

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 967

TURBURĂRILE VAGO-SIMPATICE IN GRAVIDITATE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 26 MARTIE 1936

DE

LIPOVAN GHEORGHE

CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
1936

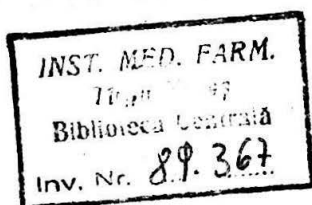
TURBURĂRILE VAGO-SIMPATICE IN GRAVIDITATE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 26 MARTIE 1936

DE

LIPOVAN GHEORGHE



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Microbiologia	" "	BARONI V.
Istoria Medicinii	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" "	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" "	DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	GRIGORIU C.
Clinica medicală	" "	HATIEGANU I.
Medicina legală	" "	KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	" "	POPOVICI GH.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	" "	POP A.
Fiziologia umană (supl.)	" "	DRĂGOIU I.
Balneologia	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică	" "	ȚEPOSU E.
Chimia biologică	" "	THOMAS P.
Clinica psihiatrică	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică	" "	VASILIU T.
Clinica Infantilă	" "	POPOVICI GH.

JURIUL DE PROMOTIE :

Președinte : Prof. Dr. C. GRIGORIU

Membrii : { " " D. MICHAIL
" " E. ȚEPOSU
" " V. BOLOGA
" " M. KERNBACH

Supleant : DOCENT Dr. T. POPOVICI

INTRODUCERE

Turburările *vago-simpatice*, afecțiune atât de des întâlnită în decursul sarcinei, au format subiectul de cercetare și curiozitate a multor oameni de știință.

Cu evoluția științei, cu perfecționarea mijloacelor de investigație și îndeosebi prin cunoașterea funcțiunii fiziologice și patologice a sistemului glandular endocrin, semiologia și terapeutica obstetrică, e în drept să revendice dela cunoașterea precisă a patogeniei vegetative, o orientare nouă și amplă, pe care preciziunile clinice de mâine, sperăm că nu vor întârzia să i-o impune.

Pentru a putea satisface intenției mele și dorinței altora, voi căuta să adun din imensul material apărut până în prezent și să expun multiplele teorii susținute de diferiți autori asupra etiologiei și patogeniei acestei afecțiuni și ca o mică parte originală de un interes științific, cred nu tocmai neglijabil, să prezint o statistică alor 1662 cazuri, cu turburări vago-simpatice, observate în parte personal, iar în parte adunate din foile de observație a clinicei „Ginecologice și Obstetricale” din Cluj.

Înainte de a trece la dezvoltarea subiectului vin să mulțumesc *Domnului Prof. Cristea Grigoriu* pentru distinsa onoare ce mi-a făcut încredințându-mi această lucrare. Iar pentru grițile adevărat părintești, ce ni le poartă și pentru largă bunăvoință manifestată față de mine în timpul cât am lucrat sub conducerea Domniei Sale, respectuoase sentimente de stimă și admirație.

Superiorilor mei, *Domnilor Docenți și Asistenți*, de a căror atențiune și simpatie n'am fost lipsit niciodată, din pragul acestui drum lung, le exprim cele mai alese mulțumiri și îi asigur că felinarul pus în mână-mi, nu se va stinge niciodată, iar îndrumările și sfaturile Domniilor Lor, îmi vor fi călăuza de mâine.

ISTORIC

Din ciclul fiziologic al vieții femeiei, dintre perioada. premergătoare pubertății și perioada ce urmează menopauzei se desprinde vie, strălucitoare, perioada vieții genitale, cu caractere anatomice și funcționale speciale, adaptate la un scop bine definit: *procreerea*.

Perioada vieții genitale e singura care impune sexualitatea femeiei, atât din punct de vedere organic cât și psihic. Cu ea femeia se ridică la acea treaptă înaltă de senzibilitate a afecțiunii, pe care nu poate s'o atingă nici mai înainte, nici mai târziu de limitele în timp, stabilite de cele dintâi scântei de viață ce se desprinde — *ovulația* — și de ultimele licăriri de lumină ce se stinge — *menopauza*.

Viața genitală cuprinsă în acest cadru fiziologic, se suprapune într'atât vieții ei sociale — de soție și de mamă —, încât face un tot indivizibil. Această capacitate de a procrea, a fost consfințită din cele mai îndepărtate timpuri ale epocii patriarhale.

Insăși religia creștină, sub influența reminescentelor Vechiului Testament în formula „*Creșteți și vă înmulțiți*“ binecuvintează pântecul roditor.

„*Sarcina este o simbioză armonică, omogenă*“ dacă oul este normal și organismul matern adaptabil la noua sa funcțiune, ne spune Prof. Bar în fericita sa definiție.

Intr'adevăr, sarcina este o simbioză care se stabilește între organismul fetal și organismul matern și între cari se petrec schimburi de cari beneficiază nu numai fătul, dar într'o largă măsură și mama. Cu toate acestea, într'un mare număr de cazuri — și dacă nu în toată durata sarcinei, dar cel puțin în timpul unei părți, — sarcina este suportată rău. Oul pare că se comportă în desvoltarea lui față de organismul matern, ca un adevărat agre-

sor, care turbură mai mult sau mai puțin grav, sănătatea gazdei lui.

Ne surprinde faptul, că oul exercită față de organismul matern, care-i dă ospitalitate și îi asigură dezvoltarea, o acțiune vătămătoare și în unele cazuri chiar dezastruoasă.

Cu toate acestea clinica ne oferă numeroase exemple de fapte asemănătoare. Vărsăturile gravidice, sialoree, inapetența, greața și cefalea sunt atât de frecvente, atât de obișnuite, încât femeile le consideră ca prima manifestație și cel mai bun semn de început de sarcină, deși aceste toate nu fac parte în mod obligator din cortegiul simptomatic al sarcinei.

Nu arareori vom întâlni chiar medici, cari consideră vărsăturile ca un simptom quasi-fiziologic, ceea ce nu-i adevărat; orice vărsătură în sarcină este patologică.

În cabinetul medical, la ambulanța spitalului ori clinice, pentru ceice vor avea această fericire, le va fi dat să vadă femei cari își încep sarcina lor în trei moduri diferite:

a) Unele cari n'au nici un fel de rău și vin să fie consultate spre a ști dacă sunt sau nu însărcinate.

b) Altele, cărora li s'a oprit menstruația și prezintă, grețuri, vărsături, inapetență, cefalee și alte turburări diverse.

c) În sfârșit o altă categorie de femei, cari nu pot părăsi patul și cari varsă tot ceea ce mănâncă.

Toate aceste femei au în uterul lor, agățat de peretele uterin prin vilozitățile coriale un ou mic în evoluție.

Nu arareori diferiți autori și-au pus întrebarea, de ce la aceste trei categorii de femei, acelaș proces biologic reacționează atât de diferit.

La prima categorie, există în organismul acestor femei o stare de echilibru absolut, o sănătate perfectă, e ceea ce spune clasicul: „*foetus sanus in mater sana*“.

La a doua categorie, femeile cu grețuri, vărsături și alte turburări, există un oarecare dezechilibru; există un oarecare grad de incompatibilitate de umorii între mamă și fătul care evoluează.

La a treia categorie, armonia este ruptă, ne găsim în plin desordine și dezechilibru biologic: există o insuficiență a numeroaselor mijloace de apărare a mamei.

Nu tocmai rară ne este dată ocazia să vedem pe stradă, într'o plimbare, o femeie tânără, bine îmbrăcată, oprindu-se din când în când la marginea trotuarului și scuișând, ceea ce ne pare

curios la o femeie de categorie socială bună, chiar și atunci când aceasta conform obișnuinței ori etichetei, va duce mâna la gură. Cu un foarte mic risc de a greși putem s'o considerăm însărcinată. Este o femeie care are sialoree, ptialism. Acest ptialism poate fi începutul vărsăturilor și poate fi cauza lor.

Ni se poate întâmpla, invitați fiind într'o familie, sau la restaurant, să observăm o femeie tânără, că devine palidă, că pleacă brusc dela masă, varsă tot ce a mâncat și revine să înceapă mâncarea: e foarte probabil însărcinată și prezintă micile vărsături ale începutului de sarcină. Sunt vărsături simple cum li se mai spune, pentru că nu au răsunet asupra stării generale a organismului, ele permițând alimentația femeiei. Ea varsă de câteva ori pe zi, uneori când se scoală, alteori după ce a luat cafeaua ori ceaiul. Aceste vărsături sunt foarte frecvente după cum vom vedea și din statistica din lucrarea prezentă. Apar între a treia și a șasea săptămână și se manifestă prin grețuri, amețeli, eforturi, regurgitații, mai pe urmă prin vărsături geroase, mucoase alimentare. Ele apar în cursul mesei, sau imediat după masă și se repetă de câteva ori în cursul zilei. Durata vărsăturilor este variabilă dela caz la caz; încetează cam între a 4-a și a 5-a lună și coincide de cele mai multe ori cu primele mișcări ale fătului; alteori ele se mențin tot timpul sarcinei.

