

CV 1261

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

8673

No. 345

DISPEPSIA GASTRICĂ LA TUBERCULOSII PULMONARI



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA.....

DE

Medic Sublt. M. C. BUMBĂCESCU

Preparator al Clinicii Medicale.



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 345

DISPEPSIA GASTRICĂ LA TUBERCULOSII PULMONARI



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA.....

DE

Medic Sublt. M. C. BUMBĂCESCU

Preparator al Clinicii Medicale.

24 MAY 2005



INST. MED. FARM. TG-MUREȘ ORV. TUD. GYÓGYSZ. INT. MVH. Bibl. Centrala-Központi Könyvtár _____ Lelt. sz. <u>11/198</u> <u>11/198</u>
--

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. TITU VASILIU

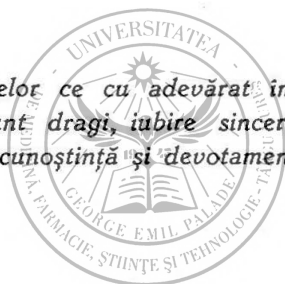
Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l Dr.	Botez A. M.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" "	Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu C.
Istoria medicinei	" "	Guiart I.
Clinica medicală	" "	Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" "	Iacobovici I.
Medicina operatoare	" "	Martinescu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	" "	Michail D.
Clinica oftalmologică	" "	Minea I.
Clinica neurologică	" "	Minovici N.
Medicina legală	" "	Moldovan I.
Îgienă și igiena socială	" "	Negru D.
Radiologia medicală	" "	Nițescu I.
Fiziologia umană	" "	Pamfil Gh.
Farmacia chimică și galenică	" "	Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Predescu-Rion I.
Clinica oto-rino-larigologică (agr.)	" "	Tătaru C.
Clinica stomatologică (supl.)	" "	Thomas P.
Clinica dermato-venerică	" "	Urechia C.
Chimia biologică	" "	Vasiliiu Titu.
Clinica psihiatrică	" "	
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOTIUNE :

Președinte:	D-l Prof. Dr.	I. Hațiegan
Membrii:	}	" " " I. Nătescu.
		" " " T. Vasiliu.
		" " " I. Moldovan.
		" " " T. Gane.
Supleant:	D-l Docent Dr.	I. Goia.

*Celor ce cu adevărat îmi
sunt dragi, iubire sinceră,
recunoștință și devotament.*





Prefață

Strecurându-se ultimii ani de studii, de cari nu ușor mă despart de ei, sunt obligat de regulament acum să-i închei printr'o lucrare, prin care să contribui și eu cu cât de puțin la lărgirea hotarelor științei. Din acest motiv am cerut maestrului și distinsului meu Profesor Dr. Iuliu Hațieganu un subiect pentru forțele mele, cu care să-mi achit o mică parte din obligațiunea către Facultate și mi s'a încredințat „Dispepsia gastrică la tuberculoșii pulmonari”.

Prin lucrarea de față am căutat să pun la punct concluziunile predecesorilor mei, cari s'au ocupat de tulburările gastrice ale tuberculoșilor pulmonari și m'am încercat să dau o explicație mecanismului de producerea dispepsiilor acestora.

Regret că timpul, cunoștința de tehnică, materialul și abilitatea necesare pentru experiențe, mi-au lipsit; dar întru cât am găsit făcute în direcția aceasta de către savanți recunoscuți, m'am mulțumit cu ale acestora, fiind suficiente pentru explicația Dispepsiilor dată de mine.

Totodată aceasta lucrare îmi dă prilejul ca și prin ea să aduc mulțumirile mele, recunoștința și expresiunea deosebitei mele stime, maestrul meu profesor I. Hațieganu, personificarea muncii, cinstitii, dreptății, care mi-a îmulțit cunoștințele medicale, a sădit adânc în mine bunătatea și blândețea necesară medicului internist.

Profesorilor mei I. Nișescu și Gh. Martinescu le mulțumesc și pe această cale pentru ajutoarele și sfaturile părințești date totdeauna, asigurându-i de toată recunoștința ce le voi păstra în viitor.

Recunoștință vie dlui Profesor I. Moldovan și tuturor profesorilor mei, cari m'au înarmat pentru îndepărtarea suferinții omenеști, urându-le sănătate și puteri nouă de muncă, pentru ridicarea tot mai sus a prestigiului științei române.

*Dlui Docent Goia, țin să-i mulțumesc pentru sprijinul dat și
bunevoința ce mi-a arătat totdeauna, asigurându-l de toate stima
mea.*

*Ministerului de Războiu și I. S. M. adâncă recunoștință pentru
ajutorul material dat ca să-mi fac aceste studii. Dlui medic general
Dr. Bădescu, dlui medic colonel Stănculescu, dlor medici cpt. Gla-
van și Apostol, pentru povetele bune, pentru ajutorul dat în dife-
rite împrejurări grele, toată stima și recunoștință mea.*

Prietenilor mei, sinceri și adevărați, toată dragostea.



Despre dispepsii

Dispepsia este o tulburare a digestiei, o digestie defectuoasă care cuprinde un ansamblu de tulburări de secreție, motorii și senzitive. Nu putem exclude însă leziunile anatomice, ulcerul, cancerul, stomacului, cari și ele pot fi o cauză a dispepsii. Așa fiind constat că nu e vorba de o dispepsie, ci mai degrabă de dispepsii.

Înainte de a trata subiectul ales, îmi iau permisiunea să descriu f. pe scurt principalele forme de dispepsii, pentru a-mi putea da seama dacă în tuberculoza pulmonară ele îmbracă totdeauna aceleași forme, fapt important de cunoscut, pentru a depista o infecție tuberculoasă, deci a începe tratamentul respectiv, fără a ne mulțumi să instituiam un tratament simptomatic la un dispeptic. Dispepsiile se împart în: primitive și secundare. Cum pe mine mă privesc cele secundare, voi trece peste cele primare, căutând a evidenția etiologia și formele dispepsiilor secundare.

Etiologia. Hereditatea, maladii infecțioase, intoxicații, afecțiunile celorlalte segmente ale aparatului digestiv, ale ficatului, pancreasului, splinei, afecțiuni ale arborelui pulmonar, ale cordului, glandelor cu secreție internă, aparatului uro-genital, sistemului nervos, maladii de nutriție. De aci rezultă în mod evident că nu există un singur organ în corpul omenesc care afectat fiind să nu poată fi origina simptomelor gastrice. Widal clasifică dispepsiile secundare, cronice în:

I. Dispepsia tip hiperclorhidric sau gastrita hiperclorhidrică cu întârziere de evacuare.

II. Dispepsia atonică, tip hipoclorhidrică, sau gastrita hipoclorhidrică cu atonie și dilatație.

III. Hipopepsia simplă și apepsia.

Dispepsiile hiperclorhidrice le caracterizează printr'o simptomatologie ce decurge din aceste 3 anomalii:

Secreție abundantă atât calitativă cât și cantitativă evacuare tardivă și dilatație.

