

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1238.

NEVROZELE TRAUMATICE

Emil Teodorescu
1938



TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

PREZENTATA SI SUSTINUTA IN ZIUA DE 1938

DE

ANGYAL IULIU

24 MAY 2005

TIPOGRAFIA »VICTORIA« CLUJ, STRADA REGINA MARIA No. 11

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
»FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN : D-NUL PROF. DR. D. MICHAİL

PROFESORI :

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Clinica stomatologică | Prof. Dr. ALEMAN I. |
| Microbiologia | " " BARONI V. |
| Istoria Medicinii | " " BOLOGA V. |
| Patologia generală și experimentală | " " BOTEZ M. A. |
| Clinica oto-rino-laringologică | " " BUZOIANU GH. |
| Istologia și embriologia umană | " " DRĂGOIU I. |
| Clinica ginecologică și obstetricală | " " GRIGĂRIU C. |
| Fiziologia umană | " " BENETAȚO G. |
| Semiologia medicală | " " GOIA I. |
| Clinica medicală | " " HAȚIEGANU I. |
| Medicina legală | " " KERNBACH M. |
| Clinica oftalmologică | " " MICHAİL D. |
| Clinica neurologică | " " MINEA I. |
| Igienă și igiena socială | " " MOLDOVAN I. |
| Radiologia medicală | " " NEGRU D. |
| Anatomia descriptivă și topografică | " " PĂPILIAN V. |
| Clinica chirurgicală | " " POP A. |
| Medicina operatorie | " " POPOVICIU GH. |
| Clinica infantilă | " " POPOVICIU GH. |
| Farmacologia și farmacognozia (supl.) | " " SECĂREANU S. |
| Chimia | " " STURZA M. |
| Balneologia | " " TĂTARU C. |
| Clinica dermato-venerică | " " TEPOSU E. |
| Clinica urologică | " " MANTA I. |
| Chimia biologică | " " URECHIA C. |
| Clinica psihiatrică | " " VASILIU TITU |
| Anatomia patologică | Conf. BĂRBULESCU N. |
| Fizica medicală | |

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE : D-l. Prof. Dr. Urechia C. I.

MEMBRII :
Dl. Prof. Dr. Michail D.
" " " Pop A.
" " " Teposu E.
" " " C. Tătaru

Supleant D-l. Doc. Dr. Gavrilă J.

INTRODUCERE

O parte din turburările psihice se bazează pe funcțiunile anormale ale instinctelor.

Între sentimentele inferioare, cari sunt de regulă foarte puternice și cari sunt însoțite de instincte și între sentimentele etice superioare, cari se dezvoltă prin educație, anturaj, experiențe, se produc conflicte, pe cari psihicul indivizilor normali le anihilează, iar psihopaticii le cad jertfă, producându-se cazurile de nevroză.

În viața noastră psihică, domină două instincte principale: instinctul vital și instinctul sexual.

Acolo, unde instinctul vital este foarte accentuat, în cazuri de pericol de viață, când traumatismele acționează asupra organismului, se produc nevrozele traumatice.

Conflictul între instinctul vital și patriotism, formează complexul, care în războiu, produce, la psihopatici, nevroza de războiu. Soldații cari au fost răniți, vreau să fugă din front, însă sentimentele etice superioare, morala, virtutea, patriotismul și frica de pedeapsă, împiedică dezertarea și soldații predispuși, se refugiază în boală, cu scopul de a-și salva viața, iar complexul anxios, după *Freud*, convertează în tenebrozitate, în tremurături și în paralizii histerice.

Tot instinctul vital accentuat, formează baza ideilor hipochondriace. De asemenea, se produc fobii, în cazurile când cineva este preocupat în mare măsură, de sănătatea și viața sa.

Majoritatea oamenilor ar voi ca prin cât mai puține eforturi, să ducă o viață cât mai comodă. Dorința aceasta este accentuată în mod patologic în sinistroză. Psihopaticii, după traumatisme, accentuează simptomele neînsemnate, pentruca avantajile rentei să și-le asigure pe un timp cât mai îndelungat.

ISTORICUL

Primii cari s'au ocupat cu nevrozele traumatice au fost medicii din America și Anglia. Sub numele de nevroză traumatică, ei au înțeles boala care se produce în urma accidentelor de tren, datorită loviturilor și sguđuiturilor și au fost numite de ei »railway-spine«. Ei au observat fenomenele caracteristice după accidentele de tren, cari erau foarte frecvente pe vremea aceea în Anglia și America, în prima jumătatea secolului XIX-lea.

În Germania, primele lucrări referitoare la nevrozele traumatice au fost făcute la Clinica din Westphal.

În anul 1865, *Erichsen* spune că nevrozele traumatice se datoresc comoției, asupra măduvei spinării.

Mai târziu *Leyden* și *Erb*, sunt de părere că nu este vorba de o simplă comoție ci chiar de o leziune anatomică.

În anul 1881, *Moeli* vorbește, deja de o cauză psihică. Această a fost confirmată și de *Erichsen*, în cartea sa a doua, schimbându-și părerea de mai înainte și spune, că în etiologia nevrozelor traumatice joacă un mare rol spaima și frica.

În anul 1886, *Charcot*, în lucrarea sa, stabilește că boala nu are substrat anatomo-patologic, ci se datorește turburărilor funcționale și o numește histeria traumatică.

Mai târziu *Oppenheim* negă caracterul histeric al boalei, deși recunoaște natura ei funcțională și propune numirea de nevroză traumatică.

La congresul medical din Baden, din anul 1890, *Jolly* și *Schultze* au stabilit și au descris nevrozele traumatice. Ei spun că boala, ca atare, nu are fenomene caracteristice, ci fenomenele ei se confundă cu fenomenele histerice, neurastenice și hipocondriace. Această propunere a lui *Schultze* și *Jolly* a fost acceptată la un alt congres, în anul 1893 și este acceptată și astăzi.

După formarea societăților de asigurări sociale, bolnavii cu nevrozele traumatice s'au înmulțit și pentru aceasta, mulți autori, *Strümpel*, *Braun*, *Hoffmann*, *Windscheit* stabilesc ca o cauză a nevrozelor traumatice, asigurările sociale.

În anul 1895, *Strümpel* spune că nevroză care se produce imediat după traumatism este nevroză traumatică propriu zisă, iar aceea care se produce mai târziu, datorită luptei pentru despăgubiri este histeria derentă pecuniară, este histeria de rentă.

Secrefan numește nevroză traumatică, nevroză de asigurare socială.

Brissaud numește histeria de rentă, psihoză de revendicare sau sinistroză.

Generalități.

Sub nevroze traumatice se înțeleg bolile funcționale ale sistemului nervos, cari debutează după traume sau emoții puternice.

În etiologia nevrozelor traumatice, spaima are rolul capital și uneori, pe lângă emoții puternice, intervine dorința neînvinsă de a primi despăgubiri și rentă de invaliditate, care contribuie la prelungirea sau imobilizarea boalei.

Traumatismele cari sunt, de ex.: accident de tren, accident de circulație, doliu, un incendiu, o intoxicație cu oxid de carbon, un acces de alcool, o electrocuție, cari pot fi neînsemnate și pot atinge orice părți ale corpului, sunt numai agenții provocatori ai spaimii. Ereditatea sau constituția emotivă se constată într'un procent de cazuri.

Charcot acuză spaima și renta, ca etiologia boalei și spune că simptomele debutează prin autosugestie, fiindcă bolnavul este într'o stare psihică dezechilibrată.