În marele sindrom al vărsăturilor în general, există diferite forme pe cari trebuie să le distingem spre a vedea cât este de complexă această problemă, din punct de vedere al diagnosticului diferențial și al tratamentului.

Vom distinge deci o primă varietate ce o găsim în vărsăturile simptomatice ale bolilor, cari nu țin de sarcină ca: ulcer, cancer, stenoze ale stomacului, dispepsie, gastrită, perigastrită. Vărsături reflexe în apendicită, litiază veziculară, colecistită calculoasă și afecțiunile uteroanexiale, nefroptoza și mai rar în helmintiază.

Sunt toate vărsături datorite unei afecțiuni gastrice, sau unei afecțiuni ale organelor abdominale cu răsunet pe cale simpatică.

O a doua varietate cuprinde vărsăturile simptomatice, ale bolilor cari țin de sarcină, sunt vărsături cari au importanța unui simptom ce are la bază toxicoza, ca în turburările hepatice (icterul toxic, hiper-excitarea căilor biliare, vărsăturile în perioada pre-eclamptică) și sunt vărsături ce apar mai ales în ultima perioadă a sarcinei.

A treia varietate, vărsăturile travaliului: vărsături reflexe produse prin compresiunea și excitarea plexului nervos abdominal și prin intoxicații (Zauerbruck și Heyde cred că substanțele toxice produse în timpul travaliului trec în circulație și excită centrul vomitiv).

Și în fine o a patra varietate este constituită din vărsăturile idiopatice, ce survin în timpul sarcinei cari nu prezintă semne de toxicoză și nici leziuni organice. După intensitatea și momentul apariției lor ele pot fi divizate în două grade: a) Emesis gravidarum (vomitus matutinus) sau vărsături simple și cari sunt privite după cum am menționat mai sus, ca un simptom quasi-fiziologic în decursul sarcinei.

b) Hiperemesis gravidarum sau vărsăturile grave ale sarcinei.

În lucrarea mea, nu mă voiu mărgini numai asupra unei părți din această ultimă categorie, ci voi căuta să fac o privire generală în ansamblu asupra ambelor subdiviziuni a căror etiologie după cunoștințele actuale, este mai mult sau mai puțin aceeași.

În acelaș timp trebuie să avem în vedere un lucru: dacă este ușor să împărțim vărsăturile sarcinei în simple și grave, e foarte greu să facem cliniceste delimitarea netă, între aceste două forme, căci foarte adesea vărsăturile grave, încep prin acele semne absolut benigne, în aparență, (ptialism, cefalee, etc.) și foarte rar se stabilesc dintr'odată.

Deasemeni voiu insista mai mult asupra simptomului de vărsătură, care este cel mai important din întreg cortegiul turburărilor vago-simpatice în graviditate. Chiar gravida însăși ce va recurge la ajutorul nostru, se va plânge mai mult de acest din urmă inconvenient și din mărturisirea ei vom desprinde clar, că acesta este necazul care a adus-o la noi, turburările anterioare fie că le-a uitat, fie că n'au incomodat-o prea mult.

Definiție

Sub denumirea de turburări vago-simpatice în graviditate, se înțelege o afecțiune caracterizată printr'un cortegiu de simptome ca: indispoziție, greață, cefalee, inapetență, vărsături, sialoree, etc., ce apar în primele luni de graviditate, de obicei în primele săptămâni și mai rar la sfârșitul ei.

Ea constituie o complicațiune foarte frecventă a gestațiunei, din fericire însă arareori cu urmări grave asupra mamei sau a fătului.

Aceste manifestățiuni gravidice se observă rar la speciile animale și mai ales la specia equină, la care vărsăturile gravidice nu există. În general se pare că speciile animale nu au manifestățiuni toxiemice gravidice, pe când în specia umană se observă foarte frecvent, la rasele civilizate mai mult decât la cele primitive; în sensul că civilizația cu cauzele multiple de intoxicații ce le comportă, (autointoxicații, intoxicație alcoolică, tabagică, profesională, etc.), crează alterațiuni organice mai mult sau mai puțin profunde.

În ceea ce privește nomenclatura acestei afecțiuni, ea diferă după diferiți autori și așa putea spune după diferite țări. De aceea vom găsi-o descrisă sub diferite numiri ca: turburări vago-simpatice gravidice, fenomene simpatice gravidice, etc., iar din partea celor ce neglijează oarecum turburările mai ușoare, căutând să scoată în evidență fenomenul principal și cel mai caracteristic vărsătura; emesis sau *hyperemesis gravidarum*.

Tabloul clinic și evoluția

Începutul turburărilor vago-simpatice poate fi foarte precoce, poate coincide cu fecundația, cu primele zile ale sarcinei, de obicei la sfârșitul primei luni, în a cincea sau a șasea săptămână, sau tratând împreună atât turburările grave cât și așa numitele simple, în ori care perioadă a sarcinei.

În ceea ce privește debutul nu se poate formula un tablou unic și tipic al acestei afecțiuni, ea putând debuta cu oricare din simptomele amintite mai sus, decursul ei depinde de forma simplă sau gravă care se instalează și după cum vom vedea, din statistică, mai depinde de pubertate, paritate, etate și dezvoltarea ovulară.

Uneori vom semna debutul printr'o secreție abundentă salivară, o hipersecreție pe care gravida va fi nevoită să o dea afară scuipând mereu sau înghițindu-o. Snock (Bruxelles) citează cazul unei femei însărcinate la care secreția salivară atingea respectabila cantitate de $1\frac{1}{2}$ litru la zi, în timp ce diureza abea atingea jumătatea acesteia. Analiza salivei arată o creștere anormală a extractelor uscate și în special al clorurilor.

Instabilitatea sistemului neuro-vegetativ, cu inclinație spre parasimpaticotonie, ar explica acest simptom, precum și amețelile, durerile uterine și cefalea gravidelor. Diureza diminuată aduce un dezechilibru biologic, hormonii, hipofizari, prezenți în sângele și urina acestor gravide, în timpul deshidratării vor fi foarte mult augmentați.

Alteori simptomul premergător este o inapetență, poftă abnormă, cefalee, amețială ce persecută gravida determinând-o să consulte medicul care în necunoștința cauzei îi va prescrie un tratament contra anemiei, natural fără rezultatul dorit. Aceste simptome pot să dispară, neavând repercusiuni prea grave asupra stării fizice și psihice a femeiei, dar în același timp pot evolua spre turburări mai grave.

Ori care ar fi simptomul inițial, în general el se instalează insidios, fie singur, fie acompaniat sau cauzând altele, cari vor evolua împreună cu sarcina.

Fie după aceste simptome premergătoare, ori în afara acestora, insidios ori mai rareori brusc se poate instala o greață acompaniată de vărsătură, pe care gestanta o prezintă dimineața înainte de mâncare, imediat după sau chiar numai la mirosul acesteia. În acest mod gravida intră în perioada prodromală a vărsăturilor grave, descrise de către Paul Dubois încă din 1845. Vărsăturile devin penibile, intoleranța față de alimente crește, devine la un moment dat absolută și stomacul nu mai reține nici măcar, o cantitate mai mică de apă. Eu însuși am avut ocazia să văd în serviciul Clinicei „Gynecologice și Obstetricale” din Cluj, o gravidă luna III, internată cu diagnosticul hiperemesis gravidarum, care vărsa chiar și după ingerarea unei cantități mai mici de apă sau amintindu-i numai de vre-un aliment să-i producă greață.

Din acest moment bolnava intră în perioada de stare caracterizată prin vărsături cari se repetă de câteva ori în decursul zilei indiferent de alimentație. În același timp bolnava slăbește, scade în greutate, pulsul se accelerează. În această perioadă intoleranța gastrică devine absolută, inapetența ajunsă la paroxism. Bolnava face eforturi la vărsături și abea evacuează mici cantități de lichid gleros, eforturi cari prin iritația stomacului vor determina dureri în epigastru. Eforturile persistente vor putea provoca în același timp hemoragii nasale, subconjunctivale, palpebrale. Consecințele vărsăturilor sunt: setea, scăde-

rea în greutate, accelerarea pulsului, modificările urinei, sângeului, etc. Setea e cu atât mai vie, căci ea nu poate fi calmată prin ingestie de lichide cari sunt vărsate, buzele sunt fulginoase, limba arsă cu marginile și vârful de culoare roșu viu. Aceste semne sunt modificate atunci când există ptialism.

