei normală. Matitatea numită a mai durat încă dece zile după acêsta, apoi a dispărut cu totul.

## OBSERVAȚIUNEA II.

Diagnosa, Scarlatina, Pleuropneumonia în partea stângă.

*Elisa Bómban*, de 10 ani. Constituție sănătósă. Sunt 14 zile, s'a manifestat scarlatina; acuma în desquamatiune; în 14 Dec. a urmat frissone, junghiu în partea stângă, febră cu tusse, respirația genată.

Am constatat: Pulsul 108 respirația 42 accelerată. În partea stângă a thoracelui sunet timpanitic, în dreapta normal.

Auscultațiunea în partea superioară anterioară, debilă și nedeterminată; la bază cu rali fini, crepitanți.

*A doua zi.* Pulsul 112, respirația 42, temperatura 39. La bađa pulmonului stâng matitate; în regiunea subclaviculară sunet timpanitic; la bađa, ceva mai sus rali crepitanți. Febra tot aceiași.

*A patra zi.* Pulsul 132, respirația 44, temperatura 40. Sufiu bronchial însoțit cu rali consonanți; bronchophonia în partea de sus, matitate completa, cu rezistența la percusiune jos; în partea de sus a pulmonului sunet timpanitic, cu respirațiune debilă; dislocațiunea cordelui.

După trei zile, urmând, transpirațiunii abundente, a diminuat febra, și a început rezoluțiunea infiltrațiunei pneumonice, iar exudatul pleuritic a mai persistat încă trei săptămâni în urmă, când, la examenul ce i s'a făcut, dispăruse toate semnele patologice la auscultatiune și percusiune.

## OBSERVATIUNEA III.

Diagnosa. Pneumonia circumscripta, catarrhala. Bronchopneumonia duplex.

*Diamanli Petrescu* de 10 luni; sunt 2 zile, s'a ivit tuse cu febră. La 15 august 1878, am constatat următoarele: Constituția sănătoasă. Pulsul 100. Respirația 36. Percusiunea thoracelui normală. Rale diseminate cu bule mai mari și mai mici în amândoi pulmonii (catarrh pulmonal).

*A doua zi.* Respirația mai scurtă, excursiunile thoracelui accelerate și dificile; temperatura pelei augmentată; a avut de două ori vomismente. Percusiunea da un sunet slab timpanitic la partea dreaptă anterioară a thoracelui; la auscultațiune cu dificultate percepându-se rali crepitantși diseminați deopotrivă în amândoi pulmonii. Pulsul 124. Respirația 48. Temperatura 39. Somnolență.

*A treia zi.* Tusea mai secă, mai frecventă, vine în paroxisme. Mișcările thoracelui se efectuează mai cu anevoință; spațiurile intercostale de la a treia costă în jos se depriméza la inspirațiune; cele de sus să ridică; vomismente repetate; rali fini, crepitantși cu consonanță; la baza pulmonilor, bronchită capilare.

*A patra zi.* Starea febrila tot acciași și respirația de asemenea dificilă. În lobul inferior a pulmonului celui drept matitate la percusiunea ușure; se perde însă prin o percusiune mai forte; tot acolo expirațiunea prelungită, bronchială; consonanța voci pronunțată; rale fine crepitante cu consonanță.

*A cincea zi.* Resultatele auscultațiunei și percusiunei tot aceleași cu deosebire, că există matitate și în pulmonu stâng; bronhofonia era mai pronunțată. Febra persistă.

*A șasea zi.* Pulsul 118. Temperatura 38. Respirația 40. Matitatea diminuată; consonanța neperceptibilă.

*A șaptea zi.* Tusse dăssă; respirațiune mai liberă; pulsul diminuat în frecuența lui; respirația de asemenea.

*A opta zi.* Statu idem.

*A noua zi.* Rale mucóse fără crepitațiune, de uă potrivă diseminați în amândoi pulmoni, fără nici uă urmă de consonanță; percusiune normală peste tot. Tussea mai rară, catarhală. Pulsul 104; respirația 30.

Acastă stare a ținut încă mai multe zile, pêne ce în fine a reintrat pulmoni în starea lor normală.

#### OBSERVAȚIUNEA IV.

Diagnosa. Pneumonia circumscriasă în lobul superior al pulmonului drept. Bronchita generalisată. Convulsiuni intercurante.

*Ignatiu Lempart* de 5 ani, constituția debilă, anemică. Sunt două zile, de când are tuse răgușită, mai mult noaptea, cu febră. În 15 Noembrie 1872 am constatat: Pulsul 100, respirațiunea accelerată, și genată; prin auscultațiune rale sibilante, și ronflante mai mult saū mai puțin generalisate în amândoi pulmoni; prin percusiune legera sunet timpanitic în partea dreaptă; în partea stângă percusiunea normală.

Diagnosa Bronchită.

*A doua zi.* Pulsul 108. Temperatura 38°, respirația 36; la esaminarea fizică, același rezultat.

*A treia zi.* Pulsul 120, Temperatura 39°, respirațiunea 37. Tussea frecvente, sēcă; la vârful pulmonului drept în partea anterioară matitate, care se pierde prin percusiune mai forte; tot acolo rali suberepitanți; nu se aud și în partea posterioară; fremitul vocei.

Diagnosa. Inceputul unei bronchopneumonii în lobul superior, cu focare centrale circumscripte.

Séra : Convulsiuni, după care a urmat stare somnolentă. Pulsul debil 140, respirațiunea 63.

*A patra zi dimineața.* Pulsul 136, respirațiunea 36. Temperatura corpului 39°, ralle crepitante înmulțite, mai multă matitate.

*A cincea zi.* În partea superioară, anterioară a pulmonului drept, sufflu bronchial, matitate pronunțată, pulsul 130, respirațiunea 36.

*A șasea zi.* Febra crescândă, stare somnolentă, pulsul mic și accelerat; respirațiunea frecventă.

*A șaptea zi.* Pulsul 120, temperatura 38°, matitate mai puțină; respirațiunea însoțită cu rali crepitanți, respirațiunea 32.

*A opta-zi:* Rali disseminate amestecați cu bule aeriene mai mari și mai mici; matitatea dispărută; de aici înainte a urmat progresând rezoluțiunea pneumoniei, fără ca să se ivescă vre un simptom remarcabil. A patru-spre-decea zi, la examenul fizic s'a dovedit amândoi pulmonii în stare normală.

---

## OBSERVATIUNEA. V.

Diagnosa. Morbilli. Pneumonia circumscripță la bazele amândoror pulmonii. Bronchita generalisată

*Stefan Bursan* de 5 ani, suferă de eczema gambelor de mai mulți ani; după un stadiu ore-care de incubațiune a erupt exanthema. În an. 1871, Martie 12, am constatat următoarele: Erupțiunea exanthemei bine pronunțată, cu deosebire în partea superioară a corpului, la gambe eczema cronică, cu infiltrațiunea textului celuloze, alături cu ea efflorescențe morbilose. Tusse dăssă, catarhală; expectorațiune ușoră. Percusiunea thoracelui normală; la auscultațiune, rali cu bule mai mari și mai mici, disseminați preste amândoi pulmonii, ronchi. Pulsul 130, plin; respirația 46.

*A doua și a treia zi.* Aceiași stare febrilă cu mici variațiuni.

*A patra zi.* Pulsul 140, temperatura 40, respirația 50.

*A cincea zi.* Starea febrilă mai tot aceeași. Matitate la spate de amândouă părțile; tot acolo rali crepitanți cu consonanța; expirațiunea prelungită.

*A șasea zi.* Suflare bronchială și bronhofoniă de amândouă părțile; rali crepitanți cu consonanța. Respirația accelerată și dificilă.