În concepția lui *Schultze*, boala este o reacție la accident. Reacția care se dezvoltă din spaimă, și predispoziție ereditară. Renta ar avea numai rolul conservator, spune el. După concepția lui, predispoziția ereditară este foarte importantă, făcând ca un accident închipuit să fie destul pentru debutarea nevrozei la indivizii predispuși. El dă ca exemplu pe un învățător, care, conducând procesul de accident al soției cu o energie foarte mare, s'a îmbolnăvit, arătând aceleași simptome ca și soția lui. Indivizii, cari sunt sensibili, excitabili pesimiști, hipocondriaci, cari au suferit de nevroză sau psihoză, sunt predispuși la nevroze traumatice.

Autorul *Lessing Oscar*, spune că în dezvoltarea nevrozelor traumatice, antecedentele sunt foarte importante. Aceste antecedente sunt psihice și sociale, adică frica și renta. Însă, uneori, se întâmplă că indivizii ar voi să evite din conștient acești factori și totuși se îmbolnăvesc. Astfel de cazuri s'au văzut foarte multe în războiu, când cineva și-a luat asupra-și o însărcinare fără să fie obligat și cu toate că nu a voit să țină cont de acești factori, s'a îmbolnăvit când s'a ivit prima ocazie.

Jendrassik scrie că uneori neurastenia și histeria sunt latente și o emoție puternică le declanșează. Înainte de el, s'a crezut că nevrozele traumatice se produc prin

partea fizică a traumei. Astăzi, este neîndoelnic că se produc numai prin partea psihică a traumei. El împarte traumele în două părți: partea psihică și partea fizică.

Debutul poate fi imediat după accident, însă, uneori nevrozele traumatiche apar după un timp de câteva zile, săptămâni, sau chiar luni. (Faza de meditație.)

După școala franceză (Forgue), nevrozele traumatiche sunt: histeria traumatică, neurastenia traumatică, nevroza traumatică propriu zisă și sinistroză.

Autorii germani vorbesc despre histeria-, neurastenia-, hipocondria traumatică și nevroza de rentă. Sunt unii, între cari Dr. *Paul Horn*, împart nevrozele traumatiche în două mari grupe: primare și secundare. Cele primare sunt acelea, cari nu au legătură cu rentă. De ex.: nevrozele emotive, nevrozele de spaimă, etc. Cele secundare se produc în lupta pentru despăgubire (Wunsch-,Prozes - și Renten-neurose).

Unii autori tratează aparte nevroza de războiu și nevroza emotivă. După majoritatea autorilor, însă, prima nu este altceva, decât histeria traumatică, iar ultima, amplificarea fenomenelor vegetative după un traumatism.

Din punct de vedere simptomatologic, este bine dacă pe fiecare o descriu în parte.

Histeria traumatică.

Histeria traumatică este o histerie care debutează după un traumatism și din punct de vedere simptomatologic, nu este nici o diferență între histeria traumatică și histeria esențială.

Dacă urmărim evoluția istorică a histeriei, constatăm că și *Hippocrates* și *Galenus* s'au ocupat cu ea. Inșă până la *Sydenham*, autorii vechi au considerat manifestațiunile histerice, ca exprimarea unei perturbațiuni în funcțiunile aparatului genital la femei, de unde vine termenul histerie. După *Sydenham*, boala este localizată în sistemul nervos. *Oppenheim* spunea, pe timpul său, că originea histeriei este și acuma, ascunsă. *Charcot* a arătat că nu numai la femei găsim aeeastă afecțiune, căci histeria s'a observat și la bărbați, la copii înainte de pubertate și la bătrâni, după perioada sexuală. A declarat, că histeria este o boală psihică și o afecțiune frecventă. În anul 1901, *Babinsky* a atras atențiunea asupra examenului mai atent al histeriei, fiindcă s'au confundat fenomenele histerice cu simptomele simulate, cu afecțiunile organice și cu turburări

cari n'au avut nici un raport cu histeria.

După *Babinsky* histeria este o stare psihopatică, ce se manifestă prin turburări pe cari le putem reproduce prin sugestie la unii indivizi cu exactitate perfectă și este susceptibilă să dispară sub influența contrasugestiunii sau persuasiunii. După *Grassé*, histeria este o disociere între centrul automat și centrul psihic de coordonare, unde centrul psihic superior este suprimat. După *Freud-Kretschmer*, o insuficiență dezvoltare filogenetică a psihicului în urma căreia, excitațiuni externe psihice și fizice, fac pe histeric să reacționeze în mod primitiv. Individul care suferă de această boală, nu este subinteligent, ci controlul lui psihic, nu-i poate domina impulsurile și instinctele din viața lui psihică.

Histeria traumatică este o histerie obișnuită și nu este o nevroză specială. Survine numai la indivizi predispuși sau la histerici latenți. Nici traumatismul, nici emoții puternice, nu provoacă histeria, ci servesc numai pentru evidențierea sau accentuarea simptomelor histerice, dar traumatismul are oarecare rol de localizator, regiunea traumatizată fiind paralizată sau anesteziată.

În ceea ce privește descrierea clinică a histeriei, se disting în histerie, stigmatele permanente și accidentele sau paroxismele.

Stigmatele sunt caracterizate prin aceea că sunt inconștiente și nu turbură funcțiunile vitale.

Stigmatele sunt: psihice, sensibile, sensoriale și motrice.

Psihic. La histericii, afectivitatea este foarte labilă. Față de sentimente, au sensibilitatea exagerată și reacționează foarte puternic. În cazurile ușoare, se produc reacțiuni exagerate numai în urma unor excitațiuni accentuate. În cazurile grave, însă, simple excitații cotidiene, produc reacții cari au consecințe nebănuite. După excitațiuni sentimentale variabile, histericii sunt odăta fericiți, entuziasmați, nu mai știu de bucurie, altă dată, însă, de abea după câteva minute, sub influența unor excitațiuni neînsemnate, tremură disperați, sau se aprind de mânie și urăsc de moarte ceea ce cu câteva minute mai înainte au iubit. Cea mai mare prietenie, se transformă dela un minut la altul în ură, pentruca după scurgerea unei durate de timp, să se întoarcă din nou la iubire. Plâng cu ușurință, dar o vorbă frumoasă, duioasă, ajunge pentru ca să-i mângâie. Histericii sunt oameni despre cari nu se știe ce vor face, căci ceea ce astăzi îi bucură, mâine le face zile fripte. De ce le este astăzi teamă, mâine doresc să se întâmple. Adeeori, găsim ambivalență, căci în același timp urăsc și iu-

besc pe cineva, doresc și nu pot suferi ceva. Sentimentele histericilor diferă de ale normalilor, nu numai cantitativ, ci și calitativ, căci ei doresc lucruri, cari la normali produc desgust. În general, histericii sunt foarte iritabili impulsivi și reacțiunile sentimentale sunt foarte grave. Histericii nu sunt subintelenți, numai în funcțiunile psihice joacă un mare rol sentimentele și impulsunile fără logică. Labilitatea vieții sentimentale a histericilor exclude o afectivitate stabilă. Pentru aceasta, orice act care survine după o afectivitate stabilă este foarte rar. De ex.: în depresiunea histerică, sinuciderea este numai simulată. Sinucigașul vrea numai să atragă atențiunea ăturjului. Iși anunță planul mai dinainte, pentru a putea fi împiedicat la momentul oportun. Deci, depresiunea histerică nu este o afectivitate stabilă.