Simptomele subiective sunt: foamea dureroasă „a jeun” ori dureri post prandiale: piroze. Apetitul în general conservat, uneori chiar exagerat. Tulburările asupra stării generale sunt frecvente, cefalee, oboseală, dureri abdominale.

La examenul sucului gastric scos după un dejun de probă se găsește o hiperaciditate. Dispepsiile hipoclorhidrice se manifestă prin următoarele simptome: senzație de plenitudine, de greutate gastrică în timpul digestiei, gura e amară, regurgitații acide câte odată, rareori dureri vii, cari dispar prin administrarea alcalinelor. Apetitul e diminuat. Aici tulburările sunt în funcție de gradul de atonie și dilatație și caracteristice acestora.

Atât în dispepsiile hiperclorhidrice cât și în cele hipoclorhidrice evacuarea gastrică este tardivă.

Hipopesia și apepsia sau aclorhidria sunt stări dispeptice în cari insuficiența calitativă și cantitativă există singură, fără ca stomacul să fie atonic sau dilatat; evacuarea gastrică e prematură însă. De aci rezultă dar că alimentele trec în intestin fără ca să fi suferit (aci rezultă că alimentele trec în intestin fără ca să fi suferit) transformările necesare în stomac, irită deci intestinul și o diaree se instalează.

La examenul sucului gastric se evidențiază diminuarea secreției gastrice sau lipsa totală a ei. Prin aceste fenomene, bolnavul poate slăbi f. repede, ajungând la cașecsie și favorizând astfel terenul pentru un cancer.

După ce am cunoscut aceste forme ale dispepsiilor secundare, în general voiu arăta, tot pe scurt, că la bolnavii de tuberculoză pulmonară, ele pot îmbrăca aceleași forme.

— Țin să insist însă că tuberculoza pulmonară, în stadiul premonitoriu, se etichetează cu dispepsia, fapt cu atât mai important, cu cât Grancher spune că „stomacul este pentru tuberculosul pulmonar laboratorul vindecării” sau „de stomacul tuberculoșilor pulmonari depinde prognosticul și vindecarea”.

Așa fiind totdeauna trebuie să luăm în considerație această dogmă a lui Grancher, instituind un tratament etiologic care numai aici poate avea rezultate admirabile injecții cu alttuberculină, fără a altera funcțiunile stomacului prin medicația simptomatică, păstrând astfel integritatea lor.

Căci Daremberg spune și el că „stomacul este organul de rezistență forte al tuberculoșilor pulmonari și alimentația arma lor de apărare”. Odată știută și aceasta putem cu ușurință să încoronăm cu succes tratamentul organismului infectat, periculos atât pentru el cât și pentru cei ce-l înconjură.

Timbal crede că evoluția dispepsiilor la tuberculoșii pulmonari poate să se facă în 4 etape: la început dispepsie hiperclorhidrică, dispepsia pretuberculoasă; apoi simptomele, agravându-se, chimismul gastric suferă modificării, anorexia fiind consantă, aceasta corespunde dispepsiei hipoclorhidrică. Acestea le confirmă și Gomez, spunând că la început tuberculosul are hiperclorhidrie gastrică pentru a deveni mai târziu cu hipoclorhidrie.

După acestea urmează etapă cu diaree și denutriție.

Acum mă voiu sili să depistez cauzele, mecanismul producerii dispepsiilor la tuberculoși. Și aici autorii spun că tulburările de secreție sunt datorite toxinei secretată de bacilii Koch, fie prin toxemia ce o determină în organism, fie prin înghițirea constantă a sputei baciliferă putând, după o lungă durată, provoca leziuni ale mucoasei și a glandelor gastrice.

Datorită faptului că plămânul și stomacul primesc inervație prin pneumogastric, inflamația unuia dintre aceste organe ar avea răsunat și asupra celuilalt pe cale reflexă. De aci mulți autori explică dispepsiile gastrice pe bază nervoasă.

Marfan distinge la tuberculoșii pulmonari 2 feluri de tulburări, studiate sub numele de sindrom gastric inițial și gastrită terminală. Sindromul gastric inițial îl reprezintă prin tulburări de apetit, dureri în timpul digestiei, eructațiuni, regurgitații acide, grețuri, vărsături. Acestea s'ar datori, după el, unei insuficiențe secretorii a stomacului, asociată unei reacții de iritație a pneumogastricului, anemiei și începutului afecțiunii. Gastrita terminală apare în perioadă de ramoliment și în momentul formării cavernelor, anunțându-se prin diaree rebelă, anorexie absolută, vărsături, dureri în epigastriu și dilatația stomacului.

Bourdon susține că iritația firelor pulmonare ale pneumogastricului ar fi baza tulburărilor funcționale ale stomacului.

Cornil și Herard, apoi Potain, Barety invocă iritația pneumo-

gastricului în geneza vărsăturilor gastrice, explicând-o prin compresiunea pnemogastricului datorită adenopatiei traheobronhică.

Peter merge și mai departe și explică doctrina iritației, în vărsăturile gastrice, nu numai prin compresiunea pneumogastricului de către ganglioni, ci și a firelor nervoase terminale ale vagului prin granulațiile tuberculoase.

Maurice Loeper explică unele gastralgii ale tuberculoșilor, etichetându-le „coelialgii” prin iritația plexului solar, fie prin toxine, fie prin însăși elementele microbiene, fie prin o compresiune ganglionară.

Anatomo-patologic: Bouchard, găsind câteva cazuri de dilatație a stomacului la autopsii, vrea să facă din această dilatație nu numai o cauză principală a sindromului dispeptic, dar chiar și o cauză de ecloziune a tuberculozei pulmonare.

Apoi Marfan spune că în gastrita terminală, leziunile observate sunt, în majoritatea lor, stări mamelonate cu îngroșarea mucoasei gastrice, mai rar o stare areolară, excepțional vegetații polipi forme sau eroziuni punctiforme.

Microscopic, pentru el, gastrita ftizicilor e o gastrită intertubulară, o periglandulită, caracterizată printr'o infiltrație de celule rotunde între glandele stomacului.