Concomitent cu aceasta se poate instala o constipație tenace, unele bolnave stau zile sau săptămâni fără să aibă scaun, cu toate acestea nu există meteorism. Diareia este mai rar întâlnită. Slăbirea este urmarea ajenului forțat și a deshidratării, pierderea în greutate putând ajunge până la 500 gr. la zi. Grăsimimea dispăre, fapt ce se poate constata cu ochiul liber fără întrebuintarea cântarului. Accelerarea pulsului e *constantă* între 80—100 și uneori poate ajunge la 150 bătăi la minut. E aritmic, slab, cu tensiunea arterială scăzută. Temperatura deasemenea este scăzută, formându-se o discordanță între puls și temperatură.

Modificările diferitelor secrețiuni și umori în acest moment, sau chiar în tot decursul acestei afecțiuni, sunt foarte importante de cercetat.

Un examen atent a lor ne va permite să constatăm gradul de alterațiune în hiper ori hipofuncțiune a diferitelor organe, de cari vor depinde natural simptomatologia exteriorizată și să facem un oareșcare prognostic pentru viitor.

Prin vărsături se elimină o mare cantitate de cloruri, ori cum clorul din suc gastric fiind de origine sanghină, se înțelege că prin declorurare se produce aclorhidrie, care la rândul ei va determina o intoleranță ce se manifestă prin greață și vărsături.

Hiperclorhidria tisurală ar produce o excitare a centrilor respiratori, cu exagerarea eliminării lor de bioxid de carbon dând acidoză.

Această acidoză de unii autori s'ar explica prin o ipersecreție a glandelor endocrine în special a ipofizei (reacția Asheim Zondek), după cum constată Brun și Lang în cercetările lor asupra șoarecilor gravizi și negravizi, prin regim alimentar exclusiv gras.

Carența hidrocarbonată determină o ardere a rezervelor grase și a proteinelor proprii, producând corpi cetonici.

Suferința ficatului se manifestă prin amonurie, urobilurubinemie, săruri și acizi biliari. Coeficientul lui Maillard, text de

imperfecțiune ureogenetică în acest caz poate atinge cifre de 25—30% în stare normală fiind 3,50%—4,60%.

În acelaș timp modificările urinei sunt foarte importante: volumul scade, uneori poate merge chiar până la anurie completă. Urina e de culoare închisă, conține urați și albumină.

În sânge urea după cum am amintit și mai sus, e crescută foarte mult 1,15, gr. asemenea glicogenul. Datorită deshidratării organismului vom avea o iperglobulie (6—8 milioane pe mm.).

Leucocitoza cu devierea formulei lui Arneth la stânga.

Cercetările biologice din ultimul timp asupra urinei acestor gravide cu turburări și a celor fără, au dus la concluzia că: conținutul în hormoni a urinelor femeilor cu turburări, este cu mult mai ridicat ca a celor fără, chiar și atunci când se ține cont de reducerea ei în cantitate, cum se întâmplă adesea.

Tratamentul cu corp galben practicat de diferiți autori, precum și cele câteva cazuri din serviciul clinicei „Gynecologice și Obstetricale” din Cluj, au dus la concluzia că: acest hormon, care în stare normală prin secreția crescută, determină modificări în glanda tiroidă, suprarenală, hipofiză etc.; în acest caz ar fi diminuată fiind considerat ca unul din factorii direcți declanșanți ai acestor turburări, ori ca factor indirect, prin insuficiența sa, de a contrabalansa cauzele multiple ori unică a acestora.

Etiologie și patogenie

Cu toate că până în prezent cunoștința de cauză a acestor turburări atât de mult discutate, nu este deplin elucidată, ultimul cuvânt asupra etiologiei acestei afecțiuni nu s'a spus încă, un lucru este sigur — mecanismul de producere se dezvoltă, prin sistemul neuro-vegetativ.

Că vărsăturile sarcinei, simptomul cardinal din întreg cortegiul simptomatic, sunt datorite prezenței oului în uter, încă este sigur, deoarece ele apar odată cu sarcina și dispar odată cu încetarea ei. Varnier citează cazul demonstrativ în care vărsăturile persistă cu tot avortul provocat, dispărând numai după expulsia celui de al doilea ou.

La începutul lucrării mele reproduceam definiția Prof. Bar asupra sarcinei, în care el spune: „este o simbioză armonică dacă oul este normal și organismul matern adaptabil la noua sa.

funcțiune". Iată deci, că din definiția de mai sus, în etiologia turburărilor vago-simpatice ale gestațiunii, putem desprinde două origini: 1) *Ovulară* și 2) *Maternă*.

În anomaliile oului, frecvența vărsăturilor și ale celorlalte turburări e vădită. Mola hidatiformă, sarcina gemelară, hidrarniosul sunt foarte adeseori însoțite de aceste turburări.

Deficiența organismului matern, cu deviațiunile uterine, de-asemenea pot constitui spinul de iritație declanșant al acestor turburări. Observațiile doctorului Latis Bey asupra celor cca 500 cazuri au dat drept autorului să creadă, că prima cauză a vărsăturilor gravidice residă în coborârea uterului. Această coborâre ar provoca o excitație a plexului solar și prin urmare un reflex gastric, care se poate traduce prin fenomene de intoxicațiune cu consecințele lor, vărsături incoercibile etc.

Aceste sunt cauze mai mult sau mai puțin manifeste, cari explică o turburare a metabolismului normal, dar nu știm încă rolul diferitelor organe, cari restabilesc organismul matern turburat de greșa oului și nu-i de mirare deci, că fizio-patologia acestor turburări e încă obscură și că s'a invocat patogenii numeroase și variate.

Leven în diferitele sale publicațiuni, consideră aceste bolnave ca dispeptice și aero-fage, descriind trei forme clinice:

1) Forma dispeptică pură, 2) Forma dispeptică cu aerofogie, 3) Forma hispeptică cu dilatația atonică a stomacului.

Brindeau susține că vărsăturile sarcinei apar ca tipul unei asociații istero-organice, în care leziunea inițială organică poate fi uneori mascată de fenomenele pitiatice secundare.

Helmuth susține teoria toxicozei gravidice, care ar fi datorită unei discrazii în constituția sângelui, grefată pe un teren psiho-neuropatic al gravidei și determinând iperexcitabilitatea sistemului nervos vegetativ, cu iritația centrului vomitiv și a nervilor stomacali.

Rathery insistă asupra rolului probabil al suprarenalelor. Hipertrofia stratului cortical al glandelor suprarenale, constatată experimental la animale, la începutul gestațiunii, evidențiază activitatea acestora și acțiunea uneori eficace a insulinoterapiei.

Fieux și Mauriac susțin, că umorile materne conțin anti-toxine (anticorpi placentari) la femeile gravide normale și că aceste produse lipsesc la femeile cu turburări simpatice.

După Bar, turburările s'ar datori pătrunderii albuminelor foetale în organismul matern încă neimunizat, determinând vi-
lotoxemia.

După Le Lorier, Paul Delmas, ar fi o intoxicație de origine paternă și împreună cu Levy Solal, Paraf, Leblanc și alții combat teoria intoxicațiunii gravidice și susțin că vărsăturile sarcinei, sunt datorite unei predispoziții individuale terenului: Pătrunderea albuminelor foetale în organismul matern, ar produce o ruptură în echilibrul plasmatic. Sub influența unei turburări endocrinene, sau a unui desechilibru neuro-vegetativ, senzibilitatea terenului ar favoriza apariția fenomenului de șoc, sub forma de ptialism, vărsătură, dermatite, eclampsie. De aici, apropierea și oarecum asemenarea cu stările anafilactice descrise de Richet, Vidal, Abrami și Brissaud.

Cercetările lui Levy Solal și Tzank, au deschis o nouă portită în domeniul patogeniei vărsăturilor gravidice. Autorii practicând cutireacțiuni cu extract placentar, (antigen) la paciente cu vărsături incoercibile, în urma avortului terapeutic provocat, după ce toate fenomenele sau amendat, cutireacțiunea face să reapară vărsăturile, până când injecțiuni repetate cu doze mici de extract placentar s'a obținut o recrudescență a fenomenelor, apoi o atenuare și chiar dispariția lor, fenomen asemănător unei vaccinări.