*A opta zi.* Somnolența. Agonia. Decesu.

Autopsia nu s'a făcut.

## OBSERVAȚIUNEA VI.

Diagnosă. Variolois. Pneumonia circumscriptă la baza pulmonilor. Oedema.

*Isidor Hasan* de 2 ani; Sunt 6 zile de când s'a ivit erupțiunea varioloica însoțită de tuse și de stare febrilă. In 25 Martie 1878, am constatat: Constituția debilă; posedă semne de vaccinația; numeroase pustule varioloase, disseminate preste tot corpul fără confluență. Pulsul 114, respirația 42, temperatura 38. Rali mici și mari disseminați in întinderea amândoror pulmonilor, însă fără consonanță, fără matitate.

*A doua zi.* Starea febrilă aceeași.

*A treia zi.* Pulsul 134, respirația 44, temperatura 40. Ral la baza pulmonilor presintă consonanță; sunt mai fine și mai seci, expirațiunea prelungită; mai multă rezistență in percusiune la bazele pulmonilor.

*A patra zi.* Starea febrilă mai tot aceeași. Matitate pronunțată la amândouă bazele pulmonilor; rali crepitanți cu suflare debilă bronchială.

*A cincea zi.* Pulsul 140, respirațiune precipi-

tată; ea se execută mai mult cu părțile superioare ale thoracelui; linia peripneumonică (a diafragmei) foarte pronunțată. Somnolență. Séra móre. Autopsiă nu s'a făcut.

---

## OBSERVAȚIUNEA VII.

Diagnosa. Pneumonia difusă in partea stângă. Infiltrațiune tuberculosă.

*Rosalia Güntchel*; de un an și jumătate; constituția debilă, anemică; fără infiltrațiuni de glandule. Sunt mai multe săptămâni de când suferă de catarrhe: bronchial și intestinal; febra cu intermisiuni. La 15 Decembrie 1875, am constatat următoarele: Debilitate generale, musculatura lase. Muvementele thoracelui nu se execută de nă potrivă in amândouă părțile; pe când partea stângă se pare a nu lua nici uă parte la acelea, partea dreaptă e pusă in mai mare activitate. Pulmonul drept presintă un sunet sonor in tótă intinderea lui. Matitate in partea stângă; la vêrf sunet timpanitic, cu timbru metalic. Auscultațiunea in partea dreaptă presintă rale catarrhale, diseminate. In partea stângă la vêrf rali fini, consonanți, pectoriloquia; ceva mai jos, respirațiune debilă, nedeterminată, rali disemnați cu timbre de consonanță; expirațiune bronchială. Respirațiunea 42, pulsul 120. Temperatura pelei 37<sup>0</sup>5.

*A doua zi.* Febra tot aceeași. Fenomenele auscultătorie tot aceleași.

*A treia zi.* Suflu bronchial atât la inspirațiune cât și la expirațiune; bronhofonia in partea stângă, dorsală, tot numai rale catarrhale, cu bule mai mari și mai mici in partea dreaptă. Pulsul 118 diminéța, 124 séra, respirația 44 diminéța, 48 séra. Temperatura 38 diminéța, 39 séra.



Acastă stare de bôlă s'a continuat încă 14 zile fără intrerupere, lipsind cu desăvârşire orî-ce simptomă de rezoluţiune din partea infiltraţiunei pneumonice.

Frecvenţa pulsului şi mărirea temperaturii, s'au ținut tot la aceeaşi înălţime; cu mică oscilaţiuni observândusse tot de-una exacerbaţiuni sara şi remisiuni diminéta. N'am esaminat sputele cu microscopul, nu ştiu dacă acelea conţineau fibre elastice cu corpuscule de puroi şi epitelii, după cum le descrie autorii. Mórtea a intervenit in 30 Decembrie acelaşi an. Autopsia nu s'a făcut.

---

### OBSERVAŢIUNEA VIII.

Diagnosa. Tuberculosa miliară. Pneumonia duplice intercurrentă.

*Mihail Sfetescu*, de 2 ani; constituţia debilă, anemică; cu simptome scrofulose din părinţi sănătoşi; in familie nu se dovedesce tuberculosa. Sunt mai multe săptămâni de când a început a slăbi copilul, suferind alternativ când de diarrhoe, când de constipaţiune; tot de pe atunci a început a tuşi şi a avea febră, continuă şi variabilă cu remisiuni diminéta şi esacerbaţiuni séra, şi sudori nóptea. Debilitatea a mers progresând. Sunt câte-va zile, de când suferă de febre continuă, cu mică remisiuni numai diminéta; tot de atunci a început a tuşi mai des.

La 25 Martie 1875 am fost chemat; mi-a făcut impresiunea unei maladii care işi are rădăcinile adânci implantate in organism. Am constatat: emaciaţia extremă; ochii scufundaţi; pelea de colorea cerei; febra continua; pulsul 124, respiraţia accelerată dificilă. Percusiunea thoracelui afară de uă mică matitate, la vèrful pulmonului drept, nu presenta altă lesiune. Prin auscultaţiune, se putea

constata, la vârful pulmonului drept uă respirația cu expirația care se apropia de cea bronchială; inspirația scurtă; tot acolo ceva rali crepitanți, consonanța.

Esaminând de aci înainte în toate ȃilele, thoracele abia după cinci ȃile am putut constata matitate la baza pulmonului drept care era insocită de rali consonanți cu bule mici; respirația bronchială. A doua ȃi, matitate și la baza pulmonului stâng cu aceleași rezultate la auscultațiune. În dreapta, matitatea mai expresă, în întinderea întregului lob inferior, bronhofonia; în stânga. rali crepitanți cu consonanță. La 23 Martie. Agonia. Morte. Autopsia nu s'a făcut.



## EPICRISA



In privința împărțirii pneumoniilor nu sunt de acord toți autorii : pe când unii le impart in pneumonii primitive și consecutive, (Grisolle) alții le divid in erupose, catarhale și cyrhone (Niemeyer), iară alții in lobare, lobulare sau insolare și interstițiale (Lebert). Sunt și autori cari, bazându-se numai pe lesiunile anatomopatologice, impart pneumoniile mai întâi după sediul lor in difuze și circumscripte, apoi după productul lor in erupose, seros-albuminoase, (gelatinose, care arăta mare aplicațiune a se transforma in infiltrațiuni turberenlose) și catarhale (product purulent cu plasma celuloasă). Noi, in clasificarea observațiunilor noastre, ne am ținut de împărțirea cea din urmă, etă pentru ce : pentru că la copii se observă adesea ori pneumonii circumscripte care pot să aibă de rezultat atât exudațiune fibrinosă (Rokitanski), seros albuminosă sau celulozo-purulentă; decursul lor și-l iau după felul exudațiunei (intrerupțiunei de nutrițiune) mai mult de cat după acela al extensiunei.

Pneumoniile lobulare, nu se țin strict in limitele lobulilor unde se ivesc, ci trec peste acele limite. Ele de și se desvoltă in focare singulare, totuși se

estind mai departe și confluează unele cu altele, așa că formeză uă întindere mai mare sau mai mică într'un lob, fără ca să-l cuprindă cu desăvârșire. Așa dară broncho-pneumonia se nasce tot de-una din bronchită; mai adese ori in mod direct, și mai arare ori indirect prin mijlocirea atelectasei.