Marsal spune că există în regiunea fundică și mai ales în regiunea pilorică leziuni de gastrită subacută, caracterizată prin degenerescență granuloasă și vacuolară a celulelor glandulare. Experimental Theohari, injectând tuberculină la cobai, a văzut dezvoltându-se leziuni nete ale mucoasei stomacale cu degenerescență, interesând celulele glandulare.

Septicemia tuberculoasă și *Bacilemia tuberculoasă*

Îmi iau permisiunea să vorbesc ceva și despre aceste stări patologice, pentru ca să-mi pot aduce cercetările autorilor străini pe cari mi bazez explicația sindromului dispeptic la tuberculoșii pulmonari.

Septicemia tuberculoasă e o infecție generală, cauzată prin prezența bacilului Koch în sânge. Și pentru ca să fie septicemie, trebuie nu numai prezența accidentală în sânge, la un moment dat, a unui microb, în cazul meu bacilul Koch, dar prezența sa prelungită constituie o stare de infecție constantă și durabilă cu fenomene generale. Când voim să vorbim de o simplă prezență a bacilului Koch în sânge, abstracție făcând de sindromul morbid, se întrebuițează mai de grabă cuvântul de „Bacilemie tuberculoasă”. De aci cei doi termeni nu-și vor mai avea exact aceeași valoare.

Și ca o consecință a septicemiei tuberculoase se poate desvolta o formă de infecție cu simptome generale, cu o localizare de granulații miliare tuberculoase într'o parte sau în tot organismul, formând granulia, și altă formă fără granulații tbc. dar cu leziuni inflamatorii difuze, fără ca să fie foliculare, apropiindu-se de febra tifoidă, formând forma descrisă de Landouzi, typho-baciloză.

Pentru ca să se producă o infecție sanghină tuberculoasă și ulterior granulie, trebuie să existe:

I un focar vechiu, origina bacilului Koch.

II o predispoziție a organismului, explicată fie prin prezenta focarelor vechi, fie prin o slăbire generală a organismului datorită altor cauze banale.

III virulența specială a bacilului infectant.

Granuliile sunt: primitive, rare, când nu găsim un focar vechiu, bacilul venind atunci ca o infecție masivă exogenă, proba-

bil de origină digestivă — alimente — și secundare, cele mai frecvente, când avem un focar pulmonar ca punct de plecare al granuliei.

Toussaint, Villemin, Baumgarten și alții au tuberculizat animale cu sângele bolnavilor atinși de granulie, punând astfel în evidență prezența bacilului Koch în sânge în timpul vieții; iar Babeș, în chiagurile fibrinoase ale tuberculozei meningelor după moarte.

Weichselbaum în chiagurile din endocard.

Studiul asupra endocarditelor tuberculoase arată frecvența leziunilor tbc. a inimii de origină sanghină.

Atât granulia cât și tifo-baciloza dau determinări la nivelul stomacului producând turburări digestive, datorite inflamației mucoasei gastrice, din cauza infecției specifice. Aceste tulburări gastrice dau aspectul unei gastrite acute, sub acute, cu secreție abundantă, cu simptomele: anorexie, limbă saburală, vărsături incoercibile, diarei adesea constipatie.

Bacilemia este admisă de toți autorii, doar că unii susțin că se găsește permanentă la toți bacilarii, alții în mod accidental cu ocazia unei infecțiuni nouă sanghină dintr'un focar vechiu.

Aici voi arăta rezultatele cercetărilor făcute de diferiți autori prin anumite procedee speciale.

Rosenberg, prin examen direct, găsește bacilul lui Koch în sânge în 100% din cazuri.

Libermeister, 100% în tuberculoza deschisă, 11:13 în tuberculoza închisă, la 7 persoane lipsite de orice manifestățiune tuberculosă.

Kurashige, prin experiențele lui, a arătat că la 155 ftizici în diferite stadii, bacilul există în mod constant în torentul circulator.

Ranstrom la 25% spune că apariția bacililor în circuitul sanghin coincide cu ascensiunile termice.

Aceste studii fură aspru criticate în America de Ravenel, Anderson; în Franța de Bernard, Debré, Baron — susținând că ar fi găsit B. K. în apa distilată și în antiformina întrebuițată la procedeele de evidențierea bacilului Koch. Ei recomandă însă un procedeu al lor special, după care au ajuns la următorul rezultat. Din 58 tuberculoși, au găsit prezent B. K. în sângele a 7 cazuri, dintre cari

4 cu granulie;

1 cu tbc. pulmonară acută;

2 cu tbc. cronică pulmonară.

Cu toate acestea Rautenberg aduce cercetări și rezultate mai importante. Prin inoculări el găsește bacilemia rar la tuberculos. Însă inoculând cobailor sânge dela cobai tuberculizat, evidențiază o bacilemie de 70%.

Calmette a obținut rezultate constante transfuzând sângele unui cobai tuberculizat pe cale venoasă la cobaii sănătoși; toți cobaii transfuzați au devenit tuberculoși.

Binder a constatat după o inoculație intravenos la un bou că un număr de bacili rămâne în circulație în sânge dela III-a—IX-a zi, apoi ei dispar ca să reapară dela a XVII-a—XXX-a zi. De aci rezultă clar că există o bacilemie permanentă la tuberculoșii pulmonari. Bacilii, cum afirmă și Calmette, se găsesc însă atenuați de humorile organismului, sau de leucocite, deci mai puțin virulenți, producând astfel o stare toxică cu care organismul s'ar obișnui.

Prin progresarea procesului tbc. prin distrugere de țesuturi, deci a vaselor sanghine, e ușor de înțeles cum bacilii Koch invadează torentul circulator și alimentează bacilemia.

Numai prin această bacilemie constantă îmi pot explica evoluția dispepsiilor gastrice la tuberculoșii pulmonari, cum un stomac al tuberculosului la începutul infecției e mai activ, hiperclorhidric apoi devine hipoclorhidric cu atonie și dilatație, ptoze, ajungând în urmă la aclorhidrie.

Datorită faptului că bacilul Koch e prezent în sânge în mod constant, atât pneumogastricul, cât și stomacul se obicinuesc cu starea aceasta toxică, răspunzând la început prin suferința lor acută, — nevrită și gastrită acută — ca apoi să treacă la cronicitate.

Odată cu o invazie nouă de bacili Koch în sânge, reacționează și stomacul prin tulburările amintite, fiind influențat de cantități mai mari, mai proaspete-de bacili, cari sunt mai virulenți. Temperatura se ridică și ea și astfel coincidența sindromului dipeptic cu aceasta ne-ar indica o tuberculoză în evoluție, progresivă. De multe ori dispepsiile precedează hemoptiziile, după cum se va vedea și la cazurile mele.

