

42622

BIBLIOTECA MEDICALĂ ROMÂNĂ

No. 3

~~42623~~

Secțiunea Terapeutică

Dr. A. THEOHARI

Profesor de clinică terapeutică la Facultatea de medicină
din București
Medic al spitalului Brâncovenesc

TRATAT ELEMENTAR DE TERAPEUTICĂ

FASCICOLUL I

TERAPEUTICA BOALELOR STOMACULUI



112.272

I A Ș I

EDITURA „VIAȚA ROMÎNEASCĂ” S. A.
1922

V. R.-521.

02 JUL 2004

P R E F A Ț A

D. Prof. Parhon a luat inițiativa laudabilă de a constitui o bibliotecă medicală română, cu binevoitorul concurs al casei de editură „Viața Românească”. Intr’acest scop, d-sa s’a adresat mai multor medici și profesori, printre cari mă aflu și eu.

Am primit cu multă însufleșire sarcina de a redacta un tratat elementar de terapeutică, destinat să apară în fascicule. Azi când avem trei facultăți de medicină și o populație școlară mult mai numeroasă ca în trecut, publicarea de cărți medicale românești a devenit, pentru rațiuni multiple, o necesitate imperioasă.

Planul pe care l-am urmat în alcătuirea lucrării, este acela care mi-a servit la facerea cursului de terapeutică, pe timpul când nu aveam serviciu de spital.

Acel curs a fost litografiat pe vremuri de către domnii studenți; dar în redactarea actuală, am adus schimbări esențiale, cerute de evoluția ideilor în materie de terapeutică. Adevărul de azi este eroarea de mâne.

Planul general pe care-l adopt, este de a stabili pentru tratamentul diferitelor categorii de boale (afecțiunile aparatului respirator, circulator, boalele nutriției, etc.), un capitol de terapeutică generală, precedat de o scurtă introducere fiziologică și un altul de terapeutică clinică.

La terapeutică generală, trec în revistă acțiunea și indicațiunile regimului alimentar, agenților fizici, acțiunea medicamentelor. Acest capitol constituie baza științifică a tratamentului boalelor.

M’am ferit de a intra în amănunte nesfârșite, am evitat de a da curs imaginației carei, a adus mult rău în

medicină și, în măsura putincioasă, am controlat pe cale experimentală și clinică faptele pe cari le-am expus.

Nu am pretenție că experiența mea este o garanție suficientă de exactitate științifică ; în orice ramură de activitate omenească, nimic nu este mai greu decât observația precisă a faptelor. Dar acest tratat elementar de terapeutică, desigur cu multe defecte, va avea cel puțin slăbul merit de a reprezintă, după expresiunea franceză, o lucrare trăită.



Noțiuni de fiziologia stomacului

Înainte de a studia terapeuțica generală și clinică a boalelor stomacului vom face, conform planului pe care l-am stabilit, o scurtă introducere fiziologică. În boalele fără tratament specific, și acestea sunt legiune, cunoștințele de fiziologie normală constituiesc baza acțiunii noastre terapeuțice.

În fiziologia stomacului avem de considerat două mari funcțiuni: motilitatea și secreția.

Funcțiunea motrice

Stomacul prezintă două categorii principale de mișcări:

1) O mișcare de rotație, sau mai bine zis de vârtej (*Morat și Doyon*) a conținutului său; rezultatul este un amestec intim al conținutului gastric.

2) Mișcări peristaltice, care durează în medie 20 de secunde și sunt separate prin intervale de o durată aproape egală.

Mai trebuie în plus să avem în vedere jocul celor trei sfincțere al cardiei, al antrului pyloric și al sfincțerului pyloric. Alimentele nu trec în antru, decât atunci când au suferit acțiunea secreției chlorhydro-peptice. Lichidele în schimb pot ajunge direct în regiunea pylorică, de-a lungul micii curbături, prin așa zisa „cale a stomacului” (*Waldeyer*), locul de predilecție al localizării ulcerelor stomacale (*Bauer*).

Inervația motrice

În pereții stomacului se află *ganglioni nervoși automatici*, care permit executarea mișcărilor de mai sus, chiar fără intervenția sistemului nervos central; lucrul este mai cu seamă bine demonstrat pentru pylor.

Acești ganglioni automatici se află sub influența sistemului

* K, H. Bauer. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. B-d 52, H¹, pag. 217, 1910

nervos central, prin intermediarul pneumogastricilor și marelui simpatic. Secțiunea ambilor *pneumogastrici* scade tonicitatea stomacală (*Morat*), fără ca însă motilitatea gastrică să dispară (intervenția ganglionilor proprii). Excitația acestor nervi dă mișcări ritmice puternice ale stomacului.

Excitația marelui *splanchnic* micșorează tonicitatea gastrică și intensitatea contracțiilor.

Trebuie însă adăugat că atât pneumogastricul cât și *splanchnic*ul conțin și fibre nervoase, cu acțiune antagonistă.

Importantele lucrări ale lui *Langley* ¹⁾ ne-au permis să cunoaștem mai bine inervația stomacului și a viscerelor în general. Sunt silit să intru în oarecari amănunte, căci faptele pe care le vom expune, privesc nu numai *systemul nervos vegetativ* al stomacului, dar al tuturor viscerelor în general; apoi aceste fapte comportă concluziuni importante din punctul de vedere al patologiei și terapeutice.

Langley adoptă pentru *systemul nervos*, marea diviziune a lui *Bichat*, în *system nervos* al vieții animale sau de relație (supus voinței) și în *system nervos* al vieții vegetative (nesupus voinței). Acesta din urmă coprinde fibre simpatice, cari iau naștere în măduva dorso-lombară și inervează toate visceralele și vasele organismului; apoi fibre parasimpatice cu două origini, una bulbo-protuberențială și alta sacrată.

Systemul parasimpatic sau autonom conține fibre cari, în segmentul său superior, urmează mai cu seamă calea nervului pneumogastric, iar în segmentul inferior, calea nervului pelvian.

Ambel sistem, simpatic și parasimpatic sau autonom, au o acțiune antagonistă, lucru demult cunoscut în fiziologie. Dar cercetările moderne au arătat în plus că aceste sisteme reacționează în mod cu totul deosebit, sub influența a diferite substanțe, dintre care unele se pot întrebuința și în scop terapeutic.

Astfel, *pilocarpina*, *eserina* (physostigmină) provoacă contracțiuni stomacale violente, prin acțiunea lor asupra *terminărilor parasimpatice* sau *autonome*; aceste substanțe excită de asemenea toate terminațiunile parasimpatice (motorii, secretorii), ale *systemului autonom* cranio-bulbar și sacrat.

Atropina din contra, paralizează *systemul autonom* sau parasimpatic și, în cazul special al motilității stomacale, micșorează tonicitatea acestui organ.

Adrenalina nu influențează *systemul autonom*, ci excită toate terminațiunile *systemului simpatic*; ambele sisteme fiind antagoniste, adrenalina produce la nivelul stomacului, o micșorare a tonicității.

Aceste constatări fundamentale, datorite mai cu seamă lui *Langley*, au condus la concepția clinică, a vago-toniei ²⁾ (*parasympatotonie*) ³⁾ și a simpaticotoniei, despre care vom avea ocazia să vorbim.

1) *Langley*.—Journal of Physiology T. 23, p. 240. 1898. *Ibidem*. T. 172, 1911—12.

2) H. Eppigner și L. Hess. Die Vagotonie. Berlin 1910.

3) A. Guillaume. Le sympathique et les systèmes associés. Paris, 1921.

Coordonarea reflexă a mișcărilor stomacului

Această coordonare este sub dependența ganglionilor nervoși și în special a plexului lui *Auerbach*. *Provocarea reflexă a contracțiilor*, are loc în urma pătrunderii alimentelor în stomac și mai cu seamă prin secreția acidă a mucoasei.

Anomaliile secreției turbură golirea stomacului: un conținut hyperacid dă contracțiuni spasmodice ale pylorului, fiziologia adăogă că un chym prea slab acid întârzie deschiderea pylorului.

Asupra acestui din urmă punct, clinica nu este de acord cu fiziologia; veneratul meu maestru *Prof. Hayem* a arătat demult că hypopepticii și apepticii au o evacuare gastrică grăbită, lucru despre care m'am putut convinge de nenumărate ori.

Evacuarea gastrică pare în legătură și cu tensiunea osmotică, apreciată prin cryoscopie (*Winter* a publicat primele date). *Strauss* admite ca optimum pentru conținutul gastric $\sigma = 0,35\%$. *Schade* ¹⁾ nu admite o cifră fixă, dar este de părere că stomacul are un conținut ușor hypoisotonic; un conținut hipertonic întârzie evacuarea gastrică.

Secreția stomacală

Sucul gastric conține ca substanțe mai importante:

1) *Acid chlorhydric*, în proporție de 4-5 la 1000 la câine; în cantități aproape identice la om (cazuri de tistulă gastrică) Cea mai mare parte a acidului chlorhydric se află combinată cu albumina alimentară, sub forma de acid albuminc.

La omul normal, există totdeauna și acid chlorhydric liber, care joacă un rol important în distrugerea bacteriilor patogene, ingerate accidental. Acidul chlorhydric este probabil produs de celulele bordante, însă nu ia naștere în celule, ci la suprafața mucoasei.

2). *Fermeți* și în special;

a). *Pepsina*, fermentul hidrolizant, care atacă albuminoidele în prezența acidului chlorhydric. Pepsina este secretată de celulele principale.

b). *Presura sau lab-fermentul*, care prezidă la caseificarea laptelui.

c). În mod secundar, menționez și o steapsină (*Volhard*).

3). *Acid lactic*, datorit fermenților figurați; în general fermentația lactică se oprește când acidul chlorhydric atinge proporția de 1,6 la 100.

4). *Mucus alcalin*, secretat de epiteliul superficial.

5). În fine, sucul gastric conține, ca toate secrețiile organismului, apă și săruri minerale, printre cari o cantitate notabilă de chloruri.

Substratul histologic și cytologic al secreției gastrice constituie definitiv tot un capitol din fiziologia stomacului, de care m'am ocupat în special. ²⁾

1) Schade. Die physik. Chemie in d. inn. Med. p. 230. Dresden, 1920.

2) A. Théohari. Etude sur la structure fine des cellules prin-

În repausul secretorii, se constată pe secțiunile ale mucoasei gastrice a cănelui, examinate cu mărimi mici: celule bordante apropiate unele de altele (fig. 1), din cauza dimensiunilor reduse ale celulelor principale.

Cu imersiunea, se vede că celulele bordante sunt constituite din granulațiuni acidofile, dispuse concentric.

Celulele principale prezintă o porțiune externă, constituită din filamente bazale (fig. 2) cari ocupă trei sferturi din celulă și o porțiune internă reticulată.

Preparațiile colorate numai cu fuchsină acidă (fig. 3) arată transformarea filamentelor bazale în lanțuri de granulațiuni acidofile; iar secțiunile, colorate cu Romanovsky sau cu safranină și violet acid, demonstrează existența granulațiilor de pepsinogen, cu reacție neutrofilă, în porțiunea internă, reticulată, a celulelor principale; granulațiile nu ocupă mai mult de cât pătrimea internă a celulei.

In plină digestie, secțiunile examinate cu o mărire mică, arată celule principale voluminoase, cari resping celulele bordante în afară (fig. 5)

Examenul cu imersia nu indică modificări importante în celule bordante.

Celulele principale au filamente bazale reduse și numeroase granulațiuni de pepsinogen, cari ocupă cele trei sferturi interne ale celulei.

Dară provocăm *hypersecție gastrică* cu pilocarpină sau cu serul gastrotoxic slab pe care l-am realizat, se constată (fig. 6): o lumină glandulară mare; celule bordante cu un spațiu central clar (respingerea granulațiilor la periferie prin secreția lichidă); celule principale absolut pline de granulațiuni de pepsinogen (fig. 7), iar filamentele bazale aproape nu se mai văd, de oarece s'au transformat în aceste granulațiuni.

Filamentele bazale, pe cari le-am descris și urmărit în seria animală, sunt origina profermentului. Analogia morfologică, cu celula pancreatică, este evidentă, dar granulațiile de proferment sunt acidofile în pancreas, iar cele din celula principală a stomacului sunt neutrofile.

Trebue să mai adăug că în notele dela Societatea de biologie (1903) am descris spirili în glande și celulele bordante; în memoriul din 1904 (Centralblatt f. Bakteriologie), am descris și figurat spirili în pianșa ce însoțește lucrarea.

*Carnot*¹⁾ a crezut că aceste formațiuni spirilare reprezintă un produs de secreție al celulelor bordante; dar *Regaud*²⁾ a demon-

strat că ele sunt ciliae de bordure et pyloriques de l'estomac, à l'état de repos et à l'état d'activité sécrétaire. Archives d'Anatomie microscopique. Sept. 1909.

A. Théohari și A. Babeș. Société de Biologie. 4 Avril, 1903.

A. Théohari și A. Babeș. Ueber ein gastrotoxisches Serum, Centralblatt f. Bakteriologie, B-d XXXVII, 46 și B-d XXXIV, 4, 1, 1705.

1) *Carnot*. Soc. de Biologie, 1909.

2) *Regaud*. Soc. de Biologie, 1909.

stral cu ultramicroscopul că sunt într'adevăr spirili sau spirocheți.

D-nii *Grosman* ¹⁾ și *Amza Jianu* descriu spirili semnalati de mine și adaugă constatarea interesantă, că acești spirocheți se văd în timpul digestiei, în mijlocul celulelor bordante; în stare de repaus, nu se constată nimic analog.

Chestiunea merită să fie reluată, căci prezența de spirili în celule normale și la anumite perioade ale activității lor, constituie un exemplu de simbioză.

Impresiunea mea este că prezența tranzitorie a spirocheților în celulele bordante este o invazie a acestor spirili, cari se găsesc în mod normal la nivelul luminei tuburilor glandulare, în conductele secretorii proprii ale acestor celule, descrise de *Erik Müller*.

De ce invazia conductelor se produce în timpul digestiei? Problema este greu de rezolvat.

Dar în plus, spirili pot exista în mod permanent, în celule bordante alterate, vacuolizate și chiar în celule principale profund alterate (fig. 8; fig. 9), sub influența a diferiți agenți, ca de exemplu un ser gastro-toxic forte.

Vom reveni asupra acestui punct la etiologia gastritelor cronice.

Inervația secretorie este mai cu seamă sub dependența *pneumogastricului*; este probabil însă că și *sympaticul* intervine, ca regulator al irigației sanguine glandulare.

Pawlow a arătat că în urma unei mese fictive (alimentele ies printr'o fistulă oesofagiană fără a pătrunde în stomac), sau chiar după simpla vedere a alimentelor, se produce o secreție stomacală abundantă, care este deci psihică.

Secreția nu se produce, dacă tăiem *pneumogastricii*; aceasta este deci calea centrifugă a secreției psihice.

Pe de altă parte am arătat cu d. dr. *G. Lion* ²⁾, că în urma acestei secrețiuni nervoase, celulele principale nu mai prezintă nici filamente bazale, nici granulațiuni neutrofile de proferment.

Pawlow a mai demonstrat că alimentele, odată ajunse în stomac, provoacă la rândul lor, pe cale reflexă, o secreție chimică a stomacului. Centrul secreției reflexe s'ar afla în pereții stomacului (*Popielski*)

După *Starling*, excitația secretorie nu ar fi reflexă, ci directă, glandele fiind stimulate printr'o secrețiune, care ia naștere în mucoasa pylorică.

În fine, agenți chimici care stimulează sau inhibă motilitatea gastrică, pe calea *pneumogastricului*, au o acțiune analogă asupra secrețiunei; astfel *pilocarpina* provoacă hipersecreție stomacală; *atropina*, în doză convenită, oprește lucrul glandular.

Produsele digestiei stomacale

Reamintim pe scurt că amidonul poate suferi în stomac modificări importante, sub influența ptialinei salivare ingerate, dacă me-

1) *I Grosman et Amza Jianu*. Sur les effets de l'intoxication nicotinique sur la structure fine de la cellule gastrique, *Bucarest*, 1910.

2) *G. Lion et A. Théohari*. Modifications histologiques de la muqueuse gastrique à la suite de la section des pneumogastriques. *Société de Biologie*, 3 Mars, 1900

diul nu este hyperacid; grăsimile prezintă transformări neînsemnate (lipaza lui *Volhard*); albumina alimentară se transformă în albumose și peptone (după vechea terminologie). Descompunerea moleculei de albumină în acizi aminați se produce aproape exclusiv în intestin.

Dar acțiunea poate cea mai importantă a digestiei gastrice este disocierea alimentelor, în vederea digestiei intestinale.

Într-adevăr, *A. Schmidt*¹⁾ a putut arăta, că țesutul conjunctiv este atacat numai la nivelul stomacului (de loc în intestin); că tot aici este digerată membrana albuminoidă a celulelor vegetale. Aceste constatări atrag după ele concluziuni aplicabile regimului alimentar, în cazurile de aepsie.

Explicația figurilor

Fig. 1 Examen cu obj. 3, ocular comp. 4 (Leitz).

Mucoasă stomacală de câine; marea curbătură; ora 6—7 a digestiei (repaus secretoriu).

Formol. Hemateină. Fuchsină acidă. Acid picric.

Celulele principale sunt mici; celulele bordante apropiate (din această cauză); aparență de proliferare a celulelor de bordură.

Fig. 2. Imersie $\frac{1}{13}$ Leitz; ocular comp. 4.

Idem. Celule bordante cu granulațiuni acidofile. Celule principale cu filamente bazale și reticulum.

Fig. 3. Idem. Colorație numai cu fuchsină acidă, acid picric.

Celule principale cu lanțuri de granulațiuni acidofile, mici, provenind din filamentele bazale.

Fig. 4. Idem. Colorație cu safranină și violet acid.

Porțiunea internă a celulelor principale conține granulațiuni voluminoase de pepsinogen (reacție neutrofilă cu Romanovski).

Fig. 5. Obj. 3; ocular comp. (Leitz).

Mucoasă stomacală de câine; marea curbătură; ora 1—2 a digestiei (activitate secretorie).

Hemateină. Fuchsină acidă. Acid picric. Celule principale voluminoase: bordante respinse în afară; aparență de proliferare a celulelor principale

Fig. 6. Imersie $\frac{1}{13}$ Leitz; ocular comp. 4.

Mucoasa mării curbături. Câine cu hyperchlorhidrie experimentală (ser gastrotoxic slab).

Colorație ca în fig. 5.

Lumină glandulară mare. Celulele bordante cu spațiu central clar, granulațiuni și nucleu respinse la periferie (hypersecretie lichidă). Celule principale de înălțime mică; nucleul lipit de bază; reticulum întins la toată celula; lanțuri de granulațiuni acidofile; nu se disting filamente bazale.

Fig. 7. Ibidem. Colorație cu safranină și violet acid.

Reticulumul celulelor principale este ocupat în întregime de granulațiuni de pepsinogen, provenind din transformarea activă a filamentelor bazale (hypersecretie de proferment).

1) *A. Schmidt*. D. med. Woch. p. 812, 1899.

Fig 8. Imersie ¹, Leitz; ocular comp. 4.

Mucoasa marei curbături, după injecțiuni de ser gastrotoxic forte.

Hemateină. Fuchsină acidă.

Numeroși spirocheți în lumina glandulară și chiar în celulele principale profund modificate, reduse în multe locuri la nucleu inconjurat de o membrană celulară.

Fig. 9. Ibidem. Ser gastrotoxic mai slab.

Celule bordante cu vacuole și spirili, colorați prin fuchsină acidă.

(Figurile 1 și 5 n'au mai fost publicate; celelalte au apărut pe o planșe în colorii în memoriul din Centralblatt f. Bakter.

Toate desenurile au fost executate de d. dr. Sava, pe atunci student la Iași).

Terapeutică generală a boalelor stomacului

1. Regimul alimentar

La capitolul boalelor nutriției, voi reaminti principalele date fiziologice, privitoare la alimente considerate ca izvor de energie, la rațiunea de întreținere.

Aici mă voiu mărgini să spun, că un regim alimentar, apropiat unei boale gastrice, mai trebuie să îndeplinească condiția majoră de a menține greutatea corpului. În unele cazuri, regimul trebuie să ne dea chiar un spor de greutate. Bineînțeles, există excepții la această regulă (gastrite acute, hemoragii gastrice, etc.)

Cantitatea de alimente care menține greutatea corpului este aleasă instinctiv de fiecare individ și limitată prin senzația de foame sau de sațiu. Ca să vorbim în cifre, individul în stare de repaus complet are nevoie de aproximativ 1 gram de albumină în 24 ore, pentru fiecare kilogram de greutate corporală, spre a-și menține echilibrul azotat; alimentele ingerate trebuie să mai reprezinte circa 2800 calorii în 24 ore. Gastropații cari duc o viață activă, au nevoie de peste 100 grame albumină și de aproximativ 3000 calorii, în 24 ore. Cercetările clinice mai recente arată că aceste date de fiziologie generală nu au o valoare absolută. *Leven*¹⁾ afirmă că bolnavii se pot îngrășa cu un regim de 1600-1900 calorii. *Rabe* și *Plaut*²⁾ ajung la concluziuni aproape analoge.

Digestibilitatea alimentelor. În boalele stomacului funcționate sau organice, întâlnim deviații ale secreției gastrice în plus sau în minus; motilitate micșorată sau exa-

1) *Leven* Société de thérapeutique, No. 7 Juin 1921.

2) *Rabe* și *Plaut*. D. Archiv f. Klin. Med., p. 187, vl. 137, H. 3 și 4, 1921.

gerată; turburări subiective. Alimentele de digestie grea sporesc turburările funcțiunii gastrice.

O definiție a *alimentelor digerabile* sau de *digestie ușoară* nu se poate formula cu înlesnire. În teză generală, sunt lesne digerate alimentele în stare lichidă; cele fin divizate sub formă de păsături; mai cu seamă cele care nu produc senzații anormale bolnavilor.

O scară a digestibilității, mai obiectivă, ne este dată prin timpul șederei alimentelor în stomac. În stare normală, pătrunderea alimentelor în stomac deslănțue reflexele obișnuite secretorii și de motilitate; actul digestiv progresaază repede, iar alimentele nu șed în stomac mai mult decât este necesar, ca să fie transformate în mase semi-liquide (chym), cari în urmă sunt gonite spre intestin.

Examinând stomacul cu sonda, după ingestia diferitelor alimente considerate izolat și la diferite timpuri, obținem o scară de digestibilitate; cele cari șed puțin în stomac, vor fi considerate cu drept cuvânt ca alimente de digestie ușoară; inversul este adevărat.

O asemenea scară a digestibilității alimentelor a fost dată de către Penzoldt.

Citez câteva constatări mai importante:

Părăsesc stomacul după:

1—2 ore	
100—200 gr. apă;	150 gr. compot de cireși;
200 gr. ceai;	70 gr. pâine;
„ „ cafea;	70 „ pesmeți;
„ „ cacao;	3—4 ore
„ „ bere;	230 gr. pui fiert;
„ „ vin slab;	250 „ porumbiel fiert;
100—200 gr. lapte fiert;	195 „ „ fript;
200 gr. bulion;	250 „ rasol de vacă;
100 „ ouă moi;	160 „ șuncă;
2—3 ore	100 „ friptură vițel;
200 gr. cafea cu lapte;	100 gr carne de vacă friptă;
„ „ cacao;	72 „ icre negre;
200 „ vin tare;	150 „ pâine neagră;
300—500 gr. apă;	„ „ orez fiert;
„ „ bere;	„ „ panac;
„ „ lapte fiert;	„ „ mere;
100 gr. ouă (tari, jumări);	4—5 ore
25 „ creier de vițel;	250 gr. mușchi de vacă;
200 „ crap fiert;	„ „ carne de vacă friptă;
„ „ știucă fiartă;	„ „ limbă afumată;
150 „ conopidă fiartă;	„ „ găscă;
„ „ sparanghel fiert;	„ „ iepure
„ „ cartofi copti sau în păsat;	150 gr. păsat de linte;
	150 gr. „ „ mazăre;

Regimul de repaos absolut al stomacului. Acest regim este indicat, în gastritele toxice cu eroziuni sau ulceratii mai profunde; în ulcer, după hemoragiile recente; ca regim de necesitate în stenosele strânse ale cardiei, ale pylorului, până la intervenția chirurgicală. *Alimentația pe cale subcutanată* s'a arătat improprie; încercările lui Voit cu soluții de glycosă, ale lui Leube cu unt-de-lemn s'au arătat absolut ineficace.

Spre a pune stomacul în repaos complet, ne rămâne *alimentația rectală și cea duodenală.*

Alimentația rectală. Faptele experimentale și clinice arată că mucoasa rectală absoarbe.

Adaosul de clorur de sodiu, în clismele alimentare, mărește absorbția, după cum arată experiențele lui *Grützner.*

Ca *formulă* mai veche de clismă alimentară, menționez cea consiliată de *Leube* cu :

150—200 gr. carne, fin tocată ;

50—100 gr. pancreas proaspăt, fin tocat ;

150 gr. apă caldută.

Rezultă un păsat gros, care se injectează cu seringă.

Riegel a ținut în viață, cu aceste clisme, timp de 10 luni, pe un bolnav cu stenoză oesofagiană.

Se întrebuintează mai des clismele alimentare, cu bază de *lapte*, cari se formulează astfel :

un pahar de lapte caldut ;

2 gălbenușuri de ou ;

1 linguriță zahăr pisat ;

1 vârf de cuțit sare de bucătărie

、 V picături laudanum Sydenham.

Se administrează 2—4 clisme alimentare în 24 ore, după clisme de curățenie.

Dacă totuși bolnavul are subț 500—600 gr. urină pe zi, după exemplul lui *J. Ch. Roux*, vom adăoga și injecții subcutanate de ser artificial. La nevoie se autoriză puțină apă pe cale gastrică (cu lingura), sau bucățele de gheață.

Valoarea clismelor alimentare. Alimentația rectală, chiar dacă este suportată fără fenomene de rectită, reprezintă o alimentație insuficientă, temporară. În cazuri favorabile, bolnavii absorb substanțe, cari represintă cel mult până la 500 calorii pe zi. Ei pierd zilnic 300—400 gr. din greutatea lor. (*J. Ch. Roux*) ¹⁾

1) *J. Ch. Roux: Manuel des maladies du tube digestif.*

În urma cercetărilor lui *Abderhalden*, s'a încercat alimentația rectală cu albumină care a suferit digestia tryptică artificială și care conține astfel un amestec de acizi aminati.

Un asemenea produs, vândut în comerț sub numele de *erepton*, administrat pe cale rectală în soluție de 5%¹⁾, ar da un bilanț azotat pozitiv. (*Jacobson și Rewald*.¹⁾) Ca preparate analoge citez *hapan*, *kalodal*.

D. Dr. V. Mihăilescu²⁾ în lucrarea inaugurală făcută în serviciul nostru, a arătat că produsul *erepton*, administrat pe cale rectală în cantitate suficientă spre a menține echilibrul azotat, provoacă diminuția cantității de urină și albuminurie.

Rezultatele au fost mai bune, adăogând 1—2 lingurițe din acest amestec de amino-acizi în clisma de lapte obișnuită; astfel s'a putut menține bilanțul azotat, fără neajunsuri.

Totuși alimentația rectală constituie o metodă de hrănire temporară și incompletă, căci alături de bilanțul azotat, mai trebuie să avem în vedere, lipsa de calorii, lipsa de hidrați de carbon. Durata alimentației rectale se poate fixa aproximativ la 5—10 zile, ținând socoteală de starea pulsului, de starea generală a pacientului.

Alimentația duodenală a fost realizată de către *Einhorn*³⁾ cu o sonda gastrică subțire, de cauciuc moale lungă de cel puțin 0m, 70, prevăzută cu o perlă metalică găurită.

Prin sonda, care pătrunde lesne în duoden, se injectează cu o seringă lapte cu diferite adaose.

Indicațiile alimentației cu sonda duodenală sunt în desul de limitate.

Ne putem servi de acest procedeu, în cazurile de ulcer stomacal, care nu cedează tratamentului medical obișnuit. În asemenea împrejurări *Einhorn* lasă sonda duodenală pe loc și 10—15 zile.

1) *Jacobson și Rewald*. Therapie der Gegeun p. 416, 1911.

2) V. Mihăilescu. Teză, București 1913.

3) *Einhorn*. Ultima lucrare în Archives des maladies de l'app. digestif. T. X, No. 15, p. 745. 1920

Influența principalelor alimente asupra funcțiilor gastrice. Indicații și contra indicații generale

Vom trece acum în revistă principalele alimente, spre a vedea în ce mod influențează secreția, motilitatea gastrică. Astfel vom avea o bază mai solidă, în alcătuirea regimului ce convine unui gaștroat.

Laptele, în experiențele lui *Pawlow*¹⁾, dă o secreție în stomacul cel mic, mai puțin abondentă și de o durată mai scurtă decât pâinea sau carnea. În diferite experiențe, se obțin aceleași rezultate, astfel că există o adevărată specificitate a lucrului glandular, pentru fiecare fel de alimente.

Dăm aci un tablou parțial după *Pawlow-Chigin*, în care sunt notate pe ore, cantitățile de suc gastric secretate în stomacul cel mic sub influența a 200 grame carne, a 200 grame pâine, a 600 grame lapte, tablou ce ne va servi și mai târziu.

Ore	Cantitatea de suc în cmc.		
	Carne	Pâine	Lapte
1	11,2	10,6	4,0
2	13,3	5,4	8,6
3	7,6	4,0	9,2
4	5,1	3,4	7,7
5	2,8	3,3	4,0
6	2,2	2,2	0,5
7	1,2	2,6	
8	0,6	2,2	
9	•	0,9	
10		0,4	

Foarte interesante și de importanță practică mare sunt și faptele comparative observate în clinică, de către veneratul meu maestru Profesorul *Hayem*²⁾. Astfel într'un caz de hyperchlorhydrie mijlocie, fără aciditate generală mărită,

1) *Pawlow*. Le travail des glandes digestives, p. 53 Masson, 1901.

2) *Hayem*. Leçons de thérapeutique p. 342. Masson, 1893.

carnea a dat o hyperaciditate considerabilă, iar o mare parte din acidul chlorhidric liber era fixat sub formă de chlor combinat organic. *Laptele a produs o aciditate totală scăzută, cu lipsa acidului chlorhidric liber.*

Grupez rezultatele sub formă de tablou, omițând — pentru simplificare — o parte din datele obținute cu metoda de analiză Hayem-Winter :

	Masă de probă extrasă după 1 oră			
	60 gr. pâine 250 gr. ceai	100 gr. carne 250 gr. bulion	250 gr. lapte	Cifrele normale met. Hayem Winter
Aciditate tot.	0,174%	0,308	0,141	0,183%
H Cl liber	0,105)	0 080)	0)	0,014
chlor combinat	0,127)0,232	0,238)0,318	0, 53)0,153	.

O asemenea scădere a acidului chlorhidric liber nu se observă la toți bolnavii atinși de hyperchlorhydrie ; totuși se vede o micșorare notabilă.

În fine, după scara lui Penzoldt, laptele ingerat în cantități de circa 200 gr. părăsește repede stomacul, este deci un aliment de digestie ușoară.

Indicațiile laptelui. Din toate datele precedente, vom deduce că regimul de lapte reprezintă un regim de repaus relativ al stomacului.

Astfel laptele este indicat și clinica e de acord cu datele științifice, în gastritele toxice cu inflamații, ulcerații ; după alimentația rectală ; în cura sistematică a ulcerului stomacal ; în mod tranzitoriu în hyperchlorhydrii intense, în gastrite acide. Tot în mod tranzitoriu regimul de lapte se întrebuințează în tratamentul dyspepsiei nervoase, cu slăbire intensă.

Contra indicații. Regimul lactat absolut reușește în general foarte rău la hypopeptici cu atonie ; în asemenea condiții, laptele dă fermentații anormale, desgust absolut, slăbire considerabilă.

Diarea rebelă produsă de lapte la unii bolnavi, con-

stitue de asemenea o contra-indicație pentru regimul lactat absolut.

Dacă diareea nu cedează administrării de apă de var (o lingură de pahar) suntem siliți să renunțăm la regimul de lapte absolut și recurgem la regimul lacto-amylaceu (griși, orez cu lapte).

Regimul lactat absolut este de asemenea contra-indicat unui hyperchlorhydric care duce viață activă; în asemenea împrejurări este nevoie de un regim mixt.

Cantitatea de lapte. Mod de administrare. După cum se știe, 1 litru de lapte bun conține cam :

35 gr. albumină ;
35 „ grăsimi (unt) ;
20 „ lactoză ;

Acest conținut dă circa 600 calorii de litru.

Pentru un bolnav în stare de repaos complet (la pat), 3 litri de lapte în 24 ore reprezintă un număr de calorii aproape îndestulător și o cantitate de albumină absolut suficientă spre a menține echilibrul azotat. Dar pentru un gastropat cu viață activă, cei 3 litri de lapte conțin o cantitate insuficientă de hidrați de carbon. *Leven* admite că 1500 gr. lapte constituiesc o rațiune de întreținere suficientă; această cantitate pare totuși cam mică.

Mulți bolnavi pun întrebarea dacă pot întrebuința lapte condensat. Fiind dată posibilitatea accidentelor de carență, vom autoriza parțial laptele condensat; pacientul va trebui să ia cel puțin 1 litru de lapte proaspăt pe zi.

Laptele fermentat, sub formă de Kefir, este util în terapeutila gastrică.

Kefirul este lapte de vacă fermentat printr'un ferment din Caucaz; acesta se prezintă sub forma unor boabe de dimensiunea meiului compuse dintr'o levură, *sacharomyces mycoderma* și o bacterie, *dispora caucasica*.

Analizele lui *Winter* arată că în Kefir există 1—2 la 1000 alcool, mult $C O_2$, 3—6 gr. acid lactic; o parte din caseină este transformată în syntonină.

După *Prof. Hayem*, care a vulgarizat Kefirul în Franța, acest aliment reprezintă lapte pe cale de transformare digestivă analoagă celei stomacale.

Kefirul este indicat în apepsii, hypopepsii, stări în cari dă, după cum am putut vedea singur, rezultate excelente.

În unele cazuri, face să reapară secreția de acid clorhidric.

Astfel într'un caz al Prof. Hayem, înainte de Kefir :

Aciditate totală = 0

H Cl liber = 0

După câteva săptămâni de cură :

A = 0,150%

H = 0,015

Kefirul este de asemenea util contra diareei care însoțește unele apepsii.

Iaurtul prezintă aceleași indicații ca și Kefirul.

Wegele ¹⁾ l-a întrebuințat cu succes în gastritele cronice anacide, în apepsii. După acest autor, iaurtul ar fi chiar superior Kefirului, de oarece conține mai mult acid lactic și este mai digestibil.

Laptele bătut ne oferă indicații analoage. Valoarea sa nutritivă este însă mai mică de cât a Kefirului sau a iaurtului, căci—după cum se știe—laptele bătut este un lapte fermentat din care s'a extras untul. Dar această lipsă de grăsimi, apoi starea de fină diviziune a caseinei și prezența acidului lactic, sunt factorii care, după *G. Jacobson*, ²⁾ explică rezultatele nesperate care se obțin în gastro-enteritele grave ale sugacilor.

Brânza reprezintă un aliment foarte hrănitor, conținând multă albumină (caseină). Brânza albă proaspătă este de digestie ușoară. Se poate consilia cu folos într'un regim de hyperchlorhidrie.

Ouăle de găină cântăresc între 50—60 gr. și conțin între altele 6 gr. de grăsime sub formă de lecithină : un ou reprezintă cam 70 calorii.

După scara lui *Penzoldt*, oul moale părăsește repede stomacul. În cazurile însă de atonii serioase ale stomacului, ouăle părăsesc târziu stomacul, deci nu ar fi indicate (*Gruenberg*). ³⁾

Indicații. Ouăle se pot autoriza în hyperchlorhidrii, în dyspepsiile nervoase cu denutriție.

Soupault ⁴⁾ le consiliază bătute în lapte, în cantitate

1) *Wegele*. D. med. Woch. No 1, 1908.

2) *G. Jacobson*. Archives de Médecine des Enfants. No. 1, 1903.

3) *Gruenberg*. Zeitschr. f. physic. u. diät. Thertapie. Bd. XIII, H. 6.

4) *Soupault*. Maladies de l'estomac.

de 2—6 ouă pe zi (la 2 litri de lapte), ca succedaneu al regimului lactat.

Carnea conține 19—24% albumină, grăsime în cantitate variabilă; 100 gr. reprezintă circa 190 calorii.

Carnea este de digestie grea; șade câteva ore în stomac; excită puternic secreția chlorhydro-peptică, după cum am arătat la digestia laptelui.

Cifrele date de *Prof. Hayem* arată însă că, în digestia cărnei, cea mai mare parte a acidului chlorhydric se fixează asupra albuminei din acest aliment.

În experiențele de digestie artificială, carnea crudă este atacată mai lesne de sucul gastric, decât cea fiartă sau friptă. Totuși administrarea de carne crudă inspiră multora desgust invincibil, expune la contractarea de taenie, astfel că putem recurge foarte bine la carne friptă sau fiartă, dar cu prohibirea sosurilor.

Se autoriză în regimul gastropaților carnea de pasăre (pui, porumbel), carnea de vacă, șunca, peștele cu carne albă. Vânatul, gășca sunt de digestie grea; de asemeni crustaceele.

Indicații. Carnea fiind excito-secretorie, se consiliază în cantitate moderată hypopepticilor, după ce fenomenele dureroase au dispărut.

În aceleași condiții, face parte și din regimul hyperchlorhydriei ușoare, afecție care fixează mult acid chlorhydric liber. În hyperchlorhdyriile vechi și rebele este mai bine să suprimăm carnea 1—2 luni, după exemplul lui *Boas*; mai târziu autorizăm acest aliment în mică cantitate și nu în fiecare zi. Carnea fiartă excită mult mai puțin secreția gastrică, decât cea friptă (*Bickel*).

Bulionul de carne cu valoare nutritivă aproape nulă (0.7 gr., albumină la 100; 8 calorii), dă o mare excitație; excită de asemenea organismul.

Valoarea alimentară a bulionului se mărește mult prin adaosul de ouă, de paste alimentare sau de făină de cereale.

Bulionul, contra-indicat la hypersecretanți, este util spre a stimula pofta de mâncare și secreția gastrică la bolnavii hypopeptici.

Diferite extracte de carne, care se găsesc în comerț des întrebunțate de medicii germani în cura de repaos a stomacului, în ulcer, nu corespund de loc acestei indicații a repaosului gastric.

Aceste extracte sunt excito-secretorii. După cum a arătat J. Roux, peptonele stimulează și motilitatea gastrică. Extractele de carne sunt indicate în coalescența infecțiilor grave; la unii dyspeptici nervoși.

Grăsimile produc o inhibiție a secreției gastrice, aproape totală, când se introduc în stomac 60 cmc. unt-de-lemn (*Pawlow*). Smântâna scade cantitatea de suc gastric la jumătatea celei produse de lapte; astfel în experiențele lui *Pawlow* :

690 cmc. lapte au dat în stomacul cel mic 37.7 cmc. suc gastric
600 " smântână " " " " " 18,9 " " "

În cercetările lui *Akimov-Peretz*, o cură de substanțe grase a produs în hyperchlorhidrie o scădere mare a HCl, (1 gr. 01 la 1000, în loc de 3 gr.,-31). Faptul a fost confirmat de *Mathieu*, de *Strauss* și de alți observatori. În această scădere a activității gastrice, constantă la om, mai intervine desigur și refluxul duodenal alcalin, provocat de ingestia grăsimilor (*Boldyreff*).

În altă ordine de idei, *Tabora*¹⁾ a studiat prin radioscopie acțiunea unt-de-lemnului asupra motilității gastrice și a constatat că, sub influența acestei substanțe, se produce o adevărată paralizie a peristalticei pylorice.

Acest orificiu rămâne deschis și în decubit lateral drept, stomacul își goleşte repede conținutul în intestin. Pentru *Tabora*, cu unt-de-lemn administrat în mică cantitate la 2 ore, se poate obține o imobilizare absolută a stomacului.

Grăsimi permise gastropafilor. Experiența clinică arată, că numai untul (mai cu seamă cel proaspăt) și smântâna sunt grăsimile bine suportate de dyspeptici.

Vom autoriza aceste alimente în cantitate mare în hyperchlorhidrii; în cantitate cât mai mică, bolnavilor hypopeptici. S'opresiunea totală a grăsimilor nu este posibilă într'o afecție cronică, deoarece dă loc la fenomene de carență, după cum s'a observat în ultimul războiu.

Unt-de-lemnul se dă mai mult ca medicament, în spasmul pyloric prin ulcer și chiar în stenosele organice, după exemplul lui *Cohnheim*,²⁾ care administra câte 50 cmc. de 3 ori pe zi. Din câte am putut vedea, unt-de-lemnul

1) *Tabora*. In *Zentralblatt f. ion. Med.* p. 519, 1911.

2) *Cohnheim*. Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1899, B.1. 5, H. 4.

și chiar oleul de migdale dulci sunt rău suportate de mulți bolnavi, căci le provoacă vărsături.

O emulsie de 3 linguri unt-de-lemn, cu 1 gălbenuș de ou în 250 grame apă călduță, poate să fie tolerată mai bine.

Cohnheim¹⁾ consiliază să se dea această emulsie în 3 ori, $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese. La fiecare porțiune se adaugă și o preparație de belladonă sau picături de atropină, după formula ce indicăm mai departe.

Alimente vegetale

După exemplul lui Soupault, putem împărți alimentele vegetale în: cereale și derivatele lor, pastele alimentare, legume făinoase, legume apoase; în plus, fructele.

Cerealele ocupă un loc de frunte în alimentația individului normal, din cele mai multe țări.

Pâinea nu este un aliment de digestibilitate ușoară: după scara lui Penzoldt, 160 gr. de pâine șed în stomac 3-4 ore.

Din tabela lui *Pawlow* citată la digestia laptelui, se poate vedea că 200 gr. pâine provoacă în stomacul cel mic o secreție chlorhydr-pentică, care se prelungește 10 ore; deci acest aliment obosește glandele stomacale.

Cercetările *Prof. Hayem*, pe care le-am menționat în acelaș capitol, ne arată că pâinea nu provoacă o excitație secretorie prea mare; în schimb digestia pâinei lasă o cantitate însemnată de acid chlorhidric liber.

Observațiile clinice mai arată că, în atonia stomacală, pâinea favorizează fermentațiile anormale și în special fermentația acetică.

Pentru aceste rațiuni, pâinea rece sau prăjită se va autoriza în cantitate foarte mică în hyperchlorhidrie; în cantitate ceva mai mare în hypopepsie.

Mămăliga este de digestie mai grea decât pâinea, care a suferit o fermentație notabilă în prepararea ei. Cazurile de afecții gastrice sunt foarte numeroase în populația noastră rurală, a cărei bază de alimentație o constituie mămăliga.

Făina de cereale fiartă în apă, bulion de legume sau

1) *P. Conheim*. Archiv. f. Verdauungskrankheiten, Bd. XXII, H. 415. p. 263, 1921.

de carne, sub forma unui păsător, este de digestie ușoară și constituie baza alimentației în prima copilărie.

Grișul de ovăz sau grâu, fierte în bulion de legume, convin ca și supele precedente de făină, în dietetica gastritelor acute microbiene, după dieta hydrică. Se acordă bolnavilor 2—4 talere pe zi, din aceste supe, după cazuri.