Bronchita, extinzându-se până in bronchioli capilari și in vesiculele acrose, provocă in acestea uă producțiune viă de celule și epitelii, care prin involuțiune sau se metamorfozează in grăssime și ast-fel se eliminează din organism (insanătoșare); sau se consolideza și se preface in masa caseiformă (tuberculosa). Pre când pneumonia difusă (fiă accia de natură fibrinosa sau gelatinosa, sero-albuminosa) ataca tot de-una de a dreptul vesiculele aeriene și vamificațiunile capilare ale bronchiolilor; depune acolo infiltratul ei, care asemenea sau se preface in materie grasosa și se resorbe, sau provoca uneori inflamațiuni secundare parenchimatose (pneumonia interstitiala) da nascere la indurațiuni, cyrhosa, și la abscesuri etc; de alte ori prefăcându-se exudatul depus in pulmonii in materie caseiformă, se preface in massă tuberculosă, in nisuița sau de a supura, sau de a se consolida, (petrifica, cretifica).

In privința frecuenței pneumoniei circumscripte constatăm, că forma acésta se observă foarte adese ori la copii mici, și mai cu sémă până la etatea de trei ani; pe când cea lobara (difusă) mai numai de la trei ani in sus.

Revenind asupra observațiunilor noastre (Obs. I)

constatăm : o pleuropneumonia difusă la un copil de cinci ani, care a intervenit după uă răceală violentă cu simptome grave : Cefalalgia, vomismente și febră, simptome care sunt comune și altor bóle (meningitei, encephalitei, etc). Atât pneumoniile lobare cât și circumscripte se desvoltă une ori cu simptome cerebrale, cefalalgia, vomismente, somnolență sau convulsii.

Autorii ne spun că adese ori se observă la copii, la începutul pneumonii, simptome cerebrale; ce e mai mult că acelea póte se dureze două și trei zile, așa că se nu se știă ce are să fiă meningită sau pneumonia. Așa se întâmplă se se dig-nostice meningita și după 2—3 zile (Steffen) se se dovedéscă infiltrațiunea pneumonică, iară prin progressarea pneumonii une-ori se dispare simptomele cerebrale, éru de alte ori să se desvolte și una și alta adecă și pneumonia și meningita. In cazul nostru s'a manifestat de odată cu frissone, vomismente, cefalalgia, simptomele din partea organelor respiratorie. Respirația era scurtă și durerósă. Acéstă ne-a determinat să esaminăm pulmonii : aci am dovedit rali fini, seci cu început de crepitaține, ceia ce ne a făcut se presupunem desvoltarea unei pneumonii. Murmurul de fricțiune din partea pleurei, ne-a aréat începutul unei pleurite. Prin urmare am stabilit prin diagnosa începutul unei pleuropneumonii.

Decursul bólei ne-a afirmat diagnosa ca justă, fiind-că nu mai departe ci chiar a doa di am putut dovedi existența unui epanchement in cavitatea pleurei prin lipsa fremitului vocal, prin matitatea

complectă și imperceptibilitatea murmurului respiratoriu. Coincidența epanchementului pleuretic cu pneumonia se observă mai arare-orî la copii de cât la adulți. Steffen afirma acésta, dicénd că, între 72 cazuri de pneumonia difusă, abia a putut constata de 6 ori pleuropneumonia. Evident la fie-are infiltrațiune pleuretică trebuie să ia parte și pleura pulmonală, mai cu sémă când aceia e marginală, și să dea nascere la exudațiuni lamelóse, pe suprafața pleurei. Exudațiuni mai mari însă, prin compresiunea pulmonului augmentă insuficiența respirațiunei, măresc și iperemiile secundare și pot provoca mórtea într'un mod subit. Din dislocarea ficatului și matitatea completă ce am constatat chiar a treia și, ne-am putut convinge că aveam de a face cu un epanchement considerabil în cavitata pleurei; tot asemenea și din augmentarea sunețului al doilea al arteriei pulmonale trebuia să presupunem impedimente mari în libera circulație a sângelui prin pulmonî.

Exudațiunea pleuritică une-orî se desvoltă în decursul pneumoniî într'un mod mai latent de cât în cazul de faciă. Acésta o constatam în observațiunea a doa, unde o dovedim ca existente abia a patra și după începutul pneumoniiei. Ea se póte desvolta în urmă, în perioda resoluțiunei, și mai târziu încă. Aici pneumonia și-a luat cursul ei normal; a șeptea și scădénd febra a început resoluțiunea, care a urmat în mod regulat până la restituirea pulmonului în starea lui normală. A opt-spre-decea și, hepatele nu mai era dislocat, ceia ce dovedea diminuarea epanchementului pleuretic. Totuși mai există ma-

titate la baza pulmonului drept, in partea posterioară epanchement care abia a doua-șeci și opta și a dispărut cu desăvârșire, fără de a lăsa ceva urme dupe sine. Persistența unei mici febre până la a două-șeci și opta și ne făcea a ne teme de vre-o complicațiune cu pneumonia interstițială, dar forța murmurului respiratoriū ne dovedea contrariul. Complicațiunea cu tuberculósă se excludea prin decursul bólei, prin observarea febrei și a rezultatelor căștigate prin auscultațiune și percusiune.

A doa observațiune e interesantă din punctul de vedere etiologic al pneumoniē. Aici constatăm: uă scarlatina care și-a urmat cursul ei natural până la desquamațiune, și după 14 zile se ivesce fără vre uă schimbare bruscă de temperatură (considerațiuni generale) uă pneumonie in pulmonul stâng. Abia după patru zile se manifestă și existența pleuritei; febra augmentată, cauza acésta augmentațiunei nu se mai putea ascrie scarlatinei, care decursese deja, ci numai pleuropneumoniē. După trei zile scade febra, pneumonia intră in resoluțiune, epanchementul pleuritic (a cărui existență se putea considera din dislocațiunea cordelū) persistă, diminuarea febrei ne face a considera ca benignă natura infiltrațiunei pulmonale, și conchidem din decursul bólei că acca infiltrațiune trebue să fi fost fibrinosă. Acésta o afirmă și autorii: intr'adevăr consultând pe renumiții pediatrii Steffen și Ziemsen, părerea nóstră se găsesce afirmată, de óre-ce ei șic că la scarlatina, când au avut ocasiunea să constate pneumonii sau la inceput, sau in decursul ei, n'au observat nici-uă-dată pneumonii circumscripte (bron-

chopneumonii), ci tot-dé-una difuse cu exudațiune fibrinosă, fie acelea la început, saũ la sfârșitul scarlatinei. Resoluțiunea pneumoniei și-a urmat cursul ei; febra remãind diminuată, am putut exclude ori și ce infiltrațiune nouă saũ transformațiune tuberculosă de exudat. De și se putea intempla ca exudatul pleuritic să dispară de-o-dată cu cel pneumonic (Grisolle) totuși și aici, ca și in cel precedent, am văđut diminuarea lui gradată, iară disparițiunea lui, abia după trei septãmãni, s'a putut constata. (Acest cas a fost observat și de Dr. F. dinpreună cu mine).