Tratamentul

Ca tratament, în cecece privește subiectul meu, nu ași putea să aduc ceva nou, aceasta necesitând o experiență îndelungată, dar mă voi încerca să stabilesc câteva norme de conducere.

E bine ca totdeauna să avem în vedere faza tuberculozei pulmonare, știind că ei îi corespunde una dispeptică.

Ideal ar fi, ca fiecărui dispeptic specific să i-se facă analiza sucului gastric și un examen radiologic.

La începutul manifestării infecției tuberculoase e preferabil a nu se face tratament simptomatic unui dispeptic, ci a căuta să-i administrăm un tratament general contra procesului tbc. prin injecții cu alttuberculină, helioterapie, alimentație electivă.

Numai târziu, după vreme îndelungată, vom căuta să ameliorăm și să îndepărtăm cauzele dispepsiei gastrice, cari pot fi produse de o hiperclorhidrie, hipoclorhidrie, aclorhidrie, atonia, dilatația și ptoza gastrică.

Hiperclorhidria gastrică o putem influența ușor prin administrarea alcalinelor, bicarbonatul de Na, și Aluocolul.

Hipoclorhidria și aclorhidria, prin acidol-pepsin, știind că secreția acidului clorhidric se face paralel, în acelaș timp și în acelaș grad cu pepsina, în stomac, deci acest medicament ar fi suveran în aceste stări gastrice.

Odată cu aceseta vom administra diferite tincturi, ca Rp.; Tra nucă vomică 10,0 gr.

Tra chină composit.

Tra amară aa 20,0 gr.

M. D. S. 3×10 picături înainte de masă, pentru a combate anorexia.

În afară de acest tratament medicamentos vom institui și o alimentație electivă, bogată în vitamine, pentru a diminua munca

de elaborație sau de eliminare a organelor digestive; — o igienă cutantă pentru a mări binefacerile respirației și a ușura jocul emonctoarelor.

Supra alimentația o găesc contraindicată, deoarece și ea poate să fie aceea care contribuie la atonia, dilatarea și ptoza gastrică, încărcând stomacul suferind peste măsură, cerându-i astfel o muncă pe care nu o poate executa.

Observația I^a.

Rozalia M., de 25 ani, intră în serviciul nostru pentru debilitate generală, dureri în epigastru.

Antecedente heredocolaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. Prima menstruație i-a venit la vârsta de 15 ani. De atunci a avut-o regulat, la intervale egale, durând câte 3—4 zile. Ultima a fost înainte cu 9 zile.

Neagă meladiile infecto-contagioase și veneriene.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează cam de 14 luni. A debutat insidios cu slăbire, scăzând mult în greutate, oboșală la eforturi, migrene, dureri din când în când în epigastru, diminuarea apetitului, piroze. Pentru aceste simptome a consultat medici, cari i-au prescris medicamente, fără ca acestea să i-le fi ameliorat. De un an accentuându-se tot mai mult, au determinat-o să intre în clinică.

Apetitul conservat. Scaun normal.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric, cu excursii respiratorii ample. Fosele supra și infraclaviculare ușor escavate.

La percuție: ușoară submatitate la ambele vârfuri pulmonare, în restul ariei pulmonare sonoritate.

La auscultație: respirația mai aspră la ambele vârfuri, nimic supraadăogat, iar în restul câmpului pulmonar murmur vezicular normal.

Examenul radioscopic: Hilii foarte pronunțați, cu bride în dreapta. Vârfurile umbrite cu clarificarea redusă în tusă.

Suc gastric: Dejun de probă.

Hcl liber — 60.

Aciditate totală — 70.

Examenul radiologic al stomacului.

Stomac formă de cârlig, situat normal. Curbura mare 4 degete sub ombilic, curbura mică un deget sub ombilic. Tonus ceva redus. Bula de aer, lichid, peristaltism, evacuare, normale. Duodentul se desemnează bine. După 6 ore stomacul este evacuat.

Th: Rp. Glicerofosfat de Calciu 10,0,

Apă distilată 180,0 gr.,

Arrhenal 0,05 gr.,

Sirop coaje de portocală 30,0 gr.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie secundară, hiperclorhidrică.

Gătropoză.

Observația II^a.

Antoniou D., de 23 ani, intră în clinică pentru dureri intratoracice și tulburări gastrice.

Antecedente heredocolaterale.

Tatăl său e sănătos, mama sa a murit de tuberculoză pulmonară.

Are 3 frați sănătoși — 3 frați morți în prima copilărie.

Antecedente personale.

La vârsta de 17 ani afirmă reumatism poliarticular.

La vârsta de 18 ani afirmă gripă.

Neagă alte maladii infecto-contagioase și veneriene.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 4 ani. A debutat insidios, prin inapetență, slăbire generală progresivă, grețuri, piroze. La câteva săptămâni are o hemoptizie, care-l determină să între în sanatoriul clinicii noastre. În intervalul de 4 ani a făcut 7 cure sanatoriale, după care s'a simțit ameliorat. Le-a solicitat din cauza durerilor intratoracice, tusă supărătoare, expectorație mucopurulentă — și din cauza antecedentelor gastrice ca: piroze matinale, postprandiale, grețuri, vărsături rare ori în legătură cu alimentația și gastralgii la 3—4 ore după mâncare, seara mai constante. Dela 1 Ianuarie 1927 are perioade de tulburări gastrice mai intensive, asociate și de hemoptizii, cari fac loc apoi perioadelor de acalmie, astfel succedându-se până acum 5 săptămâni, când pirozele, gastralgiile, grețurile s'au intensificat așa de tare, încât bolna-

vul era silit să-și provoace vărsături. După 2 săptămâni, are din nou o hemoptizie, care-l determină să intre în serviciul sanatorului.

Apetitul redus, scaun normal.

La examenul clinic:

Aparatul respirator: Torace simetric, fosele supra și infraclaviculare adânc escavate.

La percuție: Submatitate la ambele vârfuri, mari pronunțată la cel drept, în rest sonoritate.

La ascultație: Respirația mai aspră la ambele vârfuri, la cel drept aproape suflantă, cu raluri subcrepitante; în rest nimic deosebit.

Examenul radioscopic: Ambii hili mai pronunțați, ușor diformați, cu prelungiri spre vârfuri. Ambele vârfuri pulmonare omogen voalate, cu clarificare, foarte redusă în tusă, mai ales cel drept.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 10,

Aciditate totală 20.

Examenul radiologic al stomacului.

Stomac tip Rieder, ortotonic, pe ombilic, bula de aer, lichid, normale; peristaltism ușor exagerat; evacuare, duoden bine.