Pastele alimentare (macaroane, fidea) sunt constituite din griși aglomerat cu sau fără ouă. În boalele stomacului se prescriu în supe, sau fierte în apă, cu adaos de puțin unt proaspăt în momentul consumării.

Orezul se autoriză în aceleași condiții de preparare.

Legumele făinoase. În acest grup trebuie să considerăm mai cu seamă *tuberculele făinoase* (cartofii) și semințele uscate de *leguminoase*.

Cartofii conțin 21 gr. la 100 amidon și foarte puțină albumină (2 gr., 1), reprezentând circa 96 calorii.

Subt influența legumelor feculente, nu se produce o excitație secretorie mare la nivelul stomacului, rămâne însă mult acid chlorhidric în libertate, lucru care se poate prevedea, fiind dată cifra joasă a albuminei din cartofi. După cum am spus, acidul chlorhidric din sucul gastric este destinat să se fixeze asupra albuminei din alimente, permițând acțiunea pepsinei; acidul chlorhidric liber este un fel de residuu.

Iată cifrele observate de *Prof. Hayem* (tablou parțial):

	M a s ă d e p r o b ă	
	80 grame pâine 350 „ ceai	350 gr. cartofi 50 „ apă
Aciditate totală	0,261 la ‰	0,295 la ‰
HCl liber	0,072	0,212
Clor combinat	0,252	0,106
organic	0,324	0,318

Din aceste fapte vom conchide, că făinoasele și mai cu seamă feculentele se vor autoriza în cantitate notabilă în stările hypopeptice. Hyperchlorhidricii nu le suportă de loc în mod exclusiv, astfel că regimul amylaceu, consiliat

în asemenea împrejurări de către *V. Sohlern*, nu este indicat. În schimb orezul, grișul cu lapte se pot prescrie în hyperchlorhydrii.

Leguminoasele uscate (linte, mazăre, fasole), foarte hrănitore, de oarece conțin 24 la 100 albumină vegetală, 51 la 100 hidrați de carbon, reprezentând circa 330 calorii, sunt însă de digestie grea; 150 gr. de păsat de mazăre sau linte sed 4—5 ore în stomac.

Este mai bine să le eliminăm din regimul gastropatiilor.

Legumele apoase, legumele verzi, au o valoare nutritivă foarte redusă; în schimb introduc în organism multe săruri minerale și mai cu seamă substanțe imperfect studiate (vitamine), cari pun la adăpostul boalelor prin carență.

Legumele verzi sunt de digestie stomacală grea, din cauza marelui cantități de celuloză pe care o conțin, dar aceste resturi stimulează peristaltismul intestinal. Ca legume verzi, putem autoriza atât la hypopeptici ca și în hyperchlorhydrie, fasole verde, mazăre boabe, ambele foarte tinere, sparanghel, puțin spanac în păsat. Vom prohibi cu desăvârșire aceste alimente în stenozele pylorice.

Fructele se vor autoriza numai sub formă de compot, în regimul gastropatiilor; strugurii (fără peie, fără sâmburi) se pot permite și în natură.

Ca alt desert, mai putem consilia *cremele, prăjiturile uscate*.

Băutura fiziologică este apa. La hypopeptici se poate tolera și puțin vin.

Băuturile de agrement (ceai, cafea) sunt inutile și chiar nocive, în excitațiile secretorii, în dyspepsiile nervoase.

II. Terapeutică generală a boalelor stomacului prin medicamente

Boalele funcționale și chiar unele boale organice ale stomacului (gastrite, ulcer recent), se pot vindeca cu un regim alimentar bine conceput.

Prin unele medicamente putem înlesni vindecarea. De cele mai multe ori însă, tratamentul prin medicamente este simptomatic, adresându-se fenomenelor care supără mai mult pe bolnav. Am putea adopta o diviziune a medicamentelor cu acțiune asupra stomacului, în substanțe cari

influențează : motilitatea, secrețiunea, fermentațiile anormale, sensibilitatea stomacală.

Nu există însă o disociație absolută în acțiunea medicamentelor întrebuițate contra boalelor stomacului : cele care influențează secreția, lucrează în general și asupra motilității, precum și asupra sensibilității gastrice.

O asemenea diversiune fiziologică ne-ar expune la repetiții.

Vom adopta o altă împărțire, analoagă aceleia a lui *Soupault*, care desigur poate da loc la critici în : *tratamentul inapetenței, tratamentul prin alcaline, tratamentul fermentațiilor anormale, vomitivele, tratamentul durerii gastrice, tratamentul vărsăturilor.*

Tratamentul inapetenței

Lipsa de poftă de mâncare este datorită aproape exclusiv unei secreții chlorhydro-peptice insuficiente. Cunoșc totuși cazuri de dyspepsii nervoase cu chimism normal sau chiar însoțite de hyperchlorhydrie notabilă, în care pofta de mâncare este nulă.

Aceste cazuri însă nu infirmă regula generală de mai sus.

În tratamentul medicamentos al inapetenței, se întrebuițează mai cu seamă *substanțele amare, acizi, fermenți digestivi* și în mod excepțional alte câteva substanțe (orexina, persulfatai alcalini).

Substanțele amare. Prin tradiție populară veche, anumite substanțe amare de origină vegetală se întrebuițează pentru a stimula pofta de mâncare. Unele din aceste substanțe au fost introduse în terapeutică și prin uzul medical. Acțiunea lor este incôncstantă în clinică și această acțiune aperitivă reprezintă o senzație subiectivă a bolnavului. De aceea s'au făcut cercetări pentru determinarea modului de acțiune al substanțelor amare.

Unii au găsit că amarele micșorează secreția gastrică; pentru *Reichmann*, măresc secreția, acolo unde este micșorată.

Prof. Hayem și elevul său *Wagner* au observat sub influența strychninei, un amar zis spastic, stimularea tranzitorie a secreției și motilității.

Prof. Hayem ¹⁾ n'a observat însă dispariția fenomenelor subiective supărătoare. Stimularea secreției nu se mai produce în apensia completă, ci numai în hypopepsii.

D-l Dr. D. Marinescu ²⁾, în teza făcută în laboratorul de terapeutică, a reluat între altele studiul acțiunii substanțelor amare asupra secreției gastrice, după tehnica lui *Bickel*. ³⁾

S'au administrat unui câne cu fistula lui Pawlow, 10 grame dintr'un amestec de tinctură de gențiană și de tinctură de quinquina. Substanțele amare s'au introdus în stomacul principal, cu sonda oesofagiană, lăsând să curgă ultimele picături pe limba animalului. Această introducere s'a intercalat între două digestii de lapte, ingerat de câne, bine-înțeles tot în stomacul principal (procedeul lui *Bickel*).

Iată mersul unei experiențe tip :

Experiența No. 16.

a) 200 cmc. lapte la 6,30 a. m.

6,30—7,30=12 cmc.	5	} cmc. 18,7 de suc gastric secretat de stomacul cel mic
7,30—8,30= 2,	4	
8,30— 9 = 3,	8	

10 gr. tincturi amare la 9 a. m.

9—9,30=7cmc.

c) 200 cmc. lapte la 9.30	} 31,4 cmc. de suc gas- tric.
9,30—10,30=16,7	
10,30—11,30= 5,7	
11,30—12 =2	

Analiza sucului gastric din stomacul cel mic arată :

după 1 l lapte) Aciditate totală=0,277 gr. %
) H Cl liber =0,248 ;
după 2-lea lapte) Aciditate totală=0,412.
) H Cl liber =0,386.

Ca medie a experiențelor s'a putut stabili că tincturile amare produc :

a) mărirea cantității de suc gastric cu 70 %.

1) *Hayem*. loc. cit p. 439.

2) *D. Marinescu*. Teză. București, 1903.

3) *Bickel*. *Zeitsh. physik. u. diät. Therapie*. Bd. 11, H 6 u 7, 1907, și alte lucrări.

b) aciditatea totală crește cu 42%

c) HCl liber sporește cu 45%

Un alt fapt important rezultă din aceste experiențe de control : *substanțele amare stimulează secreția numai dacă se administrează $\frac{1}{2}$ oră înainte de ingestia alimentelor ; date imediat înainte, acțiunea lor este nulă.*

Indicații. Fiind dată acțiunea excito-secretorie a substanțelor amare, indicația lor principală va fi hypopepsia cu inapetență.

În apepsiile prin atrofia mucoasei gastrice, bine înțeles că nu vom obține rezultate favorabile.

Substanțele amare mai sunt indicate în atoniile stomacale ; dar când există hyperchlorhydrie asociată cu atonie, vom recurge în acelaș timp la amarele spastice (extract de nucă vomică) și la alcaline.

Mod de administrare. Când voim să schimbăm secreția gastrică, trebuie să administrăm substanțele amare $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese ; consiliul este esențial.

Lista substanțelor amare este lungă ; ele se prescriu de obicei sub formă de tincturi.

Citez : *tinctura de quassia amara* (2—10 gr. pe zi) ; *de badiană* (idem) ; *tincturile de quinquina, colombo, gențiană, portocale amare* (5—15 gr. pe zi).

Tinctura de condurango (5—15 gr. pe zi) reușește bine în hypopepsii cu dureri stomacale ; se prescrie des, ca paliativ. în cancer.

Tinctura de nucă vomică $\frac{1}{5}$, conține 2 miligrame de alcaloizi (strychnină, brucină) pe gram, sau 57 picături ; se prescriu 5—10 picături de 2—3 ori pe zi.

Pulberea de nucă vomică se administrează în doze de 0 gr. 02—0 gr. 20 și mai mult, pe zi.

Putem prescrie tincturile amare izolate sau asociate în formule care se pot varia la infinit :

Tinctură de gențiană	} aa 10 gr.
Tinctură de quinquina	
Tinctură de coji de portocale amare	

De repetat.

D. s. O linguriță în puțină apă, $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese.

Sau : Tinctură de quassia amara) aa=10 gr.
„ de quinquina	
„ de nucă vomică	

În flacon picător. De repetat.

D. s. 25 picături în apă, $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese.

În cazurile de atonie cu hyperchlorhidrie, asociem nuca vomică cu alcaline, de exemplu cu magnezie calcinată :

Magnezie calcinată — 0,50 gr.

Pulbere de mică vomică — 0,03 gr.

(trei centigrame)

Pentru un pachet No. 20 asemenea. De repetat. D. s. un pachet după mese, în apă.

Acizii. În timpul nostru se întrebuițează mai mult *acidul chlorhidric*.

Opiniile sunt împărțite în privința acțiunii și utilității medicației acide.

Bine-înțeles, acidul chlorhidric este indicat în cazurile în cari s'a constatat lipsa prin analiza sucului gastric; altfel bolnavii pot avea neplăceri (arsuri, dureri). Aceste inconveniente se pot ivi și în apepsie, după cum am putut observa, din cauza unei hyperestesii a mucoasei gastrice, față de acizi (Hayem).

În apepsii acidul chlorhidric ameliorează uneori digestia peptică; *Reichmann* și alții dau chiar observații, din cari rezultă că acest tratament face să reapară secreția chlorhidrică.

Acidul chlorhidric s'a întrebuițat și în tratamentul inapetenței în care scop s'a prescris înaintea mesei.

În fine, s'a consiliat acidul chlorhidric și în contra fermentațiilor gastrice anormale; dar în asemenea împrejurări, mijloacele mecanice (spălăturile stomacale) sunt mult mai eficace.

Ca acțiune mai depărtată a acidului chlorhidric, reamintesc experiențele lui *Pawlow* relative la secreția pancreatică; pătrunderea acidului în duoden deslănțue această secreție. Dar cercetările ulterioare (*Starling* și alții) au arătat că mai intervin și alți factori în secreția pancreatică.

Mod de administrare. Prescriem acidul chlorhidric officinat, care este o soluție de 33% în apă.

Formula :

Acid chlorhidric officinal—10 gr.

În flacon picător.

D. s. 5—10 picături în apă după mese; se repetă la nevoie cu intervale de 1 oră.

Sau :

Acid chlorhydric officinal—2 gr.

Apă distilată 200 gr. (Hayem).

D. s. 1 lingură într'un păhărel de apă, de 2—3 ori după mese.

Fermentații digestive se prescriu tot în cazuri de hypopepsie sau apepsie, cu inapetență și celelalte fenomene cari însoțesc insuficiența de secreție gastrică.

Pepsina era des prescrisă în trecut, în același timp cu acidul chlorhydric.

Cercetările de digestie artificială, cu suc gastric provenind din cazuri de anachlorhydrie, au arătat că nu există paralelism între secreția acidului chlorhydric și a pepsinei; aceasta din urmă este mult mai durabilă.

Pepsina ar fi indicată în cazurile de apepsie absolută. Dar în asemenea cazuri, stomacul se golește repede, după cum a arătat demult Profesorul Hayem, cu ajutorul sondei gastrice: digestia intestinală suplinește foarte bine pe cea stomacală, atunci când este insuficientă. Astfel întrebuințarea pepsinei nu constituie o indicație absolută.

Mod de administrare. Dosele utile de pepsină sunt 1—2 gr.; se poate prescrie în bulinuri a 0.50 gr. (2 după mese); în acelaș timp, bolnavii vor lua și acid chlorhydric.

Sau se formulează în soluție, pe care o putem da ca paliativ, în cancerul stomacal înaintat.

Decoție de condurango din 7 gr. 130

Sirop / 20 gr.

Pepsină 5 "

Acid chlorhydric officinal 1 "

Fiecare lingură conține cam 0,50 gr. de pepsină; consiliați să se ia 1—2 linguri după mese.

Gasterina, suc gastric provenind dela câine, *dyspeptina* (He pp), suc gastric de porc, se întrebuințează cu toios în apepsii, ca mijloc paliativ în cancer. Se găesc însă destul de greu în comerțul farmaceutic. *Papayotina* sau *papaina*, ferment vegetal cu acțiune analoagă pepsinei, este puțin întrebuințată (bulinuri a 0,20 gr. după mese).

Pancreatina, *maltina*, prescise și în afecțiile gastrice, își exercită acțiunea în mediu alcalin și sunt indicate în cazurile de insuficiență a digestiei intestinale. Le vom studia într'alt capitol.

Alte medicamente aperitive. Menționez în trecut că s'au mai consiliat ca excitante ale apetitului : *tana-tul de orexină* (0,20 gr. înainte de mese); *metavanadatul de sodiu* care se găsește în soluție sub numele de *Tanargyl* (15 picături înainte de mese); *persulfatul de sodiu* în soluție de 1 la 150 apă (o lingură înainte de mese).

Medicamentele alcaline

Tipul acestor medicamente este *bicarbonatul de sodiu* foarte des întrebuințat în terapeutică gastrică.

Acțiune. Noțiunea clasică până acum câțiva ani era că bicarbonatul de sodiu în doză mică, luată înainte de mese, excită secreția și motilitatea gastrică; dozele mari, administrate în timpul mesei sau mai târziu, neutralizează aciditatea stomacală.

Ca fapte experimentale, menționez cercetările lui *Linossier*¹⁾ și *Lemoine* făcute pe câine cu fistula lui Pawlow; acești autori introduc în stomacul principal carne amestecată cu bicarbonat de sodiu și constată, în stomacul cel mic, o excitație secretorie.

Aceste concluzii nu se potrivesc de loc cu faptele constatate de *Pimenov*²⁾; după el, bicarbonatul de sodiu produce totdeauna o scădere a secreției în stomacul cel mic; scăderea secreției se produce chiar dacă bicarbonatul se dă pe nemâncate.

Cum putem împăca aceste fapte experimentale contradictorii?

Cercetările lui *Lönnqvist*³⁾ ne dau un răspuns satisfăcător: soluțiile de bicarbonat de sodiu produc în stomac o excitație secretorie, prin faptul degajării de acid carbonic (anhidridă) în prezența acidului chlorhidric.

Aceleași soluții introduse direct în duoden, inhibă totdeauna secreția gastrică (pe cale reflexă după școala lui *Pawlow*, pe cale vasculară după *Starling*). Inhibiția se produce sau cu doze mari administrate în timpul digestiei, astfel că o parte din substanță care nu a servit neutralizării, pătrunde

1) Linossier et Lemoine. Bulletin général de thérapeutique. 1894, 1895.

2) Pimenov. Centralbl. f. d. gesam. Physiol. u. Pathol. des Stoffw, p. 449, 1907.

3) Lönnqvists, în Bickel.

în natură în duoden ; sau chiar cu cantități mici, ingerate pe stomacul gol, căci în asemenea condiții bicarbonatul trece repede în intestin și își exercită acțiunea inhibitorie, asupra secreției gastrice.

D-l Dr. D. Marinescu a controlat aceste date în laboratorul de terapeutică. Dând animalului cu fistula lui Pawlow, 200 gr. lapte în stomacul principal, apoi 8 gr. de bicarbonat de sodiu, în urmă iarăși 200 gr. lapte (după tehnica experimentală a lui *Bickel*), a obținut într'una din experiențe, luată ca tip, următoarele rezultate :

Experiența No. 6.

a) 200 gr. lapte la ora 6,30 a. m.

$$\left. \begin{array}{l} 6,30-7,30=16,5 \text{ cmc.} \\ 7,30-8,30= 5,5 \text{ " } \\ 8,30-9,-= 0,3 \text{ " } \end{array} \right\} \begin{array}{l} 22,3 \text{ cmc. de suc} \\ \text{gastric} \end{array}$$

b) *Bicarbonat Na* 8 gr. la ora 9 a. m.

$$9-9,30=1 \text{ cmc. 2.}$$

c) 200 gr. lapte la ora 9.30 am.

$$\left. \begin{array}{l} 9,30-10,30=5 \text{ cmc.} \\ 10,30-11,39=2,1 \\ 11,30-12 =0,1 \end{array} \right\} 8,4 \text{ cmc.}$$

Analiza sucului gastric din stomacul cel mic, dă :

după 1 l. lapte	(Aciditate totală=0,335 grame %
	(H Cl liber =0,292 "
după al 2-lea lapte	(Acidit. totală =0,313 "
	(H Cl liber =0,270 "

Cantitățile de 4 gr. bicarbonat de sodiu, administrate pe stomacul gol, urmate de ingestie de lapte peste $\frac{1}{2}$ oră dau rezultate analoage. Deci bicarbonatul de sodiu, în doză de 8 grame la finele digestiei, sau în doză de 4 grame pe stomacul gol, produce din punct de vedere experimental :

1) O scădere de 50,1% a cantității de suc gastric secretat (medie a experiențelor).

2) Compoziția chimică variază mai puțin.

a) Aciditatea totală scade cu 10 7% ;

b) H. Cl liber scade cu 12%.

Prin urmare, variațiile cantitative în minus, ale secreției gastrice, sunt mai importante decât cele calitative.

Adaog că bicarbonatul de sodiu produce un oarecare grad de excitație secretorie tardivă ; adouazi, se recol-

tează, sub influența digestiei laptelui, o cantitate de suc gastric mai mare ca de obicei. Această constatare atrage anumite indicații, ca asocierea bicarbonatului cu alte substanțe (belladonă), spre a evita excitația tardivă.

Cercetările mai recente ale lui *Kelling*¹⁾ confirmă în linii generale expunerea de mai sus; consiliază alcalinele numai pe stomacul gol și în cantități mici.

Indicațiunile bicarbonatului de sodiu. Administrare. Din faptele menționate, vom deduce că bicarbonatul de sodiu este indicat în stările de hyperscreeție gastrică, cu exces de acid: gastrite hyperpeptice sau ulcer stomacal, hyperchlorhydrie gastrică funcțională.

Spre a evita excitația secretorie, produsă de CO₂ degajat, este mai bine să asociem sarea alcalină de sodiu, cu subnitrat de bismuth, magnezie calcinată și belladonă, ca în formula următoare, de prafuri de saturație :

Subnitrat de bismuth—10 gr.

Magnezie calcinată — 10—20 gr.

Bicarbonat de sodiu—50 gr.

Extract de belladonă—0, gr. 15.

Yom da o linguriță din aceste prafuri, în apă sau lapte, 1/2—1 cră înainte de mese și în plus repetăm administrarea (una sau mai multe lingurițe) în momentul arsuri sau durerii stomacale.

✓ Ostracismul absolut al lui *Kelling*, care suprimă cu deșăvârșire administrarea de bicarbonat de sodiu în timpul digestiei, nu mi se pare deplin justificat.

Citratul de sodiu a fost des întrebuințat ca medicament de saturație, în locul bicarbonatului de sodiu, spre a evita excitația gastrică prin acidul carbonic ce rezultă din disocierea acestei din urmă substanțe, în stomac.

Dar descompunerea citratului de sodiu pune în libertate acid citric, care se zice că este bine suportat și de hyperchlorhidrici. Nu mă pot asocia fără rezervă la această părere, după câte am văzut în multe cazuri de hyperaciditate.

Dosele sunt de 4—10 gr. pe zi; în cantități mari este purgativ.

Magnesia calcinată, în doză de 2—3 gr., neutralizează o aciditate gastrică de 2,50 gr. la 1000. Cantitățile

1) *Kelling*. Arch. f. Verdauungskrank. B-d 26, p. 237, 1911.

mai mari (5—15 gr.) sunt laxative sau chiar purgative. Magnezia calcinată se asociază cu folos bicarbonatului de sodiu în prafurile de saturație; mai toți bolnavii, atinși de hyperchlorhidrie sau ulcer, au și constipație.

Kelling întrebunțează magnezia calcinată singură, în stenozele pylorice prin ulcer. Dar în materie de soluții saline concentrate și de magnezie calcinată, trebuie să avem în vedere că aceste substanțe micșorează tonicitatea stomacală (*H. Mayer și Gottlieb*). Ele nu sunt indicate în cazurile de atonie gastrică intensă, cum se vede în stenozele vechi cu stomac forțat.

Medicamente contra fermentațiilor gastrice

În trecut s'a abuzat mult de antiseptia stomacului, pornind dela noțiunea că dilatația gastrică este frecventă, că se însoțește de fermentații anormale intense, cauză de auto-intoxicație și izvor de nenumărate mizerii.

Adevărul însă este că nu se văd fermentații gastrice intense (lactică, butyrică) decât în stenozele pylorice, în cari tratamentul stazei trebuie să fie mecanic (spălături, gastro-entorostomie). Rarele cazuri de atonii mari cu stază prelungită, semnalate de *Prof. Hayem*, se modifică repede prin spălături stomacale.

Menționez, în treacăt, că s'au consiliat contra fermentațiilor gastrice *benzonaphtolul* (bulinuri a 0,50 gr.), *cărbunele vegetal* (aceleași doze), *fluorurul de amoniu* (Robin; 1 gr. lc 300 apă: o lingura după mese) și multe altele căzute în desuetudine.

Tratamentul durerii stomacale

Durerile produse de ulcerul stomacal, de apepsie, de hipersecreții, se ușurează sau dispar prin tratamentul rațional al acestor boale. Aceste dureri sunt datorite spasmului localizat sau distensiunii organului (*Mackenzie*). În terapeutică gastrică nu vom recurge la anestezicele locale, la medicamentele cu acțiune centrală (morfină), decât în mod cu totul excepțional. Când nu mai putem spera vindecarea boalei (cancer), tratamentul durerii este o chestiune de umanitate.

1) *J. Ch. Roux*. loc. cit.

După cum a arătat *J. Ch. Roux*, durerile stomacale sunt foarte adeseori localizate la nivelul plexului solar. Toți radioscopia a permis lui *Mathieu*, lui *Béclère* stabilirea de puncte dureroase pylorice prin ulcer.

După cum am putut vedea, semnul nu are o valoare absolută.

Anestezice locale. În durerile mari prin ulcerări sau cancer, se poate recurge la cocaină (0,02 gr.—0,10 gr. pe zi), destul de toxică și care expune la obișnuință, la cainomanie.

Recurgem mai bine la *stovaină*, *novocaină*, mult mai puțin toxice; am constatat însă că în scurtă vreme acțiunea anestezică locală nu se mai produce.

Formulă :

Novocaină —0, gr. 10 •

Apă distilată—10 gr.

În flacon picător

20 picături=1 gr. sau 1 cmc. de apă distilată=0,01 gr. de substanță activă.

Prescriem câte 10 picături în apă, până la 100 și mai mult, în cursul zilei.

Opiul și derivatele sale ușurează durerea prin acțiunea morfinei asupra centrilor de percepție ai durerii.

Prof. Hayem, Riegel au arătat că opiul micșorează la om secreția gastrică, producând apoi o hipersecreție tardivă.

În privința motilității gastrice, *Magnus*¹⁾ a arătat pe animale, cu ajutorul radioscopiei, că morfina în doză mică produce un spasm al pylorului și o contracție persistentă a antrului pyloric. Consecința este șederea alimentelor 8—24 ore în stomac și producerea de fermentații.

Aceste constatări au fost confirmate la om, tot prin radioscopie, de către *Holzknicht*, care a constatat—sub influența morfinei—întârziere în evacuarea conținutului stomacal, prin spasm pyloric; acest fenomen nu se produce, dacă asociem atropina.

Din punct de vedere practic, *Guinard* arătase demult (1895) că atropina suprimă vărsăturile produse de morfină.

Indicații: Vom recurge la preparațiile cu bază de morfină, fără temere, în neoplasmelor inoperabile; în mod tran-

1) *Magnus*. *Plügers Archiv*. B-d 112, 1908.

zitoriu, dacă este vorba de ulcerății toxice cu dureri mari; în mod cu totul excepțional în ulcerul gastric. În celelalte afecții gastrice, însoțite de dureri, ne vom feri de opium, căci bolnavii devin aproape sigur morfinomani.

Mod de administrare. Dose. Chlorhydratul de morfină se administrează în injecții, picături, supozitorii; ca doze: 0,01 gr.—0,02 gr. într'o dată; cel mult 0,03 gr. 0,04 gr. în cursul unei zile. *Dosa mortală de morfină la individul neobișnuit este de 0,06 gr. (șase centigrame).*

Formule: a) Injecție subcutanată:

Morfină (chlorhydrat)—zece centigrame

Atropină (sulfat)—cinci miligrame

Apă distilată sterilizată—10 gr.

1 cmc.=un centigram de morfină și $\frac{1}{2}$ miligram de atropină.

b) *Picături*; aceeași formulă, în flacon picător.

20 picături=1 cmc.=un centigram de morfină și $\frac{1}{2}$ miligram de atropină.

c) *Supozitorii*:

Morfină (chlorhydrat))

Extract de belladonă) aa=un centigram

Unt de cacao q. s.

Pentru un supozitor No. 4 asemenea.

Dacă voim să prescriem vre-o preparație de opiu, ne vom reaminti că:

1 centigram de morfină corespunde cu	}	0,10 gr. opiu brut
		0,05 gr. extract thebaic
		XXV picături laudanum Sydenham
		25 gr. sirop thebaic

Atunci când calea gastrică nu este contra-indicată, putem recurge și la formule ca cea următoare:

Sirop thebaic — 25 gr.

Apă de mentă)
Apă chloroformată) aa=60 gr.

Novocaină — 0,05 gr.

Cu lingura, după nevoie.

Subt numele de *Pantopon* se găsește în comerț o preparație care se vinde în pastile a 0,01 gr., sau în stare lichidă; este un extract thebaic, care pare să constipe mai puțin ca cel obișnuit; l-am întrebuințat fără neajunsuri.

Cannabis indica, extract gras de cânepă indiană, lă-

dat de Germain-Sée, în doze până la 0,05 gr. pe zi. *Prof. Hayem* l-a găsit ineficace în durerile stomacale violente.

Belladona este inferioară opiului, anestezicelor locale, în combaterea durerii gastrice.

Are însă avantajul de a micșora secreția gastrică în hyperchlorhidrii, în ulcer. Cercetările de control făcute în laboratorul de terapeutică de către *d. dr. D. Marinescu*, arată că o doză de $\frac{3}{4}$ miligrame de atropină suprimă complet secreția stomacală, la un câine de 21 kilograme; $\frac{1}{18}$ miligram scade secreția cu 50%. Această acțiune este datorită paralysiei firelor secretorii ale pneumogastricului.

Motilitatea stomacală este de asemenea influențată de atropină, care nu suprimă complet mișcările stomacului, de oarece nu inhibă ganglionii nervoși ai organului; paralizând însă firele motorii ale pneumogastricului, moderază peristaltismul și pune stomacul în stare de repaus (*Magnus*).

Indicații. Belladona și deci atropina sunt indicate în hyperchlorhidrii, în contra spasmului pyloric organic sau funcțional, unde nu dă succese constante.

Mathieu, Tabora au consiliat în mod sistematic atropina, în cura ulcerului stomacal.

Mod de administrare Dose.

a) **Injecții subcutanate.**

Atropină (sulfat)—un centigram

Apă distilată sterilizată—10 gr.

1 cmc.=un miligram de atropină.

Se injectă $\frac{1}{3}$ centimetru cub. de 2 ori pe zi; se poate ajunge la 2 cmc. pe zi.

b) **Picături;** aceeași formulă, în flacon picător.

20 picături=1 cmc.=un milligram de atropină; prescrieți câte 7 (șapte) picături în apă, de 2—3 ori pe zi

Belladonă. În patologia gastrică se întrebuintează mai mult pilulele cu pulbere și extract (se înțelege alcoolic) de belladonă, ca în vechea formulă a lui *Trousseau*:

Pulbere de belladonă)

Extract de belladonă) aa—un centigram

Excipient — q. s.

Pentru o pilulă No. 20 asemenea. D. s. o pilulă dimineața și la culcare.

Se pot prescrie până la 4—5 pilule în 24 ore. *Trebuie însă știut că s'au observat accidente mortale cu 0,10 gr.*

de extract de belladonă luat într'o singură dată (Vibert) ¹⁾

Vomitivete. Provocarea vărsăturilor prin medicamente se realiza des în trecut ori de câte ori exista o stare saburală prin gastrită acută, primitivă sau secundară.

Dar vomitivete sunt iritante gastrice și deprimă sistemul nervos; de aceea le înlocuim cu mult folos prin spălături stomacale.

În lipsa sondei gastrice, ingestia de apă caldă, urmată de atingerea luetei, produc golirea stomacului.

Medicamentete vomitive se mai pot utiliza și azi, în intoxicațiile pe cale gastrică, dacă nu avem la dispoziție o sondă stomacală, sau dacă introducerea sondei nu este posibilă, sau dacă excitația mecanică a luetei nu produce vărsături, lucru ce se întâlnește rar.

De aceea trebuie să avem câteva cunoștințe și în privința vomitivetelor.

Fenomenul vărsătutei este un reflex, sub dependența unui centru bulbar. Acesta poate fi iritat (*H. Meyer* și *Gottlieb*) ²⁾ în mod direct prin excitante mecanice sau chimice: tumori, toxine microbiene, auto-intoxicația uremică.

Iritația centrului poate fi indirectă sau reflexă, cu punct de plecare la nivelul luetei, stomacului (gastrite, cancer, ulcer, intoxicații), intestinului, peritoneului. Calea centripetă a reflexului este reprezentată pentru organele abdominale, prin nervii pneumogastrici.

Vomitivete pot fi împărțite în :

1) Vomitive cu acțiune directă asupra centrului bulbar. În acest cadru intră *apomorfină* (chlorhidrat), care se poate injecta subcutanat în doze de 5—10 miligrame (deci sub un centigram).

Apomorfină (chlorhidrat) — cinci centigrame

Apă distilată sterilizată — 10 grame.

1 cmc = cinci miligrame; se injectă 1—2 cmc.

2) Vomitive care lucrează pe cale reflexă prin excitația mucoasei gastro-intestinale. În acest cadru avem ca tip *rădăcina de ipeca* în pulbere, care posedă *emetina* ca principiu activ.

Dosa vomitivă este 1 gr. — 1,50 gr., în pachete a 0,50 gr., luate cu apă caldă, la intervale de 5—10 minute.

1) *Vibert*. Toxicologie, p. 513. Paris, 1915.

2) *H. Meyer* și *Gottlieb*. Experimentelle Pharmakologie.

Tratamentul vărsăturilor

Vărsăturile cași durerile prezentate de gastropați se calmează prin tratamentul rațional al boalei cauzale : repaos absolut sau relativ al stomacului realizat prin dietă ; bucățele de gheață ; intervenție chirurgicală în caz de obstacol mecanic la pylor.

Ca tratament prin medicamente, se consiliază des, în vărsăturile care nu sunt prea tenace, clasică *poțiune Riviere*, No. 1 cu 2 gr. bicarbonat de sodiu la 65 apă ; și No. 2, cu 2,20 gr. acid citric la 65. Se ia cu lingura din fiecare flacon.

Dacă vărsăturile sunt intense, recurgem :

a) La anestesia mucoasei gastrice, punct de plecare al reflexului, prin *novocaină* simplă sau asociată, ca în formulele date la tratamentul durerii.

b) Sau recurgem la narcoza centrului bulbar, prin *morfina*, asociată cu belladonă, după formulele indicate. În același scop putem întrebuința clisme cu 1 gr. *hidrat de chloral*, 2 gr. *bromur de sodiu* în 150 gr. lapte.

c) *Adrenalina* excită, la nivelul stomacului cași în alte regiuni, terminările marelui simpatic și prin acțiunea asupra musculaturei netezi gastrice liniștește mișcările stomacului.

De aceia s'a consiliat, cu succes mediocru pe cale gastrică, în dosă de 10—20 picături într'o poțiune (din soluția de 1 la 1000), spre a combate vărsăturile.

III. Apele minerale în boalele stomacului

Tratamentul prin ape minerale naturale constituie din punct de vedere didactic, un capitol intermediar între agenții fizici și terapeutica prin medicamente. În acțiunea lor intervine pe lângă factorul chimic, compoziția lor, și factorul fizic : termalitate, radio activitate, osmoză.

Apele minerale au fost în toate vremurile foarte repute în tratamentul boalelor de stomac.

În efectul acestor ape, luate la izvor, mai intervin și alți factori în afară de acțiunea lor fizică și chimică ; mai joacă de sigur un rol și schimbarea de mediu, părăsirea ocupațiilor obișnuite, factorul psihic așa de important în medicină.

Multe din aceste ape minerale sunt întrebuințate în

mod empiric, fără cercetări mai serioase în privința acțiunii lor.

Ape minerale alcaline. Substanța chimică mai caracteristică a acestor ape și care domină acțiunea lor este *bicarbonatul de sodiu*, asociat cu CO_2 și cu multe alte săruri, în proporții mai mici.

Tipul acestor ape sunt izvoarele de *Vichy* (Franța) termale și conținând în medie 4,90 gr. de bicarbonat de sodiu la litru, pentru o mineralizare totală de 6.8 gr.

În vechiul regat nu avem ape de acest tip.

În Ardeal, posedăm între altele după datele culese din lucrarea *d-lor d-ri Emil Teposu și Liviu Câmpeanu*¹⁾, apele dela *Bodoc* (Trei scaune), *Cason Imperi* (Ciuc) și *Zizin* (Brașov). Numai în această din urmă localitate sunt instalații suficiente pentru vizitatori; apele din celelalte două localități se întrebuintează mai mult ca ape de masă.

Compoziția lor chimică sumară este la litru :

	Bicarbonat No.	Mineralizare tot.
Bodoc, izvorul Matild.	4,44 gr.	6,12 gr.
Cason-Imperi, izvorul Repati	4,32 "	6,71 "
Zizin " Ferdinand	1,48 "	4,05 "

Toate sunt izvoare reci și conțin, ca apele alcaline în general, mult CO_2 . Zizin conține și o cantitate însemnată de bicarbonat de calciu (0,95 gr.)

Acțiune. Indicațiuni. Din cele expuse la capitolul de terapeutică generală stomacală, prin medicamente, vom deduce că aceste ape luate înainte de mese trebuie să scadă secreția chlorhydro-peptică.

Observațiile clinice ale medicilor francezi arată că izvoarele dela *Vichy* fac să dispară arsurile, durerile tardive ale hyperchlorhydriei, fără ca chimismul să se modifice simțitor (*J. Heitz*).²⁾ Aceste ape ar modifica mai cu seamă sensibilitatea gastrică.

Izvoarele dela *Vichy* reușesc mai cu seamă bine în litiaza biliară evidentă sau larvată, cu senzație de greutate epigastrică nesuferită după mese. Din observațiile numeroase pe cari le posed, în litiaza biliară, există de obicei

1) *Emil Teposu și Liviu Câmpeanu*. Clujul Medical. Iulie 1920. No. 6, p. 506.

2) *J. Heitz*, în *Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot*. Creudthérapie, etc.

hyPOSECRETIE gastrică cu anachlorhydrie ; apele alcaline influențează în mod favorabil aceste turburări stomacale secundare, nu direct, ci modificând starea ficatului și a căilor biliare.

Pentru izvoarele citate din Ardeal, ar trebui făcute cercetări experimentale, cu fistula lui Pawlow, spre avea o bază științifică solidă, în stabilirea indicațiilor. A priori însă putem spune că sunt indicate în hyperchlorhydrii ; apoi în litiaza biliară, în congestiile hepatice, chiar dacă sunt însoțite de anachlorhydrie.

Apele de *Vichy, Repati, Matild*, consumate departe de izvor, se pot lua ca ape de masă ; sau câte 200 gr. apă călduță dimineața pe nemâncate și la culcare. În primul caz (alcalinizare în cantitate mică, în timpul digestiei), vom obține o stimulare secretorie ; în al doilea caz (dimineața sau înainte de mese), se va produce o diminuție secretorie.

Observarea bolnavului va arăta dacă mai trebuie administrată apă și în cursul zilei.

Contra indicații. Ulcerul stomacal florid, stenozele, neoplasmul gastric, constituesc contra-indicații absolute, pentru cura la izvor. Nevrozele gastrice pot trage un beneficiu din schimbarea de mediu, din credința vindecării printr'un anumit izvor mineral. De obicei însă, apele minerale nu reușesc bine în stările nervoase accentuate.

Apele chloruro-sodice simple

Aceste ape sunt caracterizate de prezența chlorurului de sodiu, ca substanță chimică predominantă. Posedăm în vechiul regat și în Ardeal numeroase guri de ocnă și izvoare chloruro-sodice foarte concentrate, improprii uzului intern. Ca izvoare cu o mineralizare mai slabă, menționez între altele apele din *Ocna Sibiului, Basna* (Târnava Mică), *Bușteni*, localități cu instalații balneare în bune condițiuni. Toate izvoarele sunt reci :

Analize sumare :

	Clorura de Na.	Mineralizare tot.
Ocna Sibiului, izvorul Iosif	5,12 gr.	5,70 gr.
Basna " "	Carol 4,53 "	4,78 "
" " "	Merkel 9,11 "	14,60 "
Bușteni " "	9,88 "	11,16 "

Izvoarele dela *Olănești*, conținând chlorur de sodiu

până la 13 gr. de litru, pentru unele din ele, trebuie să exercite o influență asupra digestiei stomacale. În excelența sa lucrare. *Apele minerale și stațiunile climaterice din România, dr. Șaabner-Tuduri* clasează apele dela Olănești, în cadrul celor sulfuroase, iodurate, chloruro-sodice. Nu știm în ce proporție sulfații și hydrogenul sulfurat conținut în izvoarele dela Olănești, pot modifica acțiunea chlorului de sodiu. Numai cercetări experimentale și clinice pot rezolva chestiunea.

Acțiune.—Apele chloruro-sodice măresc apetitul, măresc secreția stomacală; micșorează cantitatea de mucus în gastritele cronice. Aceste ape contrariu alcalinelor își exercită acțiunea în mod aproape exclusiv asupra tubului digestiv; ele nu lucrează asupra ficatului.

D. d. Băltăceanu ¹⁾, într'o serie de cazuri de anachlorhydrie studiate în clinica noastră, a administrat câte 200 gr. apă de Bușteni, de 2—3 ori pe zi, cam 1/2 oră înainte de mese. În medie, după 10 zile de tratament, acidul chlorhidric a reapărut în suclic gastric, iar simptomele subiective (dureri, uneori vărsături) s'au amendat și chiar au dispărut complet.

Iată cifrele obținute, într'un caz luat la întâmplare, după masa de probă, Ewald, extrasă la 1 oră :

Observația IV : Aciditate totală=0,097 gr. ‰
HCl liber =0.

După cura de Bușteni (600 gr. pe zi, timp de 10 zile):
Aciditate totală=0,146 gr. la 100
HCl liber =0,032.

Indicații.—Vom consilia apele chloruro-sodice în hypopepsii și achylie gastrică, mai cu seamă când sunt însoțite de slăbire generală, de constipație.

Indicațiile acestor ape sunt mai strict limitate, ca acelea ale apelor alcaline.

Izvoarele noastre înlocuiesc cu folos pe cele similare din străinătate (Kissingen în special).

Apele alcaline și chloruro-sodice

Tipul acestor ape la noi este reprezentat prin izvoarele numeroase dela *Slănic* (Moldova). Din nenorocire, a-

†) G. Băltăceanu. Spitalul, No. 2, p. 56, 1921.

ceastă localitate balneară așa de frecventată în trecut a fost devastată prin operațiile de războiu. Captarea izvoarelor nu a suferit. În Ardeal avem între altele ca stațiuni similare *Covasna* (Treiscaune), *Malnaș* (Trei Scaune), *Stoiceni* (Solnoc-Dobâca), *Sân-giorgiul Românesc* (Bistrița), toate cu instalații satisfăcătoare.

Dăm aci analiza sumară la litru a câtorva izvoare din aceste localități

	Bicarbonat de Na.	Chlorur de sodiu	Mineraliz. total.
Slănic, izvor. No. 1	2,34 gr.	4,55 gr.	7,40 gr.
" " No. 1 bis	2,50	5,14	8,28
" " No. 3	4,76	9,79	15,48
" " No. 6	6,90	13,20	21,65
" " No. 8	2,27	6,90 (Anăliză dr. A. Babeș)	
Covasna Fânt. Porumbeilor	5,48	2,02	8,74
Malnaș, izvor. Maria	9,43	3,34	14,19
Stoiceni " Tămăduirei	2,41	2,86	7,48
Sân-giorgiul Rom. iz. Hebe	3,45	2,48	8,69

Acțiune. — Apele chloruro-sodice dela Saint-Nectaire sunt reconstituante pentru *Prof Hayem*¹⁾ și excită funcțiunile gastrice. Unele izvoare dela Koyat, luate înainte de mese, măresc după Heitz²⁾ cantitatea de acid chlorhidric și de chlor combinat organic din sucul gastric.

*Boas*³⁾ admite că apele alcaline clorurate exercită o acțiune favorabilă asupra gastritelor secundare și mai cu seamă în atoniile stomacale.

Ca cercetări experimentale, menționez că pentru *Bickel*⁴⁾, *Rozenblatt*⁵⁾, amestecul de bicarbonat și de chlorur de sodiu are asupra secreției gastrice o acțiune finală care depinde de sarea predominantă.

Am studiat⁶⁾ acțiunea apelor de Slănic, din punctul de vedere al acțiunii lor asupra secrețiunii gastrice, în mai multe lucrări.

Am putut astfel stabili pe cănele cu fistula lui Paw-

1) *Hayem*. Leçons de thérapeutique, 4-ème série, p. 589, Paris. Massou.

2) *Heitz*, loc. cit.

3) *Boas*, loc. cit.

4) *Bickel*. Zeitsch. f. physik. u. diät. Therapie. B-d 11, H 6 și 7, 1907.

5) *Rozenblatt*. Biochem. Zeitsch. B-d IV, p. 500, 1907.

6) *Theohari și A Babeș*. Archives des maladies de l'app. digestif. 1910 și Academia română.

low, că izvoarele No. 3 și No. 6. au o acțiune diametral opusă. Lucru nu putea fi prevăzut, ambele izvoare având o concentrație în chlorur de sodiu, superioară celei în bicarbonat.