Histericii, fiindcă viața lor sentimentală este foarte vie, sunt egoiști. Pentru aceasta, prind orice ocazie, ca să atragă atențiunea asupra lor. Sunt cocheți, galanți, darnici, indiscreți, vorbesc tare pe stradă și pentru a-și atrage compătimirea, ca totuși să română în centrul atențiunei anturajului, simulează boala. Sunt tiranici. Pretind cea mai desăvârșită politețe. Egoismul histericilor este îmbrăcat de cele mai multe ori în masca altruismului. Cochetăria lor nu este un erotism adevărat. Ei o practică, numai fiindcă le place să audă lumea vorbind despre ei. În realitate, sunt adeseori frigizi. Egoismul patologic și grija de sine, produc ideile hipocondriace, cari sunt colorate de fantezia lor bogată

La histerici găsim o sugestibilitate foarte pronunțată. Sugestibilitatea este pozitivă și negativă. Caracteristic este că față de membrii familiei și anturajul obișnuit, sugestibilitatea este negativă, iar față de streini, pozitivă. Ei sunt acasă, foarte neascultători, încăpăținați, îmbufnați, tirani, nerăbdători, nesuferiți. Față de streini sunt însă, drăguți, acomodabili, politicoși. Influențabilitatea lor se evidențiază și din imitație. Ajunge, ca odată să observe simptomele unei boale, pentru simularea ei, dacă din punctul lor de vedere este avantajos. Dacă ei au suferit de o boală și în această situație au reușit să-și atragă simpatia și compătimirea anturajului, continuă să simuleze boala și după vindecare, prin autosugestie, pentru a-și menține situația din timpul boalei. Imaginațiile lor sunt bogate și foarte subiective. În general, sunt foarte religioși, superstițioși, cred în zicăturile de vrajă, etc. Toate acestea ne amintesc de concepția anamistică și religioasă a omului primitiv. Datorită imaginației lor exaltate, sunt mitomani, cred în spiri tism, telepatie, oculism, în lucruri supranaturale. Datorită acestei

imaginații vii și sugestibilității, unele reacțiuni patologice se răspândesc între ei în mod epidemic. De ex., în evul mediu, impulsul de dans era o epidemie psihică. Au vise foarte bogate în acțiuni. La histerici, sunt caracteristice reacțiunile primitive. Aceste reacțiuni sunt săvârșite cu anumite scopuri. Bolnavul vrea să ajungă la un favor, sau vrea să scape dintr'o situație neplăcută, dintr'un pericol, însă acționează în mod nelocig.

Formele cele mai frecvente ale reacțiunilor primitive sunt reacțiunile explosive, furor și raptus histericus (impulsiunile de mânie și impulsiunile de frică.) De asemenea reacțiunea de scurt circuit. La aceasta, acțiunea este complicată.

Histericii se străduiesc să elimine din conștiința lor evenimentele psihice neplăcute. Produc complexe, cari mai târziu formează baza reacțiunilor primitive. Pentru ca să scape din unele situații neplăcute, se refugiază în boală. Cad în tenebrozitate narcolepsie.

Este frecvent la histerici somnambulismul și convertirea turburărilor psihice în simptome somatice.

Stigmatetele sensibile. Anestezia care foarte rar este generală, mai des parțială, Hemianestezie se numește cea care este localizată la o jumătate a cordului. Anestezia geometrică este cea, care este limitată la o anumită regiune sau la un anumit membru al corpului. Anestezia insulară sau neregulată, o avem atunci când locurile nesensibile sunt diseminate pe suprafața corpului. Poate fi parostezie, hipostezie și hiperestezie. Sunt zonele dureroase hipersensibile, cari se numesc zonele histerogene. Presiunea acestora produc uneori accese. Se prezintă nevralgii dureroase, migrene și cefalee

Stigmatetele sensoriale: anozmia, cele mai adeseori, strâmtarea câmpului vizual, ambliopia, acromatopsia și discromatopsia.

Histeria se atribuie turburării trofice și vasomotrice. (Flictene, ulcere, gangrene, epistaxe, hemoptizie, hematemeze)

Anuria și febra.

Stigmatetele motrice sunt paralizii, contracturi, artropathie, tremurături.

După cum paralizia interesează un membru întreg, jumătatea corpului sau membrele inferioare, vorbim de monoplegia, hemiplegia sau paraplegia histero-traumatică. Cea mai frecventă este monoplegia. Membrul atârână inert, incapabil pentru orice mișcare, dacă este vorba de membrul inferior, mersul nu este posibil decât cu baston și bolnavul își trage piciorul pe pământ. Anestesia cutanată și profundă este complectă. Distribuția anesteziei este caracteristică.

Ea este limitată printr'o linie circulară, perpendiculară pe axa membrului (linia de amputație.) Simțul muscular este complet abolit. Se prezintă, uneori, astazia și abazia. Intre stigmatele motrice se numeră și paralizia coardelor vocale.

Paralizie cu contracturi sunt mai frecvente decât paraliziiile flasce. Ele sunt de multe ori segmentare, fiindcă sunt interesate mâinile, picioarele, cotul și umărul. La mână se constată după *Sicard*, cinci aspecte principale: mâna în formă de pumn închis, mâna binecuvântătoare, mâna de mamoș, mâna în gât de lebădă și mâna indicatoare. La picior se constată: picior strâmb echin, picior strâmb var, picior strâmb calcanean și picior strâmb valg. Important este că contracturile, sub anestezie generală, nu dispar. (Urechia) In caz de atrofie musculară, nu găsim reacțiuni de degenerescență.

Artropathia histero traumatică. Tipică este coxalgia histerică. Articulația este immobilizată în flexiuni ușoare și abducțiuni. Toți mușchii sunt în contractură și bazinul urmează mișcările coapsei. Cece caracterizează coxalgia, este durerea. Uneori durerea este superficială, alteori profundă.

Tremurătura poate fi localizată la un membru al corpului, sau se întinde asupra întregului corp. Poate să fie intenționată sau continuă

Accidentele constau în crize mari histerice și crize mici Criza mică de obicei este numită criză de nervi. Aici, fazele, cari caracterizează crizele mari lipsesc.

Crizele histerice precum și stigmatele pot fi precedate, urmate, sau substituite de o perioadă de confuzie.

Crizole mari histerice arată patru faze: faza epileptoidă, faza mișcărilor mari, faza atitudinilor pasionate și deliluri terminale.

La diagnosticul histeriei traumatice, trebuie să eliminăm posibilitatea unei leziuni organice cerebrale, mădulare, nevritice, posibilitatea unei histerii esențiale. Căutăm simptomele cele mai caracteristice, anestezia, hiperestezia exagerarea reflexelor, tremurul, strâmtarea câmpului vizual, paralizii, contracturi, spasme. Trebuie depistată simulațiunea sau exagerarea voluntară a simptomelor.

Prognosticul depinde, după *Raymond*, de manifestățiunile histero-traumatice. O paralizie mai tenace, decât o artropatie sau o anestezie histero-traumatică, o afecțiune veche vindecându se mai greu, decât una recentă. Depinde de predispoziția ereditară sau câștigată. Un histeric cu stigmate, se vindecă mai dificil, decât unul fără simptome histerice.