Spre verificarea acestor cercetări biologice, ei execută cutireacțiunea asupra femeilor gravide, negravide, gravide cu vărsături și bărbați, obținând următoarele rezultate:

a) Femeile gravide cu vărsături, sunt sensibile la extracte placentare, cutireacție-pozitivă.

b) După încetarea vărsăturilor organismul e desensibilizat, cutireacția-negativă.

c) După avort femeile cu vărsături rămân încă sensibile la extracte 2—3 zile: cutireacția-pozitivă-negat.

d) Femeile negravide sau bărbații, nu sunt sensibili la extracte: cutireacția-negativă.

Experiențele autorilor conchid la existența unui antigen placentar, care reactivat printr'un ser uman oarecare, e capabil de a determina fenomene de șoc și în consecință vărsăturile gravidice ar fi manifestarea unui șoc proteinic, de origine placentară.

Aceeaş experienţă, executată însă cu sperma umană la femeie, disociind astfel elementele oului, dau rezultate analoage.

a) Sperma provenită dela un bărbat al unei femei cu vărsături, inoculată sub cutanat femeilor gravide, în 87% a cazurilor dau reacţiune pozitivă.

b) Inoculând o spermă oarecare, în 75% a cazurilor reacţiunile sunt negative. Probabil că albumina spermatică, ar produce fenomene de şoc proteinic determinând vărsăturile gravidice.

În acest mod, prin concepţia patogenetică emisă pe bază experimentală, s'ar explica vărsăturile din primul trimestru, dar cum explicăm vărsăturile din ultimul trimestru? Au aceasta o patogenie diferită? Până în prezeit nu se poate răspunde la această întrebare.

Hoffman şi Albrecht consideră vărsăturile gravidice, ca o nevroză vegetativă, produsă din cauza alterării echilibrului sistemului endocrin în sarcină, care la rândul lui aduce turburări în funcţiunea sistemului nervos vegetativ.

Studiile din ultimii ani ale acestui fenomen, au arătat că momentul care produce vărsătura, nu trebuie căutat într'o excitabilitate crescută a fibrelor vagului dela stomac, ci într'o excitabilitate crescută a centrului vomitiv. O supraexcitabilitate a centrului vomitiv, condiţionată de un metabolism alterat în graviditate, este singura cauză a acestei afecţiuni. Asupra naturii turburărilor de metabolism, care conduce la supraexcitabilitatea centrului vomitiv, şi de aici la vărsătură, nu se ştie însă nimic sigur. După toate aparenţele însă, se pare că metabolismul alterat al ficatului în graviditate, joacă un rol foarte important în evoluţia boalei.

În timpul vieţii genitale a femeii, alternaţa acţiunii specifice a glandelor endocrine: corpul galben, glandele interstiţiale miometrale şi însuşi fœtusul în timpul sarcinei, sunt atâtea cauze de modificări, hormono-umorale. Secreţia crescută a corpului galben, determină modificări în glanda tiroidă, suprarenală, hipofizară. Cu apariţia placentei care se organizează ca o mare glandă endocrină, sistemul endocrin îşi măreşte potenţialul său, formând astfel un nou echilibru glandular.

Acest grup glandular endocrin caracteristic al marelui

constelațiuni humorale, este numit de Prof. Sfameni „Mica constelațiune humorală genitală sau a speciei“ (de l'espece).

Emisiunea periodică a humorilor genitali, produc o excitațiune a tuturor glandelor endocrine a organismului și de aici derivă o modificare humorală totală, având ca urmare o acțiune asupra întregului sistem nervos în general și a sistemului neuro-vegetativ în particular.

Exuberanța hormonilor „de l'espece“ determină un dezechilibru în sistemul vegetativ, dominant prin nervul vag și nervul simpatic, sistem care este în raport direct cu sistemul endocrin, producând o hipertonie foarte intensă a vagului, care este contra balansată printr'o hipertonie mai limitată a simpaticului.

Acest fapt ar explica coexistența fenomenelor gravidice, ce depind de nervul vag ca : vărsătură, ptialism, etc. și atonia intestinală, turburările gastrice cari depind de simpatic.

După Sfameni, hormonii ar fi elementele sigure cari ar trebui să înlocuiască teoria toxică (sincizio-toxine și altele); hormoni, datoriti stării de gestație, cari ar determina apariția diferitelor forme morbide la femeile însărcinate. Acțiunea hormonilor pare să fie supusă unui aparat nervos regulator, a cărui localizare se poate discuta, însă nu i se poate nega existența. Această acțiune are de scop de a determina modificările periodice mușchiulare, atât în timpul perioadei de menstruație cât și în stare de gestație. În această succesiune autorul distinge două cicluri : unul gol (vid) sau al menstruației (fără ou în evoluție), și altul »plin« sau al sarcinei (cu ou în evoluție).

Fiecare ciclu ar cuprinde patru faze : a) contragere, b) decontragere, c) retragerea, d) deretragere. Primele două, numite sistolă iar ultimele două, diastolă. Astfel, patogenia vărsăturilor incoercibile și a eclampsiei s'ar explica prin acțiunea hormonilor gravidici, cu diferența că, vărsăturile ar fi datorite unei predominențe a tonusului muscular diastolic, în timp ce, eclampsia ar fi în legătură cu diminuarea acestui tonus.

Aceasta ar fi apoi și explicația că, vărsăturile se manifestă în timpul primei jumătăți a sarcinei, iar eclampsia în ultimul trimestru.

Prin cunoașterea condițiunilor biochimice și în special a celei a variațiunilor acido-bazice și a stării electrolitice di-

sociative a ionilor de Ca și K., cari se datoresc școalei lui Kraus și mai ales a celei lui Kraus și H. Zondek, s'a putut demonstra legătura strânsă ce există între sistemul neurovegetativ și lanțul glandelor cu secrețiune endocrină. Starea de echilibru între excitabilitate ori tonus cum se mai numește, al simpaticului și a parasimpaticului, asigură funcțiunea organelor, la cari se distribue fibrele respective.

Această condiție de echilibru, ca și tonusul nervilor vegetativi, este supusă în mare măsură influenței hormonice din partea tiroidei, paratiroidei, ovare, suprarenală etc. Patologia clinică ne oferă destule exemple de hiper-hipofuncțiune a simpaticului și parasimpaticului, ca în M. Basedow, Addison etc.

La fel s'ar putea spune despre ondulația de hiper ori hipoexcitație a sistemului vegetativ (vasomotoriu), ce se întâlnește în epoca menopauzei, care fără dubiu corespunde unei alterațiuni a glandelor genitale, deasemenea despre hiperexcitabilitatea nervilor vegetativi din jurul stomacului și a aparatului circulator la începutul gravidității.

Cercetările lui Zondek, Ucko și Reiter, au demonstrat, că pentru a face mai eficace acțiunea hormonului tiroidian, este nevoie de o deplasare a K. de pe membrana celulară, asupra căreia trebuie să acționeze respectivul hormon și contrar, spre al face mai puțin eficace, este necesară o deplasare a ionului Ca. Sub alți termeni, o abundență de Ca în membrană celulară, întărește acțiunea hormonală și contrar cu K.

Dacă se ia în considerare sfera genitală feminină, se întâlnesc excitațiuni parasimpatice ale dismenoreei, prevalarea simpaticotoniei, sau chiar vagotoniei în climacteriu și în acelaș timp se poate întâmpla, ca întregul periodul sarcinii să fi dominat de instabilitatea vago-simpatică, care culminează prin sindromul eclampsiei.

Decât a restrânge la un singur factor insorgența turburărilor vago-simpatice, sau a le distinge în grupe diferite, după cauză bine definită, pare mai rațional azi, când problema nu este complet elucidată, a accepta că: autointoxicația (autoveninul), induce centri nervoși la o senzibilitate mai mare (reacționează mai ușor), față de impulsunile cari plecând delat uter se reflectează asupra întregului organism.

Turburările vago-simpatice în raport cu etatea, pubertatea, paritatea și dezvoltarea embrionară. (Fătul la termen)

După ce am trecut în revistă și menționat o parte din multele teorii asupra etiologiei și patogeniei turburărilor vago-simpatice, cred interesant a se căuta dacă este oarecare raport între apariția și intensitatea acestor turburări; etate, pubertate, paritate și dezvoltarea fătului la termen. A cerceta dacă dezvoltarea mai mult sau mai puțin a embrionului exercită vre-o influență asupra frecvenței și intensității turburărilor gravidice.