Th. Rp.: Tablet. acidol-pepsin.

Inj. Calciu clorat 10%,

*

Pilule arsotal.

Dg: Tuberculoza pulmonară.

Dispepsie secundară tip hipoclorhidrică.

Observația III^a.

Maria K. de 17 ani, vine în clinică în 25. I. 1927 pentru dureri în epigastru și vărsături.

Antecedente heredocolaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. Prima menstruație i-a venit la vârsta de 14 ani, a avut-o la intervale egale, ultima a fost acum 5 zile.

La vârsta de 4 ani afirmă tusă convulsivă.

La vârsta de 8 ani afirmă difterie.

La vârsta de 11 ani afirmă scarlatină.

Istoricul boalei actuală. De un an are la intervale de 2—3 săptămâni dureri mari în epigastru, hipocondru drept și flancul drept. Durerile erau acompaniate și de ascensiuni termice — 37°5—37°7 — constipație, uneori greață și vărsături biliare. Pofta de mâncare redusă. A pierdut din greutate. Durerile gastrice survin după alimentație, cam la o oră, fără regularitate.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric, fosele supra și infraclaviculare adânc escavate.

La percuție. Submatitate la ambele vârfuri pulmonare, în special cel drept — în rest sonoritate.

La auscultație: Respirația înăspriță, cu cracmente, asupra vârfurilor, în restul câmpului pulmonar nimic deosebit.

Examenul radioscopic: Ambii hili, în special la pulmonul drept, mai pronunțați, ușor diformați, cu prelungiri mai ales spre vârfuri, în special dreptul, omogen voalate cu clarificare redusă în tusă.

Suc gastric: Dejun de probă.

Hcl liber 6.

Aciditate totală 18.

Examenul radiologic al stomacului.

Stomac formă de cârlig, situat normal, 4 degete sub ombilic, hipotonic. Bula de aer peristaltism, lichid normale; evacuare ritmică. După 6 ore stomacul e evacuat. Ușoară senzibilitate în epigastru.

Th: Inj. cu ser neurotonic,

Acidol-pepsin,

Calciu colorat 10,0 gr.

Apă mentă pip. 30,0 gr.

Apă dest. 180,0 gr.

Părăsește serviciul la 29. I. 1927 recomandându-i-se tratamentul corespunzător tuberculozei pulmonare ca:

alimentație electivă, nu excesivă;

helioterapie;

higienă cutantă și

medicamentație tonică.

Dg.: Indurata vârfurilor pulmonare.
Dispepsie hipoclorhidrică.
Constipație spastică.

Observația IV^a.

Iosif E. de 32 ani intră în clinică pentru dureri în epigastru. Antecedente heredocolaterale. Fără importanță. Antecedente personale: Blenoragie la 18 ani. Icter la 27 ani, care a durat 5 săptămâni.

Neagă alte boli infecto-contagioase sau venerice. A fost alcoolic, de când e bolnav, nu mai bea; e tabagic.

Istoricul bolii actuale. Boala actuală datează de un an și jumătate. A debutat insidios cu dureri în epigastru, în urma icterului. Aceste dureri nu erau în legătură cu alimentația, fiind mai accentuate dimineața. Avea senzația de plenitudine gastrică și eructațiuni. Melenă, hematemeze nu a avut. Totdeauna a fost constipat.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Toracele normal conformat.

Fosele supra și infraclaviculare escavate.

La percuzie. Submatite la ambele vârfuri, în rest sonoritate.

La auscultație: Respirația înăspriată la ambele vârfuri, mai accentuată la cel stâng. nimic supraadăogat. În rest normal.

Examenul radioscopic. Ambele vârfuri, în deosebi stângul, voalate și ușor marmorate, cu clarificare mai slabă pentru stâng. Hili diformați cu ganglioni, calcificați. În lobul stâng superior câteva calcificări.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 6.

Aciditate totală 26.

Acid lactic, negativ.

Scaun: Gregersen negativ.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de trecere, situat mai oblic, partea pilorică întrece coloana vertebrală cu 3 degete sub umbilic. Hipotonie. Buła de aer, lichid normal. Peristaltism în partea antrală mai violent. După 6 ore stomacul e evacuat. Senzibilitate în epigastru.

Th. Rp.: Tra chină comp.
Tra amară aa 10,0 gr.
Tra nucă vomică 5,0 gr.

*

Inj. ser neurotomic.

*

Acidol-pepsin.

Părăsește serviciul la 5. II. 1927 ameliorat recomandându-i-se un tratament antituberculos, precum și medicația de mai sus.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Observația V^a.

Petru O. de 34 ani vine în clinică în 29. I 1927, pentru dureri în abdomen.

Antecedente heredocolaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. Fără importanță.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 1½ an. A debutat insidios cu dureri în regiunea epigastrică și în flancul stâng, care surveniau imediat după alimentație, asociate de piroze, ghiorăituri. Acestor simptome se atasează o debilitate, slăbire, indispoziție, apetitul diminuea, mai târziu tusă cu expectorație mucopurulentă, și transpirațiuni nocturne. Bolnavul nu poate dormi pe partea stângă. De 1 an, acestor fenomene se atasează vărsături spontane, cari vin imediat după alimentație, însoțite de tusă. Cu timpul devine din ce în ce mai slăbit, durerile i-au crescut în intensitate, erau mai atenuate după alimentație ușoară cu lichide. Hematemeză, melenă nu a avut. Poftă de mâncare redusă. Scaunul normal. De 5 luni tusa e mai exprimată atât ziua cât și noaptea, neliniștind pe bolnav.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace alungit, strâmtat în partea inferioară.

La percuție. Tonalitate puțin ridicată la vârful stâng, în rest sonoritate.

La ascultație: Respirație suflantă la vârful stâng, asupra pulmonului stâng, raluri subcrepitante. Excursia diafragmatică e liberă.

Examen radioscopic: Tuberculoză fibro-cazeoasă bilateral cu predominantă la stg. unde sub apical se vede și o cavernă.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 14.

Aciditate totală 24.

Examenul radiologic al stomacului: Stomac formă de cârlig. Curbura mare, 4 degete sub ombilic, curbura mică pe ombilic. Bula de aier, lichid, normale. Tonicitate ceva mai slabă. Peristaltismul mai leneș. Evacuare în porțiuni mici. După 6 ore stomacul e evacuat.

Th: Glicerofosfat de Calciu 10,0 gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Arrhenal 0,5 gr.

Tra Cola.

Tra Koka aa 3,0 gr.