Tratamentul trebuie să fie precoce. Izolăm bolnavul

în institut. Aplicăm psihoterapia: persuasia, sugestia, hipnoza, psihoanaliza. La paralizii, aplicăm electroterapia. La contracturi, masaj. Dăm medicamente tonice și calmante. Trafăm cu hidroterapie. Cel mai eficace tratament al bolnavului este, însă reluarea ocupațiilor sale cât mai curând.

Nevroza de războiu.

Nevroza de războiu nu este altceva, decât histeria traumatică. În timpul războiului soldații, în serviciul de front, sau după ce au fost răniți, s'au îmbolnăvit de histerie, din cauza spaimei sau de frică, sau au voit să obțină o indemnizație pecuniară, pensie de invaliditate.

Simptomele caracteristice, sunt tremurăturile, cu amplitudine mare în extremități, la cap și la trunchiu. S'au găsit astazie, abazie, disbazie, bâlbâială, afonie, mutism. Tachicardie, transpirație abundentă, ticuri, paralizii flasce și spastice, strâmtarea câmpului vizual și uneori, cecitate în timpul nopții, turburarea sensibilității, anestezie, parestezie.

La sfârșitul războiului, majoritatea bolnavilor s'a vindecat spontan. Nu au mai rămas decât aceia, după autori, cari au avut pretenții la pensii de invaliditate, sau psihopatii ereditari, gravi.

Neurastenia traumatică.

Neurastenia traumatică este o grupă din nevrozele traumatice și din punct de vedere simptomatologic, nu este diferență între ea și neurastenia esențială.

Despre neurastenie, un uator francez, *Azigos*, spune că numele actual i-a fost dat de *Beard*, din New-York. Acesta a făcut un studiu aprofundat al boalei. După lucrarea sa din 1880, care a avut în Europa un mare răsunet, numeroși autori au publicat în această materie, studii remarcabile și dacă cineva dorește să aprofundeze chestiunea, trebuie să citească »Handbuch der Neurastenie« a doctorului *Frantz Müller* din anul 1893.

Neurastenia traumatică se manifestă prin excitabilitatea patologică a sistemului nervos și oscilațiunile intense ale timiei.

În etiologie, rolul principal îl are șocul psihic, apoi șocul fizic; uneori și dorința intensă a bolnavului de a ob-

ține indemnizație pecuniară. Cel mai important factor este predispoziția ereditară sau câștigată.

Simptomele sunt stigmatele neurasteniei obișnuite. Individul care suferă de această boală este deprimat, cu aspect palid, fără forță și fără curaj.

Cefaleea, apare sub formă de cască. Se prezintă ca o senzație de constrângere în jurul capului. Ea poate să fie localizată într'un loc al craniului, la frunte sau la ceafă.

Rachialgia consistă în senzațiuni de dureri variate, cari se simt în anumite părți ale coloanei vertebrale. Aceste senzații sunt însoțite de o hiperestezie, astfel că cea mai mică mișcare, cauzează dureri intolerabile bolnavului, care stă nemișcat de frica de durerii.

Insomnia. Bolnavul poate adormi repede, dar după o oră sau două, el se trezește. Altă dată, se culcă, dar îi este imposibil să adoarmă și abea dimineața reușește să fie cuprins de somn. Dacă doarme, somnul îi este turburat, se trezește des și are visuri terifiante.

Bolnavul obosește repede. Dacă lucrează, are o senzație de astenie musculară, care îl deranjează în lucru. Are o lipsă de putere în mâini, așa că nu poate executa mișcările necesare la exercițiul funcțiunii sale.

Vertijul poate fi intermitent, sau continuu. Bolnavul se simte atras într'o parte, alături înainte sau înapoi. Vertijul acesta nu provoacă niciodată căderea lui.

Auzul este scăzut. Se prezintă hipoacuzia, vâjâituri în urechi. Vederea slăbește repede. Neurastenicul are asthenopie. Poate avea turburări de sensibilitate, hiperestezie, hipoestezie, parestezie. Hiperhidroză, paloarea și roșeața pielii.

Simptomele dispeptice se prezintă sub formă ușoară, sau gravă. În formă ușoară, nu se pierde pofta de mâncare, însă prezintă la nivelul stomacului o senzație de greutate. Stomacul se umflă, capul este cuprins de somnolență. Adeseori este constipație. În formă gravă, bolnavul simte desgust pentru alimente, are diaree și slăbește atât de repede, că arată un aspect canceros.

Uneori este hipotensiune, palpitațiuni, dureri cardiace. Turburări respiratorice sunt polipnee și oligopnee. Tuse nervoase, căscări frecvente, vocea răgușită.

Turburările uro-genitale se manifestă prin poliurie, fiindcă uneori bolnavul consumă mult lichid, polachizurie, spermatooree, ejaculație precoce, impotență sexuală.

Turburări motrice sunt tremurăturile în regului corp sau ale anumitor părți ale corpului. Tremurături fibrilare în mușchi. Vorbirea îngreunată.

Caracterul bolnavului este iritabil, violent, anxios. Se

prezintă diferitele fobii : agorafobie, claustrofobie, nozofobie, etc. Voința, atențiunea memoria, sunt scăzute. Neurastenicului îi este aproape imposibil să-și fixeze atențiunea. Cu voința, ajunge acolo, că nu mai poate lua deciziuni, oricât de simple ar fi. În sfârșit, cade în apatie, incapabil de a digera, de a mânca, de a dormi. Devine impotent sexual și ajunge în cașexie terminală. Acuzele hipocondriace pot provoca un caracter paranoid, sau bolnavul sa va sinucide.

Ca forme, după *Pitres*, avem : forma cerebrală, spinală, nevralgică, cardialgică, dispeptică, genitală.

Prognosticul. Vindecarea e posibilă. Cele mai adeseori, boala poate fi ameliorată. Unii autori spun că după un traumatism psihic, vindecarea e mai ușoară.

Diagnoza numai atunci este sigură dacă bolnavul nu are alterațiuni organice. Trebuie să luăm în considerare semnele nervoase, tremurături generalizate, reflexele tendinoase exagerate sau diminuate, accelerarea pulsului sau respirațiunii. Turburări de nutriție. Hipotonie generalizată.

Simularea neurasteniei traumatice este mai ușoară, decât histeria traumatică, fiindcă neurastenia prezintă numai semne subiective, cari nu se pot verifica. În caz de simulare bolnavul trebuie să fie pus sub observație de lungă durată, de câteva săptămâni sau luni în institut, pentru a i se putea verifica starea reală.

Tratamentul este clinoterapia, regim ovolactovegetarian cu hiperalimentație, hidroterapie, psihoterapie, medicamente tonice și calmante. Reluarea ocupațiunii cotidiene moderate.

Nevroza emotivă.

Nevroza emotivă este o stare morbidă denumită de *Babinsky*, unde observăm amplificarea fenomenelor vegetative, cari iau parte în mod normal la emoțiune. Survine după un traumatism. Ca simptome, găsim tachicardie, turburări vazomotrice, secretoare, tremurături, insomnii, sensibilitate exagerată la cald și rece. Bolnavul prezintă astenie foarte mare, devine fricos, își pierde curajul la cel mai mic incident. Uneori prezintă adevărate obsesiuni.

Prognosticul boalei este favorabil. În general turburările dispar repede, dar în unele cazuri pot persista.

Nevroza traumatică propriu zisă.

Nevroza traumatică, după *Thoinot, Forgue și Jeanbrau* este o combinație a simptomelor de histerie și neurastenie.