Acesté cercetări nu sunt complet lipsite de interes, deoarece și acești factori ne pot procura oareșcari indicii, un eventual raport între gradul de funcționalitate a aparatului de reproducție și apariția turburărilor vago-simpatice din timpul sarcinei.

Pentru acest argument și curiozitate, am adunat și prelucrat datele ce privesc 1662 cazuri de graviditate, verificate în clinica »Gynecologică și Obstetricală« din Cluj, între anii 1920—22 și 1931—34, precum și cele observate personal în decursul anului 1935. Cazurile adunate din foile de observație, trecute ca prezentând turburări simpatice, sunt intrucât mi-a fost posibil, alese din acelea cari fie că prezentau confirmarea prin examenul medical, fie că prezentau mențiunea aceloraș turburări în sarcinile anterioare.

Din totalul de 1662 cazuri, statistica ne arată o frecvență a turburărilor vago-simpatice cu 641 cazuri, deci un procent de 38.57% ; cifră care este aproape de cele reportate de diferiți autori și tratate (43—45%).

Deasemenea în clasificarea turburărilor, ținând cont de intensitatea lor, le-am subdivizat în :

Prezente	{	a) ușoare cu 304 cazuri 18.03%.
		b) accentuate, cu 192 cazuri 11.52%.
		c) forte, cu 149 cazuri 8.73%.

Absente 1021 cazuri cu un procent de 61,43 %, clasificare ce ne arată, că pe măsură ce turburările cresc în intensitate, ele devin tot mai puțin frecvente.

Turburările vago simpatice în raport cu etatea

Dacă luăm în considerare schimbările ce etatea aduce aparatului genital al femeilor, un interes de prim ordin este de a se cunoaște în ce mod acest factor influențează frecvența și intensitatea turburărilor vago-simpatice și care este raportul dintre ele. Pentru aceasta am împărțit, periodul generator al femeii ce se cuprinde între anii -20 și 45+ în șase epoci de 5 ani fiecare.

Din tabela No. 1, vom deduce că : frecvența turburărilor este în funcție de etate, ea crește paralel cu vârsta femeii, atingând maximul de 40, 16% între anii 26-30, cu 157 cazuri, de unde coboară apoi spre a se menține în jurul cifrei de 32, 35% în cele trei epoci din urmă.

În ceea ce privește raportul între intensitate și etate, fiecare grup (ușoare, accentuate, forte), va descrie o curbă cu ascensiuni și coborâri caracteristice.

TABELA No. I.

Paritate	-20 ani				21-25 ani				26-30 ani				31-35 ani				36-40 ani				41 ani -			
	Prezente				Prezente				Prezente				Prezente				Prezente				Prezente			
	Absente	Us.	Ac.	Fort.	Absente	Us.	Ac.	Fort.	Absente	Us.	Ac.	Fort.	Absente	Us.	Ac.	Fort.	Absente	Us.	Ac.	Fort.	Absente	Us.	Ac.	Fort.
I.	202	53	28	31	218	74	60	25	67	35	17	15	20	7	6	3	13	1	3	3	3	1	-	2
II.	22	10	3	1	100	25	17	12	65	17	14	9	26	11	3	2	5	1	-	-	1	-	-	-
III.	4	1	-	1	30	5	6	-	34	14	10	9	16	4	1	2	4	1	3	-	-	-	-	-
IV.	1	-	-	-	5	3	1	1	19	4	1	3	19	3	4	3	12	2	-	-	-	-	-	-
V.	-	-	-	-	3	-	-	-	17	5	4	3	12	4	1	2	16	1	1	4	2	1	-	-
VI.	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	1	3	10	2	-	-	5	3	2	1	3	-	-	-
VII.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	2	1	1	6	3	-	3	3	-	-	-
VIII.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	6	-	-	-	5	2	1	2	3	1	-	-
IX +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	-	-	20	1	2	1	8	3	1	2
	229	64	31	33	356	107	84	38	209	78	47	32	119	35	15	13	86	15	12	14	23	6	1	4
	357				585				366				182				127				34			

În primul grup (sub 20 ani) turburările ușoare sunt prezente la 64 cazuri deci un procent de $17,92\%$, acesta crește treptat spre a atinge maximul între anii 26—30, (21, 31%), urmându-i apoi o curbă descendentă cu 15 cazuri sau $13,39\%$ între anii 36—40, urcând apoi din nou la $17,64\%$, între anii 41 și următorii.

În ceea ce privește turburările vag-simpatice accentuate, se relevă acelaș lucru, cu singura deosebire că, la sfârșitul epocii generatoare (între anii 41 și următorii) frecvența turburărilor accentuate nu mai revine la cifra inițială $8,68\%$ ci se menține la cifra minimă de $2,94\%$.

Frecvența turburărilor forte de asemenea se mărește cu creșterea anilor, atingând cifra maximă de $18,68\%$, între anii 31—35, cu 13 cazuri.

În concluzie : atât frecvența cât și intensitatea turburărilor vago-simpatice, se mărește cu creșterea anilor, atingând limita superioară între anii 26—35, epoca ce corespunde de altfel perioadei cea mai înfloritoare a femeii ca mamă.

Turburările vago-simpatice în raport cu pubertatea

În ceea ce privește raportul între frecvența și intensitatea turburărilor vago-simpatice și pubertate, încă pe când adunam cazurile am fost frapat de faptul, că prea adesea întâlnesc aceste turburări la femeile cu prima mențruație precoce, fapt care m-a determinat să cred că, între acești doi factori ar fi o legătură și nu la întâmplare, ci bazată pe hiper ori hipocativitatea organelor genitale.

Drept aceea după perioada de apariție a mențruației, am împărțit cazurile în a) hipergenitale (cu mențruație precoce), b) normale și c) hipogenitale (cu mențruație tardivă). Astfel, primul grup va cuprinde turburările vago-simpatice ce au apărut la femeile cu mențruația precoce, între anii sub 13. Al doilea grup cuprinde femeile cu prima mențruație între anii 14—15, care la noi în țară corespunde la epoca normală, și al treilea grup cuprinde hipogenitalele sau cu apariția primei mențruații dela 16 ani în sus.

Din totalul de 368 de femei cu prima mențruație sub și 13 ani inclusiv, se constată turburări vago-simpatice gravidice

la 145 de cazuri, deci un procent de 39,40%, restul n'au avut turburări.

Femeile cu prima menstruație între 14—15 ani, dau un număr de 812 cazuri, dintre cari au prezentat turburări vago-simpatice 310 cazuri, deci un procent de 38,17%.

Femeile cu prima menstruație peste 16 ani, în număr de 472 cazuri, au dat un contingent de 184 cazuri cu turburări, deci un procent de 38,99%.

Prin urmare rezultă că: hipergenitalele dau numărul cel mai mare a femeilor cu turburări vago-simpatice, urmându-le la mic interval cele hipogenitale, iar normogenitalele să le zicem așa, închid seria ca cele mai puțin conturbate în decursul sarcinei.

În același timp, din tabela No. II. mai putem constata, că intensitatea turburărilor e cu atât mai mare, cu cât pubertatea s'a instalat mai târziu.

TABELA No. II.

Pubertatea ani	TURBURĂRI VAGO-SIMPATICE							
	Absente		Ușoare		Accentuate		Forte	
	No. de cazuri	%	No. de cazuri	%	No. de cazuri	%	No. de cazuri	%
—13	223	60.59	71	19.29	40	10.87	34	9.24
14—15	502	61.82	138	16.99	99	12.20	73	8.98
16—	288	61.01	102	21.62	48	10.17	33	7.20

Turburările vago-simpatice în raport cu paritatea

Fiind paritatea un factor atât de important în graviditate, să căutăm să vedem dacă există vre-un raport, între acest factor și turburările vago-simpatice și dacă da, întrucât acestea sunt influențate în frecvența și intensitatea lor.

Pentru acestea am crezut necesar a împărți mai întâiu cele 1662 cazuri în două mari grupe: a) Primipare și b) Multipare și a cerceta asupra fiecărui grup aparte intensitatea și frecvența turburărilor în chestiune. Primul grup, primipare sau mai precis primigeste, cuprinde 887 cazuri cu și fără

turburări gravidice, iar al doilea grup dela II—XIII + pare cu 775 cazuri.

Din cifrele reportate in tabela No. III, se relevă :

a) o frecvență mai mare a turburărilor vago-simpatice la primipare cari ne dau un procent de 41.03% cu 368 cazuri.

b) la grupul al doilea, multipare, procentul este de 35,75%, cu 276 cazuri, deci o diferență de 5,28%, între primipare și multipare.