Venind la observațiunea a treia constatãm la început catarrh bronchial (antãia ȑi); după aceea bronchita capilară, (a doa ȑi); și in fine pneumonia circumscripă la bađele pulmonilor (a patra ȑi). Pneumonia circumscripă saũ catarrhală nu are tot-d'a-una un curs așia de scurt ca in cazul acesta; de multe ori am observat-o la copii mãi mari, la început uă laringitã catarrhală, care durézã câte-va ȑile. Lãțindu-se cu incetul processul inflamatoriũ mãi departe in direcțiunea bronchilor, Laryngita dă nascerere la bronchitã, care, progressãnd, atacã mãi intãiu bronchioli, ramificațiunile bronchiale capilare, și in fine vesiculele aeriene cu textul parenchimatous, ce se aflã împrejurul lor (pneumonia). Atunci devine respirațiã acceleratã și insuficientă, ceea ce se manifestã prin mișcãrile forțate a thoracelui, care uneori nu sunt uniforme, precum am observat in cazul adus inainte, unde am văđut cã, pe când se ridicau spațipurile intercostale sub claviculare, tot pe atunci de la a treia cõsta in jos se scu-



fundău (atelectasa) : un fenomen care nu se observă tot-d'a-una, dară care în casuri mai grave cu insuficiența însemnată de respirațiune nu lipsește nici o-dată. E de remarcă în cazul acesta și natura febrei, care nu arată acel scădemânt răpede ca la pneumonia difusă, fibrinosa; acolo am observat că : pe când processul inflamatoriū atinsese punctul său de culminațiune, de o-dată, și într'un mod bruscă, s'a scoborit febră la o tréptă apropiată de starea normală, când s'a dat și impulsul pentru oprirea procesului inflamatoriū de a înainta mai departe, și stingerea lui prin resoluțiunea pneumoniei. Aici vedem cu totul alt-fel : de și a șeassea și, constatăm prin percusiune și auscultațiune începutul resoluțiunei pneumoniei, totuși pulsul de la 124 abia a scăzut la 118 pulsațiuni, și de aici mergând gradat în jos până la starea lui normală. Acest curs îl iaū toate pneumoniile bronchiale în comparațiune cu cele difuse.

Ca simptome ce servă în a stabili diagnosa diferențială între pneumonia difusă și cea bronchială, ne servește în cazul acesta și modul ei de apariță. Pe când cea difusă apare tot-d'a-una ca primitivă și independintă, cea din urmă din contra tot-d'a-una se arată ca secundară în urma bronchitei, și altor bôle (atelectasa, morbili, variola etc.). În fine ne mai pôte servi la stabilirea diagnosei diferențiale a acestor bôle și rezultatele ce le vom câștiga prin auscultațiune și percusiune, și cari diferă foarte mult unele de altele, după cum am constatat din aceste trei observațiuni.

La observațiunea IV e de remarcă manifestarea

convulsiunilor in decursul pneumoniei. Cum s'ar putea explica acestea? Simptome cerebrale se observa mai adese ori la copii, de cât la adulți. Convulsiunile aici ar putea să fie sau idiopathice sau provocate printr'un impediment ivit in pulmonii pentru libera circulațiune a sângelui; impediment cauzat prin procesul inflamatoriu. Acesta provocând uă congestiune secundară a creerilor ca urmare naturală a aceluși impediment a provocat și convulsiuni. Un impediment odată stabilit in circularea sângelui; trebuie să aibă ca urmare uă acumulație de sânge (iperemia secundară) in toate organele cari stau in raport direct cu inima; intre acestea numărăm și creerii. Se nasce întrebarea dacă in cazul nostru trebuie să ne explicăm convulsiunile ivite a treia și, numai din congestiunea creerilor provocată numai prin focare centrale, circumscripse, pneumonice, existente într'un singur lob (lobu superior drept fără ca să fie măcar întregul lob hepatizat) sau mai bine din intoxicarea sângelui?

De ore-ce scim, că intoxicațiunea cu acid carbonic (adese ori cu mangal) provoca in creeri mai tot-d'auna simptome de presiune de somn adânc (piroteală mare), și mai nici o-dată simptome de iritațiune (convulsiuni) nu putem admite in cazul acesta, că, convulsiunile au fost provocate prin intoxicațiunea creerilor cu acid carbonic; ci trebuie să afirmăm că elle au provenit din iperemia creerilor și să șicem că de și pe timpul acela impedimentul a fost mic in pulmonii, și mai târziu (a cincea și) formându-se hepatizația completă (prin alipirea focarelor pneumonice unul de altul s'a ivit un impediment mai mare in circulația

sângelui): totuși a fost destul de mare pentru ca să provoace nă iperemiă in creierī și convulsii.

Dacă nu s'a mai repetat convulsii și a cincea zi când crescuse acel impediment (hepatisația), cauza a fost pôte și aceea, că: prin aplicarea li-pitorilor la thorace se imputinasse massa sângelui.

Barthez și Rilliet au împărțit pneumoniile la copii in pneumonii cerebrale și meningeale, dicând că celle meningeale s'ar fi manisfetând tot-d'a-una cu simptome de iritațiune din partea meningelor (convulsii); iară celle cerebrale cu simptome de presiune din partea creierului, (apathia, somnolența, coma).

Uă împărțire care nu ni se pare a fi tocmai justă. De și s'a constatat că, in decursul pneumoniilor, care 'și aleg sediul lor in lobul superior al pulmonului drept, se observă fôrte adese-orī simptome cerebrale: la adulți deliriu, coma, la copii convulsii; totuși ast-fel de simptome se pot observa și când elle sunt localisate in altă parte a pulmonilor, de unde deducem că nu e sediul pneumoniei care provocă simptome din partea creierului, ci circulațiunea impededată. In această părere ne vedem mai mult confirmați, când vedem că sunt autori care ne afirmă că ar fi observat inflamațiunea pulmonilor mergând alături cu aceea a creierilor (Hennig). Vedem că Steffen ne produce ca exemplu la cele dize un copil de șasse ani, care s'a inbolnăvit cu simptome cerebrale: cefalalgia, somnolența și eclampsia. In decursul a trei zile nu s'a observat nici un simptom din partea pulmonilor; când, de uă dată s'a ivit infiltrațiune pneumonică circumscriptă, la baza amândoror pulmonilor. După ivirea acesteia, a

dispărut simptomele cerebrale cu desăvârşire ; şi n'a mai revenit. Pneumonia a progresat singură mai departe; copilul a decedat în urma pneumoniei. Aceste cazuri sunt de un interes mare practic, din ele conchidem că în unele cazuri foarte rare se poate complica pneumonia la copii în începutul ei, aşia de mult cu simptome cerebrale în cât să nu ne putem pronunţa cu siguranţă ; dacă avem înaintea noastră meningita sau pneumonia, ceia ce numai după câte-va zile vom fi în stare a face, când vom avea rezultate fizice din partea auscultaţiunii şi percussiei.

Bronchopneumonia prin impedimentele ce aduce în pulmonii, poate să provoace perturbaţiuni aşia de mari în sistemul de circulaţiune al sângelui în cât să provoace mórtea grabnică ; între aceste perturbaţiuni, numărăm : œdema acută a pulmonilor, apoplexia cerebrală etc. Assemenea morţi grabnice se observă în epidemiile de morbilă (Obs. VI) unde se constată adese-ori bronchopneumonia, şi la cari ea mai adese-ori finesc prin decedat de cât prin însănătoşare. Trousseau ne afirmă că a observat într'o epidemie violentă de morbilă 24 de copii bolnavi de morbilă ; la 22 din ei a constatat bronchopneumonia ; nici unul din ei n'a scăpat cu viaţă. Lui Bouchut, în altă epidemie, din 55 ia scăpat 22 şi i a murit 33. Bartels aduce rezultatul mai favorabil din altă epidemie, din 67 bolnavi, 29 morţi. La mortalitatea acésta mare de sigur vine a se lua în consideraţiune şi constituţiia individuală a maladiilor ; şi rezistenţa ce o pune organismul contra progresării acestei bóle atât de funestă pentru copii.

Dacă vom urmări mai de aproape bronchopneu-

monia în dezvoltarea ei, vom observa că ea are mai de multe ori un sfârșit favorabil, când se dezvoltă pe cale directă (din bronchita acută) și la indiviși, cari înainte au fost deplin sănătoși. Din contra cu atât însă bronchopneumonia face prognosa mai nefavorabilă, cu cât lovesce un individ, debilitat, mai dinainte prin bôle cronice, cu musculatura lașe, și care a suferit timp îndelungat, sêu chiar suferă încă de bronchite cronice. La copii slabî cu musculatura lasse, contracțiunile thoracelui neputându-se executa cu suficiență, pe de uă parte nici decarbonisarea sângelui nu pôte fi completă, pe de alta însă, prin intercorența bronchopneumoniei, se dă cu mult mai ușior, ocasiunea la dezvoltarea atelectasei în pulmonî, și prin ea la mörte; contrariul se observă la copii robuști și sănătoși.