Sirop de coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul ameliorat, recomandându-i-se un tratament general antituberculos.

Dg: Tuberculoză pulmonară fibro-cavitară.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Gastroptoză.

Observația VI^a.

Petre B. de 31 ani, intră în clinică pentru dureri în abdomen și vărsături.

Antecedente heredocolaterale: Mama sa moartă de tuberculoză pulmonară.

Tatăl trăește, e sănătos. Soția e sănătoasă. Are 1 copil sănătos. Nu a avut nici un copil mort.

Antecedente personale: Neagă orice boală infecto-contagioasă sau venerică.

Alcoolic și tabagic moderat.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 4 ani. A debutat insidios cu dureri localizate în epigastru, la dreapta liniei mediane și cari nu erau în legătură cu alimentația, survenind mai ales în timpul nopții și „a jeun”. Perioadele dureroase de 3—4 zile erau urmate de perioade de acalmie de 4—5 săptămâni. De 1 un an durerile survin mai des, au o durată mai lungă. Tot dea-

tunci are greață și vărsături spontane, după care durerile gastrice nu se atenuau. Pofta de mâncare redusă. Scaun normal.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace puțin turtit antero-posterior, cu fosele supra și infraclaviculare escavate. Excursiunile hemitoracelui stâng ceva mai întârziate.

La percuzie. Submatite la ambele vărfuri, ce se întinde până la mijlocul omoplatului, în rest sonoritate.

La auscultație. Respirația aspră la ambele vărfuri, cu cracmente și în regiunea hilară dreaptă, câteva raluri crepitante și subcrepitante. În rest, murmur vezicular normal.

Examenul radioscopic. Ambele vărfuri mai ales stângul voalate cu clarificare mijlocie în tūsă. Hilii mai pronunțați.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 8.

Aciditate totală 24.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac mai alungit. Polul inferior 4 degete sub ombilic, împins ușor spre dreapta din cauza gazelor. Bula de aer mică. Lichid puțin. Peristaltism ceva mai exagerat spre partea antrală. Evacuare bună. După 6 ore complet evacuat.

Th: Glicerofosfat de Calciu 10,0gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Arrhenal 0,5gr.

Tra Cola.

Tra Koka aa 3,0 gr.

Sirop coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul la 4. III. 1927 ameliorat. I-se recomandă un tratament general antituberculos.

Dg: Indurația vărfurilor pulmonare.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Observația VII^a.

Ion M. de 37 ani intră în clinică în 2. IV. 1927 pentru dureri abdominale și diaree.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanță

Antecedente personale. Înainte cu 3 ani pneumonie.

Neagă ale boli infecto-contagioase. Alcoolic și tabagic moderat.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 21½ luni, debutând insidios cu senzația de friguri, tusă, debilitate. După 2 săptămâni cade la pat, atașându-se scaune diarei, 2—3 pe zi — dureri abdominale mai pronunțate în epigastru și periombilical, ghiorăituri. De atunci stă mereu la pat, slăbind foarte mult, 22 kgr.; este inapetent, tușește din când în când, iar de câteva zile e febril.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace plat cu fosele supra și infraclaviculare foarte escavate.

La percuție. Matitate întinsă asupra ambelor vârfuri, în rest sonoritate.

La auscultație. Respirație amforică la vârfuri, în special stg. În rest murmur vezicular.

Examenul radioscopic. Ambii plămâni voalați și intens înmarmorate cu clarificări multiple cavitare.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 11,40

Aciditate totală 27.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de cârlig, hipotonic, alungit 2 degete sub ombilic, situat normal, comprimat din stânga de colonul plin cu gaze. Bula de aer mai mare, lichid puțin, peristaltism bun, evacuare bună. După 7 ore evacuat.

Th.: Acidol-pepsin.

*

Calciu clorat 10,0 gr.

Apă dest. 200,0 gr.

Apă ment.-pip. 30,0 gr.

Părăsește serviciul recomandându-i-se un tratament general antituberculos, și medicația de mai sus.

Dg.: Tuberculoza pulmonară fibro cazeoasă extinsă.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Observația VIII^a.

Teodor N. de 26 ani, vine în clinică la 29. IV. 1927 pentru dureri în epigastru și tulburări urinare.

Antecedente heredo-colaterale. Părinții și 1 frate sănătoși. 5 frați morți în copilărie, dintre cari 2 de scarlatina. Soția și 2 copii sănătoși.

Antecedente personale. La vârsta de 12 ani afirmă pneumonie. Neagă alte maladii infecto-contagioase și venerice.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 3 ani, când a început cu dureri în epigastru, cari iradiau în spate. Aceste dureri nu erau în legătură cu alimentația, ci intermitent, fazele dure-roase de 4—5 zile fiind întrerupte de faze de acalmie de câte o lună. Consultând un medic înainte cu un an, i-se prescrie un purgativ, papaverină, după care durerile au încetat. Înainte cu 3 săptămâni, după un efort mai mare reapar, fiind însoțite și de hematurie terminală, care a durat 5 zile. Durerile menținându-se, vine la Cluj pe jos timp de o zi; făcând astfel un nou efort, începe să urineze foarte frecvent atât ziua cât și noaptea, având în acelaș timp dureri și în penis. Neagă alte acuze. Apetitul păstrat. Scaun normal.

Aparatul respirator. Torace ușor plat, fosele supra și infraclaviculare escavate.

Excursiile diafragmatice libere.

La percuție. Submatitate la vârful stg. în rest sonoritate.

La auscultație. Respirație înăpoiată la vârful stâng cu expiriu prelungit. În rest nimic anormal.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 17.

Aciditate totală 47.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de cârlig situat normal, ușor hipotonic, polul inferior 4 degete sub nivelul După 6 ore stomacul evacuat. Senzibilitate în epigastru.

Th: Glicerofosfat de Calciu 10,0gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Arrhenal 0,5gr.

Sirop coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul recomandându-i-se repaus absolut, alimentație electivă, și medicamente tonice.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Gastroptoză.

Observația IX^a.

Iosefa N. de 33 ani, vine în clinică în 22. V. 1927 pentru dureri în epigastru, inapetentă.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanță

Antecedente personale. În copilărie a suferit de pojar. În trei rânduri a avut gripă. Un avort provocat. Nici o facere. Prima menstruație i-a venit la vârsta de 15 ani, i-a survenit la intervale egale, având o durată de 3—4 zile. Ultima a fost înainte cu 10 zile.