Iată mersul unei experiențe cu apa de Slănic No. 3 :

- a) 200 cmc. lapte la ora 6,30 a. m.
- | | | |
|---------------------|---|--|
| 6,30—7,30=11,2 cmc. | } | 16,8 cmc. de suc
gastric secretat de
stomacul cel mic. |
| 7,30—8,30=4,5 " | | |
| 8,30—9.—=1,1 " | | |
- b) 200 cmc. Slănic No. 3 la ora 9 a. m.
- 9 9,30=2,4 cmc.
- c) 200 cmc. lapte la 9,30 a. m.
- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| 9,30—10,30=4,5 cmc. | } | 9 cmc. de suc
gastric |
| 10,30—11,30=1,4 " | | |
| 11,30—12. =0,7 | | |

Analiza sucului gastric din stomacul cel mic :

După 1-l lapte) Aciditate totală=0,375 gr. %
) HCl liber =0,305 "

După al 2-lea lapte) Aciditate totală =0,370
) HCl liber =0,274

Reproduc acum o experiență tip, realizată cu apa de Slănic No. 6.

Experiența No. 36.

- a) 200 cmc lapte la 6,30 a. m.
- | | | |
|--------------------|---|------------------------------|
| 6,30—7,30=6,6 cmc. | } | 10,2 cmc. de suc
gastric. |
| 7,30—8,30=3,6 " | | |
| 8,30—9.—=0. | | |
- b) 200 cmc. Slănic No. VI la ora 9 a. m.
- 9—9,30=1 cmc. 5
- c) 200 cmc. lapte la ora 9,30 a. m.
- | | | |
|-------------------|---|------------------------------|
| 9,30—1,10=8,8 cmc | } | 22,3 cmc. de
suc gastric. |
| 10,30—11,30=10,2 | | |
| 11,30—12.—=1,2 | | |
| 12.——1,30 =0,6 | | |

Analiza sucului gastric din stomacul cel mic a dat :

După 1-l lapte) Aciditate totală=0,336 gr. la %
) HCl. liber =0,240

După al 2-lea lapte) Aciditate totală=0,427
) HCl. liber =0,388

Am făcut cercetări analoage asupra izvorului No. 1.

Din totalul de 60 experiențe făcute cu aceste trei izvoare, putem conchide :

A) Izvorul No. 1 se arată aproape indiferent ; sub influența sa cantitatea de suc gastric scade cu 7 la 100.

B) Izvorul No. 3 micșorează secreția gastrică în 29 la 100 ; acidul chlorhidric liber scade cu 17,7 la 100.

C) Izvorul No. 6 mărește secreția gastrică cu 61,4 la 100 ; acidul chlorhidric liber crește cu 32 la 100. Experiențele de digestie artificială, realizate cu tuburi capilare conținând ser coagulat, demonstrează că nu există paralelism între secreția chlorhidrică și aceea a pepsinei ; izvorul No. 3, ca și izvorul No. 6, scad puțin secreția fermentului. Cercetările chimice mi au arătat că deducțiile experimentale de mai sus sunt aplicabile și la om : izvorul No. 3 scade secreția stomacală ; izvorul No. 6 o stimulează în mod puternic.

*D dr. Băltăceanu*¹⁾ a mai studiat în laboratorul de terapeutică acțiunea *Izvorului No. 1 bis*, care micșorează secreția gastrică cu 40 la 100, deci este mai energetic ca No. 3 ; în schimb No. 1 bis lasă compoziția chimică a sucului gastric, aproape neschimbată.

Izvorul No. 5 scade secreția stomacală cu 29,18 la 100 și modifică puțin compoziția ei chimică.

Izvorul No. 8, după experiențele d-lui Băltăceanu, stimulează secreția stomacală cu 60,5 la 100, deci are o acțiune absolut analoagă aceleia a izvorului No. 6. Totuși, din punct de vedere calitativ, izvorul No. 8 mărește mai puțin acidul chlorhidric liber.

În lucrarea sa, atât de conștiincioasă, d. Băltăceanu aduce și multe observații clinice de gastropatii din diferite servicii de spital, cari au fost îngrijite cu apă de Slănic.

Experimentația și clinica se superpun destul de exact : izvoarele No. 6 și No. 8, stimulează în mod constant secreția gastrică ; izvoarele No. 1 bis și No. 3 micșorează secreția stomacală aproape totdeauna. Din câte a văzut d. dr. Băltăceanu, din cazurile pe care le-am observat singur, se poate conchide că și turburările subiective de care se plâng bolnavii atinși de hypo și anachlorhidrie, dispar sub influența apei de Slănic No. 6.

1) G. Băltăceanu, Teză, București, 1913 (recompensată cu medalia de aur, de către Facultatea de medicină).

Arsurile și durerile tardive, prezentate de hyperchlorhydrici, se modifică adeseori mai bine sub influența izvorului No. 1 bis, decât în urma apei de Slănic No. 3. Acest din urmă izvor, având o concentrare salină destul de mare, nu este bine suportat, din punct de vedere subiectiv, de unele mucoase gastrice hypersecretante, deși obiectiv se constată o inhibiție secretorie.

Indicațiile apelor alcaline chlorurate. În privința izvoarelor dela Slănic, putem formula indicații destul de precise: izvoarele No. 6 și No. 8 sunt indicate în hypo și anachlorhydrii; izvoarele No. 1 bis și No. 3 se vor consilia în hyperchlorhydrii.

Izvorul No. 1 se poate consilia ca apă de masă, fiind aproape indiferent în privința secreției gastrice. Toate stimulează și starea generală, ca apele chloruro-sodice.

D. dr. Băltăceanu, ¹⁾ într-o lucrare făcută în clinica terapeutică, a mai arătat că izvorul No. 3 dă rezultate foarte bune și în cazurile de ulcer, cari n'au cedat complet tratamentului obișnuit. Cazurile, în cari s'a observat acest efect, sunt prea numeroase, pentruca să fie vorba de o simplă coincidență.

În privința apelor similare din Ardeal, suntem reduși să stabilim indicații terapeutice, prin analogie. Izvoarele de băut citate, din Covasna, Malnaș, Stoiceni, Sân-giorgiul Românesc, prezintă toate o concentrare predominantă în bicarbonat de sodiu. Ele ar fi deci indicate mai cu seamă în stările de hyperchlorhydrie, căci probabil scad secreția stomacală.

Numai experimentația ne poate da o deslegare sigură, căci în materie de ape chloruro-sodice alcaline, judecățile a priori au o valoare foarte relativă.

Mod de administrare. Dose. Apele minerale luate la izvor, se iau după prescripția medicilor locali, cari au experiența lor în asemenea materie.

La domiciliul bolnavului, aceste ape fie stimulante, fie • deprimante ale secreției, se administrează în cantitate de circa 200 grame, de 2—3 ori pe zi, cam $\frac{1}{2}$ de oră înainte de principalele mese.

¹⁾ G. Băltăceanu. Tratamentul ulcerului simplu al stomacului prin Slănicul No. 3. Memoriu pentru docență București, 1919.

Pentru a calma hiperstezia mucoasei gastrice, este mai bine ca apa minerală să fie ingerată caldută.

Ape minerale sulfatate, bicarbonate, chlorurate

În acest cadru, nu intră nici una din apele minerale cunoscute, din România.

În străinătate, menționăm *Carlsbad*, cu izvoare termale; *Marienbad*, *Tarasp*, *Elster*, cu ape minerale reci.

Izvoarele dela *Carlsbad* conțin în cifre rotunde 2,50 gr. sulfat de sodiu, 2 gr. bicarbonat de sodiu și 1 gr. clorur de sodiu la litru. Subt influența lor secreția gastrică se micșorează (Bickel); ele au aceleași indicații terapeutice ca apa de Vichy.

Apele calcaroase și feruginoase, bogate în CO_2 , dela *Borsec*, *Valcele* (Ellöpatok), *Tuşnad*, se consumă mult în Ardeal, ca ape de masă, subt numele de borviz.

Acțiunea lor asupra stomacului ar trebui studiată din punct de vedere experimental și clinic.

IV). Terapeutică generală a boalelor stomacului prin agenți fizici

Acești agenți întrebuițați în patologia gastrică se pot adresa direct stomacului, sau influențează indirect digestia gastrică prin acțiunea lor asupra stărei generale.

În acest capitol, vom studia: spălăturile de stomac, masagiul stomacal; tratamentul electric, hidroterapia și agenții termici.

Spălăturile de stomac, vulgarizate de către Kussmaul 1867, se executau cu o sondă rigidă, adaptată la o pompă. *Oser*, *Faucher* au introdus sonda de cauciuc moale.

Tubul lui *Faucher*, prevăzut cu pâlnie de sticlă, este bine cunoscut.

S'au încercat perfecționări, ca sonda cu dublu curent; apoi un dispozitiv spre a se insufla aer și a goli sonda astupată; aceste modificări nu s'au vulgarizat.

Spălătura de stomac se execută cu procedeul sifonului, ajutat la nevoie de exprimarea stomacului, care se rea-

lizează în mod foarte simplu, punând bolnavul să tușească.

Cantitatea de lichid, care se introduce odată, nu trebuie să depășească 500 gr. spre a evita distensia bruscă a stomacului; această cantitate se poate însă repeta de mai multe ori.

Cel mai bun *lichid de spălătură* este apa fiartă și răcită la 30° (centigrade) aproximativ.

S'au consiliat diferite adaose, ca *bicarbonatul de sodiu* (6 gr—30 gr. la litru), *chlorurul de sodiu* (10 la 1000), *acidul salicylic* (2 la 1000), *nitratul de argint* (1 la 1000). Dacă în urma spălăturii cu nitrat de argint persistă arsurile stomacale, se introduce ser fiziologic, spre a neutraliza sarea de argint ce a mai putut rămâne în cavitatea gastrică.

Numărul spălăturilor de stomac nu trebuie să întrecă una, în 24 ore. La debilitați se practică la două zile, sau chiar se reduc la simpla exprimare a stomacului, fără adaos de lichid.

Spălăturile prea dese, în stenoza pylorică, par să expue la tetania gastrică, de obicei mortală.

În privința *orei* la care trebuie practică spălătura. *Riegel* consiliază să se facă seara la culcare: astfel stomacul rămâne în repaos pentru restul nopții.

Dar executând spălătura în momentul culcărei, sustragem organismului produse ale digestiei gastrice, cari pot fi încă folositoare. De aceea este mai bine să spălăm stomacul dimineața pe nemâncate.

Acțiunea spălăturilor stomacale este în primul rând mecanică: substanțele toxice ingerate accidental, resturile alimentare, masele de mucus, sunt scoase prin apa de spălătură.

Apa simplă, introdusă în stomac, nu are o acțiune deosebită asupra secreției. Adaosul de bicarbonat de sodiu în proporție de 6 la 1000, produce o excitație secretorie după constatările *Profesorului Hayem*; din contra, bicarbonatul în soluție de 30 la 1000, acidul salicylic, nitratul de argint, micșorează secreția stomacală în hyperpepsii.

Profesorul Hayem nu vorbește despre spălăturile cu sare de bucătărie: de sigur însă, că sub influența chlorurului de sodiu (10 la 1000) se produce o excitație secretorie.

Spălăturile de stomac influențează în bine motilitatea

gastrică ; astfel se explică în parte rezultatele bune pe care le obținem în stenosele pylorice.

Indicațiile spălăturii de stomac. S'a abuzat mult de spălăturile de stomac, deși indicațiile lor sunt îndestul de limitate.

a) Spălăturile sunt indicate când există stază de alimente în stomac, cu lichid residual, conținând resturi alimentare, dimineața, pe nemâncate.

Această eventualitate se întâlnește foarte rar în atonia stomacală ; de obicei staza gastrică este datorită unei stenozelor pylorice.

b) Spălăturile mai sunt folositoare, în degenerescenta mucoasă, formă de gastrită cu mase hyaline abundente.

În toate celelalte boale cronice ale stomacului, indicația spălăturilor este foarte discutabilă.

Bine înțeles nu vom recurge la spălături stomacale după o hemoragie gastrică recentă, sau la bolnavi cu aortită evidentă, la asystolici, în emfizemul pulmonar înaintat, în tuberculoza pulmonară cavitara.

Dușa stomacală, vaporizarea gastrică, însuflarea de pulberi în stomac, preconizate mai cu seamă de către *Einhorn*¹⁾, nu s'au introdus în practica obișnuită.

Masagiul stomacal

Masagiul intestinului este mai folositor decât cel stomacal.

Masagiul stomacului, care trebuie să aibă o durată aproximativă de 10 minute, se practică cu praf de talc sau un corp gras, dimineața, înainte de mese, sau la 3-4 ore după ingestia alimentelor.

Se execută atingeri ușoare, apoi mai apăsate, în fine, un fel de frământare ; toate operațiile se execută dela cardia spre pylor.

Aceste manopere se termină cu masagiul intestinal.

Masagiul stomacal se poate executa cu mâna, sau cu un sul faradic, sau masagiu electric vibrator.

Indicațiile masagiului ne sunt date mai cu seamă de atoniile stomacale nervoase cari însoțesc des enteroptosa ; masagiul intestinal concomitent modifică constipația bolnavilor și indirect ameliorează atonia stomacală.

1) Einhorn. *Maladies de l'estomac* (traducere în limba franceză,

*Cantru*¹⁾ a obținut totdeauna rezultate bune în apepsie și hypopepsie; cu drept cuvânt consideră hyperchlorhydria ca o contra-indicație.

Masagiul gastric s'a mai consiliat și în dyspepsiile nervoase cu dureri ușoare.

Electricitate

În patologia stomacală se întrebuițează electricitatea sub diferite forme, fără ca să avem o bază clinică și experimentală tocmai solidă.

În privința motilității gastrice, cercetările lui *Meltzer* arată, că pe animal, excitația faradică transcutanată a stomacului produce numai contracții ale mușchilor abdominali.

Totuși *Ewald*, *Einhorn*, au observat accelerarea funcțiunii motrice la om, în urma gastro-faradizării prin piele; cu proba salolului, această substanță apare mai curând în urină, după aplicațiile electrice.

Aceleași contradicțiuni există și în privința secrețiunii gastrice. *Einhorn* afirmă că la om faradizarea intra-stomacală mărește secreția, iar curenții galvanici o micșorează.

În privința sensibilității stomacale după *Leube*, *Einhorn*, curenții galvanici modifică gastralgiile rebele.

Mod de aplicație. Pe cale cutanată, electrizarea stomacului se practică cu două electrode mari, unul epigastric, celalalt dorsal; *Prof. Hayem* consiliază ca acesta din urmă să fie legat cu polul negativ. Se întrebuițează curenți galvanici de 25—30 miliamperi, timp de 10 minute.

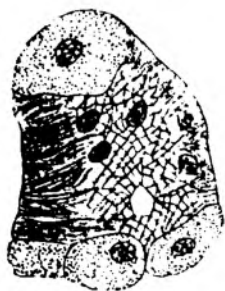
Curenții faradici vor fi de o intenzitate suficientă spre a provoca contracțiunile mușchilor abdominali.

Pentru aplicațiunile electrice *intra-stomacale*, *Einhorn* întrebuițează un fir conducător conținut într'un tub foarte subțire de cauciuc, terminat cu o extremitate de cauciuc întărit, prevăzută cu mai multe deschideri. Bolnavul înghite electrodul gastric, după ce a ingerat 300—400 gr. apă sau ceai.

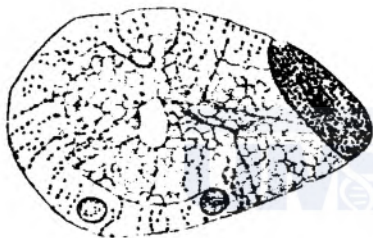
Pentru faradizare, polul negativ este legat cu firul intra-stomacal; ședințe de 10 minute. Pentru galvanizare, acelaș dispozitiv; curenți pe 15—20 miliamperi.

Cei mai mulți clinicieni se mărginesc la calea cuta-

1) *Cantru*. In B.bliothèque Gilbert Carnot.



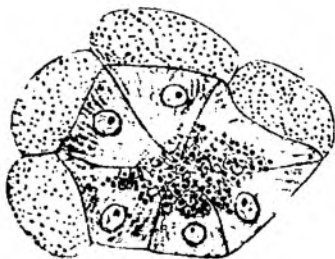
2



3



1



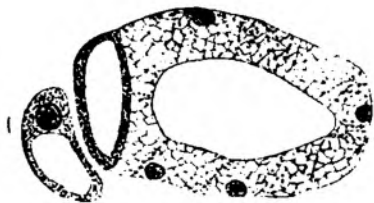
4



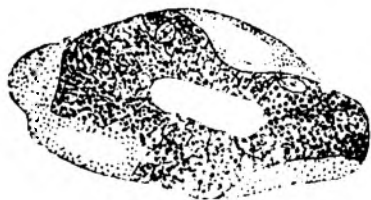
9



5



6



7



8

nată ; aplicațiile electrice pe cale intra-stomacală, nu s'au generalizat.

Indicațiuni. Aplicațiile electrice locale sunt mai cu seamă indicate în marile nevrose stomacale ; anorexia, vârsăturile nervoase, dureri stomacale fără leziune. În aceste boale, aplicațiile electrice au o influență psihică evidentă.

Electroterapia pare să fie de oarecare folos și în atoniile stomacale simple.

În celelalte boale organice sau funcționale ale stomacului, ajungem la rezultate terapeutice bune și fără tratamentul electric.

Hydroterapia și agenții termici în boalele stomacului

Aceste tratamente fizice se pot realiza local, la nivelul regiunii epigastrice sau în aplicațiuni generale asupra întregului corp ; în mod secundar, se obține o acțiune favorabilă și asupra funcțiunilor stomacului.

Aplicațiuni generale. Hydroterapia exercită o acțiune puternică asupra sistemului nervos, asupra nutriției.

În general aplicațiunile reci au un rol stimulant, tonic ; cele călduțe, un rol sedativ ; aplicațiile foarte calde, au o acțiune imediată excitantă, cu debilitare mai depărtată. Hydroterapia bine mânuită aduce multe foloase bolnavilor.

După *Glatz*, care a practicat multă vreme la *Cham-pel* (Geneva) și care avea o mare experiență a hidroterapiei în dyspepsiile nervoase, vom avea în vedere următoarele precepte :

a) Înainte de a tonifica prin hidroterapie, trebuie să calmăm excitația nervoasă.

b) Dușa rece nu poate da efecte tonice, decât numai atunci când bolnavul are forță de rezistență.

c) Dușa rece se aplică numai dacă bolnavul este încălzit prin umblet, repaos în pat, dușe caldă, baie de aer cald.

d) Aplicațiile reci trebuie să fie de scurtă durată (10—20 secunde), cu percuție energetică.

Conform acestor sfaturi, vom începe tratamentul prin metodele sedative, pe care le enumăr în treacăt și care sunt aplicabile nu numai în terapeutică gastrică, ci și în tratamentul altor boale.

Ca mijoc sedative vom cita :

a) Cearceaful umed calmant, muiat în apă la 28° centigrade ; în ședințele următoare se scade temperatura progresiv, până la 18°. Cearceaful se aplică pe corp, cu percuțiuni foarte ușoare ; apoi se usucă corpul și bolnavul se odihnește $\frac{1}{2}$ oră.

b) Baie generală la temperatura zisă indiferentă (33°-34° centigrade), foarte utilă înainte de culcare spre a combate insomnia.

c) Dușe călduță în ploaie, la început de 33° centigrade; cele următoare se scad până la 26° centigrade.

Ca metode tonice vom recurge, progresiv la următoarele aplicații :

a) Cearceaful umed tonic, de pânză groasă, muiat în apă rece ; se acopere bolnavul și peste cearceaf se exercită fricțiuni energice până se roșește pielea.

Sau recomandăm bolnavilor care nu se pot îngriji în stabilimente speciale, fricțiuni cu o rufă aspră, muiată în apă rece : sau fricțiuni cu un ciorap de lână, îmbibat cu puțin alcool.

b) Jumătăți de băi des întrebuințate în țările austro-germanice, cari reprezintă un procedeu cu acțiune mixtă : calmant și tonic.

Modul cel mai rațional de aplicare este următorul : baie generală de 5 minute, la 33°-34° centigrade ; apoi se scade nivelul apei până la centura bolnavului ; în cele 5 minute următoare, se scade progresiv și temperatura apei cu 3-4 grade (ulterior și mai mult).

În același timp bolnavul se fricționează energic, iar altă persoană toarnă neconținut peste dânsul (pe spate și piept), apă luată din baie cu un recipient de 4-5 litri.

c) Dușe reci foarte scurte, cu sfaturile date anterior.

d) Dușele scoțiene, care reprezintă mijlocul cel mai excitant.

Este preferabil să întrebuințăm metoda de administrare a dușelor scoțiene, uzitată în Franța, consistând în dușă caldă de 37°-39° centigrade, timp de câteva minute ; apoi dușe alternative calde și reci (12°-20°), aplicate cu două pistoane, ținute de operator.

Există multe alte procedee de hidroterapie ; m'am mărginit să enumăr pe cele principale.

Aplicațiuni locale. Agenții termici și hidroterapia

se pot aplica local, în gastropatii, după următoarele procedee mai uzitate :

a) Punga de cauciuc cu gheață peste un șervet în patru, aplicată la nivelul epigastrului. În lipsă de gheață, punga de cauciuc, cu apă rece, se așează direct pe piele ; la nevoie recurgem și la comprese reci.

b) Aplicațiile calde se realizează cu termofor de metal, de cauciuc ; cu un termofor electric, iar în lipsă recurgem la cataplasme, la o cărămidă caldă înfășurată în straturi de pânză.

c) Compresa stomacală muiată în apă rece, bine stoarsă, acoperită cu o foaie impermeabilă, iar totul bine fixat cu o centură, se păstrează de obicei de seară până dimineață.

Acest procedeu reprezintă, ca acțiune finală, o aplicație de căldură umedă.

d) Dușele scoțiene, după tehnica expusă, se pot aplica cu predominanță la nivelul abdomenului.

Acțiunea hidroterapiei și agenților termici asupra stomacului. Indicațiuni terapeutice. Hidroterapia generală, mijloc terapeutic de mare eficacitate, asupra căruia vom reveni în cursul acestui tratat, modifică starea gastrică în mod secundar.

Hydroterapia este indicată în toate nevrosele gastrice și chiar în gastrite, cu slăbire nervoasă consecutivă, cu stare generală rea. Trebuie însă aplicată cu mult tact, cu multă gradație ; o parte din bolnavi nu pot ajunge să suporte dușa rece sau cea scoțiană. În practică trebuie să reținem ca procedee mai folositoare și lesne de aplicat: cearceaful umed calmant, fricțiunile generale, cearceaful tonic, jumătățile de băi.

În privința *aplicațiilor locale* se admite că cele calde măresc motilitatea gastrică, favorizează evacuarea și micșorează sensibilitatea anormală a stomacului.

Experiența clinică ne arată, că aceste aplicațiuni calde sunt de folos în dyspepsiile nervoase cu dureri sau cu senzație de greutate intolerabilă după mese ; în stările de hypopepsie și anachlorhydrie, primitive sau secundare, așa cum se văd la hepatici. În asemenea împrejurări, consiliem în-trebuințarea compresei stomacale (Priessnitz), păstrată toată noaptea ; aplicațiile calde propriu zise, numai în momentul senzațiilor anormale prea intense.

Fac toate rezervele în privința tratamentului sistematic al ulcerului stomacal prin cataplasme calde (Leube), căci am avut mari neplăceri cu această procedare.

Aplicațiile locale reci, în special punga cu gheață, micșorează motilitatea stomacală, probabil și secreția, și sunt indicate în tratamentul hemoragiilor stomacale.

Aplicațiile reci par să micșoreze și intensitatea vărsăturilor, în diferitele boale ale stomacului.



Terapeutică clinică a boalelor stomacului

După ce am studiat terapia generală a boalelor stomacului, prin regimul alimentar, medicamente și agenți fizici, vom aplica aceste date care trebuie să constituie baza științifică a practicianului, la tratamentul fiecărei afecțiuni gastrice considerate în parte.

Diviziunea boalelor stomacului. În această lucrare de terapie, nu pot să intru în prea multe amănunte de patologie internă. Totuși, cum terapia clinică este strâns legată de istoria naturală a boalelor, clasificarea afecțiilor gastrice prezintă un interes fundamental.

Diviziunea acestor boale constituie un capitol de patologie, plin de nesiguranță, variabil de la un autor la altul.

În urma faptelor clinice și experimentale pe care le-am observat, am adoptat cu mici modificări diviziunea lui *Einhorn*, care îmi pare să corespundă mai mult realității lucrurilor.

Iată această clasificare :

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| I) Boale stomacale organice
cu leziuni constante | } | <i>Gastrite acute</i> |
| | | <i>Gastrite cronice</i> |
| | | <i>Ulcerul rotund</i> |
| | | <i>Cancer</i> |
| | | <i>Syphilis gastric.</i> |
| II) Sindromul stenozii pylorice. | | |
| III) Gastroptosa (enteroptosa). | | |
| IV) Boale funcționale cu
leziuni variabile. | } | <i>Hyperchlorhidria gastrică</i> |
| | | <i>Apepsia</i> |
| | | <i>Atonia stomacală.</i> |

V) Paralysis acută a stomacului.

VI) Nevrozele stomacului

{	Nevrose de	}	sensibilitate
			secreție
			motilitate
	Dyspepsia neurastenică.		

Înainte de a expune tratamentul fiecărei boale, vom face o scurtă expunere etiologică și clinică, spre a putea deduce indicațiuni terapeutice sau numai simptomatice.

I). Boalele organice ale stomacului cu leziuni constante

Therapeutica gastritelor acute

Inflamațiile acute ale mucoasei gastrice pot fi împărțite în *gastrite toxice, phlegmonoase, ac te simple*.

Gastritele toxice se studiază la capitolul intoxicațiilor.

Gastrita phlegmonoasă este foarte rară și de obicei cu sfârșit fatal; moartea este consecința septicemiei sau a unei peritonite.

Diagnosticul de phlegmon gastric reclamă un singur tratament, intervenția chirurgicală, cu succes problematic, când este vorba de o supurație difuză a tunicelor stomacului.

Therapeutica gastritelor acute simple

Cauze. Gastritele acute, de obicei asociate cu enterite acute, pot fi primitive sau secundare. Cele *primitive* se întâlnesc mai des vara. Cauza reală a acestor gastrite este o infecție de obicei ușoară la adult, favorizată de ingestia de vegetale sau fructe crude, de apă impură. Carnea avariata dă uneori accidente din cele mai grave.

Formele febrile și lungi de gastrită acută simplă sunt adeseori infecțiuni paratifice.

În altă ordine de idei, libațiunile excesive, abuzul de medicamente, produc inflamația mucoasei gastrice.

Gastritele acute simple sunt adeseori *secundare*; în boalele infecțioase generale, determinările gastrice constituiesc regula.

Symptome. Deosebim o formă *apyretică* și o alta febrilă a gastritei acute simple.

În forma *apyretică*, avem ca simptome funcționale, *inapetență, greață, salivăție, vărsături* (inconstante); *greutate* sau chiar dureri epigastrice, *constipație* sau *diaree*.

Starea generală este variabilă ; de obicei există : incapacitate de lucru și chiar prostrație, cefalee, amețeli.

Ca semne fizice, avem *limba saburală*, mirosul fetid al gurii, sensibilitatea epigastrică la presiune și caracterele vărsăturilor, care conțin mulți acizi de fermentație ; de obicei secreția *chlorhydropeptică este suprimată*. Afecția durează de regulă 2 - 5 zile.

Forma febrilă prezintă aceleași symptome ca cea precedentă cu febră în plus.

Când mișcarea febrilă trece de câteva zile, trebuie să facem cercetări în sensul unei infecțiuni paratifice (hemocultură în special).

Profilaxie. Măsurile profilactice se deduc din cele expuse la etiologie.

Trebuie să ne ferim, mai cu seamă în anotimpul cald, de crudități, apă impură, carne suspectă.

Dacă fenomenele gastrice acute sunt în legătură cu administrarea unor anumite medicamente (ioduri, arsenic, salycilați, vinuri tonice, etc.), vom suprima orice agent chimic pentru un timp.

Therapeutică curativă

Gastritele acute simple se vindecă și singure ; intervenția medicală este totuși folositoare în cazurile mai serioase.

Indicațiile terapeutice principale se deduc din : a) prezența de micro-organisme și alimente alterate în stomac (indicație cauzală) ; b) din lipsa de secreție gastrică activă. În plus, mai deducem și indicațiuni secundare din prezența simptomelor mai supărătoare (dureri, vărsături excesive, starea intestinului).

Indicația capitală este **evacuarea conținutului stomacal**. Golirea organului se produce adeseori spontan, prin vărsături.

Dar sunt cazuri de gastrită acută simplă, în cari există numai greață, fără vărsături.

Dacă în plus, starea generală este rea, trebuie să evacuum conținutul gastric.

Ajungem de obicei la acest rezultat, dând bolnavului să ingere multă apă caldă, conținând sare de bucătărie și se atinge la nevoie istmul pharyngelui.

Sau recurgem la spălături de stomac cu sonda, care nu sunt totdeauna primite de bolnavi ; în cazurile severe, golirea stomacului cu sonda este absolut indicată.

Este mai bine să nu recurgem la vomitive, cari adaugă o iritație chimică inflamației superficiale a mucoasei gastrice și care deprimă bolnavii.

Repausul în pat este adoptat în mod instinctiv de pacienți fără să mai fie nevoie de sfatul medical.

Regimul alimentar este de o importanță capitală, alături de evacuarea conținutului gastric.

Incepem prin a institui *dieta hydrică*, consistând în mici cantități de ceai, de limonadă, administrate cu lingura, spre a evita vărsăturile.

Această dietă este primită cu înlesnire de bolnavi, pune stomacul în repaus și realizează într-o câțiva un tratament cauzal, suprimând mediul de cultură pentru bacteriile proteolytice.

Dieta hydrică, care a scăpat viața multor copii atinși de gastro-enterită gravă, poate fi continuată la adult una sau mai multe zile (nu la copii), până când fenomenele acute (vărsături, dureri, inapetență absolută) și-au pierdut din intensitate.

Regimul următor este cel *amylaceu*: arpăcaș, orez sau griși, miuate în apă vr'o 2-4 ore, în urmă fierte în bulion de legume timp de 3 ore și în fine trecute prin sită. Dieta amylacee se continuă una sau mai multe zile, după severitatea cazului.

Apoi se adaugă cartofi, iaurt, compot și se revine progresiv la regimul normal.

Dacă gastrita acută simplă este febrilă și durează mult, continuăm după dieta hydrică și regimul amylaceu cu aceleași supe de făinoase, cu ceai, limonade și în plus iaurt. Acest lapte fermentat reușește mult mai bine decât laptele dulce, în gastro enteritele acute.

Agenti fizici. Contra greței și vărsăturilor persistente, recurgem la *aplicațiuni reci* pe regiunea epigastrică: comprese sau chiar pungă cu gheață peste un șervet îndoit în patru.

În același timp, dăm și bucățele de gheață curată sau băuturi foarte reci, la interior.

Clismele cu apă sarată caldă (o linguriță la 1 litru apă fiartă prealabil) se vor întrebuița atât în gastritele însoțite de constipație, cât și în cele cu diaree, în scop de a goli intestinul.

Medicamente. *Purgativele*, admise de unii, sunt com-

bătute de alții, ca fiind iritante pentru mucoasa gastrică inflamată. Ele sunt totuși utile, căci de obicei gastrita acută simplă este asociată cu enterită acută.

În faza de greață, de vărsături, purgativele sunt greu păstrate; de altfel în această fază, evacuarea stomacului, clismele, dieta hidrică, au realizat aproape complet evacuarea tubului digestiv. Astfel se poate temporiza cu administrarea purgativului până adouazi, când stomacul a devenit mai tolerant. Dacă starea generală pare serioasă, se poate da purgativul curând, prescriind să se ia prealabil un calmant al vărsăturilor, după formula indicată mai departe. Mulți medici consiliază ca purgativ calomelul (0,50 gr.—0,70 gr. într'o dată); am văzut însă câteva accidente grave și altele mortale cu această substanță, pe care nu o mai întrebuițez.

Avem în schimb destule alte purgative și în special *salinele*, cele mai indicate în cazul de față.

Se prescrie de obicei *sulfatul de sodiu* (30—40 gr. în apă), sau *citratul de megnésie*, plăcut la gust, după formula lui Guibout :

Acid citric	32 gr.
Carbonat de megnésie	20 "
Siroop de smeură	30 "
Apă fiartă	120 "

Această poțiune care reprezintă cam 50 gr. citrat de megnésie se ia în 2 ori, la $\frac{1}{2}$ oră interval.

Durerea este rar intensă în gastritetele acute simple. La nevoie prescriem *codeina* în supozitorii :

Phosphat de codeină	—două centigrame
Extract de belladonă	—un centigram
Unt de cacao	—q. s.

Pentru un supozitoriu No. 4 asemenea

Sau administrăm cu lingura la oră, din poțiunea (sirop thebaic, novocaină, apă chloroformată) indicată, în terapeuica generală, la calmantele durerii.

Medicamentele cu acțiune locală sau bulbară, care ușurează durerea gastrică, fac să cedeze și *vărsăturile* intense. În cazurile mai puțin serioase, consiliem poțiunea *Rivière* după formulele indicate.

Antisepticele tubului digestiv (salol, benzonaphtol, salacetol) sunt absolut inutile în cazurile de gastrită acută simplă; pot chiar mări intoleranța stomacului.

Totuși dacă boala se lungeste, dacă există febră, cu greu veți convinge pe bolnav și pe cei dimprejur, că medicamentele sunt de prisos. În asemenea condițiuni, vom putea prescrie, 3 bulinuri pe zi din :

Salicylat de magnezie—0,50 gr.

Sulfat de chinină —0,20 „

Pentru un bulin No. 6 asemenea.

În coalescența gastritei acute simole, persistă unegri multă vreme *inapetență, greutate după mese*, fenomene de hyposecreție stomacală. Spre a combate această stare, vom da regimul alimentar apropiat, pe care-l vom studia la alt capitol, iar ca medicamente, *tincturi amare*¹, oră înainte de mese, după formula indicată. Sau recurgem la următoarea prescripție (după Rosenheim, puțin modificată), din care bolnavii iau o lingură la $\frac{1}{2}$ oră, înainte de mese :

Decocție de condurango din —7 gr. la 130 gr. apă

Sirof de coji de portocale amare —20 „

Acid chlorhydric officinal —0,75 „

În fine mai putem prescrie 200 gr. apă de Slănic No. 6 (când se va găsi în comerț) dimineața pe nemâncate.

Rezumatul tratamentului. *Spălături de stomac* (În lipsa vărsăturilor). Clisme. *Dietă hydrică* (1—3 zile). *Apoi dietă amylacee*, la care se adaugă *iaurt*, după câteva zile.

Purgativ salin. Tratament simptomatic al durerii, al vărsăturilor.

Terapeutică gastritelor cronice

Gastritele cronice sunt foarte dese pentru unii medici, observatori de frunte, extrem de rare pentru alți autori, nu mai puțin distinși. Aceste păreri contradictorii arată că în materie de gastrite cronice, nu ne aflăm pe un teren anatomic clinic solid.

Dar, în cazul de față, discuțiile doctrinare nu au consecințe neplăcute pentru pacienți și acest fapt este esențial. Partizanii gastritei cași apărătorii turburărilor funcționale îngrijesc pe bolnavi în mod identic și le prescriu dietetica, medicamentele indicate de chimismul gastric, de starea motilității.

Cauze. Printre cauzele de gastrită cronică, putem enumăra :

a) *Hygiena alimentară defectuoasă*, în care intră : dentiția alte-

rată, orele neregulate de masă cu digestii subintrante, alimentele de digestie grea și abuzul de condimente atât de răspândit în popor.

b) *Substanțele toxice uzuale*, printre care alcoolul ocupă întâiul rând. Gastrita alcoolică este bine stabilită; în această privință, acordul este complet. Pe cale experimentală, am ¹⁾ putut arăta că alcoolul, după o fază inițială de excitație secretorie, produce dispariția glandelor stomacale normale și uneori înlocuirea lor prin glande de tip mucos, în urma proliferării epiteliului cilindric de suprafață

Abuzurile de tutun pot da alterații gastrice, după cum arată și faptele experimentale publicate de *d. Dr. J. Grossman* și *A. Jianu* (loc. cit).

c) Abuzul medicamentelor este de asemenea o cauză de gastrită. *Prof. Hayem* a insistat demult asupra acestor gastrite medicamentoase.

Creosota, expectorantele, mercurul, diferitele elixiruri consiliate tocmai în gastropatii, sunt vătămătoare.

Ațiunea nocivă a acestor diferiți factori este sau directă prin întinderea iritației superficiale în adâncimea mucoasei sau se exercită pe cale sanguină.

Gastritele se mai pot observa ca epifenomen, în asystolia cronică, în multe boale cronice grave (tuberculoză pulmonară înaintată, ciroze hepatice, nefrite grave, etc).

Substratul anatomic al gastritelor cronice

Studiul histopatologic al gastritelor nu-și are locul aci. Este totuși necesar să reamintim substratul lor anatomic spre a ne da seama dacă prin intervenția terapeutică, putem spera să obținem vindecarea completă sau cel puțin oprirea pe loc a procesului patologic. În gastrita cronică se descriu două aparențe macroscopice: atrofia mucoasei în cazurile vechi; îngroșarea ei în cele mai recente, uneori cu eroziuni.

Există și insule de mucoasă cu aparență normală; pe piese experimentale, lucrul este evident.

Examenul histologic arată în cazurile de atrofia mucoasei, dispariția glandelor normale și înlocuirea lor prin țesut conjunctiv. În alte cazuri în mucoasa mai groasă și congestionată se văd, în locul tuburilor normale, glande mucoase, rezultând din proliferarea epiteliului de suprafață; lucrul este evident în gastrita alcoolică experimentală, unde am putut urmări invaginarea epiteliului cu numeroase diviziuni celulare.

Toată lumea este de acord în privința gastritei atrofice și gastritei mucoase, ca termen ultim al leziunilor glandulare.

S'au descris însă și proliferații ale celulelor principale și mai cu seamă ale celulelor bordante, așa zisul catar acid al lui *Korczinski* și *Jaworki*.

1) *Théohari et A. Babeș*. Modifications histo-chimiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de l'alcool. Société de Biologie, 16 Février, 1901.

Între alții, *Kuttner*¹⁾ dă descripția și figura unei secțiuni de mucoasă, culeasă în timpul unei intervenții, pentru stenoză pylorică prin ulcer. Acest autor descrie o proliferare considerabilă a celulelor bordante și figura pare să-i dea dreptate.

Totuși, fără ca să neg multiplicarea posibilă a acestor celule, nu am văzut niciodată pe numeroase piese experimentale, de excitație secretorie, mitose în celulele principale sau de bordură. Mucoase de câine, cu chimism verificat normal, pot da aparența de multiplicare a celulelor, dacă sunt cercetate la diferite stadii de activitate secretorie.

Astfel o secțiune de mucoasă gastrică, examinată în timpul repausului secretor (fig. 1), dă aparența unei proliferări evidente a celulelor bordante, din cauza volumului redus al celulelor principale.

Din contra, o secțiune a mucoasei surprinsă prin fixarea în plină digestie (fig. 5), dă aparența unei proliferări nu mai puțin evidente, a celulelor principale.

Totuși ambele secțiuni nu au absolut nimic patologic. De altfel *Knud Faber*,²⁾ sprijinit pe numeroase examene, nu admite nici dănsul proliferarea celulelor bordante.

Bazat pe constatările personale expuse și pe altele relative la substratul celular al hyperchlorhydriei (pe care le voi cita la acel capitol), fac cele mai formale rezerve, în privința proliferării celulelor de bordură și principale; cred că hyperaciditatea, văzută în unele gastrite, reprezintă o excitație funcțională a glandelor.

Un punct pe care voesc să-l mai ating în treacăt, este chestiunea spiriților în gastrite. După cum am spus incidental la introducerea fiziologică, am constatat (în 1903) prezența de spirili în celule bordante vacuolizate și în celule principale profund alterate, printr'un ser gastrotoxic.

Prof. Hayem și *G. Lion* figurează (în *Tratatul de medicină Gilbert-Thoinot*, 1913) un fund de sac glandular plin de spirili, într'un caz de gastrită.

Este posibil ca acești spirilicari să găsească în mod normal în stomacul câinelui și omului, care invadează celule de bordură în timpul digestiei, să joace un rol în distrugerea celulelor cu vitalitate micșorată printr'una din cauzele gastritelor cronice. Noi cercetări într'accest sens ar fi utile.

Din această expunere, pe care regret că nu am putut să o fac mai scurtă, vom conchide că atrofia mucoasei, transformarea mucoasă a glandelor, reprezintă leziuni iremediabile.

Inflamațiile subacute, excitația celulară, bine tratate, se pot desigur modifica; apoi cu un tratament rațional, gastritele parțiale nu se generalizează.

În multe gastrite cronice nu vom obține vindecări a-

1) *Kuttner*. Sp. Path. u. Ther, in. Krankh (Kraus-Brugsch) V B-d p. 562.

2) *Knud Faber*. Sp. Path. u. Ther. in. Krankh. (Kraus-Brugsch) V B-1 p. 10 6.

natomice, căci nu putem crea glande dispărute; dar putem institui tratamente, care dau vindecări clinice: bolnavii nu mai sufer și nici nu cer altceva.

Symptome. Cu diferiți autori, vom deosebi o *gastrită anacidă* (cu sovarietăți atrofia mucoasei și transformarea mucoasă) sau hypopeptică și o *gastrită acidă* sau hyperpeptică.

Gastrita anacidă prezintă ca semne funcționale mai importante: pofta de mâncare scăzută până la desgust, uneori electivă pentru alimente acre, iuți; greutate epigastrică după mese sau dureri moderate, imediat după mese; la unii greață, vărsături, adeseori mucoase, dimineața pe nemâncate (mai cu seamă la alcoolici); diaree uneori.

Ca semne fizice menționez prezența de mucus cu leucocyte și resturi celulare, dimineața pe nemâncate, semn care are mare valoare, când cantitatea de mucus este într'adevăr notabilă; acidul chlorhidric liber micșorat sau absent. Când pepsina lipsește cu desăvârșire, putem afirma atrofia mucoasei.

În plus, bolnavii prezintă fenomene nervoase la distanță (palpitații în timpul digestiei, roșeața feței, caracter iritabil), cari nu sunt de natură să înlesnească diagnosticul diferențial cu gastro-nevrozele.

De altfel recunoașterea precisă a unei gastrite este din cele mai grele (cu excepția transformării mucoase); antecedentele alcoolice au mare valoare

Gastrita acidă sau hyperpeptică, negată de mulți autori, este în orice caz rară și reprezintă o fază precoce și tranzitorie a formei precedente (Riegel, Boas). Pentru rațiunile pe lung expuse, cred că acesta este adevărul.

Symptomele funcționale se aseamănă mult cu semnele gastritei anacide, cu diferența că durerile vin de obicei mai târziu, că sunt adeseori foarte mari și însoțite de arsuri epigastrice și oesofagiene (pyrosis).

Explorarea stomacului arată prezența de mucus cu resturi celulare, pe nemâncate. Uneori găsim și fragmente de mucoasă care pot servi, deși minime, pentru un examen hystologic.