Nu mai puțin mortală ni se arată Bronchopneumonia, când se ivesce la început sêu în decursul variolei la copii (Obs. V). Dezvoltarea ei atunci se indică prin augmentarea febrei existente și insuficiența respirațiunei. În cazul nostru erupțiunea varioloisului a coincisat cu începutul unei bronchite acute. A treia și s'a augmentat febra; s'a dovedit începutul unei bronchopneumonii la bazele amândoror pulmonilor. A cincea și infiltrațiune completă la baze (hepatisație), a șassea și respirațiune cu accelerația extremă, tot în acea și decesie.

La copii mici de comun bronchopneumonia în legătură cu variola conduce la mörte; acêsta se dovedește și din observațiunile altora. Steffen ne relata a fi observat 2 casturi de felul acesta, cari ambele au fost mortale.

Mórtea a putut fi provocată aici atât prin intoxicatiune cu materiã carbonicã, cât și prin iperemia secundarã, seú in fine prin intervenirea unei oedeme acute in plumonî.

Care din acestea a fost cauza adevãratã a morþii subite nu putem sci cu siguranþã; de ore-ce nu s'a fãcut autopsia. Presupunem insã cã prin inaintarea repede a bronchopneumoniei asupra pãrþilor de plumonî, care rãmãseserã incã penetrabile pentru aer; s'a dat nascere la uã atelectasã nouã și acutã; prin ea la un impediment noú pentru decarbonisarea sãngelui, și la uã pedicã nouã pentru libera circulaþiune a sãngelui (iperemia, transsudaþiune).

Așa darã intre cauzele provocãtoare ale morþii, am presupus și atelectasa, de ore-ce am constatat (Obs. VI) uã matitate desvoltatã cu repeþiciune asupra pãrþilor de plumonî care inainte presentã un sunet sonor seú timpanitic, și acestã am avut ocasiunea a o constata mai adesse-orî la copii bolnavi de bronchopneumonie care a sucombat in urmã acestei maladii, intr'un mod așa de subit ca in cazul observat de noi (Obs. VI). De și n'am avut ocazia a face autopsia, totuși presupunem atelectasa cu siguranþã; și étã pentru ce: pentru cã in casuri analoge când se afla uã bronchitã intr'o extensiune așa de mare, lãþitã peste amêndoi plumonii, se pôte întempla fôrte lesne ca uniî din bronchi mici, astupându-se cu secretul cleios, sã devinã impermeabili pentru circularea aerului. Aerul inchis in vesiculele aeriene sã se resorbe, iarã vasele copilare, exercitând uã compresiune mai mare asupra vesiculelor aeriene, acestea din urmã sã colabeze, și sã

devină de aici înainte impenetrabile pentru aer. Acéastă stare pathologică nu o putem constata altfel de cât prin percussione și auscultațiune. Decî, dacă vedem în decursul bronchopneumonii de-o-dată uă matitate lătită asupra unui segment de plumonî care mai nainte ne da ca rezultat la auscultațiune, uă respirațiune vesiculară saŭ neterminabilă, dându-ne de uă dată uă respirațiune fôrte debilă; asemenea dacă la percussione mai nainte ni se presîntă un sunet sonor saŭ timpanitic, și de-o-dată acel sunet se preschimblă în matitate (prin resorpțiunea aerului) trebuie să presupunem formațiunea unei atelectase, provocate de obturațiunea bronhiilor mici în acele segmente de pulmone.

Aici se nasce întrebarea dacă acea matitate este produsă prin atelectasă saŭ numai prin latirea procesului inflamatoriu? S'ar putea prea bine să fie produsă și prin una și prin alta. Noi prin percussione și auscultațiune astăzi suntem în stare numai de a dovedi că anumite părți de pulmoni au devenit impenetrabile pentru aer, dară cauza acelei impenetrabilități de multe ori numai la autopsiă o putem dovedi: Așa dară diagnosa diferențială între bronchopneumonia și atelectasă e fôrte dificilă, ba de multe ori imposibilă cum de exemplu în cazul observat de noi aici și în altele asemenea observate la bronchopneumoniile secundare provocate prin febre exanthematice (morbili) și prin tusse convulsivă în care fôrte adese-ori atelectasa provôcă finitul lethal, și unde nu se pôte face diagnosa diferențială alt-fel de cât numai prin observarea cu minu-

țiositate a întregului decurs al bôlei, de la început și până la finit.

Am vădut că bronhopneumonia devine adeseori mortală la copii, prin desvoltarea atelectasei, și a impedimentelor ce le provôcă în libera circulațiune a aerului și a sângelui prin plămônî; aici însă trebuie să mă observăm și aceea, că ea nu se desvoltă tot-dé-una într'un mod așa de acut, ca în casurile aduse înainte, ci de multe ori într'un mod latent. Atunci lesiunile provocate prin ea devin măi obscure. Am đis măi nainte că bronhopneumonia nu atacă exclusivamente numai vesiculele aeriene și bronchioli de ramificațiunea cea măi mică, ci tot-dé-una și parenchimul pulmonal, adică textura întregă împreună cu țesătura celulôsă, și prin urmare dacă duréză măi mult, pôte să provôce lesiuni și schimbări anatomice nu numai în versiculele aeriene (atelectasă) ci și în textura celulôsă a pulmonilor, și a vaselor capilare din plămônî.

Prin hiperplasia provocată în textura celulôsă a pulmonilor, se pôte produce măi curênd sau măi târđiú uă indurațiune cu rețracțiune a masei pulmonare, care are de efect expulsțiunea aerului. Noi pe acésta o constatăm prin matitate la percussțiune și consonanță la auscultatiune. Ca urmare a acelei rețracțiuni notăm și rețracțiunea (excavațiunea) thoracelui d'asupra acelor părți consolidate, însă tot aceste rezultate fizice avem și la indurațiunea pulmonilor prin infiltrațiuni tuberculöse sau prin depozite de granulațiuni tuberculöse (miliartuberculosa). Prin rețracțiunea texturei celuloase se dá nas-



cere la bronchiectasiile iară prin descompunerea infiltratiunii a conglomeratelor de granulațiune tuberculôsă la formațiunea cavernelor. Resultatele câștigate prin percussione și auscultațiune sunt tot aceleași atât la bronchiectasie cât și la caverne, iară procesele anatomopatologice sunt cu totul diferite unele de altele. Cum așia dară vom fi în stare a le deosebi pe unele de altele? S'a țin că după sediū, că depositele tuberculilor se observă mai mult la vârful pulmonilor, și cu deosebire în partea dreaptă pe când bronchopneumonile se află aședate la baza pulmonilor; un fapt care s'a constatat prin experiență. De și în cele mai multe cazuri putem constata acêsta, însă nu putem constata tot-d'a-una. Se pôte prea bine ca la un individ după uă bronchopneumonia acuta (Obs. IV) sau chronică localisată mai mult în lobul superior drept, să se fi provocat uă pneumonie interstitială localisată, cu retractiunea textului celulos și a thoracelui. Aceia să ne presinte tot aceleași fenomene la examenul fisic, ce ne presintă și tuberculôsă; și acêsta cu atâta mai mult, de ôre-ce șcim că atât depunerea granulațiunilor tuberculôse cât și infiltratiunea tuberculôsă, sunt tot-d'a-una acompagnate de pneumonii interstițiale, și urmate de retractiunea texturei celuloase. Afară de acestea se mai pôte întempla ca chiar productul bronchopneumoniei, fie acela celulozo-purulent, gelatinos (Steffen) sau crupos (Rokitansky) să se prefacă mai întâi în masa caseiformă (tuberculisatiune) și mai apoi să se consolideze în masse varose. Aceste processe, provocând tot-d'a-una uă pneumonie interstitială impre-

jurul lor, daŭ tóte nascere la retractiunea pulmonilor și a thoracelui?