Historicul boalei actuală. De 3 ani bolnava e astenică, are anorexie, senzație de plenitudine gastrică, uneori apăsări fără să fie dureri propriu zise. Are grețuri din când în când, fără ca să fi avut vreodată vărsături. Scaun anormal, constipată, uzează continuu de purgative. Pofta de mâncare redusă. Anorexie electivă față de zahăr și grăsimi.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric, fosele supra și infraclaviculare escavate.

La percucie. Submatitate la ambele vârfuri, în rest sonoritate.

La auscultație. Respirația înăspriță asupra ambelor vârfuri și în regiunea hilară, iar în rest nimic anormal.

Examenul radioscopic. Ambele vârfuri voalate în special stg., cu clarificare incompletă în tusă. Hilii pronunțați cu bride înspre diafragm și vârfuri. Discretă înmarmorare perihilară.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 20.

Aciditate totală 36.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de cârlig, situat normal, alungit ușor, hipotonic, polul inferior 2 degete deasupra simfizei, curbura mică sub ombilic cu 2 degete. Bula de aer, lichid peristaltism, evacuare, normale. Sensibilitate exagerată în epigastru. După 6 ore stomacul evacuat.

Th.: Tra chină comp.

Tra amară aa 10,0 gr.

Tra nucă vomică 5,0 gr.

Inj. ser. neurotonic.

Părăsește serviciul în 28 V. 1927 ameliorată. I-se recomandă un tratament antituberculos, și să poarte burtieră.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Gastroptoză.

Constipație spastică.

Observația X^a.

Lucreția A. de 30 ani, vine în clinică la 23. V. 1927 pentru dureri în epigastru și diaree.

Antecedente heredocolaterale. Mamă-sa moartă de o boală de cord. Tatăl mort în septicemie. 4 frați, 2 surori, toți sănătoși. 4 frați morți la vârsta de 1 an.

Antecedente personale. Menstruată primadată la vârsta de 14 ani, i-a survenit regulat, cu durată de 3—4 zile, la intervale egale Ultima acum 8 zile. În copilărie afirmă pojar, gripă. Pneumonie la 14 ani. Soțul e sănătos, 1 copil sănătos. Nu are nici un avort.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează cam de 3 ani. A debutat insidios cu inapetență, arsuri în epigastru, senzație de plenitudine gastrică. Totodată are și scaune diarerice, care țin vre-o trei săptămâni, erau mucoase, aerate. Ele s'au repetat de atunci în mai multe rânduri. Aceste perioade au alternat cu altele de acalmie, iar acum fenomenele intensificându-se, o determină să intre în serviciul nostru. Pofta de mâncare foarte redusă.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric, fosele supra și infraclaviculare adânc escavate.

La percuție. Submatitate la ambele vârfuri pulmonare în rest sonoritate.

La auscultație. Respirație aspră asupra vârfurilor hililor pulmonari.

Excursiile difragmatice libere..

Examenul radiosopic. Ambele vârfuri omogen voalate cu clarificare foarte redusă în tusă, desen hilar diformat cu multe prelungiri spre bază.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl liber 20.

Aciditate totală 36.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac farmă de cârlig, hipotonic, situat 2 degete deasupra simfizei; bula de aer mai mare, lichid normal, peristaltism mai slab. Curbură mică 2 degete sub ombilic. Duoden ptizat, situat mediam, regulat. Senzibilitate în epigastru. După 6 ore stomacul evacuat.

Th: Glicerofosfat de Calciu 10,0gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Tra Cola.

Tra Koka aa 3,0 gr.

Arrhenal 0,5gr.

Sirop coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul nostru ameliorată în 28. V. 1927 recomandându-i-se să poarte o burtieră, o alimentație electivă, nu excesivă, helioterapie și tonice.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie hipoclorhidrică.

Gastroptoză. Colită

Observația XI^a

Vasile M. de 46 ani, vine în clinică la 25. V. pentru dureri în epigastru, anorexie, dureri intratoracice.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanță

Antecedente personale. La 12 ani afirmă malarie. La 33 ani afirmă holeră. Uzează de alcool și tutun. Soția și 6 copii toți sănătoși.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 1 an. A debutat insidios cu inapetență, slăbire progresivă, tusă cu expectorație și uneori dureri în spate. De 3 luni aceste acuze sunt mai accentuate, slăbește tot mai mult, expectorația e mai abondentă, iar vocea e răgușită. De o săptămână, dureri în epigastru după alimentație la o oră, asociate de balonarea abdomenului, regurgitații. A slăbit în greutate atât de mult, încât nu-și mai poate exercita profesiunea lui. Scaun normal, constipat 2—3 zile.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace emfizematic.

La percuție. Submatitate la ambele vârfuri, în rest sonoritate.

La ascultație. Respirația aspră cu expiriu prelungit cu cracmente la ambele vârfuri, în rest normal.

Examenul radioscopic. Pulmonii în întregime mai întunecați, vârfurile voalate cu clarificare redusă; hili pronunțați, diafragma liber.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 0

Aciditate totală 16.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de cârlig, situat normal pe ombilic, or tonic. Bula de aer, lichid normale, peristaltism exagerat, evacuare bună, duoden normal. După 6 ore stomacul este evacuat.

Th.: Acidol-pepsin.

Fosfarsil

Glicerofosfat de Calciu 10,0 gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Tra Cola.

Tra Koka aa 3,0 gr.

Arrhenal 0,5 gr.

Siroop coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul la 29. V. 1927 recomandându-i-se medicamentația de mai sus, alimentație electivă, helioterapie.

Dg.: Tuberculoză pulmonară.

Dispepsie tip aclorhidrică.

Observația XII^a.

Teodor A. de 27 ani, vine în clinică la 24. IV. 1927 pentru dureri intratoraco-abdominale.

Antecedente heredocolaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. În 1913 malarie. În 1926 diarei. În 1927 gripă.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 8 zile, debutând insidios cu dureri abdominale difuze mai pronunțate în epigastru și în ambele regiuni hipocondrice. Durerile sunt destul de pronunțate, așar cam la o oră după mâncare și mai ales în tim-

pul nopții. De câteva zile e inapetent, are transpirațiuni nocturne și dureri în torace. Scaun normal.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric cu fosele supra și infraclaviculare escavate. Turban pozitiv.

La percuție. Submatitate la ambele vârfuri, în rest sonoritate.

La ascultație. Respirație aspră cu expiriu prelungit la vârfuri, la cel drept și câteva cracmente, la tusă, în rest murmur vezicular.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 0

Aciditate totală 10.

Th.: Acidol-pepsin.

*

Glicerofosfat de calciu 10,0 gr.

Apă dest. 200,0 gr.

Tra Cola.

Tra Koka aa 3,0 gr.

Arrhenal 0,5 gr.