Acidul chlorhidric liber există, fără ca să găsim cifre prea ridice.

Profilaxie. Din expunerea etiologică pe care am făcut-o, rezulta că gastritele cronice primitive sunt în general boale pe care ni le creem singuri, deci evitabile.

În practică ne izbim de greutateți, de obiceiuri înrădăcinate, cari anevoe se pot schimba.

Astfel alimentația așa de defectuoasă a populației rurale cu abuzul de condimente din cauza hranei uniforme, ține la condițiuni economice și culturale pe care medicii nu le pot modifica curând.

Tot astfel stau lucrurile cu alcoolul, care duce la gastrite în toate clasele sociale, alcoolul producător de mari venituri pentru stat.

În privința evitării gastritelor ocazionate de medicamente, nu vom prescrie agenți chimici decât pentru scurtă vreme și numai când sunt absolut indicați.

Terapeutică.

O mare parte din mijloacele pe care le întrebuițăm în tratamentul gastritelor anacide sau acide, sunt indicate și în apepsie sau hyperchlorhydrie, considerate ca turburări funcționale. Suntem deci expuși la repetițiuni inevitabile, deși rezerv unele detalii de tratament pentru capitolul boalelor funcționale cu leziuni variabile.

Terapeutică gastritelor anacide

Regimul alimentar variază după cazuri. Atunci când suntem în prezența unei forme mai serioase de gastrită anacidă, cu inapetență absolută, dureri, vărsături, trebuie să instituim un *regim de repaos relativ* al stomacului.

Am spus că laptele dulce este rău suportat, atunci când secreția chlorhydropeptică și lab-fermentul lipsesc. Recurgem la regimul cu *lapte fermentat* care dă rezultate foarte bune în cazul de față.

După câte știu, nu se găsește pentru moment Kefir în București; înainte de războiu, se prepara în condițiuni bune.

În lipsa Kefirului, vom prescrie lapte bătut sau iaurt, pregătit pe cât se poate cu toate garanțiile de curățenie, de preferință la domiciliul pacientului.

Iaurtul și laptele bătut, asociate, se vor consuma în cantitate de cel puțin 2—3 litri pe zi, chiar dacă bolnavul este în repaus complet. Bine înțeles, începem regimul cu mici cantități de lapte fermentat, pe care le mărim progresiv.

Cu un asemenea regim, dăm pacientului cifra de albumină de care are nevoie spre a-și menține echilibrul azotat; în schimb avem un deficit de calorii.

Laptele bătut mai cu seamă, nu reprezintă decât 410 calorii la litru, din cauza extragerii parțiale a untului; cu 3 litri de lapte bătut nu obținem decât 1230 calorii.

Spre a remedia acest inconvenient serios, adăogăm în laptele bătut făină de grâu și zahăr, după procedeul olandez, consiliat și întrebuițat cu mult succes la copii, de către Gr. Jacobson¹⁾ în gastro-enterite cronice extrem de grave.

1) Gr. Jacobson. loc. cit.

Iată amănunțele : într'un litru de lapte bătut, se adaogă o lingură (10—12 grame) de făină de grâu, sau de ori-ce altă făină ; se fierbe foarte încet agitând într'una, apoi se adaogă 2-3 linguri bine încărcate de praf de zahăr (70-90 grame). Cu aceste adaose îndoim valoarea în calorii a unui litru de lapte bătut (peste 800 în loc de 410) ; cu 3 litrii de acest amestec, acoperim nevoile în calorii ale organismului în stare de repaos. Dacă acest amestec, bine acceptat și de copii, displace bolnavilor, recurgem la iaurt cu mult praf de zahăr și mai dăm lapte bătut în natură.

Regimul de lapte fermentat se continuă un timp variabil, până când revine apetitul, iar durerile și vărsăturile dispar.

Atunci prescriem un *regim alimentar mixt*, un regim definitiv, care în cazurile mai puțin severe se institue dela început.

Un asemenea regim apropiat vieții active, trebuie să cuprindă cele trei categorii de alimente (albuminoide, hidrocarbonate, grăsimi) însă sub o formă variată și lesne digeribilă. Un asemenea regim definitiv trebuie să acopere nevoile organismului în albumină și calorii ; trebuie să conțină și alimente proaspete (vitamine), trebuie să menție greutatea corpului și chiar să o sporească, dacă bolnavul este slăbit. În boalele cronice ale stomacului, regimurile excesive și insuficiente au făcut mult rău. Ținând socoteală de principiile stabilite în capitolul de terapie generală, vom da făinoase în cantitate mai mare, bine atacate de fermentul amylolitic salivar (ptyalina) în mediul gastric anacid sau hypacid ; carnea, grăsimile, se vor consilia, dar în cantități mici.

Alimentele trebuie să fie foarte bine divizate (carne mic tăiată, pureuri, marmelade), spre a nu favoriza atonia stomacului. De altfel, după cum a observat demult Profesorul *Hayem*, hyposecretații gastrici au o motilitate gastrică exagerată, cu evacuare precoce. Este important să menținem funcțiunea motrice în bună stare, căci transformarea chimică a alimentelor insuficientă în stomac este complectată în intestin.

Menținerea motilității stomacale și evitarea iritației intestinului, nu se pot îndeplini decât cu un regim de digestibilitate ușoară.

Iată cum se poate formula un asemenea regim, care bine înțeles se modifică după împrejurări :

Dimineața: lapte cu un adaos (ceai, cafea, cacao);
pâine prăjită
puțin unt proaspăt.

La 12: supă cu griși (orez, tapioca, fidea); carne friptă sau rasol, mic tăiată și bine amestecată, sau pește fiert cu lămâe;

pureuri de legume verzi (spanac, morcovi, mazăre verde); dovlecei;

prăjituri uscate (sau clătite, budincă de griși, orez), sau marmelade;

Pâine prăjită. Băutură: apă (la nevoie cu puțin vin).

4 p. m.: lapte bătut (sau ca dimineața).

Seura: ouă sau jumări;

macaroane, orez (păsat de cartofi) cu puțin unt;
iaurt;

marmelade sau compot (fără pelicule de fructe).

Dacă există diaree (des asociată cu gastrită anacidă), regimul se va modifica, după cum vom arăta la terapeutila boalelor intestinale. În esență, vom consilia: cacao de ovăz fiartă în apă, supe groase cu griși, orez; puțină carne sau pește fără sosuri; paste făinoase cu puțin unt. Cu dispariția accidentelor intestinale, ameliorăm regimul.

Agenți fizici. Hygienă generală. În contra simptomelor nervoase secundare, vom recurge la *hydroterapia sistematică*, după principiile stabilite.

În cazurile mai ușoare, consiliem *loțiuni* cu șervetel sau cearceaful muiat în apă rece, urmate de *fricțiuni* energice.

Local, vom întrebuința *compresa epigastrică* bine stoarsă acoperită cu o foaie impermeabilă și păstrată toată noaptea.

În paroxysmele dureroase, vom recurge la *aplicațiuni calde*.

Bolnavii atinși de gastrită anacidă și toți gastropatii în general, se găsesc bine, dacă *șed întinși* $1\frac{1}{2}$ - $3\frac{1}{4}$ de oră, după masa dela 12; putem formula acest consiliu în toate cazurile.

Tratament mecanic. Masagiul este indicat, dacă avem atonie gatro-intestinală supra adăogată.

Dar în această eventualitate, *spălăturile stomacale* sunt mai folositoare; sub influența lor, staza gastrică prin atonie se modifică foarte repede.

Spălăturile mai sunt indicate în transformarea mucoasă a glandelor gastrice cu vărsături de mucus, sub formă de mase hyaline, expulzate în cantitate mare.

Am văzut asemenea cazuri care nu sunt prea frecvente.

Astfel D-na T., 54 ani, rentieră. De 13 ani, inapetență, greutate după mese. La 3-4 săptămâni, crampe stomacale, vărsături cu mult mucus, cari în câteva zile. Ultima criză ține de 12 zile. Constipație rebelă.

În timpul durerilor, bolnava este înconjurată de sticle cu rom, cognac, vin de Malaga, cu care se tratează; alcoolismul nemărturisit este totuși evident.

Conținutul stomacal extras după masa de probă Ewald, arată: puțin lichid de culoarea ceaiului, nemodificat; bucăți de pâine absolut intacte, inecate în mase considerabile de mucus hyalin. Aciditate totală - 0,007; HCl liber = 0.

Spălăturile de stomac și tratamentul apropiat au atenuat mult turburările; crizele de dureri și vărsături au dispărut.

În gastritele anacide fără atonie, fără mase mari de mucus, golirea mecanică a stomacului nu mi se pare indicată.

Spălăturile se vor face după indicațiile date la capitolul de terapie generală: dimineața pe nemâncate, câte 500 gr. lichid cald, odată. În cazul de față, vom întrebuița o soluție de chlorur de sodiu 10 la 1000, care solubilizează masele de mucus și excită secreția glandelor rămase încă intacte.

Ne putem dispensa de *tratamentul electric* în gastritele cronice anacide, deși *Einhorn* îl consiliază în mod călduros.

Ape minerale. Cele mai indicate sunt *apele chloruro-sodice simple și cele mixte* (alcaline chlorurate). Aceste ape solubilizează mucusul, provoacă secreția stomacală dacă gastrita este numai parțială, ameliorează starea generală când bolnavii sunt slăbiți, deprimați. Bicarbonatul de sodiu din apele mixte de tip Slănic No. 6 are și un rol topic, care nu poate fi trecut cu vederea, în cazurile de inflamațiuni cronice ale mucoasei gastrice.

Ar fi de dorit ca administrația băilor dela Slănic (Moldova), să pună cel puțin în consumație apă din izvoarele mai importante, până la restaurarea stațiunii.

Apa de Slănic No. 6 sau izvoarele chloruro-sodice simple se vor prescrie la domiciliul bolnavului, în cantitate de 100-200 grame (caldură), $\frac{1}{2}$ oră înainte de principalele mese.

Dacă voim să instituim un tratament prin medicamente, în același timp, vom prescrie 200 grame de apă minerală caldută dimineața pe nemâncate.

Medicamente. În contra inapetenței, vom recurge la *tincturile amare*, după formulele indicate, substanțe care stimulează puternic secreția gastrică. Acțiunea lor aperitivă este funcțiune de sporirea secreției stomacale.

În caz de atrofie completă a mucoasei sau de transformare mucoasă totală, nu mai putem spera o stimulare secretorie cu substanțele amare.

Atunci este logic să prescriem *acidul chlorhydric*, după formulele indicate, singur sau asociat cu *pepsina*.

Există în comerț sub numele de *Acidol-pepsin*, tablete, din care bolnavii iau 1-2 după mese și care conțin acidul și fermentul gastric; rezultatele sunt în general bune.

Tot în aceste cazuri de atrofie a mucoasei este indicat și *sucul gastric* de animale (*gastérine Frémont, dyspeptine Hepp*).

Vărsăturile, durerile se calmează și dispar prin întreținutul tratament pe care l-am expus. Vom fi rare ori siliți să recurgem la medicamente; la nevoie prescriem picături de *novocaină*, după formula indicată. Ne vom feri de morfină, care expune la obișnuință, fiind vorba de o boală cronică.

Rezumatul tratamentului. Regim alimentar: *lapte fermentat* cât persistă inapetență, dureri, vărsături; apoi *regim mixt, de digestibilitate ușoară, cu multe făinoase*.

Agenți fizici: *Loțiuni* pe tot corpul, urmate de *fricțiuni*. *Compresă epigastrică* bine stoarsă, noaptea *Aplicațiuni* calde în momentul durerii. *Spălături de stomac* în caz de atonie stomacală sau transformare mucoasă.

Ape minerale: *chloruro-sodice bicarbonatate* de tip Slănic No. 0, *chloruro-sodice simple*.

Medicamente: *Tincturi amare*. *Acid chlorhydric* și *fermenți digestivi*, în caz de atrofie completă a mucoasei.

Terapeutică gastritelor acide

Regim alimentar. În perioadele cu vărsături, dureri mari, arsuri, trebuie să punem stomacul în repaos relativ, prin *regimul de lapte dulce*, bine suportat de bolnavii cu gastrită acidă.

Vom da progresiv până la 3 litri de lapte dulce pe zi. Dacă bolnavii sunt slăbiți și laptele de proastă calitate (cum este de obicei azi în orașe), vom adăoga zilele următoare 2-6 gălbenușuri de ouă pe zi, bătute în lapte și zahăr, după voe. Astfel mărim cu mult valoarea alimentară a regimului, ca albumină și calorii.

În timpul regimului lactat, este bine ca bolnavul să fie în *repus complet*.

Odată ce durerile, vărsăturile au dispărut; putem trece la un *regim mixt*, compatibil cu o viață activă.

În gastritele cronice acide, faza inițială a gastritelor alcoolice, nu avem de obicei cifre mari de acid chlorhidric liber, ca în ulcer sau hyperchlorhydriile funcționale. Astfel schema de regim dată pentru gastritele anacide ar conveni și aci, suprimând bine-înțeles alimentele acre și vinul. În teză generală, o excitație secretorie a stomacului reclamă mult lapte, multe grăsimi de digestie ușoară (unt, smântână), ouă, carne puțină, amidacee foarte puține; suprimarea completă a condimentelor, acizilor, alcoolului sub orice formă.

Spre a nu se expune la repetițiuni, vom formula un asemenea regim la tratamentul hyperchlorhidriei funcționale.

Agenti fizici. *Loșiunile* urmate de fricțiuni pe tot corpul, sunt indicate și în gastrita acidă cu manifestări nervoase secundare; de asemenea și celelalte *procedee sedative ale hidroterapiei*.

În momentul paroxysmelor dureroase, unii bolnavi se găsesc bine cu aplicațiuni calde; alții preferă punga de cauciuc cu apă rece.

Masagiul nu dă bune rezultate în gastritele acide, chiar după părerea oamenilor de profesie.

În gastritele acide s'au consiliat *spălături stomacale cu nitrat de argint*, 1 la 1000; aceste spălături sunt însă inutile. Cu regim alimentar și cu medicamentele pe care le vom indica, obținem rezultate foarte bune.

Apele minerale cele mai indicate sunt cele *alcaline* de tip vichy, apoi cele dela *Bodoc* (izvorul Matild), cele dela *Cason Imperi* (izvorul Repati), care are o mineralizare absolut analoagă aceleia din marea stațiune balneară franceză; sunt însă atermale.

Ar fi de dorit ca aceste localități din Transilvania cu

izvoare așa de prețioase să posede și instalații suficiente pentru vizitatori.

Alte ape minerale indicate în gastritele acide sunt cele *chlorurate și alcaline* de tipul *izvoarelor No. 3 și 1 bis* dela *Slănic* (Moldova). Este infinit de probabil că apele dela *Covasna, Malnaș* (cele mai bogate în bicarbonat de sodiu), poate și cele dela *Stoiceni, Sângiorgiul românesc*, sunt de asemenea indicate, ca inhibitoare ale secreției gastrice.

Dacă aceste ape se consumă de către bolnavi la domiciliu, se vor prescrie călduțe și în dosă de 200 grame, înainte de principalele mâncări.

Apele de Carlsbad (sulfatate, bicarbonate, chlorurate) au aceleași indicațiuni care însă pot fi îndeplinite de către apele minerale românești, pe care le-am citat.

Medicamente. Cele mai indicate în gastritele acide sunt *alcalinele*, pentru rațiunile expuse la terapeutică generală.

În aceste gastrite, există des erosiuni superficiale ale mucoasei, cari explică durerile mari prezintate de unii bolnavi. De aceea vom prescrie alcalinele, asociate cu *subnitrat de bismuth* și cu *belladonă* ca în formula următoare, pe care o întrebuițez cu folos în toate excitațiile secretorii ale stomacului :

Subnitrat de bismuth	10 gr.
Magnezie calcinată	10—20 gr.
Bicarbonat de sodiu	50 gr.
Extract de belladonă	0,15 gr.

De repetat

Bolnavii iau din acest amestec o linguriță în apă sau lapte, $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese și în momentul arsurii sau durerii stomacale.

Apele minerale se pot înlocui la domiciliul bolnavilor, cu o *soluție alcalină*, care se obține topind la 1 litru de apă călduță, fiartă prealabil, unul din pachetele următoare, mult întrebuițate de *Bourget* :

Sulfat de sodiu	2—4 gr.
Phosphat de sodiu	4 gr.
Bicarbonat de sodiu	4—8 gr.

Pentru un pachet No. 10 asemenea.

Bolnavii beau 200 gr. soluție călduță, dimineața și la culcare.

Această soluție nu împiedică administrarea pulberii alcaline formulate, dacă apar dureri în cursul zilei. În fine, dacă durerile nu cedează cu tratamentele indicate, instituim din nou regimul de lapte dulce și prescriem 8—12 gr. de *subnitrat de bismuth*, dimineața pe nemâncate, într'un pahar de apă, ca în cura ulcerului stomacal. Prafurile alcaline se continuă în cursul zilei.

Rezumatul tratamentului. Regim alimentar : *lapte dulce* (la nevoie cu ouă, zahăr) cât țin dureri, vărsături. În urmă, *regim mixt, fără condimente, acizi, alcool.*

Ape minerale : *alcaline sau alcaline-chlorurate (Slănic No. 3, Slănic No. 1 bis, Covasna, Malnaș).*

Medicamente : *alcaline, asociate cu subnitrat de bismuth și belladonă*

Terapeutică ulcerului stomacal

După cum se știe, ulcerul rotund al stomacului are un mers progresiv, nu prezintă tendință spontană la vindecare și astfel diferă cu totul de ulceratiile ce se pot întâlni în gastritele toxice, în gastritele cronice.

Cauze. Patogenie. Ulcerul stomacal este o boală *foarte frecventă*; după *Greenough* și *Jostin*, cam 50% din indivizi au avut la un moment această boală. Statisticile occidentale dau o frecvență de trei ori mai mare a ulcerului rotund la femei ca la bărbați.

Din câte am văzut la noi, proporția inversă este adevărată; explicația nu este ușoară și de altfel mă feresc totdeauna de a da interpretări fără probe.

S'au invocat mulți factori în geneza ulcerului rotund; infarctul hemoragic, micșorarea alcalinității sângelui, chlorosa, lipsa fermentului antipeptic (Katzenstein) în sânge, gastrita anterioară (Cruveilhier), excesul de secrețiune (Riegel, Bouyeret); apoi teoria infecțioasă (Gandy). Alți autori au susținut teoria nervoasă și în special că secțiunea pneumogastricului produce ulcerul experimental, pe animale; cu d. Dr. G. Lion¹⁾ nu am observat nimic analog, ci numai oprirea secreției de pepsină.

Teoria nervoasă mai recentă a ulcerului stomacal este acela a lui Bergmann²⁾ după care vagotonia cu spasmul vaselor stomacului joacă rolul capital.

1) Lion et Théohari. Modifications histologiques de a muqueuse gastrique à la suite de la section des pneumogastriques. Soc. de Biologie, 3 Mars, 1920.

2) Bergmann. Münch. med. W. ch. 1913. No. 4.

Cohnheim¹⁾ din contra, admite că simptomele vagotonice sunt consecința ulcerului.

Este probabil că în etiologia ulcerului, intervin: leziunea locală prin turburări circulatorii, hyperchlorhydria (nu totdeauna) și alți factori necunoscuți. Syphilisul pare în cauză mai des decât se crede.

Substrat anatomic. Ulcerul are marginile tăiate vertical și nu seamănă cu o plagă exterioră, căci nu posedă nici granulații, nici muguri.

Ulcerule vechi au marginile îngroșate (ulcer calos) și o formă conică. Interesul practic al ulcerului calos este că nu are nici o tendință la vindecare prin tratamentul medical. După *Kuttner*, este imposibil de a se determina clinicește, în timpul operației și chiar sub microscop, dacă ulcerul calos va evolua sau nu, ca un neoplasm. Dânsul afirmă că dintre bolnavii cu ulcer calos, cărora li s'a practicat gastro-enterostomia, 41% au murit canceroși. Ne vom întreba dacă este vorba de o degenerescență canceroasă a ulcerului calos, sau de un neoplasm cu evoluție foarte lentă și atipică? Hypoteza din urmă este cea mai probabilă și a fost susținută între alții de *Tripier* și *Duplant*.

Concluzia practică pe care trebuie să o tragem din aceste afirmări ale lui *Kuttner*, pe care le cred în mare parte exacte, este că la oameni mai în vârstă, nu trebuie să fim așa siguri de vindecarea ulcerului ca la cei tineri, de oarece poate fi vorba de un neoplasm cu mers foarte lent, simulând întocmai boala lui *Cruveilhier*.

Symptome. În cel mai mare număr de cazuri, un bolnav atins de ulcer stomacal, consultă pentrucă are dureri foarte intense, sau pentrucă a vărsat sânge.

Durerea este paroxistică, în relație cu ingestia alimentelor; maximul durerilor este de obicei la câteva ore după mese. Unii ulceroși au perioade de dureri continue, cu intoleranță gastrică absolută; asemenea crize nu se văd decât în ulcer și în tabes.

Durerea intolerabilă este în plus localizată, spontan și la presiune (punct epigastric, punct dorsal); prezintă însă și iradiere.

Vărsăturile alimentare acide sunt de regulă; mulți bolnavi le provoacă, căci astfel își ușurează durerea.

Hemoragia se vede în 80% din cazuri, gravă sau neobservată (melaena).

Hemoragiile oculute se pun în evidență prin procedeele clinice obișnuite (*Weber*, *Adler*, *Boas*, etc.).

Ca **turburări digestive**, reamintim: regurgitațiile acide, pyrosis; apetitul bun; constipația de regulă.

Explorarea locală a stomacului cu sonda arată hyperchlorhydrie în mai bine de 70% din cazuri.

Radioscopia indică uneori un spasm localizat al peretelui stomacal la nivelul ulcerului; rareori un cuib de bismuth (*Haudek*); dar sunt și cazuri de ulcer superficial, în care razele Röntgen nu ne arată nimic.

Subt ecran se pot localiza puncte dureroase stomacale (*Mathieu*, *Béclère*).

1) Cohnheim. Arch. f. Verđ. Krankh. B-d XXVII, H. 1, 1921.

Proba firului a lui *Einhorn* ¹⁾ se practică în serviciul nostru la toți bolnavii suspecti de ulcer stomacal. Procedeu este foarte simplu și bine suportat: bolnavul înghite la culcare, cu puțin lichid, o perlă lunguiată de metal nichelat, legată cu un fir de mătase chirurgicală groasă, lung cam de 0,70 m. Extremitatea superioară a firului, se fixează de ureche. A doua zi dimineață se înseamnă pe fir nivelul arcadei dentare. Dacă este vorba de ulcer, se constată în mod evident pe fir una sau mai multe pete de sânge (ulcere multiple). O pată la 0,49 m. de arcada dentară înseamnă ulcer al cardiei; până la 0,59 m, ulcer al miciei curbături; 0,55 m, ulcer pyloric; peste această cifră, ulcer duodenal.

Moppert (Geneva) ²⁾ a contestat de curând valoarea probei firului pentru diagnosticul ulcerului stomacal; nu pot subscrie la această părere căci, în cazurile pe care le-am observat, proba firului s'a arătat utilă.

Profilaxie. Este greu de vorbit de o profilaxie a ulcerului stomacal, când nici nu știm exact cauzele cari îl produc.

Se pot lua măsuri de prevenire numai în acele cazuri, în care ivirea ulcerului este precedată de fenomene de hyperchlorhydrie. Posed multe observațiuni de bolnavi, care au prezentat ani de zile perioade de acrelți, de arsuri stomacale, înainte de a ajunge la durerile sau hematemeza ulcerului confirmat.

Aceste hyperchlorhydrii tenace sunt poate chiar simptomatice de ulcer în evoluție (*Ageron*). Oricum, în asemenea cazuri, trebuie atrasă atenția bolnavilor că sunt expuși la ivirea unui ulcer și că trebuie să-și trateze arsurile și acrolele stomacale persistente, cu toată seriozitatea.

La astfel de bolnavi, vom institui în perioadele mai rele cura ulcerului confirmat, chiar în lipsă de dureri sau hemoragii oculute.

Terapeutică ulcerului stomacal

Tratamentul ulcerului stomacal variază după fazele evoluției sale. În mod schematic avem de studiat: tratamentul hemoragiei; al perioadei de 8—10 zile care urmează hemoragiei; tratamentul metodic al ulcerului care ține câteva săptămâni; în fine regimul definitiv după vindecarea ulcerului.

Terapeutică acestei boale dă rezultate foarte mulțumi-

1) *Einhorn*. Mai multe lucrări. Indicații suficiente în *Brugsh și Schittenhelm, Lehrbuch Klin-Untersuchungsmeth.*

2) *Moppert*. *Schwerz. med. Woch*, Martie, 1921.

toare; de aceea merită să fie cunoscută în toate amănuntele.

A) **Tratamentul hemoragiei.** Hematemeza, oricât ar fi de dramatică, pune rar viața în primejdie; hypotensiunea, starea syncopală care însoțesc pierderile mari de sânge înlesnesc formarea trombului în arteriola gastrică deschisă de ulcer.

Intervenția noastră terapeutică își propune să favorizeze prin toate mijloacele formarea trombului arterial.

Repaosul absolut pe spate este de rigoare; nu permitem bolnavului nici o vorbă, nici o mișcare. Repaosul stomacal mai este asigurat și de *punga cu gheață*, aplicată pe epigastru peste un șervet îndoit.

În același timp, instituim și *dieta absolută*; spre a-și calma setea torturantă, bolnavul înghite rar mici bucățele de gheață și își clătește gura cu apă.

Spălăturile de stomac cu apă aproape de 0°, conșiliate de *Éwald* spre a opri hemoragia, sunt greu de întrebuințat.

Medicamentele se utilizează contra hemoragiei propriu zisă și contra stării de colaps.

a) *In contra hemoragiei* recurgem la o serie de agenți, succesiv sau în același timp, dacă starea bolnavului este gravă din cauza pierderii continue de sânge.

1) *Vaso-constrictive.* Injecțiile subcutanate de *ergotină* se întrebuințează totdeauna în tratamentul hematemezei: sunt însă mai puțin eficace ca în hemoragiile uterine post partum. Ergotina are o acțiune vaso-constrictivă de scurtă durată; hemoragiile uterine se opresc prin comprimarea mecanică a vaselor de către fibrele musculare uterine, puternic contractate sub influența ergotinei. Apoi *Auer* și *Meltzer*¹⁾ au arătat că ergotina stimulează peristaltismul gastro-intestinal, ceiace nu este un avantaj în caz de hemoragie gastrică.

Ca preparat injectabil de seară cornută, vom da preferința ergotinei, *Yvon*: 1 cmc. reprezintă 1 gram de seară cornută; se injectează câte $\frac{1}{2}$ cmc., până la 4 ori pe zi.

Adrenalina, vaso-constrictivul cel mai puternic, are și avantajul de a liniști mișcările stomacului, prin intermediarul

1) *Auer și Meltzer.* American Journal of. Physiologie. T. 17, 906

fibrelor sympatice. Dar acțiunea vaso-constrictivă este fugace; de abia ține câteva minute.

Pe cale gastrică, adrenalina este foarte puțin eficace. Putem recurge la injecțiuni de $\frac{1}{2}$ miligram de adrenalină ($\frac{1}{2}$ cmc. din soluția obișnuită de 1 la 1000) de mai multe ori pe zi, dar fără să ne facem prea mari iluziuni.

2) Medicamentele care măresc coagularea sângelui sunt, alături de repaosul absolut, mai folositoare decât vaso-constrictivele.

În acest cadru intră *chlorurul de calciu*, care se administrează în doză de 3-4 grame pe zi și de preferință în clismă. Acest corp chimic, fiind iritant pentru mucoase, cantitatea precedentă se va dizolva în 300 gr. apă; se împarte în două clisme mici, administrate în cursul zilei.

Perchlorurul de fer, coagulant energetic al albuminei, se poate întrebuința pe cale gastrică în caz de hemoragie persistentă. Se utilizează soluția oficială (26%) după formula următoare:

Apă albuminată 150 gr.

Soluție oficială de perchlorur de fer 1 gr.

Se ia cu lingura la oră.

Perchlorurul de fer a mai fost consiliat de Bourget, în tablete conținând: gelatină, apă, glicerină, aa 100 gr., amestecate la cald cu 50 gr. din soluția oficială indicată; totul se toarnă pe o placă și se desparte în cuburi de 1 cmc. Bolnavii lasă să se topească în gură 4-6 tablete pe zi. Am încercat de mai multe ori acest preparat, pe care bolnavii îl suportă greu, din cauza gustului styptic, intolerabil.

Mai putem accelera coagularea sângelui, mărind *trombokinaza* din sângele circulant.

În acest fel lucrează *soluțiile hipertotonice de chlorur de sodiu* (10 la sută), injectate în cantitate de 2-5 cmc. intra-venos (*Von den Velden*)¹⁾; am avut impresia că rezultatele sunt bune.

Tot prin același mecanism al măririi trombokinazei din sânge, sunt de mare folos în hematemeze, cași în alte hemoragii interne, *injecțiile de proteine*. Vom recurge, după ușurința de procurare, la injecțiuni subcutanate de *ser de*

1) *Von den Velden*. Zeitsch. f. experim. Path, u. Therapie B-d VII, H 1.

cal normal (20 cm. pe zi) și în lipsă, de orice ser terapeutic (antidiferic, antitetanic, etc.); sau la injecții subcutanate de 100—200 cmc. pe zi de o soluție de gelatină (Lance-reaux și Paulescu) în ser fiziologic (2 la 100) perfect sterilizată la 120°, căci gelatina conține des spori tetanici.

În lipsă, recurgem la injecția intra-fesieră de 10 cmc. de lapte sterilizat prin fierbere (mai bine la 120°). În cazurile grave, putem de altfel întrebuința în aceiași zi ser de cal și ser gelatinat.

3) Ca alte mijloace, utilizate contra hemoragiei gastrice, menționez injecțiile subcutanate de *chlorhydrat* sau *sulfat de emetină* (0,02 gr.—0,04 gr. pe zi) care lucrează ca agent hypotensiv.

4) Boas¹⁾ consiliază injecții cu 1—2 centigr. de *pantopon* spre a constipa pe bolnavi și evita reînnoirea hemoragiei. Am văzut însă destui bolnavi la care acest extract de opiu provoacă în injecții vărsături cași morfina, vărsături care trebuiesc evitate în cazurile de hemotemeză. Putem mai bine recurge la supozitorii cu 0,02 gr.—0,04 gr. de *extract thebaic* și 1 centigr. de *belladonă* (extract), care nu provoacă vărsături ca injecțiile.

În fine mulți medici întrebuințează *subnitratul de bismuth* (10—20 gr. pe zi în suspensie în apă), chiar în timpul hemoragiei, în scop de a realiza hemostaza.

Acest tratament este foarte bun în afară de perioada marilor hemoragii; în timpul chiar al perderii de sânge, acțiunea sa este îndoiioasă.

b) În contra lypotimiilor cu puls mic (hypotensiune) accelerat, cu hypotermie, sudori reci, stare care este consecința unei hematemeze mari, recurgem la obișnuitele *analeptice cardiace* (camfor, cafeină) și mai cu seamă la injecțiuni de *ser artificial*. Se introduce până la 1 litru și mai mult de ser pe cale intravenoasă sau subcutanată, având drept călăuză starea pulsului.

Marile hemoragii reprezintă indicația majoră a injecțiilor de ser artificial de care s'a abuzat așa de mult. Pe cât știu, *Profesul Hayem* le-a întrebuințat cel dintăiu în hemoragiile ulcerului, tot dânsul a arătat că au și un rol hemostatic pe lângă acțiunea de ridicare a tensiunii arteriale prea scăzute.

1) Boas. Diagn. u. Ther. d. Mangelkrank, 1920.

B). Tratamentul ulcerului 5—10 zile după hemoragie

Odată ce pierderile mari de sânge s'au oprit, trebuie să lăsăm încă stomacul în repaos absolut spre a favoriza cicatrizarea ulcerului.

În acest scop continuăm *repaosul în pat, pungea cu ghiață* pe epigastru și *suprimarea totală a alimentației* pe cale gastrică. Bolnavii înghit numai bucățele de ghiață și își clătesc gura cu apă.

În această perioadă se încep *clismele alimentare*, 2—4 pe zi, după formulele indicate; iar dacă setea prin deshidratare este intensă facem și *injecții de ser artificial* după consiliile lui *J. Ch. Roux*. Dacă starea bolnavului (puls accelerat, lypotimii) ne face să bănuim că hemoragia nu este complet terminată, este mai bine ca în locul clismelor alimentare obișnuite (până la 4 pe zi), să administrăm o singură clismă pe zi, picătură cu picătură, după metoda lui *Murphy* în peritonite. Pentru aceasta întrebuițăm 1 litru de apă, în care dizolvăm 130 grame de *glycosă* (520 calorii), sau în lipsă zahăr obișnuit; în plus adăugăm și o lingură de *erepton*, amestecul de amino-acizi despre care am vorbit la terapeutica generală, acizi aminați care contribuie mult la menținerea echilibrului azotat. În lipsa ereptonului adăogăm gălbenușuri de ou, după exemplul lui *Roux*.

Soluția se introduce într'un irigator obișnuit, așezat la o mică înălțime deasupra nivelului la care se află bolnavul (pe o masă de noapte); la canula irigatorului se adaptează o sondă *Nélaton* de cauciuc moale (sondă uretrală), care se introduce în rect, cât mai profund. Se regulează scurgerea lichidului călduț fie cu robinetul canulei, fie strângând calibrul sondei cu o sfoară.

Această procedură (clismă unică) este consiliată și de *Rüttimeyer*.

Dieta absolută nu este admisă de *Lenhartz*¹⁾ care alimentează din prima zi după hemoragie; *Boas* o continuă 3 zile; *Einhorn* 5 zile; *J. Ch. Roux* merge până la 10 zile de suprimare a alimentației stomacale. Toți dau statistici favorabile.

1) *Lenhartz*. Deutsche med. Woch. Bd. XXX p. 413, 1904

Din câte am văzut cred că trebuie să menținem dieta absolută cu alimentație rectală timp de 5—10 zile; ne conducem pentru prelungirea dietei, după starea pulsului, starea generală și nervoasă a pacientului. Dieta prelungită contribuie mult la cicatrizarea ulcerului.

De altfel dieta absolută timp de câteva zile este indicată, nu numai după hemoragii dar și în crizele de dureri și vărsături continue, pe care le prezintă unii bolnavi atinși de ulcer cronic.

c) **Tratamentul metodic al ulcerului stomacal.** După dieta absolută, începem tratamentul metodic al ulcerului, variabil după autori.

Regim alimentar. În Franța cași la noi, cei mai mulți medici au rămas partizani ai regimului prelungit de lapte dulce, vechiul regim al lui *Cruveilhier*. Începem cu 200 grame pe zi, continuând clismele alimentare și ajungem repede la 3 litri de lapte în 24 ore, cantitate care acoperă nevoile organismului, în repaos complet.

Unii bolnavi ingeră cu greu așa mult lichid; atunci dăm 2 litri de lapte, smântână și în plus zahăr în lapte. Un asemenea regim, bine suportat de toți bolnavii, scade mult și secreția chlorhydro-peptică, din cauza adaosului de smântână dulce (caimac) și reprezintă o rațiune de întreținere suficientă:

	Albumină	Calorii
2 litri lapte dulce	60 gr.	1300
200-400 gr. smântână dulce	8-16 "	500-1000
100 gr. zahăr	0	400
	<u>68-76 gr.</u>	<u>2200-2700</u>

Regimul de lapte dulce sau de lapte și smântână se continuă cel puțin 20 de zile, timp în care, după experiența mea, ulcerul recent se vindecă de obicei. Dacă persistă dureri sau dacă proba hemoragiilor oculte este încă pozitivă, regimul de lapte se continuă cu persistență.

J. Ch. Roux prescrie regimul de lapte dulce, timp de 6 săptămâni, până la 2 luni. O asemenea procedură este mai prudentă, spre a pune la adăpostul recidivelor. Totuși un regim de lapte prelungit este greu primit de mulți bolnavi.

Cercetările experimentale și clinice expuse la terapia generală justifică pe deplin cura de lapte dulce, în tratamentul metodic al ulcerului gastric; astfel asigurăm re-

paosul relativ al stomacului. Medicii germani, care cel puțin înainte de război găseau că bolnavii români sunt insuficient hrăniți, recurg în cura ulcerului la o alimentație precoce și mixtă.

Regimul *Leube-Ziemssen*, clasic în țările de limbă germană, permite în primele 10 zile, lapte, bulion cu ouă, cu soluție de carne, pesmeți; în a doua decadă, 1 litru de lapte pe zi, bulion, carne tocată, pui; iar de aci încolo fripturi, șuncă, pureuri și chiar vin roșu.

Leube dă cu acest regim o statistică de 424 cazuri, cu 2,4% morți 1,6% nevindecați. Nu ne putem îndoi că *Leube*, observator de prima ordine, a obținut rezultate bune; totuși nu ași îndrăzni să prescriu bolnavilor atinși de ulcer un regim alimentar așa de excitant al secreției gastrice. Fac o singură excepție la cura metodică cu lapte, pentru cazurile foarte rare în care acest aliment inspiră un desgust invincibil.

Cnnosc o bolnavă, D-na J, care de 16 ani face la 2-3 ani recidive de ulcer stomacal, cu dureri atroce și hematemeze care-i pun viața în primejdie; aciditatea gastrică este foarte mare (Aciditate totală = 0,401%; H Cl liber = 0,284%). Această pacientă refuză în mod absolut laptele dulce atât în crize, cât și în perioadele bune. Singurul mod în care îl acceptă, este sub formă de lapte cu griși, tapioca și încă în cantități foarte mici.

În asemenea împrejurări, putem recurge la bulion cu ou, apoi lapte cu griși sau tapioca, în fine la puțină carne tocată sau creier, după schema lui *Leube*. Atragem însă atenția bolnavilor, că un astfel de regim implică riscuri și în special înlesnește recidivele ulcerului; cazul citat vine în sprijinul acestei afirmări.

Agente fizici. Tratatamentul sistematic al ulcerului, după *Leube-Ziemssen*, coprinde patru prescripțiuni capitale: regimul citat, repaosul absolut, aplicațiuni calde pe epigastru și apă de Carlsbad, luată dimineața.

Repausul absolut este într'adevăr util; șederea în pat asigură și repaosul stomacului, favorizând astfel cicatrizarea ulcerului.

Repausul în pat se continuă aproximativ 20 de zile ca și regimul de lapte. Nu se permite o viață mai activă, decât odată cu începerea alimentației mixte și aceasta în funcțiune de convingerea pe care ne-am făcut-o că ulcerul este vindecat.

În cura sistematică germană, *cataplasmele calde* pe epigastru se întrebuintează la toți bolnavii atinși de ulcer. Aceste cataplasme se aplică cât mai fierbinți, aproape până la arderea pielei și se schimbă în cursul zilei, la trei ore; noaptea se înlocuiesc cu comprese Priesnitz. După *Leube*, cataplasmele fierbinți calmează durerea, înlesnesc vindecarea ulcerului și obligă pe bolnavi să stea liniștiți.

La începutul practicii medicale, consiliam și eu în mod sistematic cataplasmele epigastrice, după exemplul lui *Leube*. Am avut însă vre-o trei cazuri, în care am dobândit impresia că aplicațiile epigastrice fierbinți au provocat hematemeze.

Astfel, căpitanul Z, de 42 ani, pe care l-am văzut după notițele mele în 1905, suferea de 8 ani, de dureri stomacale violente, la câteva ore după mese, cu slăbire intensă.

Aciditate totală = 0 gr. 308 la 100; H Cl liber = 0,688 gr. (prin metoda Hayem-Winter, care dă normal 0,044 gr.)

Bănuind ulcerul, din cauza intensității durerilor, am consiliat tratamentul apropiat și în plus cataplasme fierbinți pe epigastru.

După câteva zile, bolnavul a avut o hematemeză formidabilă, urmată de melaena. Diagnosticul nesigur devenise prea evident.

Menționez în treacăt, că după ivirea hemoragiei durerile s'au atenuat mult, fapt de explicație grea, pe care l-am observat și la alți bolnavi.

Este posibil ca în acest caz și în celelalte să nu fi existat vre-o relație dela cauză la efect, între aplicațiile fierbinți și gastroragie și să fi fost vorba de o simplă coincidență. Am renunțat însă complect la cataplasmele fierbinți în cura ulcerului. La aceiași soluție s'a oprit și *Boas* în ediția din 1920 a tratatului său.

De altfel, în timpul curei de lapte, ne putem dispensa de orice aplicație locală.

Medicamentele într'adevăr folositoare în cura sistematică a ulcerului stomacal sunt: subnitratul de bismuth, alcalinele, atropina și excepțional, nitratul de argint.

Subnitratul de bismuth era întrebuintat demult de către *Trousseau* în cura ulcerului; dânsul prescria 2-3 grame într'o porțiune mucilaginoasă înainte de mese.

Kussmaul, apoi *Fleiner* au consiliat subnitratul de bismuth în dosă mare, până la 20 gr. odată, în suspensie în apă și introdus cu sonda; ei considerau acest medicament ca aproape specific în tratamentul ulcerului gastric.

Bismuthul, în dosă mare, reprezintă un pansament local, care proteje suprafața ulcerului în mod mecanic.

Mathes a arătat, pe cale experimentală, că subnitratul de bismuth produce și hypersecreție de mucus, care se amestecă cu medicamentul și proteje în mod eficace suprafața internă a stomacului.

Experiența clinică arată că tratamentul sistematic prin bismuth este într'adevăr util.

Subnitratul de bismuth se prescrie în dosă de 10-20 grame, dimineața pe nemâncate, luată într'un pahar de apă sau în două doze de câte 10 grame, dimineața și la culcare, sau în patru doze a 5 grame, împărțite în cursul zilei.

Aceste din urmă moduri de administrare sunt foarte bune, dar cum este vorba de un medicament foarte scump, ne putem mârghini la 8-10 grame, luate dimineața pe nemâncate.

Sfatul ca bolnavul să se culce după ingestia bismuthului succesiv pe spate, în decubit lateral, apoi abdominal, nu este esențial, căci mișcările stomacului repartizează substanța pe toată mucoasa gastrică. Maestrul meu *d. dr. G. Lion* a consiliat carbonatul de bismuth, spre a evita accidente toxice, posibile cu subnitratul de bismuth; dar cu doze de 10-20 gr. pe zi din această din urmă substanță. n'am avut niciodată neplăceri.

Cura de bismuth se continuă cași regimul de lapte, cel puțin 20 de zile, o prescriem și mai mult timp, dacă persistă dureri sau hemoragii oculte.

Alcalinele sunt de asemenea utile în cura sistematică a ulcerului; cele mai multe cazuri fiind însoțite de hyperchlorhidrie, alcalinele favorizează cicatrizarea prin acțiunea lor neutralizantă și inhibitoare, asupra secreției gastrice.

Vom recurge la formula de *prafuri de saturație*, pe care am dat-o la tratamentul gastritei acide; bolnavii iau 3-6 lingurițe pe zi, în lapte, după cum au dureri sau nu. Magnezia calcinată pe lângă acțiunea ei neutralizantă, modifică și constipația, symptom vagatonic așa de frequent în ulcer.

Kelling nu recurge la bicarbonat de sodiu în tratamentul ulcerului pyloric, de teama excitației secretorii secundare. Totuși cu prafurile de saturație indicate, nu mă

tem de această eventualitate și în numeroase cazuri de ulcer nu am văzut decât rezultate bune.