In ceea ce privește intensitatea turburărilor, menținând și aici aceeași clasificare, în ușoare, accentuate și forte, se constată următoarele: a) la primipare turburărilor ușoare in proporție de 19,28%, cu 171 cazuri, b) la multipare 17,30% cu 134 cazuri, deci o diferență minimă de 1,98%.

Cu totul contrar se comportă procentul turburărilor accentuate și forte, aici avem o diferență de 2,92% în favorul multiparelor.

Acelaș raport il avem și în ceea ce privește turburărilor forte, cu deosebirea însă, că aici diferența nu este așa mare, atingând doar cifra de 0.38%, în favorul multiparelor. (Vezi tabela No. I. și No. III.).

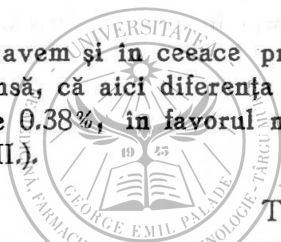


TABELA No. III.

Paritate	No. total de cazuri	TURBURĂRI VAGO-SIMPATICE							
		Absente		Ușoare		Accentuate		Forte	
		No. de cazuri	%	No. de cazuri	%	No. de cazuri	%	No. de cazuri	%
Primipare	887	523	58.96	171	19.28	114	9.93	79	8.52
Multipare	775	498	64.25	134	17.30	77	12.85	65	8.90

Spre a clarifica mai bine această chestiune, am regrupat toate cazurile, de astă dată nu in două ci in trei grupe, primipare, pluripare (II—V) și multipare (VI+).

Făcând o privire asupra tablei No. IV. vom releva o frecvență mai mare in primul grup, de 37,73% cu 364 cazuri, ceva mai mic la al doilea (pluripare) de 36,12% cu 233 cazuri și o diferență evidentă între primul și al treilea grup cu 43 cazuri, cu un procent de 33.59%. Un fapt ce trebuie însă relevat la grupul III. este procentul mare de turburări forte, cu 10.15% in comparație cu celelalte două grupe.

TABELA No. IV.

Paritatea	No. caz.	TURBURARI VAGO-SIMPATICE							
		Absente		Uşoare		Accentuate		Forte	
		No. de caz.	%	No. de caz.	%	No. de caz.	%	No. de caz.	%
I.	887	523	58.96	171	19.28	114	9.93	79	8.52
II-V.	647	413	63.83	112	17.31	69	10.67	52	8.14
V-	128	85	66.40	22	17.19	8	6.25	13	10.15

Inercând să tragem o concluzie justă din aceste cifre, ajunge o privire asupra acestor tabele cari ne vor arăta că: turburările vago-simpatice sunt mai frecvente la femeile primipare, fapt care de altfel ar fi de atribuit stării floride a genitalismului feminin în această epocă.

Intensitatea mai mare în schimb la multipare, atunci când turburările sunt prezente, s'ar datora poate lipsei puterii de înfrânare, de anihilare a factorului declanşant al acestor turburări.

Turburările vago simpatice în raport cu dezvoltarea embrionară.

După ce am văzut influenţa şi raportul ce există între turburările vago-simpatice şi etate, paritate şi pubertate, considerate aparte fiecare, să căutăm să vedem influenţa şi raportul ce are dezvoltarea, mai mult sau mai puţin a embrionului asupra frecvenţei şi intensităţii turburărilor vago-simpatice.

Pentru aceasta am grupat cele 1662 cazuri în opt grupe distincte după greutatea feţilor la termen, sau naştere, notând pentru fiecare grup numărul ce indică procentul turburărilor vago-simpatice sau absenţa lor. (Vezi tabela No. V.).

Frecvenţa turburărilor din primul grup (greutatea feţilor la naştere sub 2500 gr.) e de 40.88%, cu 83 cazuri, iar procentul celorlalte grupe, deşi merge în creştere progresivă paralel cu creşterea greutăţii, este totuşi inferior primului grup. Fapt care m'a impresionat la început, dar examinând mai de aproape lista cazurilor, am observat, că cele 29 cazuri de

TABELA No. V.

Greutatea feților la naștere	TURBURARI VAGO-SIMPATICE				
	Absente %	Ușoare %	Accent. %	Forte %	Turburări prezente %
- 2500	120	41*	19	23	40.88
	59.12	20.19	9.36	11.33	
2501—2750	108	32	20	11	36.84
	63.16	18.71	11.69	6.43	
2751—3000	197	47	31	18	32.76
	67.24	16.04	10.57	6.15	
3001—3250	205	48	36	25	34.72
	65.28	15.39	11.34	7.99	
3251—3500	186	61	29	20	37.17
	62.83	20.61	9.81	6.75	
3501—3750	105	42	22	15	33.05
	56.95	22.83	11.95	8.27	
3751—4000	63	26	7	7	38.84
	61.16	25.24	6.80	6.80	
4000—	42	9	11	3	35.38
	64.62	13.84	16.92	4.62	

sarcină gemelară, cuprinse în acest grup sunt toate cu turburări gravidice prezente, deci iată cauza care mărește frecvența lor. Dacă am sustrage sarcinile gemelare din cele 83 cazuri procentul ar rămâne la 31.03%.

În același timp mi-am pus întrebarea, oare dacă acești feți gemelari, s'ar considera unul singur, sumându-se greutatea lor, n'ar fi oarecum explicată frecvența atât de mare a turburărilor gravidice, în sarcinile generale, fapt constatat și reprodus de mine, după diferiți autori, în prima parte a lucrării mele.

În ceea ce privește intensitatea turburărilor ușoare, sunt mai frecvente în grupele cu greutatea între 3500—4000 gr., iar mai puțin frecvente la feții cu peste 4000 gr., fapt ce se poate constata și din tabela No. VI.

Turburările accentuate prezintă mici oscilațiuni în primele 3 grupe, distanțându-se de acestea însă la grupa 4-a reprezentată printr'un procent de 16.92% cu 11 cazuri.

Pentru turburările forte, maximul de frecvență se află între greutatețile 3250—3750 gr., iar minimul peste 4000 gr.

În concluzie, cu creșterea greutateii fetale, crește frecvența și intensitatea turburărilor vago-simpatice, creștere ce est mai evidentă între greutatețile 3100—3750 gr. și descrește la cele cu greutatea fetală peste 4000 gr. Acest fapt este explicabil dealtfel, știind că la o vârstă oarecare numărul nașterilor influențează fără discuție, dând copii mai robuști, femeia își câștigă o putere generatoare evidentă și în acelaș timp o oareșcare siguranță, întreg organismul.

TABELA No. VI.

Greutatea feților la naștere	TURBURĂRI VAGO-SIMPATICE				
	Absente %	Ușoare %	Accent. %	Forte %	Turburări prezente %
—3000	425 63.73	120 17.99	70 10.49	52 7.79	242 36.27
3001—3500	391 64.09	109 17.89	65 10.66	45 7.39	219 35.91
3501—4000	168 58.53	68 23.69	29 10.11	22 7.67	119 41.47
4000—	42 64.61	9 13.86	11 16.92	3 4.61	23 35.39

TRATAMENTUL

Dacă nu ne-a surprins, faptul că în etiologia și patogenia acestei afecțiuni au fost incriminate o mulțime de cauze declanșante, cu atât mai puțin trebuie să ne mire faptul, că tratamentul ei va fi, dacă nu mai mult, cel puțin tot atât de bogat în prescripțiuni, natural efectele variind dela caz la caz.

În cazurile favorabile se înregistrează succese cu orice medicație, dar în cazurile grave totul eșuează, afară de întreruperea sarcinei. Ori întreruperea unei sarcini, chiar și la începutul ei, trebuie să fie considerată pentru orice practician conștient de datoria și responsabilitatea sa, ca un act serios, poate chiar cel mai grav din viața sa profesională (*Radaux*).

Cu noua legislație a avortului, situația neliniștită a medicului practician care nu vrea să-și lase clienta să sufere sau chiar să moară, care nu vrea să opereze prea curând și care nu trebuie să aștepte prea mult, este pusă la un greu impas.

În faza actuală a cunoștințelor când aproape fiecare autor care s'a ocupat cu această chestiune și a descris o etiologie oareșcare, fruct al observației și cercetărilor sale și a recomandat un tratament în consecință, obținând fiecare succese și insuccese, suntem departe de un tratament unic și rezultat sigur. Totuș, făcând o privire generală asupra rețetelor prescrise în turburările vago-simpatice, tratamentul lor poate fi divizat în trei mari grupe: 1. *Medical* (medicamentos), 2. *Psihic* și 3. *Obstetrical* sau intervenționist.