Vibert spune, că până când în etiologia histeriei traumatice și neurasteniei traumatice, emoțiunea, predispozițiunea nevropatică, sugestiunea și preocupățiunea procedurală joacă un rol principal și traumatismul este secundar, până atunci în etiologia nevrozei traumatice propriu zise, emoțiunea are rol secundar și cauza principală este traumatismul direct sau indirect asupra sistemului nervos, demonstrând astfel, că sunt cazuri când bolnavii nu sunt expuși unei emoțiuni, fiindcă au pierdut conștiința și catastrofele, cari au provocat emoțiuni puternice, nu sunt urmate de nevroza traumatică.

Scagliozi a demonstrat, că leziunile sunt vasculare, nervoase și interstițiale. Ele consistă în rupturi capilare protoplasmatică, cilindricale și compresii celulare din cauza sângelui extravazat. Aceste leziuni de origine mecanică, primitivă, se repară, determinând leziuni secundare de reacționare.

După *Roux*, aceste leziuni de reacționare sunt datorite ischemiei sau unei vasoconstricții reflexe, sau turburărilor în circulația limfatică.

În general se grupează sub denumirea de nevroză traumatică, cazurile ale căror caracteristice principale sunt următoarele: Survin după un traumatism violent asupra corpului. Apar mai frecvent la indivizii cari prezintă predispozițiuni nevropatice foarte exprimate. Pot apare la indivizii, cari sunt efilici, arterioscleroși sau sunt în vârstă înaintată. Spaima are rolul principal, după care vin ceilalți factori etiologici.

Debutul este imediat, precoce sau tardiv.

Fenomenul foarte frecvent este durerea, mai ales la locul traumatizat și care adeseori este însoțită de amețeli. Amețelile se accentuează, când bolnavul se apleacă sau se ridică. Cefaleea și rachialgia sunt agravate de orice mică oboseală, efort, de alcool și cedează foarte greu la medicamente.

Ceeace domină tabloul clinic al nevrozei traumatice propriu zise, este slăbirea funcțiunilor psihice. Bolnavul este trist, abătut, incapabil de orice mic efort. Memoria, atențiunea, voința, sunt întotdeauna mult scăzute. După *Vibert*, este caracteristic pentru nevroza traumatică, memoria lacunară. Bolnavul devine monoton, egoist, îl interesează numai atmosfera lui hipocondriacă, se ocupă nu-

mai cu traumatismul de care suferă, cu soarta lui, plânge cu ușurință, este neliniștit. Vertijul vine, uneori, fără cauze apreciabile, mai ales noaptea, sub forme de crize. Uneori, crizele sunt provocate de oboseală fizică sau psihică. În criză bolnavul acuză exagerarea cefaleei, apoi este cuprins de o senzație de angoare, de anxietate și de o stare generală gravă. Pulsul devine slab, inegal neregulat. Rareori, această criză duce la pierderea completă a cunoștinței. Durata crizei variază de la câteva secunde, până la câteva ore. În criză bolnavul prezintă, uneori, mișcări tonico-clonice. Turburările de sensibilitate sunt frecvente și cu caracter histeric, deci neregulate ca distribuție, sunt variabile după zi și nu sunt dispuse pe traectul nervilor. Predomină anestezia.

Găsim astereoznozie; pierderea simțului de atitudine, de localizare și de discriminațiune. Găsim astenopie acomodativă, rareori, anizocorie.

Se prezintă turburări motrice. Mersul bolnavului este titubant, spasmodic, cu mișcări sacadate, uneori, în cazuri grave este asemănător cu mersul unui paralytic. Este abazie, disbazie, astazie, stazo-bazofobie. Găsim turburări în vorbire. Paralyzia interesează mai ales extremitățile. Ele apar de obicei în urma unei răniri superficiale, neînsemnate. Mâna și piciorul iau atitudini diferite, fixe și invariabile, dar oricare ar fi atitudinea, este caracteristic, că contracțiunile sunt neraționale și paradoxale. Pozițiunile vicioase conduc cu timpul la retracțiuni și la artropathii cu imobilizare completă. Sunt turburările vazomotrice, edem, cianoză, transpirațiunea foarte abundentă. Hipotermie sau hipertermie locală. Reflexele sunt exagerate, diminuate, sau abolite. Se observă destul de frecvent, tachicardie, cu sau fără angoare precordială. După *Vibert*, tachicardie este un simptom constant. Bolnavul nu știe de această tachicardie, care nu produce nici o turburare funcțională.

Anatomia patologică nu ne arată până acum, leziuni constante, clare, cu legături de la cauză la efect.

La diagnoză, cercetăm starea bolnavilor înainte de traumatism, simptomele organice, cari nu pot fi simulate. Trebuie să vedem totdeauna, dacă nu e o exagerare sau o simulațiune. Putem face cercetări experimentale cu ergografie sau aparate de psihologie.

Prognoza în cazurile ușoare, este benignă, de multe ori, însă, vindecarea se face greu și târziu. Se vindecă foarte greu starea psihică a bolnavului, care contribuie la persistența simptomelor.

Din punct de vedere medico-legal, în fața unei turburări funcționale, ne pronunțăm numai cu probabilitate. În

materie de rentă, trebuie stabilit dacă este o incapacitate temporară sau permanentă. De obicei, se consideră, de majoritatea legislațiilor de muncă, ca permanente. Important este să se lichideze cât mai curând și dacă se poate, în mod definitiv, indemnizațiunea pecuniară. Despăgubirea definitivă este cea mai bună. Unii autori împart nevroza traumatică în nevroză traumatică gravă, ușoară și mijlocie, în baza cărora se distribuie și renta. Indivizii cu nevroze traumatice, sunt incapabili pentru serviciul de front.

Tratamentul constă în tonificarea, calmarea sistemului nervos. La paralizii, constă în mișcări progresive active și pasive, electroterapie, băi calde, aer cald și masaje. Dă rezultate bune sugestiunea verbală directă sau indirectă, prin medicamente. Rar se obțin rezultate, prin torpilaj. Psihoanaliza dă rezultate bune, mai ales la obesiuni.

Sinistroza.

Legislația asigurărilor sociale a creat o boală, pe care *Brissaud* a numit-o sinistroză.

Sub termenul de sinistroză se înțeleg, turburările nevropatice ale unui accidentat asigurat. Această stare psihopatică specială constă, dintr-o idee fixă de a obține o indemnizație. Pentru această, exagerează orice suferință, ca dureri de cap, insomnii, vertijee, tremurături și crize epileptiforme. Pe bolnav nu-l interesează nimic. Este iritabil. Are un singur scop, acela de a primi o indemnizație cât mai mare. Bolnavul execută foarte bine acele mișcări, cari nu sunt în raport cu meseria lui, dar este incapabil să-și continue îndeletnicirile sale.

Această stare este întreținută, uneori, de familie și de medic, din cauză, că simptomele sunt acceptate de aceștia. Procentul cel mai mare de sinistrați se găsește la lucrători.

La indivizii tineri și cari nu sunt psihopatici, sinistroza se vindecă cu timpul și spontan. La oameni în vârstă, vindecarea este foarte grea.

După majoritatea autorilor, sinistroza este o boală care nu trebuie să fie compensată, fiindcă compensațiile sporec, numai cazurile.

Diagnosticul îl facem cu excluderea simulațiunei, exagerării conștiente, voluntare a simptomelor. Excludem leziunile organice ale sistemului nervos, histeria și neurastenia.