Calmantele durerii se vor întrebuința rar în ulcer; accidentele dureroase cedează prin întregul tratament.

În mod cu totul excepțional și tranzitoriu (dureri atroce), vom recurge la *supositorii de morfină și belladonă* după formula indicată.

Atropina se poate consilia și ca tratament sistematic, mai cu seamă în ulcerele însoțite de hipersecreție mare. Dăm 1 miligram de atropină pe zi, în picături sau în două injecții subcutanate, conform prescripției din capitolul de terapie generală.

Nitratul de argint; întrebuințat des în terapeuica veche pe când alcalinele nu erau uzitate, a fost consiliat de *Gerhardt* în tratamentul ulcerului stomacal.

Rezervăm acest tratament pentru cazurile învechite de ulcer care n'au cedat tratamentului metodic pe care l-am expus. Cași *Boas*, am constatat de obicei rezultate bune.

Acest autor consilia mai demult de 3 ori pe zi o lingură în apă distilată dintr'o soluție progresiv mai concentrată :

0,25 gr. de nitrat de argint la 120 apă distilată	1	sticlă
0,30 " " " " " " " " " "	2	sticle
0,40 " " " " " " " " " "	1-2	"

Tratamentul nu se poate continua prea mult din cauza pigmentației negre (argyrism) posibile a tegumentelor.

D). **Tratamentul după vindecarea ulcerului.**— Trebuie ca bolnavii să fie pătrunși de adevărul că cine a avut un ulcer, poate prezenta recidive la intervale variabile.

Propoziția este mai cu seamă exactă pentru cazurile în care, după vindecarea ulcerului gastric, persistă o hiperchlorhidrie notabilă.

Cine a avut ulcer stomacal trebuie să continue un regim mixt, care să excite cât mai puțin secreția chlorhidropeptică.

Acest regim cu mult lapte dulce, grăsimi de digestie ușoară; carne puțină fiartă, după ce au dispărut arsurile gastrice. amylacee puține; fără alcool, pe care-l vom formula la tratamentul hiperchlorhidriei, trebuie urmat indefinit; altfel recidivele sunt totdeauna posibile.

Nici chiar extirparea ulcerului nu pune la adăpost de revenirea boalei ; căci hyperchlorhydria și alți factori care ne scapă persistă și după intervenția chirurgicală.

Am văzut între altele un bolnav, d. G., căruia i s'a practicat excluzia pylorică și gastro-entorostomia pentru ulcer pyloric. După vre-o doi ani dela intervenție, au revenit dureri și hematemeze ; în acel interval nu mai urmasese nici un regim.

Pe lângă regimul alimentar, bolnavii vindecați de ulcer vor continua încă 1—2 luni, prafurile de saturație $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese, iar în urmă numai în cazul de turbări stomacale.

Dacă apar dureri mici sau arsuri persistente, consiliem din nou o cură de lapte, repaus și bismuth, timp de 20 zile. Unii medici repetă această cură din 6 în 6 luni, timp de 3 ani cel puțin, chiar în lipsa oricărui simptom.

Nu ne putem înconjura niciodată de garanții prea multe într'o boală cu recidive așa frecvente ca ulcerul.

Ape minerale. Odată ulcerul stomacal vindecat, mulți bolnavi pun chestiunea dacă o cură balneară n'ar fi necesară spre a consolida vindecarea.

A priori nu s'ar putea vedea nici un neajuns ca asemenea bolnavi să facă o cură alcalină la izvor. Bazat pe opiniile curente am trimes și eu în vremuri pacienți, dintre care unul vindecat și altul suspect de ulcer, în stațiuni balneare străine absolut indicate. Ambii au avut după câteva zile de cură alcalină termală hematemeze abondante. Este posibil ca termalitatea ridicată a apelor să fi produs gastroragii ; fapt este că de atunci nu mai sunt tentat să trimet în stațiuni balneare cu ape calde bolnavi vindecați sau suspecti de ulcer. Apele minerale pot fi consiliate în schimb la domiciliul bolnavilor sub control medical. Putem autoriza după vindecarea ulcerului câte o cură de 20 zile, 1—2 ori pe an cu ape alcaline ușor încălzite sau mai bine cu ape cloruro-sodice alcaline de tipul Slănic No. 3 sau 1 bis, în doză de 200 grame, dimineața și înaintea mesei de seară.

D. dr. Băltăceanu a cărui lucrare am citat-o, a observat cu Slănicul No. 3 întrebuințat în spital, dispariția durerilor, dispariția lichidului residual, scăderea hyperchlorhydriei, chiar în cazuri de ulcer incomplet vindecate prin tratamentul de bismuth.

Tratamentul chirurgical al ulcerului rotund și al complicațiilor sale.—Ulcerul gastric se vindecă de cele mai multe ori prin tratamentul medical.

Sunt însă și cazuri în care intervenția chirurgicală se impune.

1) *Ulcerale cronice*, care nu cedează la 2—3 tratamente medicale sistematice, sunt de obicei ulcere ca-loase, adică foarte suspecte de neoplasm.

În asemenea condițiuni, intervenția chirurgicală este indicată și trebuie să cuprindă pe lângă gastro entorostomie, dacă ulcerul este pyloric, și excizia leziunii. În timpurile din urmă, chirurgii distrug ulcerale greu de escisat (ca cele după mica curbătură) cu termocauterul.

Înainte de a interveni într'un caz de ulcer cronic este prudent să instituim și *un tratament antisifilitic de încercare*.

2) *Hemoragiile mici repetate*, cari pun viața în primejdie prin repetiția lor, constituie de asemenea o indicație pentru intervenția chirurgicală; de multe ori simpla gastro-enterostomie este suficientă.

În hemoragiile mari tratamentul medical este superior; intervenția chirurgicală în timpul pierderii de sânge dă o mortalitate operatorie de 63 % (discuția societății de chirurgie din Paris). Expectația dă 80% succese.

3) *Perforația ulcerului* în peritoneu constituie o indicație operatorie absolută, tot astfel și *abcesul subfrenic* consecutiv.

4) În *perigastrite* intervenția se practică numai dacă avem un diagnostic sigur (radioscopie, turburări de motilitate, indurație palpabilă mai cu samă).

5) *Stomacul bilocular* necesită gastro-anastomosa și gastro-enterostomia. Nu trebuie să ne încredem însă numai în radioscopie spre a consilia intervenția, căci putem avea neplăceri. Într'adevăr spasmul mediogastric este mai frequent decât se crede (*Loeper, Harvier*).

6) *Stenoza pylorică* strânsă comandă intervenția chirurgicală. Asupra acestui punct vom reveni la therapeutica stricturii pylorice

Rezumatul tratamentului.

În contra hemoragiei: *repaos absolut, pungă cu gheață pe epigastru, dietă absolută (numai bucățele de gheață)*

Medicamente : a) *Vaso-constrictive* (ergotină, adrenalină) puțin eficace.

b) *Substanțe care măresc coagularea sângelui* : clorurul de calciu (în clismă); perchlorurul de fer cu apă albuminată (per os).

Injecții intra-venoase de soluție hipertonică de clorur de sodiu. Injecții subcutanate de proteine : ser de cal, ser gelatinat, lapte sterilizat (intra-muscular.)

În contra colapsului : ser artificial, analeptice cardiace (camfor, cafeină.)

Tratamentul 5—10 zile după hemoragie : repaus în pat ; pungă cu gheață ; dietă absolută (bucățele de gheață).

Clisme alimentare. La nevoie ser artificial.

Tratamentul metodic al ulcerului : regim alimentar : lapte dulce sau lapte și smântână

Repaus în pat.

Medicamente : subnitrat de bismuth ; prafuri de saturatie ; atropină. Nitrat de argint (în cazuri cronice, rebele).

Tratamentul după vindecarea ulcerului : regim mixt care să nu excite secreția gastrică. *Cură de lapte și bismuth* de 2 ori pe an, timp de câțiva ani ; *alcaline* după nevoie.

Terapeutica syphilisului gastric

Localizările syphilitice terțiare sunt destul de dese la nivelul stomacului. Diagnosticul fiind însă greu, aceste determinări dau loc adeseori la interpretări greșite.

Profesul Hayem ¹⁾ spune că are ocazie să vadă 4—5 cazuri pe an.

Substrat anatomic. Gomele ²⁾ din tunicile gastrice de obicei multiple adeseori ulcerate, sunt asociate cași în alte organe cu reacție conjunctivă. Retracțiile fibroase pot da mari deformațiuni ale stomacului.

Alteori se produce o hiperplazie fibroasă difuză (Albu) ³⁾ cu micșorarea de volum a stomacului, întocmai ca în linita squiroasă

Simptome. Goma ulcerată se poate traduce prin hematemeze.

1) *Hayem et Lion.* loc. cit.

2) *Pater.* Sur la syphilis de l'estomac. Thèse de Paris 1907. *Kurzenne.* Th. de Paris. 1920.

3) *Albu.* Spez. Path. u. Th. Kraus u. Brugsch V B-3, 1915

Am văzut un asemenea caz la un general, pe care l-am examinat cu d-nii medici coloniei Bărbulescu și Panaitescu. În urma pierderii mari de sânge, ne-am gândit la posibilitatea unei localizări specifice stomacale, de oarece pacientul avea antecedente de asemenea natură. Examenul radioscopic a arătat o deformare medio-gastrică notabilă.

Tratamentul specific a modificat complet imaginea radioscopică.

Chiar în lipsă de hematemeze, turburările stomacale cu deformare medio-gastrică cu stare generală bună sunt suspecte de syphilis.

O tumoare bine circumscrisă cu stare generală relativ bună este suspectă după *Bard* ¹⁾ ca fiind de natură sifilitică. *Hausmann* ²⁾, care a insistat asupra frecvenței sifilisului gastric dă ca semn de probabilitate, în favoarea acestei infecțiuni, simptomele de ulcer gastric cu achylie: turburarea secretorie este datorită după *Knud Faber* ³⁾ coexistenței unei gastrite sifilitice difuze.

D. Prof. Hașeganu ⁴⁾ a observat la intervale scurte câteva cazuri de sifilis gastric, cu proba terapeutică pozitivă; semnele clinice mai caracteristice erau: achylia gastrică, stomacul mic la examenul radioscopic.

Am prezentat la curs, acum câteva luni, un bolnav Gh. C. de 35 ani cu dureri stomacale violente, iradiate în spate, datând de 6 luni, cu vărsături. Pare să fi avut melaena. La intrare: puțin slăbit, fațes destul de colorat. Stază gastrică prin stenoză pylorică, verificată cu sonda și prin radioscopie. Masa de probă dă: aciditate totală 0,0.0 gr. la 100: HCl liber=0. Proba firului pozitivă, arată mai multe pete de sânge între 0,50 m – 0,57 m dela arcadentară; deci ulcere multiple pe mica curbătură și pylor Bolnavul a avut sifilis în timpul armatei. Reacția Wasserman pozitivă. Se fac injecții intravenoase cu 0,02 gr. de cianur de mercur la 2 zile. Pacientul, foarte puțin docil, nu urmează regimul alimentar. Totuși după câteva injecții durerile și vărsăturile au dispărut complet; HCl liber a reapărut în sucul gastric; persista puțină stază la eșirea din spital, cerută cu insistență de bolnav ca să poată mânca după voie.

Toate aceste fapte ne arată că sifilisul gastric este mai des decât se crede.

Am insistat mai mult decât trebuia asupra simptomatologiei, spre a atrage atențiunea practicianilor asupra acestei determinări specifice.

Tratament. Terapeutică specifică, acolo unde este posibilă, se apropie de rigoarea formulii, pe care *Trousseau* o considera cu drept cuvânt ca imposibilă în medicină. Syphilisul gastric se va trata în primul rând cu remediile specifice: *neosalvarsan* în doză progresivă la săptă-

1) *Bard*. Archives des maladies de l'app. digestif. 1919.

2) *Hausmann*. In *Albu*, loc. cit.

3) *Knud Faber*. loc. cit.

4) *Hașeganu*. Clujul medical. 1920.

mână (6 Injecțiuni); între ele 2 injecții pe săptămână (12 în total) cu o sare mercurială solubilă (0,02 gr. de cyanur, intra venos; sau 0,2 gr. de biiodur intraf essier) |După o pauză variabilă se renetă la nevoie tratamentul. În pauză se recurge la *ioduri alcaline* pe cale gastrică sau intra-venoasă. Ca *tratament ajutător* vom institui până la vindecarea ulceratiilor, când ele există, un regim de repaos relativ al stomacului (regim de lapte); vom recurge la *subnitratul de bismuth*, spre a protege mucoasa gastrică lezată.

Dacă există achylie gastrică, stabilită prin analiza sucului gastric, alcalinele, atropina nu sunt indicate.

Tratamentul cancerului stomacal

În starea actuală a lucrurilor, terapeutică tumorilor maligne ale stomacului nu ne procură satisfacții. Marea problemă a vindecării cancerului își așteaptă încă soluția cu toate eforturile cercetătorilor.

Etiologie. Cancerul stomacal vine ca frecvență imediat după cancerul uterin

Cauzele reale ale tumorilor maligne fiind imperfect cunoscute nu putem deduce indicații cauzale în tratamentul cancerului stomacal.

Nu vom insista asupra *anatomiei patologice* decât spre a pune în evidență faptul care rezultă din cercetările lui *Borman* că proliferarea epitelială atipică își are de obicei punctul de plecare în regiunea pylorică, chiar atunci când macroscopic, tumoarea nu este prea apropiată de această regiune. Constatarea este importantă din punctul de vedere al terapiei chirurgicale.

Simptomele cancerului stomacal înaintat sunt destul de caracteristice.

Dar în materie de neoplasm gastric chestiunea capitală este stabilirea unui *diagnostic* precoce, care să permită intervenția chirurgicală în bune condițiuni.

Din nenorocire acest diagnostic precoce nu este ușor.

Examenul cu razele Röntgen dă imaginea radioscopică dințată și turburări ale motilității în cazuri de tumori relativ înaintate, nu însă în cele absolut incipiente.

Invers, asemenea imagini au fost semnalate fără ca la microscop sau operație să fi existat neoplasm. De unde sfatul lui *Kuttner* de a nu opera numai în urma examenului radioscopic.

Apepsia înconstantă de altfel nu este numai apanagiul cancerului, iar acidul lactic în cantitate notabilă și bacilii lui *Boas-Oppler*, tipesc în neoplasmul fără stază gastrică (*Kuttner*)¹⁾ Proba hemoragiilor oculte în fecale are valoare în sensul unui neoplasm, când este pozitivă în mod constant (*J. Ch. Roux*), dar aceasta presupune tumoare ui-

1) *Kuttner*. loc. cit.

cerată, ceiace nu se întâmplă totdeauna în perioadele inițiale. Pentru aceeași motive proba firului a lui *Einhorn* nu este prea importantă în neoplasmul incipient.

Boas dă o statistică din care rezultă că hemoragiile oculte există în 85% din cazurile de cancer stomacal; dacă am considera însă în mod izolat numai formele incipiente, de sigur că această cifră ar fi mai joasă. Pe de altă parte, gastritele anacide prezintă hemoragii oculte de altfel destul de rar.

Alături de chimismul stomacal, examenul radiosopic, căutarea hemoragiilor oculte, vom face în cazurile grele și alte cercetări ca proba albuminei a lui *Salomon*, proba glycytryptophanului a lui *Neubauer* și *Escher*, proba hemolysinelor (*Grafe* și *Röhmer*), toate trei practicate asupra conținutului stomacal și nici una de valoare absolută.

De asemenea vom face cercetări hematologice și în special numărătoarea globulelor albe, de oarece diminuția numărului de globule roșii și a valorii globulare precum și o leucocytosă neutrofilă pledează pentru cancer (*Hayem*).

De-pre reacția lui *Abderhalden*, care permitea mari speranțe, nu se mai vorbește.

Modificarea indicelui *antitryptic* al serului, predominanța globulinei asupra serinei în sânge, semnalată de curând de *Loeper*¹⁾, își pierd din valoare—de oarece se constată în formele mai înaintate.

Cu toate examenele cele mai minuțioase putem totuși trece alături de adevăratul diagnostic în 15—20 la 100 din cazurile de cancer stomacal în primele stadii ale dezvoltării sale.

De obicei lucrurile se petrec astfel: un individ mai în vârstă slăbește, pofta de mâncare scade, cercetările indicate sunt negative sau dubioase. Ce vom face în asemenea împrejurări?

După cum spune foarte bine și *J. Ch. Roux*, nu putem consilia laparotomia exploratrice oricărui bolnav în vârstă, care acuză turburări stomacale; este necesar să avem un semn mai precis. Dar, după cum m'am putut convinge în mai multe cazuri, așteptarea unui asemenea semn are drept rezultat că în momentul intervenției cancerul este inoperabil. *Roux* (din Laussane)²⁾ a emis acest aforism, că „pentru canceroșii de stomac, trebuie să ne hotărâm să renunțăm definitiv la diagnostic sau la operație.”

Această propoziție formulată demult este încă adevărată și astăzi pentru un oarecare număr de cazuri.

1) *Loeper, Forestier, Tonnet*. Presse médicale No. 34, 1921, p. 333.

2) *Roux* (din Laussane), citat de *J. Ch. Roux*.

Terapeutică.

Tratamentul specific al cancerului nu există în prezent. Încercările făcute cu un ser anticanceros, preparat după tehnica obișnuită a serurilor cytolytice, nu a dat nimic evident nici în cancerul experimental la șoareci, nici la om.

Cercetările lui *Ehrlich* și *Apolant* au arătat că șoarecii injectați cu tumori atenuate după procedeele bacteriologiei, devin refractari inoculării de cancer, care dă sigur tumoare șoarecilor martori. Aplicațiunile acestui procedeu de vaccinare sunt grele la om și de altfel nesigure.

Tratament cauzal. Bazat pe faptul de mult cunoscut că o infecție intercurentă modifică în bine evoluția cancerului, *Bier* a întrebuințat un mijloc nevinovat de a produce febră, injectând sângele unei specii străine

Astfel 10—20 cmc. sânge de porc au produs tendință la necroza tumoarei și la proliferare conjunctivă.

Asemenea încercări de tratament cu hetero albumine, pe care azi le așezăm în cadrul *proteinoterapiei*, sunt fără pericol și ar trebui repetate la bolnavii atinși de cancer stomacal inoperabil. Totuși încercările recente de *hemoclasie* în neoplasme, făcute de către *Widal*¹⁾, nu au dat nici un rezultat evident.

Același lucru se poate spune și despre injecțiile subcutanate sau intravenoase de *selenium* coloidal.

Tratamentul neoplasmului stomacal inoperabil cu *razele Röntgen (radioterapie)* pe cale transcutanată sau cu *radium (curieterapie sau radiumterapie)*, introdus temporar cu sonda în stomac (săruri de radium sau emanație) a dat uneori opriri în mersul tumoarei, alteleori o exagerare a proliferării

În general am observat o lungire a evoluției cancerului stomacal prin radioterapie, o activare prin radiumterapie, dar nici o vindecare.

Este probabil că o ameliorare a tehnicii va da rezultate mai bune în epiteliomele viscerale decât cele observate până acum. Astfel *Boas*²⁾ dă un caz de vindecare al unui neoplasm stomacal prin radioterapia profundă.

1) *Widal, Abrami et Brissaud*. Serie de articole în *Presse médicale*, 1^o: 0 1921.

2) *Boas*. *Diagnostik u. Therapie, d. Magenkrank.* Leipzig, 1920, p. 503.

Intervenția chirurgicală rămâne, în starea actuală a lucrurilor, singurul tratament mai radical al neoplasmului gastric, intervenție strâns legată, după cum am spus, de un diagnostic precoce.

Rezecția tumorii trebuie să fie largă, de aceea mortalitatea operatorie este destul de mare, peste 20 la 100 în general.

Dintre bolnavii operați cu succes 30¹⁾ la 100 erau încă în viață după 3 ani. În general însă recidivele sunt foarte frecvente.

Evident că nici tratamentul chirurgical nu este idealul terapeutic, mortalitatea operatorie fiind notabilă; apoi intervenția nu pune în mod sigur la adăpostul recidivei. Totuși alt tratament mai bun nu avem.

Tratamentul medical este bineînțeles numai paliativ în cazul de față, iar rolul medicului îndestul de umilit și de greu, căci în general cancerozii nu sunt bolnavi prea optimiști.

Dietetica va cuprinde alimente de digestie ușoară, în stare lichidă sau semi-lichidă: supe cu adaose, pureuri, puțină carne mic tăiată, lapte cu adaose, marmelade.

Dacă acest regim provoacă dureri și vărsături mai accentuate, suntem reduși la dieta de lapte simplu sau fermentat (iaurt, lapte bătut, Kefir).

*Houlbert*²⁾ abservând, cași alți autori, oprirea diviziunilor celulare la animalele în creștere, supuse unui regim de carență, a emis în treacăt ideia că o alimentație fără vitamine ar putea influența și diviziunea celulelor neoplazice. De sigur că s'ar putea încerca un asemenea regim (lapte sterilizat, făină de cereale decorticate) la neoplazici; rezultatul însă este dubios.

Spălăturile stomacale se vor întrebuința în caz de stază mare; la bolnavii slăbiți ne putem mărgini la exprimarea stomacului, introducând sonda și spunând pacientului să tușească.

Medicamente. Injecțiile de *cacodylat de sodiu* (0,05 gr.—0,10 gr. pe zi) se pot întrebuința ca medicație tonică. De asemenea și injecțiile de *chinină* consiliate de mult în cancerul inoperabil și întrebuințate din nou de *Castaigne*.

1) *Kuttner*. Therapie des Gegenn. No. 1, p. 11, 1911.

2) *Houlbert*. Paris Médical, 13 Dec. 1919.

Chinina micșorează activitatea protoplasmei în general; u-
zul acestei substanțe este logic în tumori.

În contra *inapetenței* și a celorlalte turburări cauzate
de apepsia canceroasă, vom recurge la una din formulele
de *tincturi amare* cu sau fără *condurango*, indicate anter-
rior; apoi la fermenți digestivi.

Spre a combate *durerea*, vom prescrie *novocaina* în
picături; preparațiile de *opium* pe cale gastrică, dacă nu
există st ză sau *morfină*, administrată *largo manu* pe cale
de supozitorii sau injecțiuni subcutanate.

Observația ne arată că în materie de *morfină*, trebuie
să îndoim dozele aproape zilnic, spre a ajunge la calmarea
permanentă a durerii. Am văzut neoplasmici care au ajuns
la 2—3 grame de chlorhidrat de morfină pe zi, când doza
mortală la individul neobișnuit este de 0.06 gr. Asemenea
doze enorme nu produceau bolnavului nici măcar somno-
lență; în schimb durerea era suprimată complet.

Terapeutică stenozei pylorului

Etiologie. Stenoza pylorică nu este o entitate morbidă, ci un
syndrom datorit unui obstacol pyloric de origină variabilă.

Cauzele cele mai frecvente de stenoză intrinsecă sunt ulcerul cu
cicatrice pylorică vicioasă și cancerul pyloric.

Într'un oarecare număr de cazuri (mai multe decât se crede) este
vorba de leziuni sclero-gomose de siphilis.

Stenoza extrinsecă se vede mai des în cholecystitele calculoase
cu inflamații de vecinătate și aderențe. Stenoza pylorică spasmodică,
rar nervoasă, însoțește adeseori ulcerul pyloric în evoluție.

În privința *substratului anatomic patologic* voi reaminti numai
că stenoza poate fi largă cu toate intermediarele până la strictura ex-
tremă a orificiului. În cazurile accentuate se produce o retro-dilatație
a stomacului cu o fază de hipertrofie a musculaturei; apoi stomacul
forțat (am putea zice în asystolie) enorm se coboară până în basin și
conține mai mulți litri de lichid residual cu resturi alimentare

Symptomele care fac pe bolnavi să consulte sunt *dureri* (lipsește
când stomacul este complet forțat), *vărsături* cu resturi alimentare
vechi; *slăbire* cu stare generală variabilă după natura stenozei.

Insist supra faptului că *vărsăturile* pot lipsi; *Prof. Buiciu* a
publicat mai demult un asemenea caz. Lipsa *vărsăturilor* se vede în
stenozele relativ largi.

Semnele fizice importante sunt *ondulațiile peristaltice* la nivelul
epigastrului sau *contractiile în masă* ale stomacului ca un glob uterin,
semne care pot lipsi; *sgomot hidroaeric* intens când zguduim bolnavul
culcat (stomac mare cu stară); *resturi alimentare* și *lichid rezidual*,
constatate cu sonda dimineața pe nemâncate.

În unele *stenoze largi, fără vărsături, chiar durerile pot lipsi și*

sunt înlocuite, după cum am văzut în mai multe cazuri, printr'o senzație de *greutate epigastrică* nesuferită așa cum se vede în atonia stomacală sau într'unele *dyspepsii* nervoase cu funcțiune motrice bună. Dacă în plus bolnavii prezintă și alte semne din partea sistemului nervos, trecem lesne alături de diagnosticul de stenoză pylorică și punem eticheta de gastro-nervosă. Un semn diferențial de oarecare valoare și care trebuie să atragă atenția spre stenoză este *greutatea epigastrică tartivă*, care se manifestă la maximum 3-4 ore după mese, uneori și mai târziu, fiind până la evacuarea stomacului.

În *dispepsia* nervoasă sau în atonia gastrică, sau chiar în gastritele anacide, senzația de greutate epigastrică este precoce.

În plus în aceste stenoză largi, impropriu numite insuficiențe motrice de gradul I-ii de către autori germani, stomacul poate să fie gol dimineața pe nemâncate, evaporându-și conținutul în 12 ore. Dacă însă facem o spălătură de stomac 8 ore după ingestia mesei de probă a lui *Leube* (un taler de supă, o friptură, o franzelă, apă) și constatăm resturi alimentare abondente (puține nu au valoare), putem aproape afirma stenoză. Urmărind bolnavul, vom elimina atonia stomacală pură.

Examenul radioscopic arătând, după 6 ore dela ingerare, prezența în stomac a mai mult de jumătate din prânzul bismutat, confirmă diagnosticul de stenoză pylorică (*Haudeck*). Dar un practician poate foarte bine stabili diagnosticul și cu sonda.

Natura stenozei se determină prin examenul complet, care ne permite de obicei să stabilim cauza obstacolului.

Diagnosticul diferențial între stenoză cicatricială prin ulcer vindecat și stenoză spasmodică prin ulcer în evoluție se face mai cu seamă prin cercetarea hemoragiilor oculte în fecale. Injecția de atropină în timpul examenului radioscopic, făcând să cedeze spasmul pyloric (*Spiro, Haudeck*), ar constitui o bună probă în favoarea stenozei spasmodice. Nu pot subscrie fără rezerva la această părere; proba atropinei negativă m'a făcut să trec alături de adevăr în stenoză spasmodice pylorice și oesofagiene.

Terapeutică

Tratamentul stenozei pylorice este medico-chirurgical; operatorii afirmă că e numai chirurgical, lucru care nu este exact decât în parte.

Tratamentul medical.

Tratamentul stenozei spasmodice ne va ocupa în primul rând; vom avea în vedere stenozele spasmodice prin ulcer pyloric în evoluție. Terapeutică cazurilor de spasm pur nervos se va studia la capitolul gastro-nervoselor.

În cazurile de ulcer pyloric plus spasm, care se traduce prin sindromul complet al stenozei cu hipermotilitate gastrică și ondulații peristaltice violente, *Mathieu* și *Roux*

consiliau spălături de stomac dimineața. În urmă dâșii administrau tot cu sonda 500 gr. lapte cu 1 lingură de praf de carne; în restul zilei lapte.

În cele mai multe cazuri pe care le-am văzut, spălăturile de stomac n'au fost necesare.

Instituiam cura sistematică a ulcerului stomacal, după cum am expus-o mai înainte; prescriem câteva zile de *dietă absolută și clisme alimentare* spre a pune stomacul în repaos complet. Apoi dăm *regim de lapte, bismuthul dimineața, prafuri de saturație fără belladonă* în cursul zilei, toate continuate până la dispariția fenomenelor clinice și a hemoragiilor oculute. În plus putem recurge la injecții subcutanate de *sulfat de atropină* (1', miligram dimineața și seara): la rigoare și supozitorii cu 0,03 gr. (trei cetigrame) de *papaverină*.

Cu vindecarea ulcerului pyloric, dispar și fenomenele de stenoză spasmodică, adeseori; dar vindecarea anatomică poate fi urmată și de o stenoză cicatricială, pe care de altfel nu stă în puterea noastră să o prevenim.

Posed multe observațiuni de stenoză pylorică spasmodică, vindecată complet prin tratamentul medical.

Citez printre altele observația bolnavului I. R. în etate de 36 ani, agent sanitar, îngrijit în spitalul Filantropia în 1915 și pe care l-am prezentat la curs. Acest bolnav avea dureri tardive violente, vărsături alimentare (niciodată hematemeză); ondulații peristaltice intense; 400-500 gr. de lichid residual dimineața pe nemâncate și cea mai mare hyperchlorhidrie pe care am văzut-o:

Lichid residual	Masă de probă (după spălături)
A=0,690 la 100	0,605
H=0,667	0,511

După 20 zile de repaus, regim de lapte, cură sistematică de ulcer, durerile, ondulațiile, staza gastrică au dispărut complet.

Această istorie clinică și altele arată că nu toate stenozele spasmodice prin ulcer pyloric în evoluție, sunt de resortul chirurgiei.

Tratamentul medical al stenozei organice

Vom insista mai cu seamă asupra stenozei pylorice de bună natură, așa cum se vede de obicei în urma unui ulcer cicatrizat în mod vițios

Regim alimentar. Principiile generale ale dieteticei

în stenozele pylorului sunt: alimente de digestibilitate ușoară, subț un volum cât mai redus.

În plus trebuie să ținem socoteală și de chimismul gastric. Cum în stenozele cicatriciale prin ulcer întâlnim de obicei excitație secretorie, vom prescrie un regim alimentar analog celui din gastritele acide sau din hyperchlorhidrie: lapte, ouă, puțină carne fiartă, făinoase puțin de preferință cu lapte; puțină marmeladă de fructe.

Iată o schemă a unui asemenea regim:

Dimineața: circa 200 gr. lapte cu ceai, cafea sau cacao;
— pâine prăjită;
— unt sau smântână.

10 a. m. }
4 p. m. } 200 grame lapte dulce
la culcare }

La 12 și 7 seara: 1 ou;

- carne fiartă, mic tăiată și bine amestecată;
- lapte cu griși, orez sau păsat de cartofi cu lapte;
- puțină marmeladă sau zeamă de compot;
- pâine prăjită;
- băutură la mese: puțină apă.

Bulionul de carne fiind excito-secretoriu nu se va consilia în stenozele cu hyperchlorhidrie; de asemenea nici vinul autorizat de unii medici. Carnea se suprimă complet, dacă există arsuri intense.

Cohnheim a consiliat, după cum am spus, *oleul de olive* sau migdale în cura ulcerului; l-a prescris de asemenea și în stenoze. Oricât ar fi de rațională această administrare, experiența mi-a arătat că bolnavi cu stenoză pylorică, suportă greu acest aliment medicament; în special se exagerează vărsăturile.

Pe lângă alimentația indicată vom prescrie bolnavilor slăbiți, pe care voim să-i preparăm în vederea unei operații, și *clisme alimentare* care pot fi de mare folos.

În *stenozele de natură neoplazică*, întregul tratament fiind paliativ și de ordine psihică, regimul alimentar poate să fie mai puțin sever. Asemenea stenoze fiind însoțite în general de apepsie, vom da bulion de carne cu adaose, lapte fermentat, carne puțină, vin; în perioadele rele, numai lapte.

Agenți fizici. Masagiul, aplicațiile electrice transcutanate sau intra-stomacale nu sunt de nici un folos real.

Spălăturile stomacale din contră au o importanță capitală în tratamentul stenozei pylorice.

Am dat toate indicațiile necesare, relative la tehnica spălăturilor în capitolul de terapie generală.

Repet și aici că spălăturile de stomac se pot face numai odată în 24 ore sau la două zile și că este mai bine să le practicăm dimineața pe nemâncate.

Această mică intervenție medicală așa de simplă are adeseori o acțiune surprinzătoare în stenozele largi de bună natură și chiar în unele stricturi pylorice strânse cu resturi alimentare abondente, dimineața pe nemâncate. După o serie de vre-o zece spălături, toate fenomenele subiective dispar, bolnavii încep să-și mărească greutatea și nici sonda nu mai indică stază stomacală notabilă.

Este probabil că această acțiune a spălăturilor, consistă în modificarea atoniei stomacale care însoțește la un moment dat stenoza pylorului; altfel nu se explică cum bolnavii se mențin bine încă luni de zile, uneori, după suprimarea acestor spălături.

Bine-înțeles nu putem generaliza în mod imprudent; sunt destui bolnavi atinși de stenoză pylorică de bună natură, care tratați cu spălături nu se ameliorează simțitor și care trebuiesc neaparat operați. Cunosc însă o serie de bolnavi cu stenoză pylorică evidentă, care se mențin bine de 10—15 ani, urmând un regim îngrijit și recurgând la spălături stomacale la intervale mari de câteva luni.

Prof. Hayem ¹⁾ care era foarte intervenționist în trecut a observat de asemenea că, în unele stenoze pylorice, spălăturile de stomac permit bolnavilor să se menție în stare bună o viață întreagă; dânsul adaogă că „supune această observație meditației chirurgilor.”

În *stenozele neoplazice*, spălăturile ușurează puțin suferințele bolnavilor și pot fi înlocuite la cei slăbiți cu simpla exprimare a stomacului prin sondă, consiliată de *Boas* și despre care am mai vorbit.

Medicamente. În stenozele pylorice de orice natură, trebuie să ne ferim de a administra pe cale gastrică medicamente toxice sau prea active; aceasta pentru rațiuni lesne de înțeles.

Vom putea prescrie în stenozele însoțite de hyper-

1) Hayem. Archives des malad. de l'app. dig. p. 659, 1908.

chlorhydrie, *magnesia calcinată*; la nevoe *atropină* în injecțiuni, *papaverină* în supozitorii, după cum am spus la stenoza spasmodică

Când este vorba de *obstacol neoplasic*, vom consilia cu succes mediocr, *tincturile amare*, *fermenți digestivi* asociați cu *acid chlorhidric*, *morfina* în doze progresive pe cale rectală sau subcutanată.

Terapeutică chirurgicală.

Stenozele pylorice de bună natură necesită intervenția chirurgicală, dacă în urma tratamentului medical arătat, bolnavul continuă să sufere și să piardă din greutate.

În practică vom sfătui pe bolnavi să se cântărească la 8 zile și dacă cei foarte slăbiți nu câștigă în greutate, dacă cei în stare relativ bună continuă să slăbească, intervenția chirurgicală se impune.

Operația consistă de obicei în *gastro-enterostomie*; statisticele operatorii sunt excelente dacă bolnavii nu sunt prea slăbiți.

Ori de câte ori intervenția arată un ulcer callos, deci foarte suspect de neoplasm, resecția pylorului este indicată. Fapt curios și de explicație grea după *Haberer*¹⁾ (Innsbruck), resecția pylorului, practică în 663 cazuri, nu s'a însoțit niciodată de ulcer peptic al jejunului.

Din contra, exclusia unilaterală a pylorului i-a dat această complicație gravă de 14 ori în 71 cazuri (20 la sută); în fine gastro-enterostomia simplă nu s'a întovărășit de ulcer peptic post operator decât de 3 ori în 265 cazuri (1—2 la 100).

Spre a evita această complicație foarte serioasă *Haberer* recomandă un regim alimentar sever după intervenție. *V. Noorden*²⁾ consiliază timp de trei săptămâni un regim coprinzând: lapte, 2—3 ouă pe zi, brânză proaspătă, supe cu adaose făinoase, pâne puțină.

Fiind dat pericolul ulcerului peptic, este mai bine să supunem bolnavul timp de vr'o 20 de zile după operație, curei sistematice de ulcer așa cum am expus-o, cu lapte și smântână, bismuth dimineața, prafuri alcaline în cursul zi-

1) *Haberer. Therap. Halbmonatsh. No. 7, p. 193, 1921.*

2) *V. Noorden. Therap. Halbmonatsh. No 7. p. 196, 1921.*

lei. Este important să punem stomacul în repaus secretoriu și să-i alcalinizăm conținutul, căci din observațiile lui *Haberer* se constată că ulcerul peptic ia naștere de obicei pe bordul mesenteric al ansei jejunale tocmai în fața deschiderii stomacale.

Atunci când s'a practicat unui bolnav gastro-enterostomia din cauza unui ulcer pyloric, *hyperchlorhydria* persistă de obicei, după câte am văzut, deși contrariul este afirmat de unii autori (*Katzenstein*, etc).

Citez între altele cazul unui bolnav din oraș, operat de Prof. Toma Ion-scu, pentru o stenoză pylorică foarte strânsă :

Înainte de operație.	După operație.
Aciditate totală = 0,433 la 0,° (fermentații)	0,249
HCl. liber = 0,131 " "	0,097

Valorile au fost obținute cu metoda Hayem-Winter, care dă în mod normal 0,44 gr. de HCl liber la 100.

De oarece *hyperchlorhydria* se menține adeseori după intervenție este prudent ca bolnavii să urmeze întotdeauna un regim alimentar mixt, dar fără condimente, fără alcool, fără alimente de digestie grea.

Un asemenea regim nu reprezintă o precauțiune inutilă. După cum am spus la terapeutica ulcerului stomacului, această afecție se vindecă în general lesne, dar recidivează tot așa de lesne, în urma infrațiunilor alimentare. Am observat asemenea recidive evidente la mai mulți bolnavi care au suferit gastro-enterostomia pentru stenoze de bună natură. Îmi reamintesc între alții un bolnav căruia i s'a practicat gastro-enterostomia cu exclusie pylorică și care nu a urmat nici un regim după intervenție. Durerile gastrice au reapărut destul de curând, iar la vre-o doi ani după operație, a avut hematemeeze formidabile.

În *stenozele neoplazice* se va recurge la gastro-enterostomie, numai dacă pylorul neoplasic nu se poate extirpa.

De altfel intervenția paliativă dă numai o prelungire de câteva luni a existenței și mortalitatea operatorie este mare (peste 20 la 100 în general).

Tratamentul gastroptozei

Când stomacul este coborât în jos în totalitate zicem că există gastroptoza.

Glénard a arătat că această gastroptosă este strâns legată de căderea intestinului, a rinichilor (în special al celui drept), a celor mai

multe organe abdominale. După acest autor, căderea colonului transvers are un rol patogenetic capital; de aceea, dănsul a numit căderea viscerelor abdominale *enteroptosă*. Des întrebuițăm denumirea de *boala lui Glénard*.

Ca etiologie și patogenie vom reaminti că afecțiunea se întâlnește mai des la femei și în special la cele cari au peretele abdominal relaxat din cauza sarcinilor. Un fapt care m'a izbit este că în aceleași condițiuni, femeile dela țară prezintă mult mai rar ptose abdominale decât cele din oraș; explicația consistă poate în portul brăului (lung și strâns) de către femeile din populația rurală.

Dar ptosa viscerelor abdominale există și la femei care nu au avut copii, precum și mai rar la bărbați.

În asemenea condițiuni patogenia enteroptosei recunoaște probabil ca factori: laxitatea dobândită a peretelui abdominal prin facleri, slăbire bruscă; lipsa de tonicitate musculară des congenitală, așa zisa „myasthenia universalis” a medicilor germani; în trecut se incrimina, poate cu drept cuvânt, și corsetul care, strângând talia, respingea visceralele în jos. În alte cazuri enteroptoza ar fie o afecție congenitală.

Hypotonia musculară, congenitală sau dobândită, este probabil în legătură cu o inervație defectuoasă a mușchilor supuși voinții și a mușchilor netezi viscerali (inervația vago-sympatică); bolnavele atinse de enteroptosă, prezintă în mod obicinuit multe symptome nervoase viscerale și printre aceste, enterospasm prin hypervagotonie. Dar aceste turburări nervoase sunt ele primitive sau consecința enteroptosei? Sunt ele consecința unei turburări în funcțiune a glandelor endocrine? A insista prea mult asupra acestor chestiuni în studiu, spre a deduce o patogenie a enteroptosei, ar fi să intrăm în domeniul ipotetzelor, care au adus atât rău în medicină.

Symptomele enteroptosei, în care intră după cum am spus și gastroptosa, au fost magistral descrise de către *Glénard*, care rezumă *semnele fizice* ale afecției în trei cuvinte: hypotasă (diminuarea tensiunii intraabdominale); splanchnoptosă, enterostenosă sau mai exact enterospasm, cum am zice azi.

Radioscopia ne permite să apreciem mai bine și mai complect ca palpația abdominală, ptosa stomacului, ptosa intestinului, enterospasmul sau atonia de obicei localizate la un segment al intestinului gros. Astfel ne putem explica mai bine originea constipației, care există de regulă în gastroptosa.

*Duval și J. Ch. Roux*¹⁾ au insistat asupra stazei în colonul drept prin coeco-ascendent mobil și căzut sau atins de pericolită. În asemenea condițiuni, coprostaza prezintă mari neajunsuri pentru bolnavi, de oarece orăzionatează dureri în fossa iliacă dreaptă (chiar după exurparea apendicelui) și mai cu samă se produc accidente toxice; coecul resorbe energic, contrariu colonului descendent. Astfel multe din turburările subiective și din symptomele generale, pe care le prezintă bolnavii (mai cu seamă femeile) atinși de gastroptosă și enteroptosă, sunt probabil datorite coprostozei în caeco-ascendent. *Glénard, Bouveret* au

1) Duval et J. Ch. Roux. La stase stercorale caeco-ascendante. Arch. des maladies de l'app. digestif. No. 12, p. 705, 1920.

descrie în enteroptoză, cefalee, amețeli, anemie, depresiune nervoasă slabire generală, mergând până la bănuiala unei afecțiuni organice grave *Duval și J. Ch. Roux* enumără symptome analoge, în staza coecală cronică; unele choleemii, apoi perioade variabile de temperatură subfebrilă, sunt datorite după dănișii aceleași cauze.

Este probabil că prin coprostază se explică unele symptome nervoase la distanță ale splanchnoptosei; dar sunt și cazuri fără constipație în care constatăm unele semne analoage.

Pentru aceste cazuri trebuie să admitem existența de turburări nervoase de vagotonie sau sympaticotonie, fără factor toxic intestinal evident.

Mai reamintesc că persoanele atinse de splanchnoptosă, acuză dureri abdominale variabile; adeseori localizează dureri vii în epigastriu, ca într-o afecție stomacală organică; totuși insuflația și radiosopia ne arată că mica curbătură este la ombilic și că durerea la presiune își are sediul la nivelul plexului coeliac.

Toate aceste dureri abdominale se ușurează prin repausul în poziție horizontală, prin susținerea pântecului cu o centură; *Glénard* a insistat cu drept cuvânt asupra acestui punct.

Mai adaug că de obicei se constată în gastroptoză o atonie stomacală variabilă și de obicei hypopepsie.

Terapeutică.

Indicațiile cauzale sunt redarea tonicității peretelui abdominal și înlesnirea revenirii organelor în situația obișnuită.

Este mai lesne să formulăm aceste indicații decât să le îndeplinim.

Indicațiile simptomatice esențiale sunt: tonificarea organismului, modificarea turburărilor digestive, modificarea turburărilor nervoase mai supărătoare.

1) Spre a reda tonicitatea peretelui abdominal recurgem la agenți fizici.