Tratamentul medicamentos la rândul său poate fi împărțit în alte trei subdiviziuni: a) *calmante și antispasmodice*, b) *desintoxicante*, c) *extracte glandulare sau Opoterapia*.

Deci internistii o tratează ca pe o nevroză cu belladonă, valeriană, atropină, brom, chloral, papaverină etc., obstetri-

cienii ca pe o intoxicație, repaos, dietă hidrică, regim lactat etc.

Cercetările lui Jarno, Bienenstock și alți autori au demonstrat prin experiențe de laborator, că la femeile gravide și mai ales acele cu turburări vago-simpatice, există o hipocholesterinemie, o reducere apreciabilă a cantității de colesterol în sânge, fapt care ia determinat la instituirea unui tratament în consecință.

Rezultatele experiențelor executate în clinica din Presbourg, pe un număr relativ destul de mare de cazuri, a lui Wetterdal pe un număr mai redus, cu preparatele pe bază de Cholesterină, fie sub formă de dragele, acolo unde vărsăturile nu erau prea rebele, permițând absorbția medicamentului, fie sub formă de injecții intramusculare, au dat rezultate foarte frumoase. Rezultate asemănătoare s'a obținut și în cele câteva cazuri prezentate în serviciul sau ambulatoriul clinicei din Cluj, dintre cari, două cazuri am ținut să fie publicate în prezenta lucrare.

Opoterapia prin adrenalină, enumără număroase succese. Injecțiile cu doze mici de adrenalină zilnic + 10, ori 15 picături papaverină, administrate pe lângă un regim lectat hidric (rece) practicat în câteva cazuri în serviciul clinicei »Gynecologice și Obstetricale«, din Cluj încă au dat rezultatul dorit și mai ales acolo, unde turburările nu erau prea exagerate.

Tratamentul cu extracte de corp galben sub formă de injecții în mâna autorilor americani, precum și în cazurile experimentate în serviciul Clinicei din Cluj, după directivele Profesorului Grigoriu, au dat câteva rezultate foarte frumoase, dar eșecul în alte cazuri unde nu s'a obținut nici o ameliorare vine să ne arate că nici acesta nu este tratamentul specific.

Unger și Richter susținând că glicogenul în celula ficatului ar avea o acțiune de apărare contra substanțelor cu acțiune vătămătoare asupra ficatului și insulina împiedicând consumarea glicogenului, au propus injecțiile de insulină.

Seroterapia prin ser de femeie însărcinată cam la aceeași vârstă de sarcină, sub formă de injecții intragluteale experimentate încă din 1910 de către Mayer Linzer și Lorier, să practice după directivele Prof. Grigoriu în serviciul clinicei.

»Gy. obst.« din Cluj, înregistrând câteva rezultate frumoase.

Leven și aderenții teoriei sale, cari consideră turburările vago-simpatice gravidice datorite unei dispepsii, aerofagii și atonii gastrice, recomandă tratamentul medicamentos a acestor afecțiuni ajutate de un repaus la pat și regim alimentar. Pentru calmarea sistemului nervos, recomandă gardenalul sub formă de supozitoare 10 ctg. pentru un supozitor, 2×1 buc. la zi, una oră înainte de cele două mese principale. Chloralul sub formă de Syr. de chloral 15 gr. în 30—50 gr. lapte pentru 1 priză, 30 minute înainte de mesele principale. Contra aerofagiei pe lângă gardenal și chloral se va administra carbonat de Bismut 10 gr. Gumă arabică 20 gr., Aqua destil. 300 gr. 3×1 linguri la zi.

Nolens care susține teoria originii neuropatice a vărsăturilor gravidice, recomandă numai sugestie și izolarea. De asemenea tot în cadrul tratamentului psihic trebuie grupat și tratamentul cu agenți fizici, aplicarea de gheață, pulverizarea cu eter, electricizarea pneumogastricului, toate cu acțiune psihică (cazul lui Doleris, care vindecă o gravidă cu un aparat electric ce s'a dovedit în urmă cu nu funcționează).

Se aplică și tratamentul sugestiv, după o ușoară narcoză cu eter, se comunică bolnavei că sarcina a fost întreruptă, ori rezultatele bune obținute de către școala germană prin simpla atingere a colului uterin cu creionul de nitrat de argint. Se publică cazuri cu succese prin alte multe și diferite preparate și metode, dar natural, cum se întâmplă întotdeauna, nu se publică insuccesele.

În ceea ce privește tratamentul intervenționist, din partea celor ce implică turburările deviațiilor uterine, se recomandă manopera de reducere manuală, iar dacă toate cele expuse n'au dat rezultatul dorit, mama aflându-se în pericol se procedează la evacuarea savității uterine.

Caz. No. 1.

Bolnava K. Iuliana, de 25 ani. Antecedente ereditare fără importanță. Personale: gripă pojar. Menstruație primă la 15 ani. Ciclul sexual repetându-se regulat la 4 săptămâni, durata de 7 zile cu dureri premenstruale în reg. lombară. P = O. A. = O. Ultima menstruație în 12 August. Vine la consultație pentru vărsături incoercibile de 7—8 ori la zi. De când varsă.

bolnava spune că a scăzut în greutate 10 kgr. La intrarea în serviciu examenul urinei negativ. Examenul medical negativ. Examen Gynecologic: uter în antea versie flexie gravid luna. II. Hiperelemis. R. W. negativ. Tens. Art. 14—7 (V. L.). Proba cu adrenalină: înainte Puls.: 80. T. A. 14—7. Zahăr = negativ. După probă: Puls. 116, T. A. 16—12. Zahăr = negativ. Cantitatea de urină în 24 ore 679 cc.

Tratament încercat: Dietă, antipasmodice, glucoză intravenos, spălături stomacale, clismă evacuatoare, praful Bourget. Cu tot tratamentul încercat în mod insistent și persistent nu se obține nici o ameliorare. Bolnava continuă să scadă în greutate, pulsul se accelerează și apare acetonă în urină. (Examenul radiologic: negativ). Se administrează ser de gravidă normală luna II., 6 zile consecutiv în doze crescânde dela 3 cc. până la 10 cc., intragluteal. Vărsăturile sub acțiunea acestui tratament sistează în mod brusc, bolnava se realimentează din ce în ce mai mult, diureza crește, acetona dispăre. După doua săptămâni bolnava pleacă acasă vindecată.

Caz. 2. No. 1867/1934.

Bolnava M. V. de 24 ani, căsătorită casnică. Antecedente ereditare și personale fără importanță. Prima menstruație la 15 ani. Ciclul sexual repetându-se la 28—29 zile durată de 5—6 zile. Inconveniente în timpul menstruației: dureri lombare premenstruale. Ultima menstruației 1 Mai 1934.

P: 0, A = 2. provocate.

Vine la consultație trimisă de clinica medicală cu grețuri de 2 $\frac{1}{2}$ luni. Debut insidios.

Examen Gynecologic. Dgs. Gravidă 1. II. $\frac{1}{2}$. Hiperelemis. Bolnava refuzând internarea în clinică se prescrie tratament medicamentos la domiciliu, Gravonit 3×1 drag. la zi.

Bolnava este revăzută peste 5 zile, afirmând că turburările sunt diminuate dar nu dispărute. Se recomandă continuarea tratamentului și este revăzută la domiciliu, peste alte 6 zile. Greața și vărsăturile complet dispărute.

Caz. No. 3.

Bolnava D. Anna, de 27 ani. Antecedente ereditare fără importanță. Antecedente personale: scarlatină la 6 ani. Tifos

exantematic înainte cu 2 $\frac{1}{2}$ ani. Menstruația primă la 18 ani, repetându-se la 4 săptămâni, durată de 4—5 zile cu dureri ușoare în loja infer. abdom. P. = 3. A = 0.

Ultima menstruație: înainte cu 2 luni.

Dela începutul sarcinei, bolnava acuză inapetență, cealee, greață și în ultimul timp vărsături matinale, înainte ori după mâncare, indiferent de natura alimentului. Greața persistă în tot decursul zilei, iar de 4 zile vărsăturile se repetă și în cursul zilei.

În decursul sarcinilor anterioare, bolnava acuza aceleași turburări, dar mult mai atenuate.

Ex. gy.: Gravidă luna II-a Hiperemesis. Scabie.