Medicina legală a nevrozelor traumatice.

Bolnavii asigurați, cu nevroze traumatice sunt examinați și din punctul de vedere al capacității lor de muncă. Dacă suntem chemați ca experți, față de nevrozele traumatice ne pronunțăm, întotdeauna, cu probabilitate, fiindcă ele se vindecă, uneori, ușor, alteori după un timp îndelungat. Când diagnosticul este confirmat, nevrozele traumatice trebuie să fie considerate după majoritate legislațiunilor de asigurări sociale, ca o boală, care produce incapacitate de muncă permanentă. După formele legale, însă, bolnavii întotdeauna sunt supuși revizuirii și controlului, pentru că se întâmplă ca ei să se vindece și atunci, după procentul de vindecare, scade și procentul de incapacitate de muncă. În cazuri de revindecare, cea mai recomandabilă este o despăgubire definitivă. Renta în formă de rată, contribuie la întreținerea stării psihopatice a bolnavului. Starea bolnavului trebuie să fie lichidată cât mai curând, deoarece, se întâmplă, ca după obținerea indemnizației, bolnavul să se vindece.

Indemnizația, trebuie să fie acordată după gradul de boală. La o boală ușoară, bolnavul primește o despăgubire mică, iar la cazuri grave, o despăgubire mai mare.

La determinarea gradului de boală, există diferite metode, de ex.: dacă împărțim nevrozele traumatice după autori, în trei grupe, ca: forme ușoare, mijlocii și grave, atunci, la formele ușoare, dacă prezintă 110 pulsațiuni cardiace, cari sporesc cu 20 de pulsațiuni, după o ridicare sau coborâre, atunci acestora, li se calculează incapacitatea de muncă de 25—30 %.

La formele mijlocii, cu paralizii, contracturi funcționale, în prima jumătate de an se dă 100%, apoi se scade cu jumătate, la fiecare jumătate de an.

Formele grave cu mai mult de 110 pulsațiuni cardiace și cu o sporire de 40 pulsațiuni, se dă rentă de 100%.

După *Forgue-Jeanbrau*, în prezența unui accident histeric, (paralizii, contracturi, artropatie), incapacitatea de muncă se evaluează la maximum 10%. După obținerea indemnizației, bolnavul, de obicei, se vindecă. La neurastenia traumatică, vindecările, după obținerea indemnizației, sunt mai puțin numeroase. Incapacitatea de muncă se evaluează la maximum 15—30%. În trei ani delă obținerea indemnizației, aceasta se suprimă sau se reduce.

La nevroza traumatică propriu zisă, după *Vibert* și *Roux*, soluționarea procesului nu are influență asupra vindecării. Starea bolnavului devine staționară, iar uneori, chiar se agravează. Bolnavul care este afins de nevroză

traumatică propriu zisă trebuie considerat, ca incapabil permanent pentru muncă și incapacitatea lui de muncă se evaluează la 70—90%.

Sinistroza trebuie să fie considerată, ca o incapacitate de muncă permanentă însă, cei mai mulți autori, sunt de părere că sinistrozele nu trebuie compensate, despăgubirile nefăcând decât să contribuie la sporirea cazurilor. După *Brissaud*, această afecțiune nu rezultă din accident, ci din opinia eronată a bolnavului, că trebuie să obțină o indemnizație. Bolnavul nu are drept la rentă.

Când vedem că bolnavul este capabil să lucreze, recomandăm să-și schimbe meseria sau să ceară dela patron o activitate mai ușoară, în specialitatea sa.

Exagerarea și simularea le depistăm cu diferite trucuri și metode. Putem face cercetări experimentale cu ergografie sau aparate de psihologie. După autorii germani, simularea se găsește în 2% și se observă la persoanele din oricare categorie socială.

Descrierea cazurilor observate în serviciul clinice psihiatrice din Cluj, dela 1920 până la 1933.

1. N. S. de 43 ani, căsătorit, lăcătuș la C. F. R. Cluj. Intrat 9 Sept. 1932, eșit 14 Septembrie 1932.

Istoricul boalei: Boala datează de 2 ani, în urma unei traume fizice: i-a căzut o bară de fier pe cap. Simptomele: cefalee, amețeli, cade jos, își pierde cunoștința 3-5 minute, dureri precordiale. Uneori i se face rău și atunci își lovește camarazii în timpul lucrului. La examenul psihic și fizic, nu prezintă turburări patologice.

2. K. G. de 34 ani, necăsătorit, inginer, Arad. Intrat 23 Aug. 1931, eșit la 28 Aug. 1931, ameliorat.

A suferit în pojar, oreion, difterie. Până la 1922, a băut 3 Kg. vin și 500 gr. rachiu pe zi.

Istoricul boalei: Boala datează de 4 săptămâni, după un șoc emotiv. (Bolnavul a fost deținut și condamnat la 5 luni închisoare.) Simptomele: insomnie, subfebrilitate, tachicardie, dureri în articulația scapulo-umerală, amețeli, pierde cunoștința și cade jos, fără să prezinte contracțiuni fonico-clonice, a slăbit mult, inapetent, are senzații de tremurături la stomac, iritabil și sensibil. La examenul fizic și psihic s'a găsit normal.

3. F. I. de 37 ani, căsătorit, funcționar, Cluj. Intrat 16 Mai 1931, eșit la 13 Iunie 1931, ameliorat.

Ca copil, a fost intoxicat cu sodă caustică. Din cauza

unui accident, (i a căzut un obiect pe cap), a suferit de cefalee dela 3 până la 6 ani. In războiu, a fost rănit în patru locuri. Fumător moderat.

Istoricul boalei: Boala datează din războiul mondial, provocată de o traumă fizică și s'a agravat de un an. Are cefalee, dureri precordiale, amețeli, de multe ori i se pare că este în războiu. Atunci este agitat anxios. La examenul fizic, e normal. La examenul psihic bolnavul prezintă o stare depresivă, se ocupă cu ideea eventualei sinucideri.

4. O. A. de 43 ani, căsătorit, controlor la C. F. R. Oradea. Intrat la 24 Mai 1929, eșit la 17 Iulie 1929, nevindecat.

A suferit de febră tifoidă, colecistită, icter. Pentru acestea, a fost operat. A avut un accident de tren, când s'a lovit la cap, torace, abdomen și după o lună, i-a încărunțit părul capului.

Boala actuală datează dela un accident de tren, când s'a speriat (șoc emotiv). Are cefalee continuă, dureri în epigastru, rachialgie și are dureri dealungul piciorului stâng, tremurături în mâini și spermatooree. La examenul fizic, membrul inferior stâng nu prezintă sensibilitatea tactilă, termică, dureroasă, articulară. Musculatura membrului inferior stâng ușor atrofiată, merge cu baston. Nu prezintă paralizie. Are tuberculoză pulmonară. La examenul psihic: este iritabil, fricos și anxios.

5. F. I. de 33 ani, căsătorită, casnică, Bacău. Intrat la 27 Martie 1928 eșit la 7 Aprilie 1928, vindecată.

A avut două avorturi spontane și 5 nașteri la termen.

Boala actuală datează de nouă luni. S'a speriat văzând focul unei fabrici (șoc emotiv). Simptomele: neliniște, tremurături în tot corpul, insomnie, visuri terifiante, dacă doarme. Dureri precordiale, epigastrice și de cap. Fizic și psihic, nu prezintă turburări.