Așa dar, dovedind la un bolnav (Obs. VII) sunet timpanitic, rale consonante, suflu bronchial, tot atâtea semne de consolidarea pulmonilor, cum vom putea destinge daçă acestea sunt provocate prin processe inflamatorii locale, de natură cronică, genuine, urmate de transformarea exudatelor in materia caseiformă, saŭ prin depozite de granulațiuni tuberculóse, speciale, care prin existența lor a provocat procese inflamatorii secundare? Acésta este o întrebare, ce nu se póte deslega cu mijlocele fizice, (percussione și auscultațiune) de care dispunem astă-đi. De și suntem in stare a dovedi cu precisiune existența unei condensatiuni in pulmone, insă natura ei numai anatomia pathologică ne-o póte spune și acésta când? tocmai după mórte.

Póte prea bine să dovedim in vârful pulmonului drept, condensatiunea pulmonară, impermeabilitatea pentru aer; insă nu putem precisa daca aceea e condiționată de neoplasmă (tuberculósă miliară) saŭ de processe pneumonice inflamatorii. Tocmai aceste casuri fiind de un interes mare practic a dat ocasiunea la cele mai mari discuțiuni pe terenul sciințelor medicale. Pe când bărbații eminenti, ca Niemeyer și Wirhow, nega cu totul existența tuberculósei ca bóla specială provocată de o diathesă (cacochemia sângelui) și reduc tóte procesele tuberculóse, fie acelea manifestate sub forma infiltrațiunei tuberculóse; saŭ a tuberculósei miliare la unul și același inceput aduc la inflamațiunea pulmonilor.

Alții ca (Skoda Rokitansky) dic că : bóla tuberculóseí (Offica) e bazată pe 2 processe cu totul diferite unul de altul. Pe când unul (infiltrațiunea gelatinosa și preschimbarea exudatului in massă-caseiformă) e bazat pe o inflamațiune pneumonică; cela-l'alt (granulațiunile grisee, tuberculosa miliară acută și cronică) ar fi basat pe depunerea unei neoplasme in pulmonī séu in alte organe : meninge, peritoneu, pleura, mesenteriu și altele. Acelea după un interval óre-care provócă după sine processe inflamatorii (in pulmonī pneumonií). După eí aceste 2 bóle diferă fórte mult una de alta, nu numai prin lesunile anatomopathologice, ci și prin decursul lor, si simptomele cu carí se manifestă la bolnavi.

Pe tărâmul acesta, anathomia pathologică a intrecut medicina practică. Theoria lui Laenec, că phtyisia (tuberculosa) pulmonilor ar fi uă bólă constituțională, care nu s'ar putea desvolta nici uă dată din o pneumonie acută saú cronică, s'a cređut mult timp ca un adevěr neclintit și póte că ea a avut rezultate funeste pentru medicina practică; insă acéstă theorie dogmatică a fost basată numai pe ipothese; care a trebuit să cadă in timpū din urmă. După acéstă theorie (Laenec) tóte lesiunile anatomice (procesele inflamatoric, pneumonia) se explică ca secundare și provocate prin iritamentul produs de granulațiunile (neoplosmele) tuberculóse.

In urmă insă s'a constatat pneumonií cu origini deosebite de a tuberculóseí cu granulațiuni, precum și aceia ca : preschimbările lor in materia caseiformă nu provine dot-d'ama din granulațiuni tuberculóse.

Wirhow a dovedit mai anteuu ca de si granula-  
 Ńiunile grisee se prefac in materia caseiforma, insa  
 acesta preschimbare nu le este speciala numai lor,  
 pentru ca asemenea prefacere se observa si la tu-  
 mori cancerose, la depositate de puroie inchise si  
 in glandurile limfatice, in fine la infarete hemorrha-  
 gice, care tote la urma se prefac in materii casei-  
 forme, intocmai ca si ganulaŃiunile tuberculose.

Prin descoperirea acesta facuta de Wirhow a ca-  
 dut intraga theorie a lui Laence, care durase ataa-  
 Ńia ani. In urma acesteia nu mai credea nimeni  
 ca masele caseiforme ce se afla la infiltraŃiunile  
 pneumonice, ar fi provocate tot-d'auna prin granu-  
 laŃiuni tuberculose (neoplasme) si n'ar fi numai pre-  
 schimbarea exudatului pneumonic, existente acolo,  
 fara granulaŃiuni.

Dupa theoria lui Niemeyer nu exista de cat ua  
 specie de tubercule, si acelea sunt care se chiama  
 tubercule miliare, si numai ua bola de tuberculosa  
 care se dice tuberculosa miliara; iar tota cele-  
 lalte specie de tuberculose, (gelatinose) care se  
 cuprindeau sub numire de tuberculosa infiltrata, nu  
 sunt alt-ceva de cat productul pneumonii cronice,  
 mai adese ori a pneumoniei catarrhale.

Niemeyer e de parere ca adese ori la phtisici  
 se gasesc induraŃiuni si distrucŃiuni considerabile  
 in pulmonii fara ca sa se afle macar ua urma de  
 tubercule.

Despre theoria lui Wirhow crede Niemeyer ca  
 merge prea departe daca afirma ca nici n'ar exista  
 tubercule miliare si ca acelea ar fi numai focare  
 inflamatorice bronchiale, peribronchiale sau pneumo-

nice acute seu cronice (tuberculoasa acuta sau cronică). Pote ca din punctul de vedere anatomic teoria acesta se fie justă ; e posibil ca se fiă in leziunile aflate după morte, numai uă diferință in formă, provocată, prin uă anomalie a nutrițiunii insă din punctul de vedere clinic observăm uă diferență mare intre processul inflamatoriu cel numim pneumonia și intre acele ce le numim tuberculoase. Diferență \*se manifestă prin decursul acestora.

Pe cand la pneumoniie simple cu puținele excepții, unde se finesc prin phtysia, indurațiune sau transformare in materia caseiforme vedem mai adesea orie restițiunea. in starea normală, din contra la pneumoniile de natura tuberculoasa, acesta nu o vedem nici odată; așa dară la pneumoniie simple e de regulă insanătoșarea, la pneumoniie tuberculoase e de regulă destrucțiunea pulmonilor și prin ea provocarea morții.

In cazul observat de noi (Obs. VII), am constatat uă pneumonia difusa in pulmonul stang; Acuma ne intrebăm de ce natură pote se fiă accia? adecă : pneumonia simpla, care conduce la insanătoșare sau pneumonia tuberculosă cu destrucțiunea pulmonilor care conduce la morte? Atat periodul desvoltărei, constituția bolnavei cat și succesiunea simptomelor patologice și decursul bolei, ne face a ne decide pentru cea din urmă. Vedem uă copilă cu constituția debilă, palidă și anemică. Sunt mai multe săptămani de cand suferă de catarrhe bronchiale, acompagnate de febră; la verful pulmonului drept constatam un sunet timpanitic, pec-

toriloquia și rali crepitantî; tot atâtea semne de un proces pathologic care a decurs înainte de acesta cu mai multe săptămâni sau luni, și care e foarte probabil că a finit prin transformarea exudatului în materia caseiformă și destrucțiune în acea parte de pulmon. Acuma de o dată ni se presintă uă pneumonia în pulmonul stâng, fără de a ne explica cauza ei, de ôre-ce nu putem constata uă schimbare brusca a temperaturii. Decursul pneumoniei nu este acela care se observa de comun la pneumoniile france (franche) care au tot deuna un curs regulat, și unde febra merge crescând până la punctul ei de culminațiune, apoi scade pulsul și căldura subit până la starea lor normală sau unele orî și supt normă. Tot atunci începe și resoluțiunea lor, care merge progresand până la complecta însănătoșiare.