Hydroterapia este desigur utilă. Recurgem întâiu la fricțiuni generale cu o rufă aspră muiată în apă rece; apoi la jumătăți de băi, ajungând mai târziu la duși scoțiene cu predominanță abdominală. Aceste procedee întăresc sistemul nervos și măresc tonicitatea musculară în general, deci tonifică și peretele abdominal.

Masagiul pântecului, electricitatea faradică pot fi de oarecare folos.

Dar când abdomenul este lax ca o cârpă, așa cum se vede la persoane mai în vârstă sau în cazuri mai vechi, este foarte greu să influențăm relaxarea peretelui abdominal.

2) Spre a favoriza revenirea organelor în poziție normală, recurgem la centura abdominală și la cura de îngrășare.

Centura abdominală a fost consiliată demult de către Glénard; cea mai bună este poate tot simpla chingă, consiliată de acest autor, centura lui Glénard. Diferitele modele cu perniță tare, reniformă, destinată să menție rinichiul sunt adevărate instrumente de supliciu.

Centurile cu pernițe elastice, insuflabile cu aer, sunt de preferat celor cu perniță tare.

La nevoie se poate întrebuița și un brâu înfășurat de mai multe ori și care să susție pânțele de jos în sus, așa după cum se poartă la țară.

Avantagiul cel mare al centurei este că, susținând abdomenul, bolnavii se simt mult mai bine și durerile, senzația de greutate, dispar adeseori.

Trebuesc însă făcute toate rezervele în privința readucerii organelor la locul lor prin intermediarul centurei; Noorden¹⁾ a arătat cu ajutorul radioscopiei că cingătorile, brăul, nu produc nici o ridicare a stomacului ptosat.

Din contra sub influența curei de îngrășare, limita inferioară a stomacului se ridică cu 7—8 centimetri.

Această cură readuce în situația normală și fixează rinichiul mobil drept, care însoțește așa des gastroptoza; am văzut numeroase cazuri de asemenea natură.

Mecanismul prin care lucrează îngrășarea spre a readuce organele abdominale căzute în situația lor anterioară, este lesne de înțeles.

În plus cura de îngrășare modifică, în mod favorabil, multe din symptomele nervoase ale enteroptosei și în special asthenia, iritabilitatea prin slăbire; astfel corespunde și indicației simptomatice de a tonifica organismul. În practică, cura de îngrășare se poate realiza și la domiciliul bolnavului, restrângându-i activitatea fizică și sfătuindu-l ca pe lângă mesele obișnuite să mai ia ceva și între mese (ouă, lapte, pâine cu unt).

Când însă slăbirea este mare, simptomele nervoase accentuate, această cură, combinată și cu alte procedee, pe care le vom studia la terapeutica gastro-nevrozelor, se execută mai lesne în spitale bine organizate sau în sanatorii speciale.

1) Von Noorden. Therapie der Gegenwart. Ianuarie p. 1, 1900.

În asemenea stabilimente iată cum se institue cura de îngrășare: dacă există inapetență notabilă se începe cu puțin lapte; cantitatea de lapte și alimente se mărește progresiv, iar la a 15-a zi a curei se ajunge, după *Burkart*, la următorul program alimentar:

7 a. m.: 500 gr. lapte (băut într'o $\frac{1}{2}$ oră).

8 " " : cafea cu smântână; 80 grame carne rece; cartofi, pâne cu unt.

10 " " : 300 gr. lapte, 3 pesmeți.

12 " " : 500 " lapte

1 p. m.: supă; 190—200 gr. friptură, cartofi; legume verzi; 125 gr. compot; prăjituri.

3 $\frac{1}{2}$ " " : 500 grame lapte.

5 $\frac{1}{2}$ " " : 300 " lapte; 80 gr. carne rece; pâne cu unt.

8 p. m.: 80 gr. friptură; 500 gr. lapte, pesmeți.

9 $\frac{1}{2}$ p. m.: 300 gr. lapte; pesmeți.

O asemenea cură ține de obicei 6 săptămâni: cu sugestia verbală a medicului, bolnava ajunge să ingere enorma cantitate de alimente expuse mai sus, iar rezultatele sunt de obicei bune. Am văzut bolnave care au câștigat 10—15 kilograme în câteva săptămâni; starea nervoasă și ptosele viscerale s'au modificat în mod evident.

Schema alimentară indicată reprezintă un regim hiperazotat, pe care bolnavii tineri îl suportă cu înlesnire. Când însă este vorba de persoane care au trecut de 40 de ani, regimul trebuie condus cu multă prudență și modificat după împrejurări.

În cazurile de hipertensiune arterială, de azotemie chiar ușoară, o asemenea cură de îngrășare este *contra-indicată*, oricât ar fi de sigură ptosa gastrică și a celorlalte organe abdominale. În fine cura alimentară expusă, prea bogată în albumină, nu este aplicabilă,—după cum vom vedea în stazele coecale evidente.

Printre indicațiile simptomatice, avem modificarea turburărilor digestive.

În caz de *hypopepsie* sau *hyperchlorhydrie* accentuată vom schimba în parte cura de îngrășare și vom interveni cu medicamente stimulante sau excitosecretorii stomacale, după împrejurări. De obicei însă turburările gastrice secretorii și de motilitate, fiind pe bază funcțională, sunt modificate prin tratamentul general al enteroptosei.

Același lucru se poate spune și în privința constipației care însoțește așa de des splanchnoptosa.

Când *constipația* este rebelă, trebuie să intervenim cu o dietetică și un tratament variabil după cazuri, asupra cărora vom insista la terapeutica boalelor intestinului.

Aici ne vom mărgini a spune că în cazurile de *constipație atonică*, trebuie să restrângem carnea, să autorizăm alimente bogate în celuloză (multe legume verzi, multe fructe); lapte fermentat; unt în abundență.

În plus agenți fizici indicați pentru a reda tonicitatea peretelui abdominal sunt utili și în contra atoniei intestinale. La nevoie recurgem la *clisme*, la *medicamente laxative* cu acțiune predominantă asupra intestinului gros (*sene*, *rhubarbă*, *cascara sagrada*, *sulf*, etc.) Astfel bolnavii pot lua în momentul culcării 1—2 lingurițe în apă de *pulbere laxativă de Vichy* sau de *pulbere de liquiritia compusă* (ambele cu bază de sene); sau 1—4 bulinuri la culcare din:

pulbere de rhubarbă)
 " " cascara sagrada) aa 0,25 gr.

Pentru un bulin No. 20 asemenea.

În atoniile rebele bolnavii sunt adesea siliți să întrebuițeze laxativul seara și o clismă dimineța.

Constipațiile însoțite de dureri de-a lungul intestinului gros, așa zisele *constipații spasmodice*, în care există și un element organic, o colită cronică, necesită un regim tot cu puțină carne; apoi legume în păsaturi, iaurt; unt; marmelade de fructe. Ca agenți fizici: *aplicațiuni calde* pe abdomen, *clisme* cu 100—300 gr. *unt-de lemn* călduț la culcare, păstrat cât mai mult. În caz de nevoie, dăm ca laxative medicamente cu acțiune asupra intestinului subțire spre a nu irita intestinul gros inflammat și spasmodic; astfel, vom prescrie una sau mai multe lingurițe de *magnesie calcinată*, singură sau asociată ca *lactosă*.

Sau mai bine recurgem la *oleul de parafină pur*, administrat în cantitate de o lingură la culcare (dacă este nevoie și dimineța), în compot sau marmeladă.

Rezultatele sunt de obicei foarte bune.

În fine prescriem dimineța și la culcare câte o pilulă cu 1 centigram de *pulbere* și 1 centigram de *extract de belladonă*, vechile pilule ale lui *Trousseau* așa de utile în constipațiile cu dureri.

Dacă avem pe lângă constipație dureri la dreapta, cefalee, anemie, izbucniri subflebrile, diaree alternând cu zile de constipație, putem bănuși *stază coecală*, confirmată prin examenul radiosopic.

În asemenea cazuri vom prescrie, după exemplul lui *J. Ch. Roux*, un regim alimentar destinat să micșoreze puirefacțiile intestinale și să înlăsească proliferarea bacteriilor amyloolitice. Acest autor consiliază suprimarea ouălor; reducerea notabilă a cărnii, a lăptelui; în plus autoriză mulți hydrați de carbon (regimul lui *Combes*) sub formă de macaroane, orez, cartofi; apoi iaurt sau *lactoferment lichid* și *lactosă*, care asigură dezvoltarea bacilului paralactic. Ca medicamente dănsul consiliază o linguriță de *oleu de ricină* dimineața sau *oleu de parafină pur*.

Am spus că alte indicații symptomatice mai sunt *tonificarea organismului* și *modificarea symptomelor nervoase* prea supărătoare. Cura de îngrășare, agenții fizici despre care am vorbit, îndeplinesc foarte bine aceste indicațiuni terapeutice.

În plus mai putem recurge la injecțiuni subcutanate de *cacodilat de sodiu* (0,05 gr. pe zi); la preparații cu bază de *strychnină* ca *siropul de hypophosphifi după formula Fellow* (1 linguriță la mese în apă) sau, la alte tonice nervoase, despre care vom vorbi la gastro-nevrose. În fine vom recurge pentru calmarea nervoasă pe lângă *belladonă* la preparații ca *valerianatul de amoniac* (1—3 lingurițe pe zi în apă) sau altele.

Apele minerale mai indicate în enteroptosă sunt cele *chloruro-sodice* de tipul *Basna*, *Bușteni*, folositoare ca reconstituante și spre a înlănușa hypopepsia și constipația. Sau avem recurs la izvoarele chloruro-sodice bicarbonatate de tipul *Slăntic* (Moldova) unde putem îndeplini toate indicațiunile prezentate de afecțiunile tubului digestiv asociate enteroptosei.

Tratament chirurgical.

Se poate vorbi de un tratament chirurgical al enteroptosei? Chirurgii consiliază gastro-plicatura și gastro-pexia pentru căderea stomacului; fixarea coeco-ascendentului căzut, deslipirea aderențelor coecale cu o eventuală grefă epiploică spre a împedica noi symfize și la nevoie a-

natomosa coeco-sigmoidiană ; mai rămâne apoi de fixat rinihiul mobil, fără a socoti prolapsul uterin, așa des asociate enteroptosei.

Chiar dacă am realiza toate aceste fixări de organe, nu este probat că bolnavele atinse de enteroptosă ar merge mult mai bine, căci le-ar persista fondul nevropat, care le procură cele mai multe suferințe.

În realitate intervenția chirurgicală în enteroptosă, trebuie considerată ca absolut excepțională, față de frecvența splanchnoptosei. Turburările gastrice se modifică bine prin tratamentul medical. Staza coecală nu devine justificabilă de intervenție decât atunci când, prin examenul amănunțit al bolnavei și un tratament medical prelungit, ne-am convins că într'adevăr operația se impune. Trebuie să avem totdeauna în vedere că suntem în prezența unor bolnavi nevropați, cari își exagerează senzațiile, cari își creiază prin auto-sugestie multe rele imaginare.

Rezumatul tratamentului. *Redarea tonicității peretelui abdominal: hidroterapie, masaj, faradisare.*

A favoriza revenirea organelor în situație normală: centură abdominală, mai cu samă cură de îngrășare și repaos.

Tratament simptomatic al turburărilor gastro-intestinale, al depresiunii sau excitației nervoase.

Terapeutica boalelor funcționale ale stomacului cu leziuni variabile

După împărțirea adoptată vom studia în acest cadru tratamentul: *hyperchlorhydriei gastrice, al apepsiei, al atoniei stomacale.*

Acest capitol își găsește locul în mod natural între terapeutica boalelor organice ale stomacului și între gastro-nevroze.

Tratamentul hyperclorhidriei

Subt numele de hyperchlorhidrie se înțelegea în concepțiile mai vechi o afecție a stomacului cu secreție exagerată de acid clorhidric și de fermenți.

Cifra normală pentru aciditatea totală după prânzul lui Ewald fiind 0,189 gr. la 100, iar pentru HCl. liber circa 0,090 gr. la 100 (în metoda Hayem—Winter 0,044 gr.), valorile peste 0,250 gr. de aciditate

totală se consideră în general ca hyperchlorhydrie; adică se admite existența la unii indivizi a unui suc gastric conținând mai mult HCl. la 100, decât în stare normală.

Totuși *Mathieu*¹⁾ a spus demult că în hyperchlorhydrie există hypersecreție.

*Rubow*²⁾, *Bickel* au arătat că sucul gastric pur recoltat la bolnavi cu stenoză oesofagiană și gastrostomie, are în mod normal până la 0,250 gr. de HCl. la 100, adică o cifră superioară celei ce se poate întâlni la hyperchlorhydrici, după masa de probă. Valorile normale de circa 0,090 gr. la 100, de HCl. care se obțin după prânzul de probă, înseamnă un suc gastric diluat cu lichidele ingerate, cu secreție salivară; apoi H. Cl. liber este în parte fixat asupra albuminoidelor introduse în stomac. În așa zisa hyperchlorhydrie nu ar fi deci vorba de o secreție exagerată de H. Cl. la 100, ci de o mărire a cantității de suc gastric, peste nevoile digestiei.

Astfel în concepția lui *Rubow* nu există hyperchlorhydrie gastrică propriu-zisă, ci o hypersecreție de suc gastric normal.

Cred că această părere este exactă numai în parte în sensul că în hyperchlorhydrie există totdeauna hypersecreție, dar mai există în plus și o augmentare absolută de acid chlorhidric la 100

• Imi bazez această credință pe faptele experimentale ce le-am putut observa la cănele cu fistula lui *Pawlow*. În experiențele citate la capitolul de terapeutică generală, am putut arăta că tincturile amare măresc cantitatea de suc gastric cu 70%, dar și H. Cl. liber sporește cu 45%, ceea ce nu reprezintă o variație mică. Apa de Slănic, No. 6 mărește cantitatea de suc gastric cu 61%, dar în același timp și H. Cl. liber crește cu 31 la 100. După toate probabilitățile tot astfel se petrec lucrurile și în excitația secretorie a hyperchlorhydriei umane, unde pe lângă modificări cantitative în plus, avem și schimbări de aceeași natură în compoziția chimică a sucului gastric. De altfel s'au publicat și cazuri (*Strauss*) de hypersecreție cu hypochlorhydrie.

Etiologie. Patogenie. Substrat histologic. Nervul pneumogastric, regulează secreția gastrică; pentru secreția psihică, lucrul este neîndoios (*Pawlow*).

Emoțiile mari, grijile prelungite, obosirea intelectuală, pot da o hyperchlorhydrie pur nervoasă; aici excitația secretorie este centrală.

În alte cazuri excitația secretorie este reflexă cu punct de plecare la nivelul apendicelui atins de inflamație cronică sau la nivelul altui organ abdominal.

Apoi stimularea excesivă a mucoasei gastrice, prin regim bogat în carne, condimente, alcool poate duce desigur la hyperchlorhydrie.

Leziunile locale, ulcerul, se însoțesc des de hypersecreție.

Pentruca excitația secretorie să se producă, trebuie în plus să existe o predispoziție funcțională, o hypervagotonie, căci stigmatetele vagotonice sunt frecvente în hyperchlorhydrie; mai trebuie să existe și o predispoziție anatomică, o mucoasă bogată în glande peptice. După

1) *Mathieu*. Traité de maladies de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1901.

2) *Rubow*. Arch. f. Verdaungskrankh. B-d XIII, p. 578, 1907.

câte am văzut, abundența glandelor este variabilă, în mod normal; lucrul este adevărat la om cași la câne.

Am arătat la capitolul gastritelor cronice că proliferarea celulelor principale și de bordură nu este de loc probată; că nu am văzut niciodată pe piese experimentale mitoze, în aceste celule; că apariția de proliferare a celulelor bordante, poate fi dată de o mucoasă normală cu glande în repaus secretoriu (fig. 1).

Adaug aici că în hyperchlorhydria experimentală pe care am realizat-o la câne cu sulfatul de chinină¹⁾ în doză mare, cu un ser gastrototoxic²⁾, nu am constatat multiplicarea celulelor de bordură sau principale. Am văzut numai semne de excitație secretorie cu celule bordante având un spațiu central clar din cauza respingerii granulațiilor la periferie de secreția lichidă acumulată în exces; celulele principale prezintă o transformare activă a filamentelor bazale în granulații neutrofile de pepsinogen, trecând prin stadiul de granulații mici acidofile. Analogia morfologică este absolută cu imaginile ce le-am observat în excitația secretorie produsă de pilocarpină.)

După cum am mai spus la tratamentul gastritei acide, inflamația cronică a mucoasei gastrice se poate însoți în mod transitoriu de excitație secretorie de hyperchlorhidrie moderată, fără ca aceasta să însemne o proliferare a celulelor bordante și principale.

Simptomele principale ale hyperchlorhidriei consistă în *poftă de mâncare bună, chiar exagerată*. Posed totuși observații de hyperchlorhidrie evidente cu inapetență, ceiace îngreiază diagnosticul.

Astfel bolnava I. C., de 33 ani, muncitoare, pe care am prezentat-o la curs în 1915, avea lipsă de poftă de mâncare cu dureri și arsuri tardive, ca în hyperchlorhidrie.

* Analiza sucului gastric a dat: aciditate totală 0,292 la 100 (în loc de 0,189); acid clorhidric liber 0,168.

Această bolnavă mai avea semne de pleurită a extremei baze stângi; câteva luni mai înainte, găsiseram la acel nivel o picătură de lichid, cu lymfocite. Poate că starea aparatului respirator explica în acest caz hyperchlorhidria cu inapetență.

Durerile și arsurile tardive, 2-4 ore după mese, sunt de obicei caracteristice. Față de o hyperchlorhidrie rebelă, trebuie să ne gândim la posibilitatea unui ulcer stomacal și să facem toate investigațiunile în acest sens.

Nu trebuie însă uitat că durerile tardive și chiar arsuri tipice se pot vedea în cazuri de apepsie absolută. Constipația există de regulă în hyperchlorhidrie, probabil ca fenomen asociat de hyper-vagotonie (entero-spasm). Chimismul gastric arată de obicei hyper-serceție și hyperchlorhidrie evidentă, afară de cazurile în definitiv

1) A. Theohari. Structura fină a celulelor stomacale în hyperchlorhidria și hypopepsia experimentală. Soc. științelor medicale din București. 1901 (a apărut în broșură).

2) Theohari et A. Babeș. Societate Biologie 4 Avril 1903. Lucrare publicată în extenso și cu planșe în Centralblatt f. Bakteriologie, B-d XXXVIII H 6 și B-d XXXIX, H. 1, 1905.

3) A. Theohari. Memoriul citat din *Archives d'Anatomie microscopique*.

rare de hyperchlorhydrie tardivă, cînd după 1 oră dela ingestia mesei de probă găsim valori normale sau subnormale, iar mai tirziu excitație secretorie.

Un asemenea caz era acela al bolnavei V. B., de 19 ani, telegrafistă, intrată în spitalul Filantropia la 12 Februarie 1915. Pacienta avea apetit bun, dureri epigastrice intense, citeva ore după mese.

Proba hemoragiilor oculte, practică de mai multe ori a fost negativă.

Sucul gastric extras la 1 oră după masa de probă absolut normal: $A=0,189$; $H=0,073$ la 100 Totuși clinicește bolnava avea o hyperchlorhydrie.

Chimismul stomacal studiat 1 oră, după masa de probă a dat într'adevăr o hyperchlorhydrie intensă: $A=0,335$; $H=0,135$.

Terapeutică.

Principalele indicațiuni terapeutice pe care ni le prezintă hyperchlorhydria gastrică sunt: *micșorarea secreției acide, suprimarea cauzelor de excitație secretorie*. Îndeplinind aceste indicații printr'o terapie rațională, tratăm indirect și symptomele cele mai supărătoare, adică arsurile și durerile tardive.

Regimul alimentar este bine-înțeles de însemnătate covârșitoare.

În linii generale trebuie să evităm, în hyperchlorhydrie, toate alimentele care excită secreția chlorhydro-peptică; să autorizăm mai cu samă alimente capabile de a fixa o parte din acidul chlorhidric liber; în fine, ca totdeauna, regimul alimentar să cuprindă minimumul de calorii și albumină, compatibile cu o viață activă.

În primul rând vom suprima condimentele (ardei, piper, usturoi); alimentele sărate care favorizează hyperchlorhydria, cele fermentate sau acide. În hyperchlorhridriile rebele, instituim chiar un regim aproape dechlorurat cu un degetar de sare la toate alimentele dintr'o zi. Vom suprima cu deosebire alcoolul sub orice formă, chiar sub formă de vin. Am văzut bolnavi atinși de hyperchlorhydrie, la care numai suprimarea vinului și a condimentelor a făcut să dispară accidentele fără alt regim mai sever.

Am expus la terapia generală acțiunea diferitelor alimente asupra digestiei și secreției gastrice. Aici reamintesc că dintre *grăsimi*, untul proaspăt și smântâna, întrebuintate în natură sau spre a pregăti alimentele, sunt utile în hypersecreția gastrică. Aceste grăsimi micșorează secre-

ția chlorhydro-peptică, fără a stânjeni digestia gastrică. Este însă necesar să facem încercări.

Am văzut bolnavi la cari untul proaspăt, luat dimineața cu prima mâncare, producea arsuri intense. În asemenea împrejurări consiliem după exemplul lui *Linossier*, cam 100 gr. smântână dulce (caïmac) cu laptele de dimineață ; iar untul proaspăt se rezervă numai pentru pregătirea alimentelor.

Hydrații de carbon nu excită secreția, dar lasă o mare cantitate de HCl. necombinat (cifrele citate după *Prof. Hayem* sunt demonstrative). Apoi în mediu hyperacid, amyloidele nu sunt atacate de ptyalina salivară și excită în mod mecanic mucoasa gastrică.

Pentru toate aceste rațiuni, făinoasele se vor consilia numai în cantitate mică, fin divizate sub formă de pureuri sau mai bine sub formă de adaose (grși, orz, tapioca) ferte în lapte. Regimul aproape exclusiv de făinoase consiliat de curând în hyperchlorhydrie și chiar în ulcer de către *Smithies*¹⁾ nu este de loc rațional.

Zahărurile (substanțele dulci) se autoriză în cantitate moderată și după toleranța individuală.

Albumina în special sub formă de carne excită în mod puternic secreția chlorhydro-peptică ; de asemenea și substanțele extractive.

După cercetările lui *Blckel*, carnea fiartă este mult mai puțin excită-secretorie decât cea friptă.

În schimb carnea, fixează o cantitate importantă de acid chlorhydric liber.

Fleischer a făcut cercetări peste tot citate, relative la fixarea HCl. de către diferitele alimente. Iată câteva cifre :

	H.Cl
100 gr. albumină pură fixează	5 grame
" " carne de vacă	2 "
" " șuncă	1,80 "
" " lapte	0,36 "
" " pâne	0,30 "
" " cacao	4,10 "

Putem autoriza o cantitate moderată de carne fiartă

1) Fr. Smithies. The internat. journal of gastro-enterology. Vol. 1. p. 17, 1921.

în hyperchlorhydrie ; vom opri însă abuzul de carne, mai cu seamă sub formă de fripturi.

În ultimul timp, *Boas* suprimă carnea din regimul hyperchlorhydriei pentru 3—4 luni, autorizând apoi zile în cari permite acest aliment.

Această supresiune este utilă în cazurile vechi și tenace ; în celelalte putem autoriza puțină carne fiartă, după câte am văzut, fără neajunsuri.

Ținând de asemenea socoteală de cele expuse la terapia generală, vom sfătui pe hyperchlorhidrici să consume *lapte dulce* în cantitate notabilă, de oarece nu excită secreția gastrică. Dar nu se pot formula reguli absolute în medicină ; am văzut asemenea bolnavi, care fără a prezenta desgust pentru lapte, afirmă că acest aliment le produce arsuri și acreli stomacale intolerabile.

La asemenea bolnavi vom consilia laptele dulce numai cu adaose (cacao, griși, orez, sub formă de creme. etc)

Dintre derivatele laptelui, *brânza proaspătă*, va figura în regimul hyperchlorhydriei ; este un aliment de digestie ușoară și fixează mult HCl de oarece conține o cantitate notabilă de albumină (caseină).

Pentru aceleași rațiuni vom consilia și *ouăle*, care de altfel excită secreția stomacală (*Bickel*).

Legumele verzi se vor consilia în cantitate moderată și numai sub formă de păsături, *fructele ferte* și sub aceeași formă. Am văzut de altfel bolnavi la care ingestia de compot provoca arsuri ; în asemenea condițiuni vom renunța la fructe.

În rezumat vom institui în hyperchlorhydrie, un regim alimentar cu lapte și derivate (unt, smântână dulce, brânză proaspătă) ; ouă, carne puțină (sau de loc) ; vegetale puțin.

Laptele se prescrie și între mese, spre a neutraliza acidul chlorhidric liber.

Iată cum se poate formula un asemenea regim, împărțit pe orele zilei :

Dimineața : lapte (la nevoie cu foarte puțin ceai, cafea) ;
pâine puțină ;
unt sau smântână ;

10 a. m. {
4 p. m. { 100—200 gr. lapte dulce.
la culcare }

La mese : fără supă ;

1 ou.

carne puțină fără sosuri, mai mult fiartă (se
suprimă dacă persistă arsuri sau dureri)

—legume verzi în păsat ;

—lapte cu griși ; orez ; sau brânză proas-
pătă ; smântână ;

—fructe în compot (păsat).

—pâne puțină. Băutura la mese apă.

Nimic : iute, acru, sărat, alcoolic.

Acesta ar fi regimul tip, în hyperchlorhydrie, regim care trebuie însă modificat după împrejurări, după cum bolnavul este obez sau slăbit, uricemic, atins de hipertensiune arterială, etc.

Agenții fizici au de asemenea indicațiuni variabile după cazuri ; un hyperchlorhydric astenic slăbit va avea nevoie de mult repaus, care nu este necesar pacientului obez, colorat, ajuns la excitația secretorie a stomacului prin abuzuri alimentare.

Procedeele sedative ale hidroterapiei sunt în general cele mai indicate în stările de hypervagotonie. Vom recurge mai cu seamă la dușele călduțe, la jumătăți de băi ; trebuie să avem totdeauna în vedere preceptele de hidroterapie expuse la terapeutica generală.

Medicamentele indicate spre a combate hyperchlorhydria sunt în primul rând *alcalinele*, cari neutralizează acidul chlorhydric în exces și calmează aproape instantaneu arsurile sau durerile. Apoi după cum am arătat mai înainte, *bicarbonatul de sodiu* în doză notabilă nu reprezintă numai un neutralizant, dar și inhibă secreția gastrică pe cale reflexă (*Pawlow*) sau pe cale sanguină (*Starling*). Spre a neutraliza o aciditate gastrică de 2,50 gr. la 1000, avem nevoie de 8—10 grame de *bicarbonat de sodiu* sau 2—3 gr. de *magnesie calcinată*

*Kelling*¹⁾ consiliază alcalinele în doze mici și numai pe stomacul gol, de oarece în timpul digestiei excită secreția. Dar suntem totuși siliți să calmăm accesul dureros al hyperchlorhydriei și nimic nu ușurează ca bicarbonatul de sodiu.

Dacă îl asociem cu bismuth, magnezie și belladonă, dacă bolnavii urmează un regim rațional, excitația secreto-

1) *Kelling*. Arch. f. Verdauungskrankh. B, 287, 1920.

rie tardivă a bicarbonatului de sodiu, pe care am semnalat-o demult, (*Teza dr. D. Marinescu*) nu este de temut.

Prescriu de obicei în hyperchlorhydrie prafurile de saturație $\frac{1}{2}$ oră înainte de mese (1 linguriță în apă sau lapte) și în plus în momentul arsurii sau durerii.

S'au mai consiliat ca alcaline *citratul de sodiu*, *phosphatul amoniaco-magnesian*.

Subnitratul de bismuth nu lucrează ca neutralisant, dar produce hypersecreție de mucus și micșorează, pe această cale și în mod mecanic, hyperestezia mucoasei gastrice, factor care în afară de hyperchlorhydrie, joacă un rol mare în genesa accesului dureros.

De aceea este bine să asociem alcalinele cu subnitrat de bismuth ca în formula indicată la tratamentul gastritei acide, formulă în care mai intră și *belladonna*.

Medicamentele cu bază de *atropină* sunt într'adevăr foarte indicate de oarece inhibă secreția gastrică, împiedică producerea excitației secretorie tardive a bicarbonatului și modifică symptomele de hypervagotonie în general.

La hyperchlorhydrici cu stigmatе nervoase evidente, putem prescrie dimineața și la culcare (în locul belladonei din prafurile alcaline) câte una din pilulele următoare, pe care le prescriu de obicei și în enterospasm :

Extract de jusquiamă	} aa=0,01 gr. (un centigram).
Extract de belladonă	
Pulbere de belladonă	
Extract de valeriană	0,05 gr.
Excipient	q. s.

Pentru o pilulă No. 30 asemenea.

De altfel putem prescrie și *atropina* în picături după formula arătată în alt loc, *atropină* demult întrebuințată de către *Mathieu*.

Dar fapt curios, pe când belladonna este de obicei bine suportată, picăturile de atropină produc unora din bolnavi dureri stomacale, curând după ingestie.

Regimul alimentar, prafurile alcaline sunt de obicei eficace în mai toate cazurile de hyperchlorhydrie ; bolnavii nu mai prezintă arsuri sau dureri și, odată vindecarea clinică produsă, recidivele nu sunt prea dese, bine-înțeles dacă regimul este respectat.

Există însă și cazuri destul de numeroase în cari nu

ajungem la rezultatul dorit; în asemenea împrejurări este de sigur vorba de o hyperestesia a mucoasei gastrice menționată mai sus. Intre alții *Mathieu* a demonstrat că vindecarea clinică în hyperchlorhydrie se produce adeseori fără ca chimismul să se modifice; apoi s'au semnalat cazuri de suc gastric hyperacid găsit din întâmplare fără nici un symptom clinic.

Toate aceste fapte ne arată că excesul de secreție chlorhydro-peptică joacă desigur un rol în producerea celor mai multe dureri și arsuri tardive; dar hyperchlorhydria nu explică tot și trebuie să mai admitem și o sensibilitate mărită a mucoasei stomacale. La această concluzie ajunge și *J. Ch. Roux*.

În cazurile rebele vom prescrie pentru un timp cura sistematică de ulcer stomacal cu regim de lapte și smântână, *subnitrat de bismuth* (8—10 gr.) dimineața în apă, *prafuri alcaline* în cursul zilei. Cu acest tratament hyperstezia gastrică, chiar fără bănuială de ulcer, cedează în general, spre a reapare imediat ce bolnavii părăsesc regimul de lapte, care nu se poate continua o viață întreagă.

Încercăm atunci și alte medicamente, destinate să micșoreze *hyperestesia gastrică*.

În acest cadru intră *silicatul de aluminiu*, vândut sub numele de *neutralon* și consiliat în special de către *Rosenheim*. Bolnavii iau din acest medicament care se găsește ca specialitate o doză în apă, 1 oră înainte de mese, iar prafurile alcaline se pot continua după mese. Mărturisesc că eram destul de sceptic în privința acțiunii acestui medicament; am văzut totuși bolnavi la care au dispărut cu *neutralon* arsurile tardive intolerabile ce nu se modificau prin alcaline.

Prin același mecanism al micșorării hyperstesiei gastrice lucrează desigur și *nitratul de argint*, întrebuițat demult în hyperchlorhydrie, consiliat mai de curând de *Rodari* (citată de *Kuttner*) și de acesta din urmă în gastritele acide. Am văzut însă bune rezultate și în hyperchlorhydrii cu arsuri rebele fără gastrită ca în cazul următor:

D. C. M., 60 ani cu enteroptoză, fond nervos, suferind de mulți ani de crize de arsuri stomacale, prin hyperchlorhydrie tardivă, fără bănuială de ulcer, căci toate cercetările în acest sens au fost negative, a prezentat din nou în decursul anului 1920, un pyrosis intolerabil. Regimul, bismutul dimineața, prafurile alcaline în doză conside-

rabilă n'au adus dispariția arsurilor, care s'a produs după o cură de nitrat de argint.

Am dat formula la tratamentul ulcerului.

Menționez că s'au mai întrebuințat, în hyperchlorhidrie cu rezultate variabile, *bila*, *apa oxygenată*, *perhidratul de magneziu*.

Această din urmă substanță, amestecată în proporție de 30 la 100 cu gelosă (agar), a fost întrebuințată de *Curschmann* sub numele de *peptozon* ca un remediu suveran în contra hyperchlorhidriei gastrice. *Bickel*¹⁾ crede peptozonul util, pentru că (între altele) transformă conținutul stomacal într'o masă gelatinoasă, care evită astfel orice iritație mecanică mucoasei stomacale. Nu am nici un fel de experiență personală cu acest produs astfel că nu pot formula nici o apreciere.

Apele minerale cele mai indicate în hyperchlorhidrie sunt *alcalinele tari de tip Vichy, Bodoc* (Trei Scaune); *alcalinele chloruro-sodice* de tipul *Slăntic No. 3* și *No. 1 bis*, probabil și apele similare din Transilvania (*Malnaș, Covasna, Sângiorgiu Românesc*).

După cum am spus la terapeutica generală, în materie de ape chloruro-sodice bicarbonatate, nu trebuie să considerăm numai compoziția chimică spre a stabili indicațiunile terapeutice, ci trebuie să recurgem și la experimentație.

În fine apele *chloruro sodice bicarbonatate sulfatate* de tip *Carlsbad* sunt de asemenea indicate în hyperchlorhidrie; sulfatul de sodiu deprimant al secreției și termalitatea apelor le fac utile în afecția care ne ocupă.

Toate aceste ape transportate și consumate la domiciliul bolnavilor se administrează de obicei caldute în cantitate de aproximativ 200 grame dimineața și la culcare. La unii bolnavi reușim mai bine, consiliind ingerarea apei minerale $\frac{1}{2}$ —1 oră înainte de mese.

Rezumatul tratamentului

Regim alimentar: *lapte dulce și derivate (unt, smântână, brânză proaspătă)*; *ouă, carne puțină (fiartă) sau de loc, făinoase puțină; legume, fructe în păsături.*
Nimic: iute, acru, sărat, alcoolic.

1) Bickel. Archiv. f. Verdaungskrankh. B-I XXVII. H 2. 1021.

In cazuri severe : regim temporar de lapte și smântână.

Agenți fizici : *repaus* (pentru deprimați, slăbiți). *Hydroterapie sedativă* : *duși călduțe, jumătăți de băi*.

Medicamente : *prafuri alcaline* cu *subnitrat de bismuth, magnezie calcinată, bicarbonat de sodiu și belladonă*. Sau : *prafuri alcaline și pilule cu belladonă, jusquiamă, valeriană*.

Dacă hyperchlorhydria este rebelă : *cura ulcerului stomacal*.

La nevoe : *silicat de aluminiu (neutralon)* ; *cură de nitrat de argint*.

Tratamentul gastro-sucoreei

A) **Gastro-sucorea intermitentă**, uneori adevărată nevrosă, alteori probabil o formă de crize tabetice se va studia la terapeuica gastro-nevrozelor.

B) **Gastro-sucorea permanentă** sau *boala lui Reichmann*, descrisă de acest autor în 1882, se traduce prin dureri stomacale, vărsături și mai cu samă prin existența de suc gastric activ, dimineața pe nemâncate, chiar dacă stomacul a fost spălat în seara precedentă.

Mai în urmă alți observatori au descris și forme cu resturi alimentare dimineața.

Profesorul Hayem a avut marele merit de a demonstra că mai toate cazurile de boala lui Reichmann sunt forme de ulcer pyloric.

Celelalte cazuri care mai rămân, sunt în realitate hyperchlorhydrii cu o curbă de digestie indefinită, după cum a arătat de asemenea *Prof. Hayem*.

Din punct de vedere terapeutic, asemenea hyperchlorhydrii cu secreție prelungită se vor trata după cum am expus mai sus.

Terapeuica apepsiei

Achylia gastrică sau apepsia se traduce prin lipsa completă de acid chlorhidric și de fermenți digestivi.

Etiologie, patogenie și substrat anatomic. Apepsia se poate întâlni în două circumstanțe diferite : ca expresie clinică a unei leziuni a mucoasei gastrice sau ca simplă turburare funcțională fără leziuni.

A) *Apepsie cu leziuni ale mucoasei*, mergând până la atrofia

glandulară complectă a fost pusă în afară de îndoială prin lucrările Prof. Hayem, care admitea un substrat organic în toate cazurile.

De același părere este și Knud Faber¹⁾; profesorul din Copenhaga, studiind un mare număr de mucoase gastrice fixate imediat după moarte, ajunge la concluzia că la baza unei achilii există de regulă gastrita cronică.

Această gastrită poate fi primitivă sau însoțește o altă boală: cancer stomacal, anemie pernicioasă progresivă, diabet, etc. *Syphilisul gastric este adeseori la baza unei apepsii.*

B) *Apepsia fără leziuni ale mucoasei* a fost admisă în urma observațiilor lui Einhorn, între alții, de bolnavi la care secreția clorhydro-peptică a reapărut în cursul unei apepsii.

Toți am văzut asemenea cazuri care impun deducția că apepsia poate fi și o turburare funcțională. Pe cale experimentală, am²⁾ putut arăta că sub influența iodurului de potasiu, celulele principale ale cănelui nu mai prezintă nici filamente bazale, nici granulațiuni de pepsinogen.

În afară de aceste modificări celulare, mucoasa gastrică nu prezintă nici un semn de gastrită, astfel că acest aspect al celulelor principale reprezintă pentru mine substratul cytologic al apepsiei. Este posibil ca aceste modificări să reprezinte stadiul inițial al unei gastrite, pe care însă nu o pot afirma, de oarece în experiențele citate topografia glandulară era normală și nu se vedea nici o reacție conjunctivă.

Symptomele funcționale ale apepsiei sunt foarte variabile, mergând dela o latență absolută până la dureri violente și stare generală rea. Afecția poate fi descoperită din întâmplare, fiind latentă din punct de vedere gastric și starea generală bună.

2) În alte cazuri există simptome gastrice, cari atrag atenția.

a) Acestea pot fi analoage celor descrise în gastrita anacidă sau în dyspepsia neurastenică cu hypo-secreție: inapetență, greutate după mese, eructații, constipație, cefalee.

b) Există forme extrem de dureroase cu slăbire generală, astfel că ne gândim la un cancer posibil; am văzut mai multe asemenea cazuri, în cari evoluția benignă elimină neoplasmul gastric.

c) S'au semnalat forme de apepsie cu dureri tardive, întocmai ca acelea ale hyperchlorhidriei. Am văzut bolnavi destul de numeroși cu această formă; între alții un domn Z. din Brăila, care avea apetit bun, arsuri tardive tipice de hypersecreție, *calmate imediat prin bicarbonatul de sodiu*. Cum arsurile țineau de ani întregi și se repetau zilnic, am cerut pacientului o analiză a sucului gastric, care a arătat o apepsie complectă.

3) Alți bolnavi nu au semne gastrice evidente, ci o diaree cronică, care se modifică bine prin tratamentul apepsiei. Această formă a fost mai cu seamă descrisă de Einhorn, Oppler.

Semnele fizice sunt singurele cari permit un diagnostic cert de apepsie.

Examenul cu sonda arată un prânz de probă intact cu acidi-

1) Knud Faber. loc. cit.

2) Theohari și Vayas. Société de Biologie, 17 Mars, 1900.

fate totală foarte mică; acidul chlorhidric lipsește (liber și combinat); de asemenea fermenții gastrici (pepsina, presura) lipsesc.

Funcția motrice este bună de obicei; *Prof Hayem* a arătat de mult că în apepsie evacuarea gastrică este foarte precoce.

Terapeutica.

Am expus la capitolul de terapeutică al gastritelor anacide aproape tot ce este necesar să cunoaștem spre a trata bolnavii atinși de apepsie.

Regim alimentar. Insistăm iar aci asupra necesității ca alimentele să fie bine divizate în toate cazurile de apepsie, de oarece stomacul nu mai este în stare să execute această disociere mecanică a substanțelor alimentare.

Nu trebuie să uităm că după *A. Schmidt*¹⁾, țesutul conjunctiv este atacat numai la nivelul stomacului, pe când digestia intestinală nu are nici un rol în această privință. Rolul principal al stomacului în digestie este mai cu seamă cel mecanic, rolul chimic principal aparține intestinului și glandelor anexe. Astfel se explică că animalele și oamenii, cărora s'a practicat ablațiunea stomacului, pot viețui fără mari turburări aparente.

Alimentele vegetale bine divizate sub formă de păsături, permit și sacharificarea amidonului în stomac sub influența ptyalinei salivare ingerate; altfel acțiunea fermentului amyolytic nu se poate exercita pe câtă vreme membrana albuminoidă a celulelor vegetale este intactă.

Dacă alimentele sunt consumate fără alegere, grăbim ivirea atoniiei gastrice și a complicațiilor intestinale; enteritele cronice ce însoțesc apepsia sunt serioase și uneori chiar grave.

Regimul alimentar variază puțin după forma de apepsie în prezența căreia ne aflăm.

1) În formele descoperite din întâmplare cu stare generală bună nu este indispensabil să instituim un regim prea sever. De altfel vom putea convinge greu pe o persoană care nu are nici un symptom gastric și posedă o sănătate excelentă, să urmeze o dietă complicată.

În asemenea cazuri ne vom mărgini să recomandăm supe cu adaose, ouă, legume, de preferință în păsături, car-

1) A. Schmidt. D. med. Woch. p. 182, 1899.

nea mic tăiată ca pentru copii sau tocată (fără adaose); brânzeturi proaspete, unt, compot.

2) Dacă există *symptome* gastrice, regimul variază după severitatea cazului.

a) În formele cu înăpetență și dureri mari, instituim regimul de Kefir sau iaurt sau lapte bătut, care se continuă până la dispariția accidentelor supărătoare.

În urmă trecem la schema dietetică expusă la terapeutică gastritelor.

b) În formele cu *symptome* atenuate începem tratamentul cu acest din urmă regim.

Sau recurgem la următoarea schemă, după *Einhorn* :

	Calorii
8 ore a. m. făină de ovăz cu 150 gr. smântână	300
cacao cu 200 gr. lapte	135
60 gr. pâne	135
20 gr. unt proaspăt	163
12 ore a. m. 200 gr. supă cu mazăre	190
100 " carne rasă	213
50 " păsat de cartofi	82
50 " " " spanac	63
20 " unt	163
6 p. m. 2 ouă moi sau jumări	160
200 gr. lapte cu griși	432
60 " pâne	135
20 * unt	163
200 " ceai, 30 gr. lapte, 10 gr. zahăr	60
9,30 seara : 200 " Kefir : 30 gr. pesmeți, 10 gr. unt	<u>323</u>

Indicăm acest regim spre a da un exemplu de alimentele permise în general unui aptic și valoarea lor în calorii. În practică trebuie să ne conformăm obiceiurilor țării ca ore de masă și ca alimente, bine-înțeles ținând socoteală de principiile generale ale regimului. De asemenea este greu să obligăm pe bolnavi să se hrănească cu bilanța; aceasta nu se poate realiza decât în stabilimente speciale. În practică prescriem regimul astfel după cum am procedat la gastrita anacidă și sfătuim pe bolnavi ca în limitele acestei diete să se hrănească suficient.

c) Formele de aepsie cu *arsuri* și *dureri tardive* nu reclamă alt regim alimentar decât cel mixt arătat mai sus.