6. M. C. de 44 ani, căsătorit, mecanic, Cluj. Intrat la 23 Dec. 1927, eșit la 24 Martie 1928.

Boala datează din 1920, de pe urma unui accident de tren, când a fost grav contuzionat (traumă fizică). Simptomele: uneori are senzații de moarte, tremurături, cefalee, inapetență și transpirațiuni. Fizic; nu prezintă simptome patologice. Psihic: este anxios, iritabil, are o stare de neliniște.

7. S. A. de 34 ani, căsătorită, casnică, Cluj. Intrat la 27 Febr. 1927, eșit la 22 Aprilie 1927, ameliorată.

Bunica sa a murit ca alienată. A suferit de scarlatină. Are un copil sănătos, și unul epileptic. A avut două avorturi spontane.

Boala actuală datează dela 1 Octomvrie 1926, în

urma unei injecții (traumă fizică). S'a accentuat după moartea tatălui. Are dureri de cap, rachialgie, plângeră me-reu, nu doarme, nu mănâncă. Orice act, pentru ea e dureros. Se simte nenorocită. Psihic, e deprasivă, are idei hipochondriace. Fizic, e normală.

8. C. C. de 33 ani, căsătorit, inginer, Turda. A intrat la 8 Dec, 1926, eșit la 22 Dec, 1926, ameliorat.

Boala actuală datează din 1917. În războiu a fost îngropat de o grenadă, (traumă fizică). Are dureri de cap, intense, tremurături în umărul stâng. Psihic, iritabil. Fizic, e normal.

9. V. M. de 24 ani, necăsătorită, casnică, Cluj. Intrat la 14 Febr. 1926 eșit la 16 Martie 1926. A doua oră, intrat la 5 Mai 1926, eșit la 15 Iulie 1926.

Boala datează de 3 luni în urma unei căderi în pivriță. (traumă fizică.) De atunci simte dureri în tot corpul. Spune că i s'au distrus toți nervii. Fizic: are hernie ombilicală din cauza căderii. Psihic: este apatică.

10. V. A. de 36 ani, plugar, căsătorit, Sechi. Intrat la 8 Aug 1921, eșit la 15 Aug. 1921.

Boala actuală datează de trei săptămâni. A fost împuns de o vacă în ochiul stâng. (Traumă fizică.) Vre-o săptămână, a avut dureri de cap. De atunci are amnezie. Fizic: pleopa superioară este inflamată. Psihic, prezintă alexie.

11. W. F. de 19 ani, necăsătorit, pantofar, Tg. Mureș. Intrat la 19 Iulie 1921, a eșit la 7 Noembrie 1921, ameliorat.

În anul 1918 a suferit de gripă.

Boala actuală datează din anul 1917, când maestrul lui l'a bătut cu un fier la spate, (traumă fizică.) De atunci a constatat, că vorbește mai greu. Prezintă bătăială. Fizic, prezintă anizocoria. Psihic, normal.

12. D. S. de 35 ani, căsătorită, casnică, Cluj. Intrat la 25 Aug. 1922. Eșit la 3 Oct. 1922, vindecată.

A avut un avort, spontan.

Boala actuală datează de două săptămâni. A fost bătută la cap (traumă fizică.) De atunci e agitată, nu doarme, are tremurături la cap, are crize de nervi. Fizic, nu prezintă turburări. Psihic, este agitată, anxioasă, fricoasă, Memoria scăzută.

13. B. I. de 35 ani necăsătorit, pietrar, Sângiorgiul de Mureș. Intrat la 22 Febr. 1922, eșit la 4 Mai 1922, ameliorat.

A avut blenoragie, malarie, hemoptizie.

Boala actuală datează din 1918, când, fiind în războiu, s'a speriat de o granadă, (șoc emotiv.) Are dureri în spate,

amețeli, parestezie în membrele inferioare. Tremărituri în piciorul drept și în buze. Fizic: are Tbc. pulmonară. Sensibilitatea la piciorul drept diminuată.

14. P. N. de 21 ani căsătorit, acar, Baia de Arieș. Intrat la 30 Mai 1935, eșit la 29 Iun. 1935, ameliorat.

În 1925 a suferit un accident de tren, când a fost confuzionat la torace.

Boala actuală datează de 10 ani în urma accidentului de tren, când a suferit o traumă fizică. Bolnavul are tremurături, dureri de cap, astenie. Psihic, este anxios. Fizic normal.

15. Z. I. de 44 ani, căsătorit, frânar, Teregova. Intrat la 26 Iulie 1937, eșit la 26 August 1937, vindecat.

Boala actuală datează din anul 1929. În sărbătorile de paști a căzut și s'a lovit la cap, (traumă fizică). Bolnavul are cefalee, e iritabil, se ceartă mereu cu nevasta și uită. Fizic, prezintă anizocoria. Psihic, memoria scăzută.

16. P. T. de 37 ani, căsătorit, casnică. Cluj. Intrat în clinică la 19 Mai 1937, eșit la 25 Mai 1937, nevindecată.

A suferit de variolă. De trei săptămâni, are metroragie. Gravidă nu a fost.

Boala actuală: bolnava s'a răsturnat cu autobusul. S'a lovit la cap, la abdomen și regiunea lombo-sacrală, (traumă fizică). Starea generală este foarte rea, are cefalee, dureri precardiace, tremurături, amețeli, îi sună urechea dreaptă, se trezește din somn și are visuri terifiante. Nu vede bine cu ochiul drept, are senzații de hipotermie la extremități. Fizic, are mefrită, tumoare înapoia uterului, sinuzită maxilară dreaptă. Psihic, este anxioasă, fricoasă.

17. L. S. de 54 ani, căsătorit, conductor la C. F. R. Sibiu. Intrat la 21 Aug. 1935, eșit la 31 Aug. 1935, nevindecat.

Boala datează din 27 Febr. 1935. Bolnavul a fost tamponat între două vagoane, (traumă fizică) și a fost rănit la torace. De atunci simte o tremură în abdomen și a devenit afon. Când vorbește, are o senzație de sufocare. Prezintă paralizia funcțională a corzilor vocale.

18. C. Gh. de 47 ani, căsătorit, frânar la C. F. R. Galda de Jos. Intrat la 29 Noembrie 1933, eșit la 17 Dec. Dec. 1932, vindecat.

Fumător moderat, uzează alcool 2—3 dl. rachiu pe zi. Are uneori, contracturi dureroase pe extremitățile superioare și inferioare stângi.

Boala actuală datează de două luni. A avut o contractură musculară, când făcea legătura între două vagoane și s'a speriat. Era să fie tamponat, (șoc emotiv). Fizic, mersul este spastico-peratic cu caracter funcțional. Bolnavul are tremurături, hipoestezie pe partea stângă a corpului

19. S. I. de 48 ani, căsătorit, pantofar, Cluj. Intrat

la 19 Mai 1934, eșit la 6 Aug. 1934, vindecat.

În timpul războiului a suferit de reumatism. A fost acoperit de o explozie de obuz.

Boala actuală datează din războiu, când a fost acoperit și rănit de o grenadă, (traumă fizică). Are tremurături în cap și mâini. Dureri în gambe și în articulații.

20. C. L. de 29 ani, căsătorită, casnică, Cluj. Intrat la 20 Ian. 1933, eșit la 8 Febr. 1933.

A suferit de pojar, tuse convulsivă, a avut 5 avorturi provocate. a leșinat de două ori, are un copil sănătos.