Aici observăm tocmai contrariul, febra persistă peste timpul obicinuit (ea durează de două săptămâni) al crizei, își ia un curs neregulat, are un tip de febra continuă cu remisiuni dimineta și esacerbațiunii séra, consumătoare de forțele bolnavului. Matitatea în pulmonî persistă, și nu există nici un semn de resoluțiune.

Tôte acestea ne a făcut să presupunem uă pneumonia de natura gelatinosa, cu aplicarea de a se preschimba în infiltrațiune tuberculosa și a aduce destrucțiune pulmonului. Acestea ni le-a dovedit și decursul ei care s'a finit prin deces.

N'am avut acasiunea ca să facem autopsia, de aceea nu șcim dacă diagnosa noastră a fost justă, însă presupunem infiltrațiunea gelatinosă de ôre-ce

intercurrent mórtea, n'a avut timp exudatul a se tuberculisa.

Aici se nasce întrebarea cum putem distinge acest proces cu infiltrațiune tuberculoasă de inflamațiunea cronică a texturei celuloase în urma pneumoniei crupose care 'și ia sfârșitul tot-d'a-una în indurațiune.

Pe când vedem că la pneumonia difusă cronică cu indurațiune de și nu încetădă febra, totuși diminuă gradat, pentru că după un timp ore-care să înceteze cu desăvârșire, la tuberculozațiunea exudatului depus în pulmon, febra nu mai diminuă ci din contra ea se augmentă din și în și. În cazul nostru nu putem constata diminuția febrei: există o febră continuă remitentă cu exacerbațiuni séra și remisiuni dimineta, ceea ce ne face să presupunem pneumonia tuberculosa. Ziemsen ne afirmă că pe lângă variațiunile termometrice în intensitatea căldurei la pneumonii tuberculose; ca simptom constant ar fi observat o augmentare a pulsului, care mergea crescând din și în și în frecuența lui; ceea ce noi nu am putut constata.

Dacă acest proces inflamatoriu ar fi durat mai îndelung atunci ar fi fost mai ușor de diagnosticat tuberculoasa, de ore-ce știm că ast-fel de pneumonii tuberculose, tot-d'a-una aș nisuița de ași ramoliza productele lor, și a da naștere prin distrugerea unor părți de pulmon, la formațiunea de cavități (caverne).

Dacă în cazul acesta, am fi putut constata formațiunea cavernelor și din spute distrucțiunea pulmonilor am fi fost mai siguri în precisarea diag-

nosei; cauza că n-am putut dovedi acésta, a fost că la copii pneumonia tuberculösă își ia un curs mult mai repede de cât la adulți așea in cât ea omöră pe copii prin consumațiunea forțelor său alte lesiuni intercurrente cu mult mai nainte de cât se ajungă procesul pulmonal la stadiul de ramoliciune. Tocmai așea s'a întâmplat și in cazul observat de noi, unde a intercurat mórtea inainte de ramoliciune.

La adulți insă, unde procesul pulmonal duréză mai mult de cât la copii, adese ori suntem in stare in stadiul de ramoliciune, a observa simptomele ce sunt proprie phtisiei galopante: febra vehementă cu mici intermisiuni diminéța, sudori profuse matinale sau nocturne, diarhooe abundente și cele-lalte (phtisis florida); ceia ce la copii mici nici o dată nu se observa și la mai mari, förte rare ori.

Revenind asupra rezultatelor căștigate prin examenul fisic al pulmonilor am stabilit diagnosa unei pneumonii și pe aceia am clasificat-o a priori intre cele cu exudat gelatinos; aici ni s'ar putea obiecta, că ar putea să fie din celle cu exudat fibrinos, a cărei produs se află in stadiul tuberculoșiunei.

De și la inceputul bólei chestia acésta era cu neputința de resolvat, acuma insă după o durată mai lungă a maladiiei se póte rezolva cu mai multă verisimilitate.

Practica ne arată că pneumoniile crupose se dezvoltă, cu repeđiciune mai mare și cu simptome mai eclatante de cât cele gelatinöse. La pneumoniile fibrinöse (crupose) după 3, 5, 7 sau mult 11 zile



incepe rezoluțiunea lor; febra scade, acésta marcăză crisa, une ori însă, de și s'a marcat crisă prin scăderea febrei; ea se pôte augmenta din nou pentru de a indica inceputul îndurațiunei saū a tuberculosei pulmonale; ceia ce n'am putut constata în cazul nostru; aici nu s'a marcat crisa prin scăderea pulsului și a temperaturēi, ci febra a durat în tot decursul bólei și până la mórte ca febra continuă cu remisiuni diminēta și exacerbațiuni séra; un fapt constatat de toți autorii la pneumonia cu exudat gelatinos la copii.

Pneumonia cu exudat gelatinos nu se rezolvă nici o dată; productul ei tot-d'a-una se preface în materie caseosă (tuberculisatiā). Care să fie cauza la acésta? De și prin analisarea sângelui, s'a dovedit măi multă fibrină în sânge și copusculcele sanguinee imputinate la malađi; însă acestea pôte să fie urmările, iară nici de cum cauzele acestei bóle. De și nu se cunosc până acuma cauzele predisposante pentru acésta bólă, totuși între cele principale se presupune debilitatea constituțiunei, și nutrițiunea defectuósă.

Tuberculosa miliară acută, se deosebește fórte mult de phtisia (oftica) galopontă atât prin símptomele cu care se manifestă în viață, cât și prin lesiunile anotomo-pathologice ce se ivesc dupe mórte. De unde deducem, ca cea dintēiū se naște din factori încă necunoscuți bine în sciință, pe când pe cea din urmă ne-o explicam tot-dé-una ca uă urmare a processelor destructive ce 'și-aū locul în pulmonī. Despre tuberculosa miliară acuta, unii dintre autori sunt de părere că originea ei ar fi uă ano-

maliă în procesul de nutrițiune a organismului fără ca să se p<sup>o</sup>tă dovedi vre-<sup>u</sup>ă cauză locală. (Scoda). Alții (Waldenburg) sunt de părere că ea se nasce prin resorpțiunea <sup>o</sup>re-căror elemente formate deja, și prin depunerea lor în diferite organe, fie depărtate fie mai apropiate, în formă de granulațiuni miliare. După acești autori, resorpțiunea se efectuează tot-de-una cu mijlocirea vasselor de sânge și de limfă; prin urmare ea ar fi <sup>u</sup>ă b<sup>o</sup>lă cauzată prin resorpțiunea <sup>o</sup>ri-căror elemente patologice și ar avea tot-de-una originea într'un focar pathologic: depozite de masse caseiforme (glandule limfatice, sau residue de pneumonii); sau alte focare de infecțiuni. Cum-că une-<sup>o</sup>ri trebuie să admitem că își ia începutul ei din asemenea focare, nu mai incapa nici <sup>u</sup>ă indoială. Une-<sup>o</sup>ri preexistența infiltrațiunei tuberculose, cu descompunerea ei în vârful vre-unui pulmon; de alte <sup>o</sup>ri manifestarea ei în decursul febrei puerperale, și a altor b<sup>o</sup>le cu focare de infecțiuni pentru sânge, în fine și experimentele făcute la animale cu injecțiuni, cu materii deletare, care a provocat manifestarea de granulațiuni miliare în <sup>o</sup>reși-care organe, sunt tot atâtea cauze ce o pot produce. Cu t<sup>o</sup>te acestea, originea ei nu e totdeauna explicabilă încă, nici t<sup>o</sup>te formele în care ni se presintă. Ea ni se presintă une-<sup>o</sup>ri sub forma unei alterațiuni a funcțiunilor întregului organism, atât din partea sistemului de nervi, cât și din partea sistemului de nutrițiune fiind însoțită de febră vehementă și tocmai atunci conduce în scurt timp, — în termen de câte-va zile, — direct la m<sup>o</sup>rte. Această formă de tuberculosă miliară a fost mai