În momentul senzației anormale, bolnavii vor lua puțin lichid (apă, ceai, lapte fermentat); se admite spre a explica durerea, o iritație mecanică a stomacului prin lipsa de lichid.

Observațiile radioscopice mai recente arată că durerea gastrică este în general produsă de spasmi medii-gastrice sau pylorice.

3) Când aepsia se manifestă prin *enterită cronică* cu *diaree* sau alternative, putem încerca Kefirul fermentat timp de 3 zile, după exemplul *Prof. Hayem*. Din câte am văzut, acest tratament nu reușește în toate cazurile de aepsie cu diaree cronică. Atunci, instituim regimul amyloaceu, pe care-l vom studia în detaliu la terapeutică intestinală: cacao de ovăz sau de ghindă fierte în apă; sau ceai; supe groase cu adaose (orez, griși, pesmete pisat); carne foarte puțină rasă sau mic tăiată; macaroane, orez, cartofi cu foarte puțin unt; pâine prăjită; puțin vin roș (dacă este suportat).

Agentii fizici se vor întrebuința cu o individualizare suficientă a cazurilor de aepsie.

Spălăturile de stomac sunt indicate numai la bolnavii cu atonie stomacală supra-adăogată sau aepsia prin gastrită mucoasă. Spălăturile se vor face dimineața pe nemâncate.

Repausul complet în pat se pune în practică când aepsia este însoțită de slăbire mare, de fenomene dureroase intense, indiferent dacă este vorba de o achylie prin gastrită sau pe bază nervoasă.

Compresa stomacală bine stoarsă acoperită cu o foaie impermeabilă este utilă. Bolnavii cari duc o viață activă, păstrează compresa de seară până dimineață; cei în repaus complet o aplică și ziua schimbând-o la 3—4 ore.

Hydroterapia este folosită în aepsia pe bază nervoasă ca și în cea organică cu manifestări nervoase secundare.

Vom recurge la ceareaful umed tonic, la jumătăți de băi și foarte progresiv la aplicațiuni reci.

Medicamentele cele mai indicate în aepsie au fost enumerate la terapeutică gastritei anacide.

Vom încerca totdeauna *tincturile amare*, căci diag-

nosticul diferențial între apepsia organică și cea funcțională nu este nici odată ușor.

În caz de insucces dăm *acidul chlorhydric, fermenții digestivi*, după formulele indicate.

Dacă există enterită cu diaree, care nu se modifică numai prin regim, dăm astringente de exemplu 3—8 vârfuri de cuțit pe zi în puțină apă din amestecul următor :

Salycilat de bismuth)	
Tanigen)	aa. 2,50 gr.
Carbonat de calciu	5 gr.

Apele minerale cele mai indicate sunt, după cum am spus și în alt loc, cele *chloruro-sodice simple* și *chloruro-sodice alcaline* de tip *Slănic No. 6* și *No. 8*.

Bine-înțeles, influența acestor ape asupra secreției gastrice va fi nulă, dacă atrofia mucoasei este realizată. Dar apele chloruro-sodice stimulează nutriția, ameliorează starea generală a bolnavilor.

Apoi bicarbonatul de sodiu conținut în apele mixte, modifică probabil hyperestezia gastrică care există în apepsia cu dureri.

Bolnavul Z. pe care l-am citat spre pildă de arsuri tardive în apepsie, se ușura instantaneu prin bicarbonat de sodiu pur ; acest bolnav foarte inteligent, observase că magnezia calcinată, bismutul nu produceau de loc același efect. Acest pacient se găsea întotdeauna bine în urma curei făcute la Slănic.

Asemenea cazuri ar îndreptăți procedarea veche a clinicianilor francezi, care prescriu în hypopepsie mici cantități de bicarbonat de sodiu spre a stimula secreția stomacală. Cred că îndeplinim mai bine această indicație și în plus aceia de a micșora hyperestezia gastrică, prescriind apele minerale chloruro sodice bicarbonatate, călduțe, în doză de 150—200 gr. $\frac{1}{2}$ —1 oră înainte de mese.

Rezumatul tratamentului

Regim alimentar. În formele cu *inapetență* și *dureri mari* : cură de *lapte fermentat* (*Kefir, iaurt, lapte băut*). Apoi *regim mixt*.

În formă obișnuită : *supe cu amidon*, *ouă, carne rasă sau fin divizată, pâsaturi de legume sau fructe, lapte fermentat, unt, prăjituri uscate*.

Agenți fizici: *compresă stomacală. Spălături stomacale* (dacă există atonie sau gastrită mucoasă).

Hydroterapie tonică.

Medicamente: *tincturi amare; acid chlorhidric și fermenți digestivi. Astringente* în formele cu diaree.

Ape minerale: *chloruro-sodice simple; chloruro-sodice bicarbonate* (mai cu seamă în formele dureroase.)

Terapeutică atoniei stomacale

Atonia stomacală consistă în micșorarea tonicității stratului muscular al peretelui gastric.

Afecțiunea mai este numită insuficiență motrică de gradul I, în terminologia germană, termen nu tocmai bun, de oarece în publicațiile de aceeași limbă stenoza pylorică mai are ca sinonim insuficiență motrică de gradul II.

Atonia a fost multă vreme confundată cu dilatația stomacului, căreia Bouchard i-a atribuit un rol exagerat în patologie. În dilatația stomacală au fost înglobate în trecut și stenoză pylorică. Aceste cazuri grave au speriat pe medicii de acum 30 de ani și pe profani. Ca un ecou al acelei epoci, unii bolnavi întreabă și azi cu îngrijorare, dacă nu cumva sunt atinși de dilatație stomacală.

În realitate nimeni n'a murit de dilatație stomacală cronică primitivă.

De altfel atonia stomacului poate foarte bine exista fără dilatație: limita inferioară a stomacului atonic plin se coboară uneori foarte jos la examenul direct sau la radioscopie: în stare de vacuitate stomacul își revine dimensiunile normale.

Dilatația adevărată, ectazia mare a stomacului nu se vede decât în stenoza pylorică. Atonia gastrică se însoțește uneori de un grad ușor de ectazie mai des de proză stomacală. În asemenea condiții este bine să nu mai vorbim de dilatație.

Etiologie. Atonia stomacală este primitivă sau secundară.

Atonia primitivă ține de obicei la o *debilitate congenitală* a fibrelor musculare netede ale stomacului des asociată unei hipotonii a întregului sistem muscular al vieții de relație și al vieții organice. Un mecanism analog s'a invocat, după cum am spus, și în geneza enteroptozei des asociate cu atonia stomacală. Debilitatea congenitală a tunicii musculare gastrice a fost demult invocată de Bouchard în etiologia dilatației.

În unele *nevroze* evidente atonia stomacală este în primul plan.

Se presupune că atonia stomacală ar fi în legătură cu o simpatotonie, marele simpatic inhibând motilitatea gastrică. Dar se poate admite tot așa de bine o hypovagotonie, dacă ne așezăm pe terenul ipotezelor.

Ca atonie dobândită, vom menționa aceia care însoțește excesele obișnuite de masă și în special ingestia exagerată de lichide.

Atonia secundară se poate ivi ca o complicație a tuturor boalelor de stomac organice sau nervoase. Foarte des atonia stomacului este asociată cu aceia a intestinului, sub formă de atonie gas-

tro-intestinală. Apoi atonia stomacală însoțește des litiaza biliară și anachlorhydria gastrică frecventă în această afecție hepatică.

În fine atonia se poate vedea în multe alte boale generale.

Symptomele afecțiunii primitive sunt în mod sumar: poftă de mâncare bună, dar bolnavii se satură curând: greutate, plenitudine după mese, eructații, ca în stările de hyposecretie sau în dyspepsia neurastenică; constipație rebelă de obicei. Des există simptome nervoase la distanță: asthenie, cefalee, somn turburat. În privința amețelii stomacale, des atribuită atoniei gastrice, trebuie să facem rezerve, căci poate fi un symptom pur nervos; apoi amețeala mai poate indica stază coecală, hipertensiune arterială, azotemie incipientă. Nu trebuie să formulăm cu ușurință un diagnostic de amețeală de origine gastrică.

Atonia secundară poate fi complect mascată, în ceiace privește symptomele funcționale de boala principală (gastrică, generală) pe care o însoțește.

De altfel semnele funcționale ale atoniei nu sunt destul de caracteristice.

Semnele fizice sunt de valoare mai mare.

Clapotagiul stomacal, semnul major al dilatației stomacului acum vre-o 30 de ani, ar avea oarecare importanță pentru diagnosticul atoniei.

Dar după cum a arătat *J. Ch. Roax*, sgomotul de clapotagiu arată înainte de toate un perete abdominal lax.

Mai importante sunt examenul gastric cu sonda și examenul radiosopic.

Introducerea sondei dimineața pe nemâncate arată că, în cele mai multe cazuri de atonie, stomacul este gol. Totuși *Prof. Hayem* a arătat că în unele atonii pronunțate, fără bănuială de stenoză, se poate găsi o cantitate mică de resturi alimentare dimineața pe nemâncate. Am văzut câteva asemenea cazuri asociate cu stază gastrică; este probabil că bolnavii pe cari i-am observat aveau și un oarecare grad de stază prin indoire pylorică (enteroptoză).

Dacă după 2 ore dela ingestia mesei de probă a lui *Ewald* (ceai și pâne) găsim resturi alimentare, acest fapt arată o întârziere în evacuarea stomacului (*Kuttner*).

În urma mesei de probă a lui *Leube* (supă, carne, pâne, apă), stomacul trebuie să fie gol după 5-6 ore dela ingestie. Prezența de alimente în stomac, după acest interval, determinată cu o spălătură, arată atonie gastrică sau stenoză pylorică; lipsa altor semne de stricTURĂ ne permite eliminarea acestei din urmă afecțiuni.

Examenul radiosopic ne arată acumularea prânzului bismutat în porțiunile inferioare ale stomacului, punga cu aer mare, contracțiuni stomacale rare.

Proba salolului, examinarea după procedeul lui *Dehio*, examenul tranzitului stomacal prin metoda *Mathieu și Rémond* nu mai sunt des utilizate.

Terapeutică

Regim alimentar. Ca principii generale dietetice în atonia stomacală vom spune că alimentele trebuie să fie bine

divizate, bine amestecate ; că bolnavii trebuie să lase un interval destul de mare între mese, spre a da timp stomacului să-și evacueze conținutul. Cantitatea de lichid nu trebuie să depășească cam 1500 gr. pe zi ; vom interzice supa, și vom autoriza numai 100—150 gr. lichid la mese.

Dieta absolut fără lichide în timpul mesei este greu suportată și de altfel nici nu este indispensabilă.

Iată o tablă de regim, în atonia stomacală, după Boas ¹⁾
 8 ore a. m. : 100 gr. lapte cu ceai și 100 gr. smântână ; pâne albă sau pesmeți ; unt ; marmeladă ; ouă sau carne rece.

1 p m. : fără supă ;
 100 gr. cartofi sau 150 gr. legume tinere (mai mult păsaturi) ;
 200 gr. carne sau pește ;
 compot ; prăjituri (creme) ;
 100—150 gr. lichid.

7 seara : ouă (jumări, omlette) ;
 100 gr. carne rece ;
 pâne albă sau pesmeți ; unt ;
 brânză proaspătă, compot ;
 100 gr. lichid (lapte cu ceai, apă, limonadă, apă cu vin).

Acest regim poate servi ca schemă generală pe care o vom modifica după împrejurări. Dacă atonia este asociată cu apepsie, vom micșora cantitatea de carne și vom adăoga amylacee.

Constipația atonică impune de asemenea modificări : carne odată pe zi ; păsaturi de legume verzi, de fructe ; iaurt ; mult unt.

Agenți fizici. *Spălăturile de stomac* sunt de mare folos în atonia gastrică ; sub influența lor, organul își reia repede tonicitatea. Bine-înțeles rezervăm spălăturile pentru atoniile mari cu stază gastrică.

Astfel îmi reamintesc cazul unei doamne V. atinsă de atonie mare a stomacului, asociată cu gastroptoză la care exista și o cantitate mică de resturi alimentare dimineața pe nemâncate. După câteva spălături stomacale practicate la Buzău, toate turburările subiective au dispărut și pacienta care era apreciabil slăbită, s'a îngrășat foarte mult.

¹⁾ Boas. Diätetik der Magenu. Darmkrankheiten, p. 57. Leipzig 19.0.

Am revăzut pe această doamnă mulți ani de-a rândul ; nu s'a mai plâns niciodată de turburări gastrice.

Este greu de explicat în mod satisfăcător acțiunea spălăturii de stomac în atonie ; totuși această acțiune este reală.

Masagiul abdominal este mai cu seamă folositor spre a modifica atonia intestinală așa des asociată cu cea gastrică. *Masagiul* se poate executa cu mâna sau cu ajutorul unui *sul faradic*.

Procedeele de *hydroterapie* tonică, progresivă, expuse de atâtea ori, sunt foarte indicate și în atonia stomacală.

Compresa stomacală bine stoarsă, aplicată seara la culcare și păstrată până adouazi, este de asemenea folositoare.

Medicamente. Regimul alimentar, agenții fizici ne permit să modificăm o atonie stomacală în mod satisfăcător.

Totuși mai cu seamă din punctul de vedere psychic, suntem siliți să recurgem și la medicamente.

Se admite că *substanțele amare*, care stimulează puternic secreția stomacală, influențează în același sens și motilitatea gastrică ; nu avem însă o certitudine absolută în această privință. În general însă bolnavii, atinși de atonie cu hyposecreție, beneficiază de administrarea tincturilor amare după formulele cunoscute.

Strychnina se consiliază foarte des în tratamentul atoniei stomacale, fără să avem o bază experimentală sigură (*H. Meyer* și *Gottlieb*). În stările de hyposecreție asociate cu atonie, prescriem tincturile amare în care adăugăm și *tinctură de nucă vomică*, după formulele indicate.

Strychnina se mai poate consilia în siropuri tonice sau în *injecțiuni subcutanate* ($\frac{1}{2}$ —1 miligram), singură sau asociată cu preparațiuni de *arsenic*, după cum vom vedea la terapeutila gastro-nevrozelor.

Dacă atonia stomacală este asociată cu hyperchlorhidrie, putem recurge la formulele de prafuri alcaline pe care le-am indicat.

Sau prescriem imediat după mese unul din pachetele următoare în puțină apă ca în vechea formulă a lui *Trousseau* :

Magnesie calcinată	0,25 gr.
Pulbere de nucă vomică	0,03 "

Pentru un pachet No. 20 asemenea.

Apoi recomandăm pacienților să ia 1 oră după mese și în momentul arsurilor tardive din prafurile alcaline,

indicate în alt loc cu *bismuth*, *magnesie*, *bicarbonat*, *bella-donă*.

S'au mai consiliat în atonie ipeca în dosă mică (*Robin*), creozota, ichtyolul și multe alte substanțe care nu se mai întrebunțează, și cu drept cuvânt, de oarece expun la ivirea unei gastrite medicamentoase.

Din punct de vedere experimental ar fi indicat să recurgem la *pilocarpină* ca stimulant al secreției și motilității gastrice prin intermediarul nervului pneumogastric. Dar în practică lucrul nu este posibil, pilocarpina producând greață, vărsături: *Eserina* (physostigmina), despre care vom vorbi la alte capitole. nu s'a încetățenit încă în tratamentul atoniilor gastro-intestinale.

Mult mai utile sunt medicamentele destinate să combată *constipația*, atunci când nu o putem modifica prin regim, prin agenți fizici. Observația ne arată că bolnavii se găsesc mult mai bine dacă au evacuări intestinale regulate și că în special greutatea epigastrică nesuferită și fenomenele nervoase la distanță se atenuiază sau dispar.

Spre a modifica constipația care însoțește atonia stomacală, vom căuta mai întâiu să ne dăm seama prin examenul clinic și radiosopic, în prezența cărei forme ne aflăm.

În *constipațiile atonice* vom recurge la medicamentele cu acțiune asupra intestinului gros (*sene*, *rhubarbă*, *cascara*, *sulf*, etc.) sau la *clisme* simple.

Dacă atonia stomacală este asociată cu o *constipație zisă spasmodică*, prin colită, prescriem *clismele de unt-de-lemn*, iar la interior *oleul de parafină*, *belladona*.

Staza coecală se va trata în mod aproape analog. În constipația spasmodică sau prin stază coecală, care însoțesc atonia gastrică, nu am făcut mențiunea de *magnesia calcinată*, de *lactoză*. Într'adevăr aceste substanțe, cași sărurile neutre, inhibă mișcările stomacului (*H. Meyer* și *Gottlieb*), când sunt administrate în cantitate notabilă. Vom evita deci *lactosa*, *magnesia*, așa de utile în unele constipațiuni, dacă atonia gastrică este în primul plan.

Când *belladona* este indicată pentru starea intestinului, o putem menține și în cazurile de atonie stomacală; *atropina* nu inhibă decât contracțiile exagerate, spasmodice ale tubului digestiv.

Apele minerale nu sunt în special indicate în tratamentul atoniei stomacale. Din contra, apele cari conțin

săruri în soluție prea concentrată nu sunt utile în atonia stomacului.

Prin examenul bolnavului ne vom da seama de indicațiunile unei ape minerale.

Dacă atonia stomacală este notabilă și din punct de vedere subiectiv în primul plan, vom consilia schimbarea de mediu (celor care pot să și-o procure), hidroterapia sistematică, masajul electric sau manual, într'o stațiune apropiată.

Dacă atonia este minimă, vom sfătui pe bolnavi să urmeze o cură hydrominerală în raport cu chimismul stomacal, cu starea intestinului, cu starea generală.

Rezumatul tratamentului

Regim alimentar : mese separate prin intervale mari ; alimentele bine divizate ; reducerea lichidelor (mai cu seamă în timpul mesei) ; regim variabil după starea chimismului gastric și a motilității intestinale.

Agenți fizici : spălături stomacale, clisme, masajul abdominal (electric sau manual) : compresă epigastrică ; hidroterapie tonică.

Medicamente. Tincturi amare, strychnină (în atonie cu hyposecreție) ; alcaline și strychnină (în atonia cu hypersecreție).

Laxative după nevoe și după forma de constipație.
De evitat în atoniile mari : sărurile neutre, magnesia, lactosa.

Tratamentul paralysiei gastrice acute

Această afecție gravă mai are ca sinonim dilatația acută a stomacului sau gastroplegie acută (*Kuttner*).

Etiologie. Gastroplegia acută se vede mai des după intervențiile mari abdominale. Este greu de spus dacă aici joacă rol traumatismul, infecțiunea sau anestezia generală. Este probabil că acest din urmă factor are o importanță capitală, căci *Payer* (citată în *Kuttner*) a observat de regulă o parezie stomacală cu hypersecreție după anestezia generală.

În infecțiunile grave și în special în pneumoniile severe se vede des meteorismul abdominal și mai cu seamă gastric de mult cunoscut și asupra căruia au insistat *Kroning* și *Klopstock*. Același fenomen mergând până la gastroplegia acută se vede rare ori, în convalescența pneumoniei și altor boale infecțioase acute (scarlatină, etc.)

Paralysisia acută a stomacului se mai poate vedea și în alte împrejurări ; accidentele tipice se observă și în myelitelile transverse cu

sediu superior ; apoi s'a mai semnalat în simple supra-încărcări alimentare brusce ale stomacului ; în pleuresiile stângi. Vechii clinicieni francezi au semnalat tympanismul stomacal, prin paresă din cauza inflamației vecine. Dar paralysis gastro-intestinală se vede la maximum în peritooite acute.

Symptomele gastroplegiei sunt în formele ușoare o senzație foarte penibilă de greutate abdominală și mai cu seamă epigastrică, după cum am putut vedea în mai multe cazuri de pneumonie. La inspecție, meteorismul gastric este evident.

În formele grave, aceeași senzație insuportabilă de plenitudine epigastrică ; vărsăturile pot lipsi sau sunt extrem de abundente (*Kuttner*).

Este probabil că vărsăturile violente sunt datorite unei torsioni a stomacului supra întins cu ocluzie funcțională a duodenului.

La examenul local, găsim distensiune epigastrică notabilă, iar la succussiuena bolnavului șgomot hidroaeric intens, arătând existența unei mari cantități de lichid în cavitate stomacală.

Dar în forma gravă a gastroplegiei, starea generală este din cele mai rele : facies palid, gripat, puls accelerat și cu tensiune progresiv mai mică până la sfârșitul fatal.

Patogenia paralysisiei acute a stomacului nu este ușoară. În unele cazuri ar fi vorba de o forțare a musculaturii gastrice din cauza unei supra-încărcări alimentare brusce ; așa s'ar petrece lucrurile în gastroplegia acută primitivă și în aceia care se observă în convalescența boalelor infecțioase grave.

Paralysisia acută a stomacului post anestezică, cea care se observă în peritonite, în cursul infecțiilor grave, este de sigur în legătură cu o alterație materială la nivelul centrilor de inervație motrice a stomacului.

Din câte am putut vedea această paralysisie sau paresie gastrică, coincide cu o paralysisie a vasomotorilor.

Când într'o infecțiune gravă : pneumonie, peritonită acută, etc. găsim puls accelerat și tensiune mică, putem bănui paralysisia vasomotorilor, dacă bolnavii sunt palizi prin acumularea sângelui în vasele splanchnice, dilatate la extrem. În dilatația acută a cordului, găsim semne de stază, din partea jugularelor, facies cyanotic, ectazia cordului drept la ortopercuție. Aceste semne diferențiale, între hypotensiunea prin slăbirea miocardului și aceia datorită unei paralysisii a vasomotorilor, au fost date mai cu seamă de *Romberg*¹⁾ și elevii săi.

Ceieace am constatat în pneumoniile grave mai cu seamă este că paresia gastro-intestinală predomină la nivelul stomacului și că este asociată de obicei cu paralysisia vasomotorilor : puls accelerat, tensiune foarte mică, facies palid, fără semne de dilatația cordului.

În asemenea cazuri leziunea centrului vasomotor și a celui de inervație motrice gastrică se explică lesne prin acțiunea toxinelor microbiene ; iar în gastroplegia acută post anestezică, prin acțiunea substanței narcotice, chloroformul în special asupra aceluiași centru. De altfel paralysisia vasomotorilor cu hypotensiunile progresivă sub influența chloroformului, este lucru bine stabilit.²⁾

1 Romberg. Herz. u. Gefässkrankh.

2) H. Meyer și Gottlieb. loc. cit.

Am insistat poate mai mult decât trebuie asupra paraliziei vasomotorilor asociată cu gastroplegia; dar trebuia să o fac, căci această coexistență nu este clasică și comportă concluziuni terapeutice.

Tratament.

A) *In parezia gastrică acută*, formă mai atenuată, vom *restrânge lichidele* la 800—1000 gr. pe zi.

Spălăturile de stomac, de mare folos, se vor întreprinde în poziție culcată și numai la bolnavii care nu au o stare asfictică, printr'o afecție pulmonară acută.

O sondă rectală, lăsată aproape permanent, este utilă spre a facilita emisiunea gazelor, căci parezia intestinală coincide cu cea gastrică, de regulă.

Ca medicamente ne-am putea gândi la acele substanțe care excită motilitatea gastro-intestinală prin intermediarul nervului pneumogastric, adică pilocarpina și eserina (physostigmină); după cum am spus însă și în alt loc, pentru pilocarpină inconvenientele sunt mai mari decât folosul; în privința *eserinei* (salycilat sau sulfat), putem spune că s'a încercat în doze de $\frac{1}{2}$ —1 miligram în injecții, spre a stimula intestinul atonic; s'ar putea încerca și în gastroplegiile subacute, dar nu am experiență suficientă în această privință.

Injecțiile de *strychnină* 1—4 miligrame pe zi pot fi de folos pentru a stimula musculatura stomacului, deși am spus că nu avem o bază experimentală sigură. Am văzut totuși atenuarea tympanismului gastric, sub influența strychninei, care în plus ridică presiunea arterială prin stimularea centrului vasomotor.

Când însă paralyisia vasomotorilor este evidentă, *strychnina*, *cafeina*, *camforul*, care lucrează central, nu-și mai exercită efectul.

Atunci trebuie să recurgem la *adrenalină*, care lucrează și periferic, chiar asupra vasului cu vaso-motori secționati. Injecțăm subcutan $\frac{1}{2}$ —1 miligram de adrenalină (10—20 picături din soluția comercială de 1 la 1000), în 10 cmc, de soluție fiziologică de chlorur de sodiu (0,75 gr. la 10); repetăm administrarea la câteva ore interval, mai cu seamă dacă observăm o acțiune bună.

B) *In formele grave de gastroplegie acută*, așa cum se văd după intervențiile mari abdominale, *suprimăm* com

plect *ingestia de lichide (Kuttner)*; lucrul este logic, căci în aceste forme stomacul hypersecretă în mod intens.

Această secrețiune exagerată cred că se explică în mod satisfăcător prin vaso-dilatația excesivă, consecință a paralysei vasomotorilor.

În schimb recurgem la injecțiuni subcutanate de *ser artificial* spre a evita deshidratarea organismului, în cantitate însă moderată (200—250 gr. într'o ședință), spre a nu crea un obstacol prea mare unui miocard slăbit pe socoteală proprie sau prin paralyasia vasomotorilor. Sau mai bine întrebuițăm clismă cu 1 litru de ser artificial, care se scurge picătură cu picătură, după procedeul lui *Murphy* în peritonite. În clismă putem adăuga vre-o 120 gr. glycosă sau zahăr obișnuit, în locul chlorurului de sodiu.

Spălăturile de stomac sunt absolut indicate în gastroplegiile acute; ele scot uneori din stomac cantități enorme de lichid, chiar când bolnavii au vărsături spontane, dar insuficiente. Ușurarea pe care o produc spălăturile este evidentă; ele schimbă pronosticul întunecat al paralysei stomacului.

În plus vom recurge la injecțiile de *strychnină, adrenalină*, indicate.

În privința adrenalinei ne-am putea teme că exagerează paresia stomacului pe calea terminărilor simpaticului. În practică nu trebuie să exagerăm acest factor, căci *L. Heidenhain*¹⁾ și după dânsul alții au întrebuițat cu bune rezultate adrenalina (intravenos, în ser artificial) în peritonita acută, boală în care paralyasia vasomotorilor este evidentă și gastroplegia tot așa de sigură.

În privința eserinei, repet cele spuse mai sus că întrebuițarea acestei substanțe este logică în paralyasia acută a stomacului.

Rezumatul tratamentului.

Regim alimentar: *lichide*, reduse la 1 litru pe zi în paresia acută; *suprimarea alimentației* per os, în paralyasia acută a stomacului.

1) *L. Heidenhain*. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. B-d 18, p. 887, 1909.

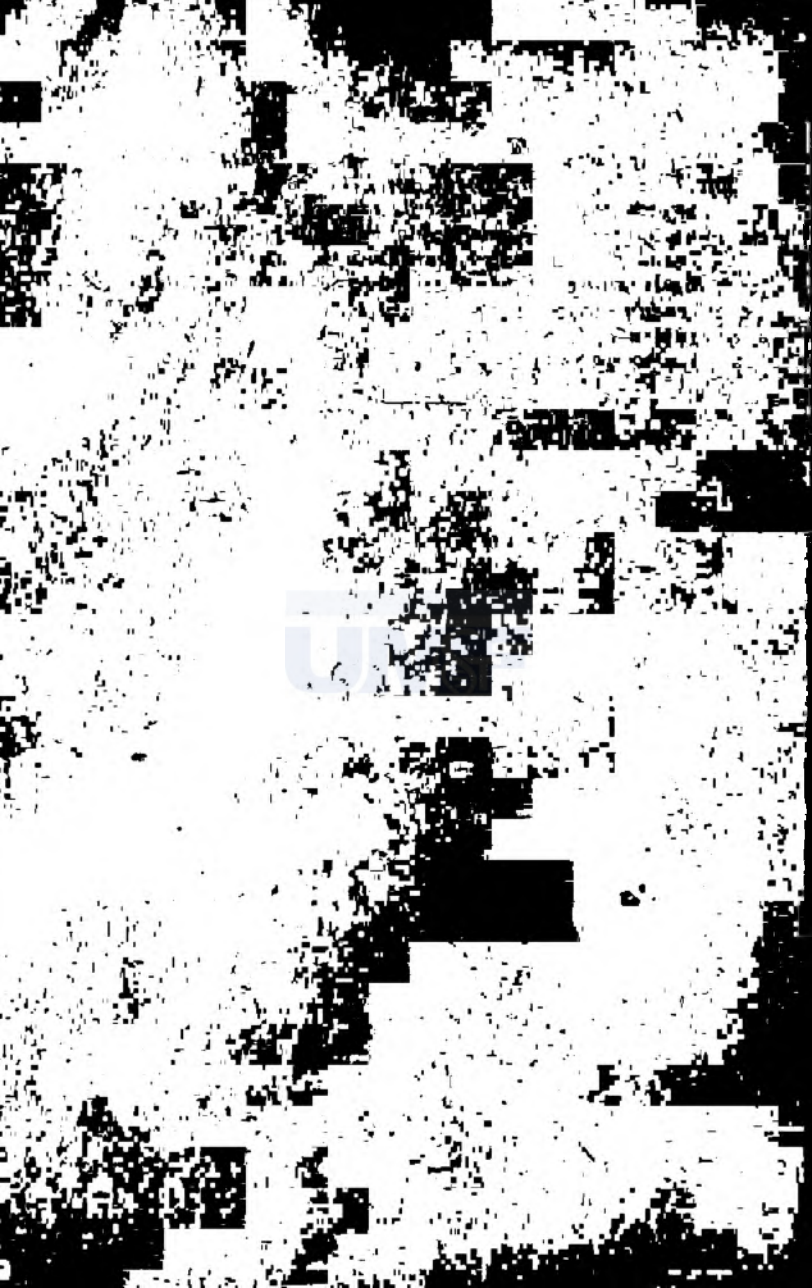
Ser artificial (200—250 cmc. odată). *Clisme picătură cu picătură* (de *ser artificial* sau *glycosat*).

Agenți fizici: *spălături de stomac*, foarte utile (contra indicate în caz de pneumonie, broncho-pneumonie).

Sondă rectală pentru emisiunea de gaze.

Medicamente: injecțiuni subcutanate de *strychnină*; de *adrenalină* în contra paralysiei vasomotorilor; de *eserină* la nevoie.





Terapeutică afecțiunilor nervoase ale stomacului

Diviziunea cea mai simplă a afecțiunilor stomacale pe bază nervoasă este cea indicată demult de către Oser în :

Nevrose de sensibilitate :

„ „ *motilitate ;*

„ „ *secrețiune ;*

În plus avem o formă mai complexă, în care pot intra symptome variabile : *dyspepsia nervoasă* sau *neurastenică*.

Cu toate lucrările moderne, relative la patologia inervației viscerelor, nu am putea da o diviziune mai bună în starea actuală a lucrurilor.

Vom face un capitol comun de etiologie și patogenie ; apoi vom enumăra principalele determinări nervoase gastrice cu symptomele lor cardinale ; în fine vom termina cu un capitol comun de terapeutică.

Etiologie. Hereditatea, are un rol incontestabil în genesa gastro-nevrozelor ca în toate afecțiunile nervoase de altfel ; această hereditate poate să nu fie similară.

Bărbații și femeile, prezintă determinări stomacale în mod aproape egal.

În privința vrăstei se poate spune că aceste afecțiuni sânt mai dese la oamenii tineri sau în perioada mijlocie a vieții.

Există *afecțiuni nervoase autonome* ale stomacului sau în aparență primitive fără ca să putem stabili o legătură evidentă cu o nevroză generală.

Alte ori turburările nervoase stomacale sânt *reflexe*, în legătură cu un rinichi mobil care poate da dureri epigastrice violente, cu o apendicită cronică ce se însoțește uneori de hipersecreție stomacală reflexă, cu o afecție utero-anexială care provoacă foarte des fenomene dyspeptice.

Dr. Teohari.

În multe cazuri nevrosă gastrică este în legătură sigură cu o *nevrosă generală*: histerie (patomimie), neurasthenie. În asemenea condițiuni etiologia gastronevrozei se confundă cu aceea a nevrosei generale.

Din acest punct de vedere viața sexuală cu îngrădirile ei cerute de societate sau cu excesele ei, joacă un rol important în geneza nevroselor, nu însă un rol exclusiv, după cum voește *Freud* (Viena).

Într'adevăr grijile vieții, oboseala intelectuală, emoțiunile, dau foarte bine naștere pe un teren predispus, accidentelor nervoase stomacale. Am văzut o femeie de condiție umilă, care a început să prezinte erutațiuni sgomotoase și foarte tenace (nevrosă de motilitate) în momentul când a primit știrea că fiul său a murit pe front.

Asemenea exemple sunt nenumărate; ele demonstrează că și alți factori psihici, în afară de viața sexuală, intervine în geneza nevroselor gastrice și nevroselor generale. Neurologii și în special veneratul meu maestru Prof. *Déjerine* (apoi *Dupré*, care a studiat foarte bine *psychonevrosele emotive*), au pus acești factori, în evidență.

Patogenie. Determinările nervoase gastrice și cele viscerale în general, par să fie favorizate de un dezechilibru între acțiunea nervului pneumogastric și a marelui sympatic.

Deia publicațiile lui *Eppinger*¹⁾ și *Hess*, s'au ivit și se ivesc nenumărate lucrări, relative la predominanța de acțiune la unii indivizi a pneumogastricului, așa zisa vagotonie, iar la alții a marelui sympatic sau sympaticotonie; în fine în unele cazuri, ar exista numai o predispoziție vagotonică sau o hiperurotonie (*Lereboullet*).

Toate aceste lucrări clinice au la bază importantele descoperiri ale lui *Langley*, citate la fiziologia stomacului; iar cercetările de farmacodinamie făcute asupra omului au fost realizate tot cu substanțe înrtebuinate pe cale experimentală de *Langley* și apoi de farmacologi.

În clinică se fac mai des următoarele probe:

1) *În vederea vagotoniei* (sau mai exact cu *Lian* a hypervagotoniei):

Proba cu pilocarpină, substanță care excită toate terminările nervului pneumogastric.

Se injectă subcutan $\frac{1}{2}$ —1 centigram de *nitrat de pilocarpină*. Reacția se consideră ca pozitivă, când injecția provoacă secreție salivară, sudorală, intense; apoi accentuează dermografismul, eosinofilia.

b) *Proba cu atropină*, care paralizează terminările pneumogastricului și deci sistemul autonom.

Substanța se injectă în doză de $\frac{1}{2}$ —1 miligram.

Reacția este considerată ca pozitivă, dacă se produce cu această doză uscăciunea gurii, dilatație pupilară, accelerarea pulsului cu peste 20 bătăi pe minut.

2) *În vederea sympaticotoniei* (sau mai exact *hyper-sympaticotoniei* în terminologia franceză), se încercă proba cu *adrenalină* în doză de 1 miligram, injectată intra-muscular. În plus bolnavul ingeră 3 ore mai înainte de injecție, 100 grame de glicoză.

1) H. Eppinger și L. Hess. Die Vagotonie, Berlin. 1910.

Reacția este considerată intens pozitivă, dacă injecția provoacă *accelerarea pulsului* cu peste 20 pe minut, *ridicarea presiunii arteriale* cu mai mult de 1 centimetru de mercur, *palpitații*, *opresiune precordială*, *accelerarea ritmului respirator*, *tremurături*, *neliniște*, *amețeli*: des *ridicare termică*. Simptomele țin 1—2 ore

*Neumann*¹⁾ a mai constatat dispariția eosinofilelor din sânge, care se menține 3—5 ore după injecție.

În fine, în caz de *hypersympaticotonie*, proba *adrenalinei* cu *ingestie prealabilă de glycosă*, arată o *glycosurie* până la 3 grame, în cele 24 ore următoare.

În practică, lucrurile nu se petrec totdeauna conform acestei scheme, căci pot exista stări incomplete și stări asociate de *hypervagotonie* și *hyper-sympaticotonie*; dacă voim să lămurim aceste forme numai prin analiza clinică, ne încurcăm și mai rău; contradicțiunile între autori, abundă de altfel,

În clinică curente vom considera după cum foarte bine zice *Llan*²⁾ ca *vagotonici*, pe acei bolnavi care prezintă *reflexul oculo-cardiac* al lui *Aschner*, pozitiv (*incetinarea pulsului* cu peste 10 pe pe minut, în urma compresiunii globurilor oculare), la care există tendință la *bradycardie*; iar din partea tubului digestiv tendințe la *hyperchlorhidrie* și *constipație*.

Sympaticotonicii prezintă în general semnele care se constată în *hypertyreose*³⁾ și în special *tremurături*, tendință la *tachycardie*, *instabilitate nervoasă*, *reflex oculo-cardiac negativ* sau *inversat*.

La asemenea bolnavi, dacă voim să precizăm mai mult, recurgem la probele *farmaco-dinamice* indicate, dar cu discernământ.

În *vagotonii* ne vom limita la proba *atropinei*, care din câte am văzut, nu prezintă nici un inconvenient serios pentru bolnavi. Injecția de *pilocarpină* din contra, provoacă uneori o adevărată boală experimentală cu sudori profuze, greață, vărsături, adeseori diaree.

Cred că această probă nu este prea indicată în clinică. Dacă cel puțin după o asemenea boală experimentală am institui un tratament suveran al *gastronevrosei* n'am regreta prea mult inconvenientele metodei de cercetare; în realitate însă nu posedăm acest tratament sigur

Proba cu *adrenalină* trebuie de asemenea practică cu discernământ și în special evitată la bolnavii prea emotivi sau cu *hypertensiune arterială*.

Concluzia practică a acestor cercetări interesante dar încă foarte incomplete, este că vom recurge în *hypervagotonii* și *hypersympaticotonii* la mijloacele obișnuite spre a obține *sestațiunea nervoasă* (*regim*, *agenți fizici*, *bromuri*, *valeriană*). Ca tratament special, stările *vagotonice* reclamă tratamentul prin *belladonă* sau *atropină*, *belladonă* pe care

1) *Neumann. Therapie der Gegenw. Iulie 1919.*

2) *Llan et Jaunnon. Journal médical français No. 6, 1921.*

3) *Choostek. Morbus Bisedowii u. die Hyperthyreosen, Berlin, 1917.*

Trousseau o întrebuința de mult și cu succes în terapeutică. În sympaticotonii se încearcă *eserina* mai cu seamă în accidentele sympatice cardiace (*Mougeot*); aceeași substanță s'a întrebuințat (ca stimulantă a acțiunii antagoniste a pneumogastricului) în crizele solare (*Moutier*).¹⁾ Viitorul ne va confirma acțiunea favorabilă a *eserinei*.

Dar alte cercetări arată că hypersympaticotonia mai cu seamă poate fi în legătură cu funcționarea defectuoasă (în plus sau în minus), a unora din glandele cu secreție internă.

Astfel insuficiența ovariană, hypertyreosele cu determinările lor generale și gastrice, realizează în parte sindromul de excitație a marelui sympatic.

Apoi am spus că adeseori gastronevrozele sunt un e-pifenomen în evoluția unei nevrose generale. Diferiți autori și mai cu seamă *Profesorul Parhon* au insistat asupra relațiunilor dintre aceste nevrose și funcționarea deviată a glandelor endocrine; de unde noi indicațiuni terapeutice de realizare în general grea.

* * *

Toate aceste cercetări foarte interesante și foarte complexe relative la funcționarea sistemului nervos al vieții vegetative au dus după cum am văzut la câteva concluziuni terapeutice, aplicabile gastronevroselor.

Aceste cercetări însă nu trebuie să ne facă să uităm, rezultatele bine stabilite ale teraputiceii mai vechi. Astfel în nevrosele gastrice grave ca dyspepsia nervoasă cu slăbire enormă, anorexia nervoasă care poate avea un sfârșit fatal, tratamentul medicamentos îndreptat în contra stării de sympaticotonie sau de vagotonie ce s'ar constata la asemenea bolnavi, nu va avea de sigur efectul dorit. Acești pacienți; se vindecă prin psihoterapie ajutată la nevoie de izolare; la dânsii tratamentul prin medicamente are un rol foarte subordonat.

* * *

Vom schița acum în mod sumar symptomele principalelor gastronevrose.

1) Moutier. Arch. des maladies de l'app. digestif, 1920.

Nevrose de sensibilitate

Bulimia.

Această nevrosă se traduce printr'o foame exagerată, care vine sub formă de accese periodice, ținând zile sau săptămâni.

În intervale pofta de mâncare este normală sau scăzută.

Accesul de bulimie reprezintă o adevărată impulsie violentă de a mânca. Astfel cazul lui *Peyer* este tipic: o doamnă în vizită este cuprinsă de foame imperioasă, de lypotimii; i se dau 23 de ouă, 1 litru și $\frac{1}{2}$ lapte, 1 litru de vin. După această ingestie, doamna se calmează, doarme, se deșteaptă foarte bine dispusă.

Parorexia consistă în perversiunea apetitului cu același caracter de impulsie irezistibilă cași bulimia. Această apetență se manifestă față de acizi (*malacia*); de substanțe fără valoare alimentară, ca pământul, cărbunele (*pica*); de corpuri străine sau substanțe respingătoare (*allotrofagie*).

Greața nervoasă se manifestă mai cu seamă pe nemâncate, și se poate observa în atară de orice afecție organică.

Anorexia nervoasă.

Această formă este importantă de cunoscut, căci este una din puținele nevrose gastrice, care se poate termina prin moarte.

Anorexia nervoasă sau hysterică prezintă o lipsă de apetit intensă, tenace, care ține săptămâni sau luni. Totuși cel puțin la început explorarea gastrică ne arată că secrețiunea, motilitatea stomacului sunt intacte.

Afecția, magistral descrisă de *Charcot*, evoluează la început cu o stare generală destul de bună, cu toată reducerea progresivă a hranei, pe care bolnavii o continuă cu persistență, spre a fi interesante, spre a se da în spectacol familiei.

În perioada a doua se manifestă inaniția: slăbire enormă, pele uscată, ochii înfundați în cap, imposibilitate de a părăsi patul.

Pronosticul acestei gastronevroze este grav, căci în perioada ultimă vindecarea se produce mai greu, adeseori afecția are un sfârșit fatal, în urma progreselor inaniției sau prin tuberculoză.

Gastralgia nervoasă pe care bolnavii o localizează în epigastru, poate prezenta iradiațiuni în jos spre plexurile iliace, des în hypochondrul stâng.

Aceste dureri sunt independente de alimentație, capricioase; presiunea nu le exagerează în general, din contra le ușurează.

Funcțiunile stomacului (motilitate, secrețiune) sunt normale; în plus există alte semne de nevrosă generală.

Diagnosticul de gastralgie nervoasă este din cele mai grele și înainte de a-l formula, trebuie să eliminăm toate celelalte cauze de durere epigastrică, care sunt destul de numeroase.

În realitate, durerea epigastrică nu înseamnă durere stomacală. După cum am spus la alt capitol *J. Ch. Roux* a arătat de mult, că această durere își are sediul de obicei la nivelul plexului coeliac. De aici *Loeper*¹⁾ întrebunțează cu drept cuvânt termenul de coe-

1. *Loeper*. Journal médical français, p. 236, Juin, 1921.

lialgie în loc de *gastralgie*. Vom face uz de ambele expresiuni, căci este greu să suprimăm *gastralgia* din terminologia medicală.

Înainte de a conchide la o *gastralgie* nervoasă, la o *coelialgie* fără leziune, pe un teren de nevroză, trebuie, după cum spuneam să excludem toate cauzele de dureri în regiunea epigastrului.