Sirop coaje de portocală 30,0 gr.

Părăsește serviciul nostru la 27. IV. 1927 ameliorat, recomandându-i-se medicația de mai sus, alimentație electivă, helio-terapie.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie tip aclorhidrică.

Observația XIII^a.

Ion P. de 18 ani, vine la 2. VI. 1927 în clinică pentru tulburări gastrice și diarei.

Antecedente heredocilaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. Pneumonie la 16 ani. Neagă alte maladii infecto-contagioase și veneriene.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală a debutat acum 1 an, insidios, cu debilitate generală, dureri în epigastriu, inapetența, piroze, ghiorăituri. A luat medicamente cari nu i-au folosit la nimic. Aceste simptome au alternat cu perioade de acalmie. În timpul din urmă ele se intensifică și se asociază cu diarei. Apetitul redus.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace simetric, fosele supra și infraclaviculare adânc escavate.

La percuție. Submatitate la ambele vârfuri, în rest sonoritate.

La ascultație. Respirație aspră asupra ambelor vârfuri, cu cracmente la tusă, în rest normal.

Examenul radiologic. Ambele vârfuri voalate cu clarificare redusă în tusă. Hilii foarte diformați cu multiple prelungiri atât spre bază cât și pre vârf — mai ales spre dreptul. Diafragma liber.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 0

Aciditate totală 24.

Examenul radiologic al stomacului. Stomac formă de cârlig, situat normal pe ombilic, curbura mică 3 degete deasupra ombilicului, or tonic. Bula de aer, lichid, peristaltism, duoden, evacuare bună. Stomacul după 6 ore evacuat.

Th.: Inj. cu ser neurotonic.

Tra Cola

Tra Koka aa 10,0 gr.

Tra nucă vomică 5,0 gr.

Calciu clorat 10,0 gr.

Apă de mentă 20,0 gr.

Apă destilată 200,0 gr.

Părăsește serviciul nostru ameliorat, diareele suspendându-se. I-se recomandă alimentație electivă, medicația tonică.

Dg.: Indurația vârfurilor pulmonare.

Dispepsie aclorhidrică.

Observația XIV^a.

Ștefan Ș. de 31 de ani, vine la 20. V. 1827 în clinică pentru dureri în epigastru și hipocondru drept.

Antecedente heredocolaterale. Fără importanță.

Antecedente personale. În copilărie, varicelă. La 22 ani malarie. La 31 ani pneumonie. Soția sănătoasă, a avut 3 avorturi provocate, 2 copii sănătoși.

Istoricul boalei actuală. Boala actuală datează de 1 an, când

după ce a băut un pahar cu bere, bolnavul a fost apucat brusc de dureri mari în regiunea epigastrică, fără ca să iradieze. La 2 zile după aceasta are frison, urmat de ascensiuni termice și transpirații. Frisoanele s'au succedat zilnic la aceeași oră. După aceasta intră în spital la Arad unde a stat 6 săptămâni. Durerile din epigastriu au persistat tot timpul, iar frisoanele n'au mai apărut. 2 luni consecutive bolnavul se simte ceva mai bine, după care durerile din epigastriu revin, sunt continue, mai exagerate după alimentație și se acompaniază de greață, inapetentă, debilitate, iar dimineața senzație de vărsături. Tot de atunci bolnavul tușește, expectorează, transpiră noaptea. Înaintea cu o lună a avut și edem al maleolei drepte. De 4 zile imediat după masă, are vărsături spontane, după care se simte ameliorat. Are piroze, regurgități acide. Apetitul absent. Scaun normal.

La examenul clinic:

Aparatul respirator. Torace normal conformat. Fosele supra și infraclaviculare escavate.

La percuție. Tonalitate mai ridicată la vârf drept, iar la baza dreaptă matitate. În rest sonoritate.

La auscultație. Respirația abolită la baza dreaptă, în rest rari difuze de bronșită. În spută Koch pozitiv.

Suc gastric: Dejun de probă:

Hcl. liber 0

Aciditate totală 16.

Th.: I-se administrează.

Acidol-pepsin.

*

Extr. beladonă 0,10

Papaver mur 0,40

Sulfat de Na

Bicarbonat de Na aa 20.

*

Inj. cu ser neurotonic.

*

Comprese toracice.

Părăsește serviciul ameliorat.. I-se recomandă aceeași medicație de mai sus, o alimentație electivă, repaus.

Dg.: Tuberculoză pulmonară.

Dispepsie secundară.



Concluziuni

1. Dispepsia e o tulburare a digestiei datorită unui ansamblu de tulburări de secreție, motorii și senzitive.

2. Sub masca ei, tuberculoza pulmonară evoluiază fără ca să fie ea cea dintâiu depistată, pronunțate fiind fenomenele gastrice.

3. Imbracă următoarele forme:

I. Dispepsie hiperclorhidrică, 8%.

II. Dispepsie hipoclorhidrică cu hipotonie și ptoze gastrice — cea mai frecventă, 64%.

III. Dispepsie tip aclorhidrică, 28%.

4. Evacuarea stomacului se face după 6 ore în toate cele 3 forme.

5. Adeseori se asociază ascensiunilor de temperatură.

6. Prețedează adesea hemoptiziile.

7. Autorii ca substrat anatomo-patologic au observat o gastrită cronică, o periglandulită gastrică și o infiltrație netă specifică la nivelul pilorului.

8. Tratamentul este simptomatic.

9. Supraalimentația e contraindicată.

Văzut și bună de imprimat:

Președintele tezei

(ss) Prof. Dr. I. HAȚIEGAN

Decanul Facultății de Medicină și Farmacie

(ss) Prof. Dr. T. VĂSILIU

20 Iunie 1927.

Bibliografie

1. L'infection Bacillaire et la Tuberculose. — A. Calmette.
2. Maladies infectieuses. — T. I. Précis de Pathologie Médicale. — Bezançon.
3. Maladies infectieuses et parasitaires. t. IV. Nouveau Traité de Médecine. — Widal.
4. Appareil digestif — t. XIII. Nouveau Traité de Médecine. — Widal.
5. Maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition I-VI. Précis de Pathologie Médicale — Bezançon.
6. Précis de la pathologie interne. — Collet F.
7. Anorexie des tuberculeux — Openheim — Le progrès Médical — Paris — 1 Juillet 1911 — t. XXI.
8. L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires. — Ceuret et Aubertin — Revue de la Tuberculose pulm. Presse Médicale 1907. t. 7.
9. Diagnostic clinique — Martinet.
10. Troubles de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires (La touse émetisante): Marsal.