Cu aceste turburări intră în serviciul clinicei la data de 28 XII. 1935. R. W. = negativ. Examen urinei = negativ. Tens. Art. 14 1|2—8 (V. L.) Puls. 72. După proba cu adrenalină: Puls. 64. T. Ar. 12—6, zahăr negativ. Cantitatea de urină în 24 ore = 920 cmc.

Tratament: Regim hidric (lapte dela gheață) 3×15 picături papaverină cu dionină la zi. Clismă cu antipirină; tratament ce se repetă timp de 2 zile, la care se mai adaugă 2×10 cmc glucoză 50%, la zi. Starea generală se amliorează, bolnava numai varsă decât dimineața înainte de mâncare. Acelaș tratament continuat alte 2 zile face să dispară orice turburare, gravida părăsind serviciul vindecată la 2 Ianuarie 1936.

Caz. No. 4.

N. Ana de 26 ani. Antecedente ereditare fără importanță. Antecedente personale la etatea de 15 ani operată apendicită. Menstruația primă la 13 ani, repetându-se neregulat la 1—2 luni, durată 3—9 zile cu dureri în lombe și fosele iliace. P = 0, A = 0. Ultima menstruație în 24 Iulie. Inconveniente în timpul sarcinei: de două săptămâni bolnava acuză grețuri mari acompaniate de vărsături incoercibile, ce se repetă de 7—8 ori în zi, indiferent de alimentație. În ultimul timp a observat scăderea în cantitate a urinei și slăbire. Ex. gy.: gravidă I. II. Hiperemesis, vine trimisă de către casa cercuală după eșecul tratamentului cu antispasmodice și calmante.

Examen urinei = A = + P=0, Z=0. Puls: 68. Resp. 16. T. A. = 11—8 1|2. Se face proba cu adrenalină după care se constată: Puls.: 104. Resp. 29. T. A. = 19—14. Se institue.

un tratament lactaț hidric rece, 3×15 picături papaverină cu dionină + 0,2 din adrenalină i. m. + 20 cmc. Glucoză 50%. Acest tratament se repetă timp de 4 zile, fără a obține nici o ameliorare. După 4 zile dela intrarea in serviciu se inlocuște tratamentul de mai sus cu 2×2 drag. Gravomit la zi. Bolnava continuă a vărsa, in acelaș timp eliminând și medicamentul. Se inlocuiesc dragelele prin 3×3 cmc. inj. i. m. Gravomit. In ziua următoare bolnava varsă odată dimineața înainte de a lua laptele, in restul zilei bine, cu toatecă i se dă din 3 in 3 ore mici cantități de lapte dela gheață și in acelaș timp se repetă inj. 3×3 cmc. la zi.

Acest tratament continuându-se încă alte 6 zile, bolnava se restabilește, alimentația mai abundentă, apetitul bun recâștigă in greutate. La 14 zile dela intrare părăsește serviciul vindecată. Bolnava este apoi revăzută după alte 5 zile, starea generală menținându-se bună numai acuză nici o turburare.



CONCLUZIUNI

1. Turburările vago-simpatice gravidice, sunt afecțiuni ce se întâlnesc foarte des în prima parte a sarcinei, în primele luni și mult mai rar în jumătatea a doua.

2. Din punct de vedere clinic, se caracterizează printr'o serie de simptome ca: inapetență, cefalee, greață, vărsături, sialoree etc., acestea fiind uneori influențate și de alimentație.

3. Evoluția clinică depinde dela forma simplă sau gravă prin care se instalează și uneori dela momentul apariției. Acele care apar în prima jumătate a sarcinei sunt mai ușoare, dar mult mai frecvente decât acele care apar în jumătatea a doua.

4. Etiologia și patogenia lor este încă incomplet rezolvată până în prezent; un singur lucru se știe sigur, turburările vago-simpatice sunt datorite prezenței oului în uter, iar mecanismul de producere se dezvoltă prin deranjul sistemului endocrin și se propagă prin sistemul neuro-vegetativ.

5. În ceea ce privește frecvența și intensitatea lor, ele sunt în strânsă legătură cu etatea gravidei, pubertatea, paritatea ei și dezvoltarea embrională:

a) Frecvența și intensitatea tulburărilor crește cu creșterea anilor și atinge maximum între anii 26—35.

b) Femeile cu menarcha precoce (ipergenitale) sunt cele mai mult deranjate în decursul sarcinei de această afecțiune, iar intensitatea tulburărilor e cu atât mai mare cu cât pubertatea s'a instalat mai târziu.

c) Tulburările vago-simpatice sunt mai frecvente la femeile primipare, iar intensitatea lor este mai mare în schimb la multipare.

d) Din ceea ce privește greutatea fătului la termen, frecvența și intensitatea tulburărilor se mărește cu creșterea acestuia, atingând maximul între greutatețile 3100—3750 grame.

6. In Clinica Gynecologică și Obstetricală din Cluj, prin tratamentul cu adrenalină, opoterapie cu corp galben, ser de gravidă, cholesterină și insulină, pe lângă un regim adecuat, după forma și variația simptomelor întâlnite, s'au obținut vindecări chiar și in cazurile grave.

7. Un tratament specific deci nu posedăm, cu toate acestea este de datoria medicului a încerca toată terapeutica ce ne stă la dispoziție azi și numai in caz de eșec complet și când viața bolnavei este amenințată, să recurgem la sacrificarea embrionului sau al fătului.

Cluj, 16 Martie 1936.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

Decanul Facultății:

ss. Prof. Dr. C. GRIGORIU.

ss. Prof. Dr. D. MICHAIL.



BIBLIOGRAFIA

1. *Boissard*: La salivation des femmes eincintes. (Obstr. 1910).
2. *Brindeau et Lantejoul*: Quelques reflexions sur les vomissements incoercibles de la femme einceinte. (Paris Medical, 21 Iunie 1934).
3. *Crăiniceanu Al.*: Cercetări asupra relațiunilor neuro-glandulare și in special ale secrețiunei ovariene asupra tonusului vegetativ. (Rev. Șt. Med. 1925).
4. *Cristea M.*: Câteva considerațiuni asupra patogeniei și a prognosticului in vărsăturile grave ale gestațiunei. (Mișcarea Med. Rom. No. 7—8/1934).
5. *Del Vivo e Corinaldesi*: Sviluppo dell'uovo umano a termine di gravidanza. (Riv. Ital. Gynecol. V. III. f. II. 1924).
6. *Delmas P.*: Toxemies gravidiques (Rev. Franç. de Gynec. et d'Obstetr. 1933).
7. *Ferru*: Rôle de l'insuffisance hépatique dans les vomissements graves de la femme encinte. (Rev. de Med. 1926 p. 581—593).
8. *Georgescu M.*: Vărsăturile grave ale sarcinei. (Rev. de Obst. Ginec. și Puericultură. No. 1—1931).
9. *Giacche N.*: L'expansion active de l'utérus, selon Sfameni et sa valeur dans la physiologie de la grossesse. (Rev. Fr. de Gynec. et d'Obst. No. 6—9/1934).
10. *Guillamme*: Le sympathique et les systèmes associés vago-tonies, sympathicotones, neurotonies. (I. vol. Paris Masson 1928).
11. *Hoffmann A.*: Des vegetative newensystem bei schwangerstrotffen deren tixichosen und funktionelle erkrankungen der weiblichen. (Monat. f. geburt gynec. Berlin P. 15 Ian. 1928).

12. *Kemp N.*: The tratament of Early Vomiting of Pregnancy with suprarenal cortex. (Endocrinology V. 16. 1932).
13. *Lebbé Marcel*: Le trouble du metabolisme azoté au curs des vomissements avec acidose de la gestation. (Presse Med. 11 Iunie 1933).
14. *Leven Roland*: Vomissements de la Grossesse. (Editions Med. Maloine—Paris 1932).
15. *Revoltella G.*: Sistema neuro-vegetativo e costituzione nella donna normale puerpera. (Ann di Obstr. Milano XLIX p. 643 sept. 27).
16. *Sfameni*: Lezioni teoriche e cliniche di ostetricia e Ginec. (Anno ACC. 1925/26).
17. *Snoeck I.*: Contribution a l'étude du ptyalisme gravidique. (Bruxelles Med. No. 4. 1934).
18. *Spătariu G.*: Fenomeni simpatici della gravidanza e sviluppo ovarico. (Tesi di laurea 1930).
19. *Vignes*: Les glande endocrines et le système nerveux végétatif pendant la gestation. Sem. des hop de Paris III. p. 99. 28 Fevr. 1927).