Astfel vom elimina :

1) Boalele organice ale stomacului în care *Loeper* a putut găsi și alterațiuni nervoase materiale, adevărate nevrite. De altfel *Einhorn* admitea de mult că un ulcer stomacal vindecat, poate lăsa dureri nevralgice.

2) Leziunile sistemului nervos central : compresii medulare, *tabes* mai cu seamă, unde *J. Ch. Roux* a descris o nevrită a fibrelor nervoase simpatice. În practică durerile epigastrice foarte violente se văd în ulcer și în *tabes*.

Publicațiile mai noi, arată că există *gastro-radulite* pe teren sifilitic și în afară de *tabes* ; aceste nevrite specifice, curabile prin tratament pot da dureri epigastrice, având caracterul continuu (*Bouchut* ') și *Lamy Timbal, Loeper*).

3) În concepția lui *Loeper* care pare exactă, intoxicațiile pe cale sanguină ocazională *gastralgiile* prin mecanismul nevritei solare.

Este probabil că același mecanism intervine și în unele infecțiuni ca în *malaria* (accesul *cardialgic*),

4) În fine mai trebuie să excludem *gastralgiile* reflexe ale litazei biliare, rinichiului mobil, ale apendicitei ; apoi nu trebuie să uităm *hernia epigastrică* asupra căreia a insistat *d. dr. Bărdescu*

În practică, accesele epigastrice dureroase la femei, care vin sub formă de *paroxysme*, separate prin intervale normale, aparțin mai cu seamă litazei biliare (accesul pseudo-*gastralgic* al lui *Guéneau de Mussy*).

Această scurtă expunere, confirmă cele afirmate mai sus că un diagnostic de *gastralgie* nervoasă nu este lucru ușor.

Nevrose de secrețiune

Unii autori descriu în acest capitol *apepsia*, *hyperchlorhydria*. Ne-am ocupat însă de aceste afecțiuni la terapeutica boalelor funcționale cu leziuni variabile, astfel că nu mai revenim asupra lor.

Aici vom reține numai *gastro-sucoarea* intermitentă sau *gastroxynsis* a lui *Roszbach*.

Boala se traduce prin accese *paroxystice*, de vărsături limpezi, foarte abundente, conținând acid *chlorhydric* liber și *pepsină* în cantitate mare ; acest *symptom*, *hypersecreția* stomacală *paroxistică*, este semnătura specială a afecției.

În plus boala are și dureri, arsuri epigastrice insuportabile și cefalee adeseori violentă, care apare de obicei la începutul crizei.

Accesul ține una sau mai multe zile ; apoi totul reintră în ordine, pentru luni întregi.

Afecțiunea este rară. N'am văzut decât vre-o două cazuri de

1) *Bouchut et Lamy Archives des maladies de l'app. digestif. Tome XI No. 1, p. 1.*

gastro-sucoare intermitentă. Deși acești bolnavi, ambii bărbați nu prezentau semne de specificitate, niși de tabes, am avut impresia, bazată pe evoluția sub formă de crize, că este vorba de un tabes monosymptomatic sau de o gastro-radiculită specifică. De altfel n-am putut urmări bolnavii.

Nevroze de motilitate

Și în acest subcapitol voi face o înșirare de symptome mai importante, care comandă indicațiunile terapeutice.

Eructația nervoasă. Aerofagie. Această nevroză consistă în deglutiția inconștientă de aer în stomac sau esofag urmată de eructațiuni, uneori foarte sgomotoase și foarte dese, de mai multe ori pe minut.

Turburările gastrice sunt de obicei nule.

Afecția se observă la bărbați cași la femei; este frecventă și destul de rebelă la tratament.

Ruminația sau merycismul este analoagă actului normal al digestiei rumegătoarelor; alimentele revin în gura bolnavului, în porțiuni mici, fără efort, fără desgust; din contra acest act pare să producă unora din ei o adevărată plăcere.

Agitația peristaltică a stomacului este foarte rară în afară de stenoză. Mișcări peristaltice gastro-intestinale, dar atenuate, se văd destul de des la indivizi bătrâni, slăbiți, cu ptoze viscerale și perete abdominal foarte subțire.

Când este vorba de o determinare nervoasă gastrică, avem coexistența altor semne de nevroză generală; apoi nu se constată stază gastrică

Spasmul orificiului cardia se traduce prin semnele unei stenoze oesofagiene, mergând până la retrodilația conductului și vărsături.

Zenker, Rosenheim, Netter, Krauss admit că în multe din aceste cazuri nu este vorba de un spasm al cardiei, ci de o atonie a oesofagului pe bază nervoasă sau de o paralysie a pneumogastricilor.

Proba cu atropină în timpul examenului radioscopic nu are valoare spre a hotări între spasmul cardiei și o leziune organică.

În două cazuri de cardiospasm la femei tinere, manifest nevropate, proba a fost negativă și totuși evoluția ulterioară a arătat că este vorba de nevroză.

Într'alt caz la un bărbat cachetic, cu vărsături prin dilatația mare a oesofagului și diverticule, cu stenoză filiformă a cardiei la Röntgen, proba cu atropină în timpul examenului radioscopic a fost negativă; totuși gastrostomia a arătat că era vorba de un cardio-spasm.

Pentru lămurirea diagnosticului în asemenea cazuri grele, trecerea sondei rigide, pe când cea moale este oșrită, are o valoare mai mare (dar nu absolută) decât examenul radioscopic și injecția de atropină. Adrenalina în injecțiuni ar face să cedeze spasmul mai bine decât atropina (Boehm).

În plus avem adeseori semnele unei nevroze generale. Într'o lucrare recentă, *Guisez*¹⁾ bazat pe oesofagoscopie admite că atonia

1) *Guisez*. Presse médicale, No. 67, 1921.

oesofagului se vede numai în paralișii diferite. Toate celelalte cazuri de dilatație mare idiopatică a oesofagului sunt consecutive unui cardiospasm; din cauza dilatației excesive și a stazei se adaugă mai târziu atonia musculară și leziuni ale mucoasei (oesofagită), mergând până la stenoza organică.

Spasmul pylorului se poate observa în afară de leziunile organice și atunci constituie o gastronevroză. Variabilitatea simptomelor, tumoarea care apare și dispăre (tumoare fantomă) aparțin acestei nevroze.

Vărsături neuroase.

Această gastronevroză frecventă și importantă ca diagnostic diferențial, se traduce prin vărsături de obicei parțiale, care se produc fără efort, fără dureri prealabile, imediat după mese sau chiar în timpul ingestiei alimentelor.

Explorarea completă a stomacului dă un chimism variabil, fără nimic organic; apoi există alte semne de nevroză; în fine starea generală se menține bună de obicei, lucru care se explică prin vărsături parțiale.

Iată un asemenea caz de vărsături neuroase tipice, cu ușoară hiperacitate și cu semne de hypervagotonie:

Bolnava H. P., 43 ani, menajeră, intră în spitalul Filantropia la 18 Februarie 1919.

Acum 2 ani, fiul unic a plecat în armată; soțul a devenit hemiplegic cu afazie sensorială. De atunci bolnava a început să slăbească să aibă insomnie. Tot de atunci au apărut vărsături, imediat după mese fără greață, fără dureri. În plus constipație. Pacienta are apetit. Stomacul este gol pe nemâncate. Chimismul arată: $A=0,255$; $H=0,109$ (metoda Mintz). Proba hemoragiilor oculte, negativă.

Bolnava nu mai are regula de 13 ani; a avut multă vreme fenomene de insuficiență ovariană (valuri de căldură). Reflexul oculo-cardiac este pozitiv (72 pulsații înaintea compresiunii oculare; 60 în timpul apăsării).

Ca subvarietăți ale acestei nevroze se descriu *vărsăturile periodice de tip Leyden*, având drept singură manifestare intoleranța gastrică. Aceasta vine sub formă de accese de ore sau zile, în cari bolnavii dau afată tot ce ingeră; apoi timp de săptămâni sau luni; sunt perfect normale.

Din câte am văzut aceste cazuri sunt mai des sau tabes evident (monosymptomatic uneori) sau radiculite sifilitice curabile. Uneori vărsăturile periodice, coincid la femei amenoreice, cu epocele menstruale suprimate pentru un timp.

Iată pe scurt o observație de *gastro-radiculită sifilitică, curabilă*: I. V. mecanic, 45 ani, intrat la 26 Mai 1920 în spitalul Filantropia, pentru vărsături sub formă de crize rare.

Are 5 copii, neagă infecția sifilitică.

Boala a început în Aprilie 1919 cu vărsături alimentare și biliare, continue timp de o zi; mai rare încă 1—2 zile. La 2—3 luni, vărsăturile au reapărut sub aceeași formă; în total a avut cinci crize, separate prin intervale perfect normale. În timpul vărsăturilor nu are nici dureri, nici arsuri.

Constituție mijlocie. Stomacul gol dimineața. Chimism : $A=0,162$; $H=0,134$ la 100.

Toate reflexele normale ; nimic oculo-pupilar ; nimic din partea sistemului nervos, examinat complet.

Lichidul cefalo-rachidian (d. dr. Dănilă) : 3—4 lymfocite pe câmpul microscopic ; Wasserman intens pozitiv. Am revăzut bolnavul după mai multe luni de tratament specific intensiv ; nu a mai avut nici o criză de vărsături.

Am mai examinat un caz analog în oraș : un domn din Botoșani de vreo 35 ani cu vărsături periodice sub formă de crize.

Insurat, are copii, soția n'a avut avorturi.

Examenul gastric negativ. Reacția Wasserman în sânge, negativă. Am consiliat să se practice reacția și în lichidul cefalo-rachidian ; rezultat, intens pozitiv.

D. dr. Nissim mi-a comunicat după câțeva vreme că vărsăturile periodice au dispărut în urma tratamentului specific.

Asemenea cazuri ne arată că înainte de a conchide la o gastronevroză de motilitate, trebuie să eliminăm toate cauzele posibile de vărsături. Cași pentru coeliagii, trebuie să procedăm cu ordine și să eliminăm boalele organice ale stomacului ; afecțiunile cerebro-spinale, vărsăturile reflexe, intoxicațiile (*azotemia se va căuta sistematic*).

Foarte des bolnavii care consultă pentru greață și vărsături nervoase, omit să spună că accidentele vin în timpul unui acces de *migrenă*, prin spasm localizat al vaselor cerebrale (sympaticotonie).

Dyspepsia nervoasă

Această afecție care se mai numește și neurastenie gastrică sau dyspepsie neurastenică, prezintă două forme clinice principale una ușoară și alta gravă ; criteriul acestei diviziuni este greutatea corpului, care variază puțin în prima formă, pe când bolnavii pot ajunge în cea de a doua la slăbiri considerabile.

În dyspepsia nervoasă, apetitul este capricios, variabil după starea cerebrală a bolnavilor.

Ei se plâng des de senzații de greutate, de balonare, de apă-sare nesuferită la nivelul epigastrului ; mai rar de dureri ; adeseori au aerotație (dyspepsia flatulentă din vechea patologie).

Ca turburări la distanță, bolnavii prezintă în timpul digestiei gastrice : palpitațiuni și chiar extra-systole, opresiune (astm dyspeptic) ; oboseală generală, inaptitudine la lucru, somnolență ; turburări vaso-motorii ale feței.

Accidentele se micșorează la câteva ore după mese.

Constipația există de regulă și este foarte rebelă.

La examenul fizic găsim uneori secreția și motilitatea gastrică normală.

Astfel bolnava B. I. 24 ani (intrată la Filantropia la 23 Noembrie 1915, avea de 7 luni greutate intolerabilă la nivelul epigastrului, după ingerarea alimentelor în cantitate oricât de mică. Uneori survin și vărsături. În plus : caracter mobil, se supără lesne, plânge fără motive serioase. $A=0,189$; $H=0,072$, deci valori normale. Funcțiunea motrice de asemenea bună : stomacul este gol, 6 ore după un prânz mixt, abundent.

La alți bolnavi găsim anachlorhydrie, la alții hyperchlorhydrie dar fără constanța ce se vede în afecțiunile organice ale stomacului (heterochylie). Tot astfel stau lucrurile și cu funcțiunea motrice a stomacului.

La examenul abdomenului mai găsim adeseori ptoze viscerale, pulsațiuni aortice exagerate (semn de hypersympaticotonie); coasta 10-a flotantă (costa fluctuans decima) semn de dyspepsie nervoasă după *Stiller* sau mai exact semn de hypotonie generală de constituție debilă.

Palparea abdomenului mai relevă des dureri de-a lungul plexurilor nervoase (*Burkart*).

În forma gravă a dyspepsiei nervoase constatăm semnele precedente și în plus perderi de greutate care pot merge până la 10,20 kilograme și mai mult. Bolnavii sunt condamnați la pat și dau impresia unei afecțiuni organice grave.

Terapeutică nevroselor stomacale

Am văzut din etiologie, din simptomele nevrozelor gastrice că acestea pot evolua ca nevrose monosymptomatice în aparență, sau ca determinări speciale ale unei nevrose generale (histerie sau pitiastism, neurastenii); am arătat de asemenea rolul covârșitor al factorului psihic în geneza acestor nevrose.

Indicațiunile terapeutice ce se pot deduce din această expunere sunt:

1) Necesitatea unui *tratament psihic*, care constituie indicațiunea principală.

2) Indicațiunea unui *tratament general* (agenți fizici, dietetică, medicamente), îndreptat în contra stării nervoase, în contra turburărilor de nutriție.

3) În ultimul rând, avem indicațiunea unui *tratament local* al stomacului.

Vom formula principiile generale de terapeutică a nevrozelor gastrice: apoi, vom da indicațiuni speciale pentru fiecare formă, lucru care ne va reține mai puțin.

1) *Tratamentul psihic*

Psychoterapia este indispensabilă în toate nevrozele gastrice; utilitatea ei, demonstrată prin rezultatele bune ce se obțin, este mai cu seamă evidentă în nevrozele grave în anorexia nervoasă, în dyspepsia neurastenică.

Cum la baza celor mai multe nevrose gastrice sau generale există emoțiile, griji, pasiuni depresive, bolnavul trebuie să-și mărturisească cauzele stării nervoase; în cazuri speciale, aceasta nu se poate obține de cătră medic, decât

inspirând toată încrederea bolnavului, prin examene amănunțite, prin sollicitudinea pe care i-o arată.

Bolnavii nu vor fi contrariați în mod sistematic; vom fi de acord cu dâșii că sufăr. Apoi zi cu zi, prin sugestia verbală îi vom convinge că nu au o afecție serioasă, că se vor vindeca cu siguranță.

Prin energia voinței sale, prin judecata sănătoasă, medicul se impune și schimbă judecata falsă, raționamentul greșit al bolnavului. Pentru îndeplinirea unui asemenea rol, practicianul trebuie să aibă multă autoritate; nevropații trag mari foloase de la medici foarte renumiți fie prin merit real, fie prin abilitatea lor de a trece drept oameni de valoare. Cu bolnavii nervoși se fac așa zisele cure miraculoase.

În cazurile ușoare sau mijlocii, sugestia verbală este suficientă, chiar dacă bolnavul rămâne în mediul său.

Un asemenea tratament însă nu este de ajuns, când e vorba de o gastronevroză severă; bolnavul trăește în cercul ideilor sale depresive, dacă este un neurastenic; continuă a se da în spectacol familiei, dacă este o histerică. Consecința este că vindecarea nu se produce.

În asemenea condițiuni tratamentul într'un stabiliment special (spital bine organizat, sanatoriu) devine o necesitate asupra căreia a insistat de mult *Prof. Déjerine*, *Prof. Marinescu*, apoi *André Thomas*¹⁾ și mulți alți neurologi. Cazurile grave reclamă izolarea completă, suprimarea vizitelor și scrisorilor; familia are noutăți despre bolnav prin mijlocirea medicului.

O asemenea izolare prezintă mari avantagii căci-suprimă excitațiile, supărările, grijile obișnuite și ușurează sugestia verbală a medicului, care nu mai este influențată de alți factori exteriori.

Cu o asemenea psihoterapie ajutată puțin și de tratamentul ce vom mai expune, gastronevroze din cele mai serioase se vindecă în câteva săptămâni.

Fondul nevropat rămâne; recidivele sub aceeași formă sau sub alta, sunt posibile; dar psihoterapia ajutată de izolare, vindecă accidentele grave imediate.

II) Tratamentul general coprinde: *regimul alimentar, agenți fizici, medicamentele.*

1) *A. Thomas. Psychotérapie* (in *Bibliothèque Gilbert-Carnot*).

Regimul alimentar.

Un regim bine condus dă rezultate importante când este combinat cu celelalte metode de tratament și mai cu seamă cu psihoterapia.

În nevrozile gastrice cu slăbire mare este lucru capital să readucem pe bolnavi la greutatea normală; ca fapt de observație, un asemenea bolnav care se îngrașe, este vindecat. Asfet regimul în gastronevroze se reduce în cele mai multe cazuri la o cură de îngrășare.

Cum însă în cazurile serioase bolnavii au pierdut obiceiul de a se alimenta în mod normal, începem un regim de lapte (90—120 gr. la 2—3 ore), după exemplul lui *Weir Mitchell*, între alții. După vre-o patru zile se ajunge la 3 litri de lapte pe zi și unii medici continuă acest regim mai multe săptămâni, bine înțeles bolnavii fiind în pat.

Este însă preferabil ca dela a patra zi să începem un regim mixt, progresiv, astfel că după două săptămâni realizăm o adevărată cură de îngrășare, conform schemei pe care am dat-o la terapeutica gastroptozei. Este de necrezut cum bolnavii care câteva săptămâni mai înainte pretindeau că nu se pot hrăni, ajung să ingere o cantitate de alimente care reprezintă peste 4000 de calorii.

Înainte însă de a ajunge la tabela de regim a lui *Burkart* dată la tratamentulptozei gastrice, care cuprinde și alimente de digestie grea (carne, legume), putem realiza un timp cura de îngrășare cu un regim mai ușor.

Iată pentru această perioadă de tranziție o schemă de regim lichid și semilichid de valoare alimentară ridicată, după *Noorden*¹⁾ și *Salomon*.

- 8 a. m. : 300 gr. lapte și 100 gr. smântână.
- 10 " " : supă cu 35 gr. făină de leguminoase,
60 gr. unt, 30 gr. smântână.
- 12 " " : păsat cu 250 gr. cartofi, 300 gr. lapte,
100 gr. smântână, 60 gr. unt.
- 2 p. m. : bulion cu două ouă, 20 gr. sanato-gen
- 4 " " : 250 gr. lapte cu 100 gr. smântână,
50 gr. zahăr.
- 6 p. m. : chaudeau cu 250 gr. lapte, 70 gr.
smântână, 2 ouă.

1) C. V. Noorden und H. Salomon. Handbuch der Ernährungslehre. Berlin, 1920.

8 seara : 400 gr. lapte cu 35 gr. făină de orez.
100 gr. smântână, 50 gr. lactosă (sau zahăr)

Un asemenea regim reprezintă circa 4985 calorii, datorite mai cu seamă cantității importante de grăsimi (unt, smântână), pe care o conține. Rămâne însă de văzut dacă este bine tolerat de bolnavi deși autorii citați răspund prin afirmativă. La nevoie vom introduce în cura de îngrijire modificările necesitate de fiecare caz.

O asemenea cură se continuă în medie cași întregul tratament al gastronevrozelor, vre-o șase săptămâni. Rezultatele sunt de obicei excelente; am văzut bolnavi care au câștigat până la 15 kilograme în acest interval.

Partea însă neplăcută este că sporul de greutate nu se menține în toate cazurile de gastronevroze severe. Astfel am cunoscut o bolnavă care perdea și câștiga succesiv peste zece kilograme în câteva luni; de unde necesitatea de a repeta cura de îngrijire odată până la două ori pe an.

Agenți fizici.

Repausul în pat, care alături de regim, masajiu și tratament electric, făcea parte din cura sistematică a lui *Weir-Mitchell*, se continuă de unii medici mai multe săptămâni. În realitate nu se poate fixa un termen; repausul în pat se urmează până la revenirea forțelor.

Masagiul este de folos în timpul cât bolnavii fac cura de repaus în pat, fiind un corectiv al imobilizării; trebuie practicat în mod progresiv.

Întăia zi masagiul se execută la nivelul membrelor inferioare; apoi zilele următoare se trece succesiv la trunchiu, la membrele superioare. O ședință generală necesită cam o oră.

La finele masagiului se execută o fricțiune cu alcool, care ridică și vaselina întrebuințată; în urmă bolnavii se odihnesc $\frac{1}{2}$ —1 oră.

Tratamentul electric se realizează în cura lui *Wei-Mitchell* prin ședințe zilnice de faradizarea mușchilor, durând până la o oră; aceasta tot ca un corectiv al curei de repaus în pat.

Alți medici, consiliază ședințe de 15—20 minute. Azi se recurge mai mult la baia faradică, în stabilimente speciale, dar faradizarea cu o mică bobină de inducție, prezintă avantajul că se poate aplica ori unde.

Tratamentul electric, care se mai poate practica și sub alte forme, are și un rol psihic evident.

Hydroterapia, după cum am spus de mai multe ori, se va aplica progresiv și cu multă prudență ; în materie de gastronevroze, consiliul este esențial.

Tratamentul se începe cu *cearceaful umed calmant*, după metoda lui *Glatz*; apoi se recurge la *cearceaful umed tonic*, în privința cărora am dat lămuririle trebuincioase la capitolul de terapie generală.

Băile calde la temperatura zisă indiferentă (34°—35° centigrade), aduc uneori mari servicii în contra insomniei.

În cazurile mai severe nu vom ajunge la *jumătăți de băi*, la *dușa scojiană* decât foarte târziu, atunci când forțele au revenit, când greutatea a sporit notabil, spre a putea consolida cu aceste din urmă procedee, câștigul realizat.

Tratamentul climateric nu se poate consilia decât în gastronevrozele ușoare sau în convalescența celor grave.

Părăsirea ocupațiilor, ducerea la țară, oriunde este de folos.

Altitudinile între 600—1000 metri, reușesc de obicei în gastronevroze. În privința mării, sunt mai puțin afirmativ; sunt nervoși pe care vânturile continue, șgomotul mării îi excită mai rău, le provoacă insomniile.

Acțiunea schimbării de mediu este mai importantă în tratamentul climateric decât calitățile climei. Îmi reamintesc între alții, un tânăr bolnav, atins de dyspepsie neurastenică gravă și colită mucoasă așa de slăbit, încât unii medici, au opinat pentru o tuberculoză a tubului digestiv. Acest bolnav s'a hotărât să părăsească canapeaua pe care zăcea de mai multe luni; s'a dus pe malul Mediteranei și în câteva zile a fost vindecat. Nu se poate crede că numai clima maritimă a produs acest rezultat.

Tratamentul hidromineral. Experiența ne arată că un bolnav atins de gastronevroză evidentă, nu trage beneficii dintr'o cură de ape minerale. O asemenea cură se poate consilia în apepsii, în hyperchlorhydrii, unde avem bănuiala unei turburări funcționale a secreției stomacale, fără semne precise de nevroză.

Nu ne vom întinde mai mult asupra acestui capitol, de oarece am mai expus incidental, contra indicația apelor minerale în gastronevroze.

Medicamente.

Bolnavii cu determinări nervoase gastrice, schimbă des medicii și medicamentele. Ei încearcă tot ce aud, tot ce văd ca reclame și ajung să absoarbă cantități enorme de medicamente, de ape minerale. Totuși, în lipsa unei direcțiuni morale a unui tratament fizic rațional, ei nu se vindecă.

Medicamentele sunt puțin folositoare în tratamentul general al gastronevrozelor. Cu toate acestea se pot prescrie ca tonice generale și nervoase, apoi în contra symptomelor prea supărătoare (excitabilitate, insomnie), în fine pentru acțiunea lor psihică. Într'adevăr mai toți oamenii bolnavi și sănătoși, își închipuesc că pentru fiecare boală trebuie să existe medicamentele apropiate. Această credință este așa de înrădăcinată, încât din punct de vedere psychic, nu putem prohibi complet uzul acestor substanțe.

Dacă recurgem la medicamente în gastronevroze, de cele mai multe ori suntem siliți să prescriem în același timp tonice și calmante nervoase. Procederea nu este nelogică, după cum pare la prima vedere; în multe nevroze există pe lângă slăbire și excitabilitate nervoasă anormală.

Medicamente tonice generale și nervoase. În acest cadru vom cita medicamentele întrebuițate mai des.

1) *Arsenicul* în gastronevrozele cu slăbire, anemie, se va întrebuița de preferință pe cale subcutanată, sub formă de *cacodylat de sodiu* (0,05 gr. pe zi) sau altă preparație organică. Tratamentul se continuă cu întreruperi (de exemplu, 10 zile injecțiuni, urmate de 10 zile repaus.)

2) *Ferul* este indicat în gastronevrozele însoțite de anemie și mai cu seamă atunci când coexistă o chlorosă evidentă.

Există în formulare, nenumărate moduri de a administra ferul.

Protoxalatul de fer, des întrebuițat de *Prof. Hayem*, este o sare folositoare; se prescrie un vârf de cuțit în puțin lichid, la mese.

După observațiile *Prof. Hayem*, bolnavii hypopeptici suportă greu ferul; atunci administrăm *acid chlorhydric* după mese (5 sau mai multe picături în puțină apă) și protoxalatul este bine tolerat.

3) *Lecitina* pură din ou se consiliază în tratamentul

gastronevrozelor, ca tonic nervos, plecând dela noțiunea că systemul nervos central conține 10—15 la 100 din această substanță.

Modul cel mai practic de administrare al lecitinei este sub formă de pilule toluisate de câte 0,05 gr. (2—4 pe zi).

4) *Glicerofosfații* care intră în constituția chimică a lecitinei se întrebuințează des în terapeutică nervoasă și deci în gastronevroze.

Sarea cea mai întrebuințată este *glycerofosfatul de calciu*, singur sau asociat cu sărurile de sodiu, fer și alte substanțe.

Glicerofosfatul de calciu se poate prescrie în bulinuri (:am 0,50 gr. pe zi), în specialități granulate, sau în formula următoare, pe care o întrebuința des *Prof. Déjerine*:

Glicerofosfat de calciu	4 gr.
Acid citric	0,50 "
Sirop de coji de portocale amare	25 "
Apă distilată	125 "

Se scutură flaconul înainte de a lua medicamente (4 lingurițe pe zi).

5) *Strychnina* are ca acțiune centrală o mărire a excitabilității reflexe bulbomedulare. În plus mărește presiunea arterială prin vasoconstricție (acțiune asupra centrului vasomotor), lucru care poate fi de folos în gastronevrozele cu hipotensiune. Apoi acțiunea stimulantă asupra secreției stomacale (când strychnina este ingerată), asupra motilității stomacale (efect mai discutat), fac să se prescrie des strychnina în dyspepsii nervoase cu depresiune generală, cu atonie gastro-intestinală și hyposecreție.

a) Pe cale gastrică putem administra strychnina (tinctură de nucleu vomică), asociată cu tincturi amare, după formulele indicate. Sau o formulă, amestecată cu glicerofosfat de sodiu, tincturi amare (de quinquina, de rhubarbă etc.), ca în prescripția următoare (modificată după *Robin*)

Glicerofosfat de sodiu	3 gr.
Tinctură de rhubarbă	10 "
" " nucleu vomică	XXX picături
Sirop de coji de portocale amare	30 gr.
Apă distilată	120 "

Din care bolnavii cu inapetență, iau o lingură, ¹/₂, oră înainte de mese.

Strychnina, asociată cu hypofosfiți, figurează și într'o specialitate americană, siropul *Fellow*. Iată după Glatz o formulă simplificată a acestui sirop :

Bisulfat de chinină	1 gr.
Nitrat de strychnină	0,02 (centigr).
Acid fosforic	4 gr.
Pyrofosfat de fer	} aa 1 gr.
Hypofosfit de calciu	
" " magnésie	
" " potasiu	
Sirop simplu	300 gr.

Bolnavii iau o linguriță la mese, în puțină apă, din acest sirop care se poate formula cu indicațiunea suficientă pentru farmaciști, de sirop după formula *Fellow*.

b) În injecțiuni subcutanate, strychnina se administrează mai des, asociată cu arsenic organic și glicerofosfat de sodiu, ca în diversele seruri neurotonice:

Glicerofosfat de sodiu	1 gr.
Cacodylat de sodiu	0,50 gr.
Sulfat de strychnină	un centigram
Apă distilată sterilizată	10 gr.

Într'un flacon cu gât larg sau mai bine în 10 fiole. Dosa obișnuită este de 1 cmc. pe zi.

6) S'au mai consiliat și alte tonice nervoase, mai precis excitante: *Kola* (extract fluid : 2—5 grame în poțiune); *formlați de sodiu, calciu* (1—2 gr. pe zi în soluție apoasă); apoi multe alte substanțe și specialități. Nu le putem cita pe toate.

Sedative nervoase. În acest cadru avem mai cu seamă : *bromuri, valeriana, belladonă*

Bromurii alcalini micșorează excitabilitatea reflexă bulbo-medulară, dar în plus lucrează ca sedativi și asupra corticalității cerebrale, prin ionul brom.

Aceste medicamente sunt indicate în contra excitabilității psihice pe care o prezintă bolnavii atinși de gastro-nevroze și se arată mai cu seamă de folos când fondul este hysteric.

Putem prescrie *bromurul de potasiu* singur sau asociat cu *bromur de sodiu, de amoniu*, în dosă de 1—3 gr. pe zi (5 gr. de sare, în 150 gr. vehicul, reprezintă 0,50 gr. pe lingură).

Valeriana cu proprietăți analoge bromurilor, dar mai puțin intense, se arată totuși utilă în practica curentă. Din câte am văzut, preparațiile de valeriană se pot continua multă vreme fără inconvenient, în special fără ușoara depresiune nervoasă, care se manifestă chiar după dozele mici de bromuri alcalini.

Rizomul de valeriană conține, în stare proaspătă, esență de valeriană (amestec de aldehydă valerianică cu terpineol, camfor, etc.); apoi eteruri ale borneolului cu diferiți acizi grași. Toate aceste substanțe se alterează lesne în drogele conservate.

De aceia se întrebuințează mai mult extracte stabilizate din planta proaspătă.

Se prescrie mai des *valerlanatul de amoniac după formula lui Pierlot*, care conține și mult extract de valeriană; bolnavii iau 1—3 lingurițe pe zi, în apă cu zahăr.

În momentul senzațiilor supărătoare (slăbiciune, dureri epigastrice), pacienții pot lua *tinctură etherată de valeriană* (15 picături în apă cu zahăr) până la 5 ori și mai mult pe zi.

Se mai prescrie valeriana asociată cu bromuri alcalini:

Bromur de sodiu)	
Tinctură alcoolică de valeriană)	aa 5 gr.
Sirop de coji de portocale amare		30 gr.
Apă distilată		120 „

1—3 și mai multe linguri pe zi.

S'au încercat în terapeutică cu rezultate variabile și principiile active ale valerianei, obținute în stare de puritate.

Bornyvalul este bornylesterul acidului isovalerianic; se vinde în capsule (cutii originale de *bornyval*) din care se prescriu 2—4 pe zi.

Validolul reprezintă un amestec de menthol cu menthyl, eterul acidului isovalerianic. Medicamentul este foarte scump (nu trebuiesc formulate mai mult de 5 grame odată) și se ia în dosă de 5 picături în apă până la 30 pe zi.

Valyl este acid isovalerianic cu diaetylamidă; se prescrie în capsule de obicei a 0,12 gr. (cutii originale); 4—6 și mai multe pe zi.

Belladona asociată cu jusquiamă și valeriană se arată un bun sedativ nervos central și reușește bine în gastronevrozele cu symptome de hypervagotonie.

Am dat o formulă de pilule la terapeutica hyperchlorhydriei.

Hypnotice.

Insomnia este unul din symptomele cele mai supărătoare pe care le pot prezinta bolnavii atinși de gastronevroze și se întâlnește de obicei în formele severe.

Psychoterapia, regimul alimentar, agenții fizici, modifică în multe cazuri și insomnia. De asemenea și medicamentele sedative citate sunt ușor hypnotice.

Când însă bolnavii au insomnia rebelă, suntem siliți să recurgem și la hypnotice propriu zise. Nu se poate insista în acest capitol asupra modului de acțiune al medicamentelor narcotice și hypnotice (solubilitatea lor în lipozii cerebrali conform legii lui H. Meyer și Overton); ne vom mărgini a cita substanțele întrebuițate mai des.

În materie de hypnotice, există un factor individual evident, care ne obligă să facem încercări succesive, spre a găsi substanța care reușește mai bine într'un caz dat. Apoi la unii bolnavi același hypnotic aduce totdeauna somnul; la alții se stabilește obișnuința și atunci medicamentul trebuie schimbat.

Ca regulă generală nu vom abuza de medicamente contra insomniei, în gastronevroze; le vom întrebuița numai în mod tranzitoriu.

Hydratul de chloral ($\text{C Cl}_2 \text{ CH (OH)}_2$) este cel mai vechiu hypnotic întrebuițat, obținut pe cale de sinteză.

Dosa mijlocie în contra insomniei este de 1 gr. administrat pe cale gastrică sau în clismă, diluat (iritant pentru mucoase) în 100—150 gr. lichid, de preferință în lapte. Medicamentul alterându-se lesne în soluții, este preferabil să prescriem câte 1 gr. de hidrat de chloral, în flacon colorat; această cantitate se disolvă în lapte, după nevoie.

Specialitatea americană Bromidia conține :

Hydrat de chloral	} aa	6 gr.
Bromur de potasiu		

Extract de canabis indica	} aa	cinci centi- grame
Extract de jusquiama		

Apă destilată - q. s. pentru 32 gr.

O linguriță la culcare în lichid (conține pe linguriță,

câte 1 gr. de hidrat de chloral și bromur, câte un centigram de extract de *canalis indica* și *jusquiamă*).

Hydratul de chloral, fiind hypotensiv, este contra-indicat în doze mai mari, dacă există în plus insuficiență miocardică.

Există nenumărate alte hypnotice obținute prin sinteză.

Se întrebuintează mai des ca hypnotice slabe *bromuralul* (bromisovaleryanyl-uree) în pastile a 0,50 gr., i—2 la culcare, cu ceai de floare de tei; *adalina* (bromdiaetyl acetil-uree), în aceleași doze.

Ca hypnotic mai energic se prescrie *veronalul* (acid diaetyl-barbituric), 0,25 gr.—0,50 gr. la culcare cu o infuzie caldă. *Medinalul* (veronal sodic) mai lesne solubil, se poate formula și în supozitorii.

Mai citez *luminalul* (1—3 doze a 0,10 gr.); *dial-Ciba* (1—2 doze a 0,10 gr.); apoi din hypnoticele mai vechi și puțin întrebuintate acum, *paraldehyda* (3—5 gr. din acest lichid. în poțiuni), *sulfonalul*, *trionalul*, (ambele cam 1 gr. în bulin) și multe altele.

III) Tratamentul local în nevrozile gastrice

Am spus dela început că tratamentul local este de importanță secundară în gastronevroze; psihoterapia și tratamentul general rămân pe primul plan. Trebuie totuși să facem o excepție pentru spasmul cardiei, unde tratamentul local este de mare folos și chiar indispensabil.

Vom adăoga puține cuvinte privitoare la terapeutila câtorva gastronevroze, considerate în particular.

Bulimia fiind o nevroză de sensibilitate, reclamă pe lângă tratamentul general, anestesice ale mucoasei și inhibitoare ale secreției gastrice.

Vom putea deci prescrie *novocaină*, *belladonă* sau *atropină*, după formulele arătate la terapeutila generală.

Gastralgia nervoasă reclamă un regim alimentar în raport cu chimismul stomacal; comprese epigastrice ferbinți, gastrogalvanizare transcutanată. Uneori clismele foarte calde modifică coelialgia nervoasă.

Ca medicamente vom întrebuinta la nevoie una din formele date la tratamentul general al durerii gastrice. În fine vom recurge și la *eserină*, consiliată după cum am spus în sympaticotonii.

Această substanță întrebuințată în oftalmologie spre a provoca myosis (în special), nu și-a făcut încă probele în gastronevroze sau coelialgii organice.

Ca posologie, prescriem progresiv 1—3 gra nule pe zi (*Lian*) de câte un miligram de *sulfat de eserină*. *Moutier* dă o formulă de soluție (salycilat de eserină), cu glicerină și alcool. Se poate prescrie și o soluție apoasă :

Salycilat de eserină	un centigram
Apă distilată	10 gr.

20 picături (măsurate cu un picător normal) reprezintă un miligram de physostigmină.

Spasmul cardiei, cauza cea mai frecventă după *Guisez* a dilatațiilor mari zise idiopatice, ale oesofagului, reclamă pe lângă tratamentul general și dilatația spasmului.

Aceasta se realizează cu sonde rigide, lăsate mai multă vreme pe loc.

Dar când spasmul s'a complicat cu stenoză prin iritația mucoasei, când există diverticule sacciforme, cataterismul oesofagian obișnuit poate fi ineficace și chiar periculos. Atunci, după exemplul lui *Guisez*, vom recurge la cateterism sub controlul oesofagoscopului, introducând la nevoie o sondă de calibru mare, pe lângă alta mică, servind drept conductor.

Spre a modifica leziunile mucoasei, care însoțesc dilatațiunile mari prin spasm oesofagian, *Guisez* recomandă cu drept cuvânt un regim de păsaturi, cu prohibirea laptelui, care fermentează în diverticule; apoi spălături oesofagiene care vor precede dilatația.

Ca medicamente, putem încerca *atropina* în injecție, *belladonna* în supozitorii, cu succes problematic în spasmul oesofagian vechiu, încercăm de asemenea supozitorii de *papaverină* (2—4 centigrame). În plus nu vom perde din vedere tratamentul general.

Cu tot tratamentul rațional, sunt cazuri de cardiospasm, complicate de stenoză prin oesofagită secundară așa de bine descrisă de *Guisez*, cari la un moment dat reclamă gastrotomia; la această soluție se oprește și autorul citat.

Aerofagia cu *eructațiuni* sgomotoase reclamă un tratament general în primul rând.

În plus se recomandă bolnavilor, să ție între dinți un corp străin (dop, porte-cigarette de lemn sau chilimbar), care să împedice deglutiția aerului.

Dacă există tympanism stomacal, mai prescriem *magnesie calcinată*, cu *nucă vomică*, după formulele indicate.

Vărsăturile nervoase necesită uneori, pe lângă terapia generală a gastronevrozelor, aplicații reci pe epigastru, ingestia de bucățele de ghiață, *validol* în dozele arătate, *bromuri alcalini*.

Deși opiaceele pot calma vărsăturile prin acțiunea lor bulbară, ne vom feri totuși de a le prescrie într-o gastronevroză cu evoluție cronică.

Adrenalina inhibă cu siguranță mișcările peristaltice și antiperistaltice ale stomacului, pe calea terminărilor simplice. Astfel ar fi indicată în vărsăturile nervoase. Dar această acțiune nu se produce decât în urma injecțiilor subcutanate sau intravenoase de adrenalină, la cari nu putem recurge într-o afecție cronică.

Pe cale gastrică, adrenalina nu pare să fie eficace; pe cale rectală, i se atribuie oarecare acțiune.

Totuși, mai mult din punct de vedere psychic se poate consilia următoarea poziune, de luat cu lingura, după nevoie:

Sirop de ether		30 gr,
Apă de mentă)		
Apă chloroformată)	aa	60 "
Bromur de sodiu		5 "

Soluție de adrenalină 1 la 1000 XXX picături.

Gastrosucoreea intermitentă, care este probabil o gastro-radiculită specifică, va fi tratată în mod paliativ, prin injecțiuni subcutanate de *atropină*, prin supozitorii de *belladonă*—de oarece, după cum am arătat, atropina inhibă secreția gastrică.

Dyspepsia neurastenică, când este însoțită de slăbire mare, evoluiază de obicei cu hyposecreție, mai rar cu hyperchlorhydrie. Vom institui un tratament stomacal, în raport cu tipul chimic, cu starea motilității, așa după cum am arătat la terapia turburărilor funcționale, cu leziuni variabile.

Dar în dyspepsia nervoasă, rolul tratamentului local este cu totul secundar.

TABLA DE MATERII

	<u>Pagina</u>
<i>Noțiuni de fiziologia stomacului</i>	5
Funcțiunea motrice. Inervația motrice	5
Systemul nervos sympatic și cel autonom (parasympatic)	5
Secreția stomacală	7
Substratul histologic al secreției	9
Planșe. Explicația figurilor	10

Terapeutică generală a boalelor stomacului

I) Regimul alimentar

<i>Digestibilitatea alimentelor</i> . Scara lui Penzoldt	11
<i>Regimul de repaus absolut al stomacului</i>	13
Clisme alimentare, Alimentația duodenală	14
<i>Infuența principalelor alimente asupra secrețiunii gastrice</i>	15
Laptele dulce, Laptele fermentat	17
Carnea	19
Grăsimile	20
Alimentele vegetale	21

II) Terapeutică generală a boalelor stomacului prin medicamente

<i>Tratamentul inapetenței</i> . Substanțele amare	24
Acizi. Fermenți digestivi	28
Medicamentele alcaline. Bicarbonat de sodiu	29
Medicamente contra fermentațiilor gastrice	32
Tratamentul durerii stomacale. Novocaină	32
Opiu. Belladonă	33
Vomitivle	36
Tratamentul vărsăturilor	37

III) Apele minerale în boalele stomacului

<i>Ape minerale alcaline</i>	38
„ <i>chloruro-sodice simple</i>	39
„ <i>alcaline și chloruro-sodice</i>	40
„ <i>sulfatate, bicarbonate, chlorurate</i>	45
„ <i>calcaroase și feruginoase, carbo-gazoase</i>	45

IV) Terapeutică generală a boalelor stomacului prin agenți fizici

<i>Spălăturile de stomac</i> . Tehnică. Acțiune. Indicații	47
<i>Musagiul stomacal</i>	47

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
PHYSICS DEPARTMENT

RESEARCH REPORT
NO. 100

BY
J. J. THOMAS, JR.

DEPARTMENT OF PHYSICS
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1955

PHYSICS DEPARTMENT
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1955

Institutul de Editură „Viața Românească” S. A.

Biblioteca Medicală Română

— pentru uzul medicilor și studenților —

Biblioteca va apare în broșuri cari vor trata diferite subiecte medicale. Tratatetele mai mari vor fi și ele publicate în fascicole.

Biblioteca este pusă sub dirijarea D-lor Profesori, medici, pe specialități, după cum urmează :

D-l Prof. Dr. I. Cantacuzino	<i>Medicina Experimentală</i>
” ” Dr. P. Cazacu	<i>Igiena</i>
” ” Dr. Tatușescu	<i>Patologia Internă</i>
” ” Dr. S. Nicolau	<i>Dermatologia și Sifilografia</i>
” ” Dr. C. I. Parhon	<i>Neurologia, Psihiatria și Endocrinologia</i>
D-ra Dr. Maria Parhon	<i>Biochimia</i>
DI. Prof. Dr. F. Rainer	<i>Morfologia Umană</i>
D-na Dr. Martha Rainer	<i>Obstetrica</i>
DI. Prof. Dr. Slătineanu	<i>Bacteriologia</i>
Docent Dr. Tatușescu	<i>Medicina Internă</i>
DI. Prof. Dr. A. Teohari	<i>Terapeutică</i>

Intocmirea acestei publicațiuni umple un gol de mult simțit la noi și nu trebuie să lipsească din Biblioteca nici unui medic sau student în medicină.