ânteiu constatată în scóla Viennei; ea a fost numită forma acută (universală) cu tip tific; lovește mai adese-ori indiviđi cu dispozițiunii de tuberculósă, precum și pe accia care sunt afectați de alte bóle acute, (de și mai rar, indiviđi care mai nainte a fost deplin sênătoși). Tocmai atunci e fórté greú de a stabili diagnosa diferențială între ea și între febra tifoidă. Așia 'mă aduc aminte de un cas ce l'am avut în practica mea acum 10 ani, și unde am atras mai mulți din confrăți 'la consultațiă. Maladia începuse cu vomissementé, febră violentă, splina tumefiată, evacuațiunii diarrhoice, timpanită, bronchită și după cincé ȃile matitate la bazele pulmonilor; dispnoe, agitațiunii, delir, somnolență; a șassca ȃi a decés. Autopsia nu a fost permissă, și diagnosa a remas în suspensó. Scoda ne afirmă a fi observat mai multe casuri de tuberculóse miliare fórté acute în practica sa, care a avut tot-d'una un finit lethal, într'un timp fórté scurt și care a decurs tot-d'una supt simptome generale, avénd mare asemănare cu tifosul. La autopsiă a dovedit tot-d'una granulațiunii miliare crude, disseminate, nu numai în întinderea pulmonilor și a pleurei, ci și pe suprafacia tuturor organelor, care sunt invălite în membrane seróse; așia: pe ficat, rinichi, splină, în pia mater, în apropierea puntei lui varol, în vecinetatea chiasmei nervilor optici (hidrocefalul acut).

Așia dară, constatând existența unei infecțiuni generale a organismului cu substanțe deletere, care decurge într'un mod fórté acut, și cu simptome generale, revenim asupra casului observat de noi

(Obs. VIII) și ne întrebăm unde l'am putea classifica pe acesta?

Sunt mai multe săptămâni de când bolnava suferă de uă febră latentă cu intermisiuni, nu tocmai bine definite, de catarrh vechi, intestinal și bronchial; respirația accelerată și insuficientă; forțele scad dinnic în același grad cum crește slăbiciunea (emaciația) corpului; splină tumefiată, hepatele asemenea. Febra continuă, acesta nu se poate explica din rezultatele câștigate prin percussione și auscultațiune; afară de uă mică matitate la vârful pulmonului drept acompagnată suflu bronchial și rali cu consonanță; prin percussione și auscultațiune nu putem dovedi alte lessiuni.

Din intensitatea și durata febrei, din consumptiunea forțelor, am stabilit diagnosa tuberculosă miliară subacută. După cinci zile, infiltrațiune la bazele amândoror pulmonii și a șasea zi morțe care a putut interveni sevă prin cedeșă sevă prin paralisă.

Autopsia nu s'a făcut; prin urmare nu putem dovedi diagnosa stabilită ca justificată. Ne permitem însă a face următoarele reflexiuni: dacă din simptomele enarate mai sus am constatat preexistentă unei afecțiuni tuberculose mai dinainte în vârful pulmonului drept, care a putut să fiă sau uă turberculosă solitară cronică, și marginita acolo, sau poate la început uă bronchopneumonia localisată cu terminarea în massa caseioasă; (ceia ce se întâmplă foarte adese ori la copii, și tocmai la copii e foarte greu de a stabili diagnosa (Steffen) între bronchopneumonia cronică și tuberculosa miliară

cronica, mai ales, când amendoă 'și au sediul lor la vârful pulmonului drept, având mai tot aceleași simptome adică: matitate la percussione cu aceleași rezultate auscultatorii (esistența unei pneumonii interstițiale în amândouă cazurile); diferența lor o poate califica numai natura febrei în unele cazuri: dară nici acesta totdeauna, așa în cât amendoă pot decurge fără simptome de febra pronunțiate bine, și atunci dovedind în urma lor uă retracțiune a thoracelui, nu ne putem pronunția dacă a existat mai înainte uă bronchopneumonia, sau uă tuberculosa miliară cronică care a provocat acest fenomen; și tocmai acestea sunt cazurile care a dat ocaziune la cele mai multe discuțiuni științifice și chiar la contraverse.

Așa vedem, că, unii dintre autorii ca Niemeyer, Virchow și după el alții, nega cu totul existența tuberculosei că bóla generală, și toate productele ei, precum și granulațiunile miliare vreau să le reducă în ultima instanța la procese pneumonice; și când dovedesc masse tuberculose în pulmonii, acusa pe medicii că n'au știut să prevină formațiunea lor prin Therapia.

În unele cazuri, aflăm masse varosse închise într'ua cistă celulosa, (ceia ce ne dovedește prezența unei pneumonii interstițiale înprejiurul aglomeratelor tuberculose și prin ea închistarea lor); se mai află însă și altele, unde de și există pneumonia interstițială înprejur, aceea în loc ca să ia un curs favorabil spre vindecare, (adecă: în locu ea materiile organice ce conțină să se resorbă, și să remăiă în urmă numai sărurile văröse,

care mai târziu să se consolideze materiă solidă calcarosă) ia un curs contrariu, adică masa caseiformă se ramollisă, se descompune, atacă și țesătura pulmonală ce se află în prejurul lor, distrugând-o cu desăvârșire.

De aci iaă nascere formațiunile de cavități (caverne) mai mari și mai mici în pulmonii. Cumca formarea cavelnelor prin destrucțiune nu se întâmplă numai la ómenii mari, ci și la copii, acesta ne-o dovedesce atât Wirhow cât și Ziemsen prin autopsiile făcute de ei. Dacă însă masa tuberculei une-orii se preface în materie varoasă, iară alte-orii în materiă purulentă cu destrucțiunea pulmonului, ne întrebăm care este cauza? Tocmai aici trebuie să constatăm cauza în processe de nutrițiune oculte și neesplabile.

Revenind la cazul observat de noi (Obs. VIII) trebuie să presupunem mai înteu: un focar de tubercule în vârful pulmonului drept ajuns în stare de ramolliment și descompunere, care apoi prin absorpțiunea materiilor deletare a dat nascere unei infecțiuni generale, ce ni s'a manifestat supt simptomele tuberculosei miliare subacute. Nu scim întru cât putem avea drept, emitând această părere, de órece se pot ivi discussiuni fórte mari și opiniuni diferite în privința teoriilor existenți despre deosebitele forme de tuberculose, asupra cărora încă nu s'a terminat discuțiunile.

Așia dară în cazul nostru am presupus focarul provocător de tuberculosa miliară în descompunerea residuelor inflamatorice, aflătoare în pulmonul drept. În alte casuri neputându-se dovedi ca exis-

tente acolo, trebuie să'l căutăm mai departe în cauzele interne și în predispozițiunea inherentă organismului, în processe de nutrițiune defectuoasă, hereditate, în cauze externe precum în : miasme seú în alți agenți necunoscuți încă. Tot atâtea chestiuni pe care numai viitorul le va decide. Așia dară conchidem că cauzele care dau tot-d'a-una naștere la pneumonii în tocmăi ca și la alte bóle, une-orí ne sunt cunoscute, une-orí necunoscute și discutabile.