Boala actuală datează de două săptămâni, în urma primului avort provocat, (traumă fizică). Atunci a avut primul acces de nervi, care s'a repetat de mai multe ori, până în ultimul timp. Fizic: e anemică. Psihic: iritabilă, sensibilă, fricoasă.

21. S. I. de 43 ani, căsătorit, cazangiu la C. F. R. Cluj. A cincea oră a intrat în clinică la 26 Ian. 1937, a eșit la 23 Febr. 1937, nevindecat.

Antecedente personale: i-a căzut pe cap o bară de fier de 30 Kgr. De atunci este iritabil, are cefalee și i-a slăbit piciorul drept.

Boala actuală: Bolnavul spune, că odată i-au căzut niște lame de fier pe piciorul stâng, (traumă fizică). De atunci el schiopătează cu membrul stâng, forța musculară scăzută. Auzul este scăzut în partea stângă. Nu are poftă de mâncare. Prezintă dureri în membrele inferioare. Mersul este hemiparetic cu caracter funcțional.

22 D. I. de 38 ani, căsătorit, lăcătuș. Satu Mare. Intrat la 20 Ian. 1934, a eșit la 7 August 1934, ameliorat.

A suferit de pojar, șancru moale. Fumător.

Boala actuală datează de o jumătate de an. Atunci s'a speriat, văzând o ciocnire de tren, (șoc emotiv). Are palpitațiuni, dureri cardiace. Uneori își pierde cunoștința și cade jos. Este iritabil. Are tremurături în mâini. Inapetent.

23. B. F. de 52 ani, căsătorit, fochist la C. F. R. Teiuș. Intrat la 5 Martie 1934, eșit la 6 Martie 1934, nevindecat.

La etatea de 41 ani, suferă o contuziune după un accident.

Boala actuală datează dela 4 Dec. 1933, când a căzut și s'a lovit la buza inferioară, (traumă fizică). De atunci prezintă hipoacuzie.

24. L. V. de 32 ani, căsătorit, lucrător, Valea Vișeuului. Intrat la 19 Febr. 1934 eșit la 21 Febr. 1934, nevindecat.

Mama sa suferă, periodic, de boală mintală și bunicul (dinspre mamă), a fost internat în Spitalul din Sighet,

cu psihoză periodică.

Instoric: în luna Mai 1933, a fost lovit de tren. A încercat sinuciderea, (traumă fizică). De atunci, are dureri de cap, accese de plâns cu palpitațiuni. Psihic, foarte trist și deprimat. Fizic, e normal.

25. G. S. de 51 ani, divorțată, casnică, Cluj. Intrat la 20 Febr. 1934, eșit la 19 Apr. 1934, ameliorată.

Bunica bolnavei a suferit de boală mintală. Ea a suferit de neurastenii, în 1911 și 1912.

Boala actuală datează din toamna anului 1933. S'a surmenat îngrijindu-și părinții, cari erau bolnavi și au murit, (traumă fizică). De atunci nu doarme, nu vrea alimente. Este preocupată cu ideile hipocondriace. Psihic, bolnava este foarte anxioasă, cu multe preocupări hipocondriace.

26. P. M. de 21 ani, căsătorită casnică, Bucium, (Jud. Bihor). Intrat la 10 Oct. 1935, eșit la 17 Oct. 1935, ameliorată.

Boala actuală datează de patru luni. Bolnava a vrut să fure niște fier. Fiind surprinsă, s'a speriat, (șoc emotiv). De atunci nu doarme și dacă doarme are visuri terifiante, e cuprinsă de frică. Psihic; neliniștită, anxioasă, îngrijorată de stare ei. Fizic, normală.

27. S. P. de 35 ani, căsătorit, conductor la C. F. R. Cluj. Intrat la 28 Ian. 1935, eșit la 5 Iun. 1935, ameliorat.

Boala actuală: la 21 Mai 1934 a avut a ciocnire de tren și s'a lovit la cap, (traumă fizică). De atunci este anxios, nu doarme noaptea și dacă doarme se trezește des. Are visuri terifiante. Prezintă palpitațiuni, dureri cardiace, tremurături și transpirațiuni. A slăbit 10 kgr. Are cefalee, amețeli, pierde cunoștința și cade jos și are rachialgie.

28. B. M. de 26 ani, căsătorită, lucrătoare, Cluj. Intrat la 24 Mai 1935 eșit la 28 Iunie 1935, ameliorată.

Boala datează din luna Dec. 1934, când s'a lovit la cap de o mașină, în fabrică, (traumă fizică). De atunci are dureri de cap, de piept și de picioare, cari variază în intensitate. Fizic, prezintă stomatită aftoasă și iritațiunea apendiculară. Psihic: bolnava este preocupată de dureri multiple.

29. T. Gh. de 44 ani, căsătorit, electrician, Cluj. Intrat la 9 Mai 1935, eșit la 15 Iunie 1935, ameliorat.

A suferit de pneumonie. Este fumător.

Boala actuală datează dela 20 Aprilie 1935, când a fost electrocutat, (traumă fizică.) De atunci are cefalee, amețeli, tremurături în mâini și furnicăături. Palpitațiuni cardiace, rachialgie, vâjâituri de urechi. Fizic: varicozități intense la ambele membre inferioare, hernie inguinală, insuficiență aortică, bronchită cronică. Psihic, normal.

30. V. P. de 37 ani, căsătorit, casier la C. F. R. Deva. Intrat la 2 Aug. 1937, eșit la 25 Aug. 1937, ameliorat.

A suferit de pojar, de șincru, blenoragie, apendicită, hemoroizi, pleurită stângă. Fumător.

Boala actuală datează din 1928. Făcând o manevră greșită, cineva l-a speriat că s'a întâmplat un accident, (șoc emotiv.) De atunci este iritabil și se ceartă ușor cu oricine.

31. B. A. de 53 ani, văduvă, casnică Vințul de Jos. Intrat la 1 Dec. 1936, eșit la 9 Dec. 1936, ameliorată.

Boala actuală datează de 10 ani, când soțul ei a murit într'un accident de tren, (șoc emotiv). De atunci nu doarme mai mult de 2—3 ore pe noapte, simte o slăbiciune generală, nu poate lucra și se sperie foarte ușor. Fizic: umărul stâng prezintă un lipom. Psihic: anxioasă, neliniștită.

32. R. G. de 22 ani, căsătorită, casnică Dej. Intrat la 20. Mai 1935, eșit la 18 Iunie 1935 vindecată.

Istoricul boalei: bolnava, în luna Ianuarie 1935 s'a speriat, (șoc emotiv). A fost atacată, noaptea, de bețivi, fiind cărciumăreasă. De atunci este anxioasă, nu doarme, nu mănâncă, tremură și are idei hipochondrice. Psihic: prezintă negativism, anxietate, iritabilitate.

33. S. P. de 38 ani, căsătorit, lucrător. Satu Mare. Intrat la 28 Noembrie 1936, eșit la 2 Dec. 1936, ameliorat.

A suferit de pleurezie uscată, blenoragie.

Bolnavul asistând la un accident, s'a speriat (1927). (Șoc emotiv). De atunci a devenit nervos, se sperie la orice sgomot și când este nervos nu poate lucra.

34. M. M. de 44 ani, căsătorită, casnică, Odoreu—Satu Mare. Intrat la 3 Sept. 1937, eșit la 16 Oct. 1937, ameliorată.

A fost operată de cholelitiază.

Înainte cu o lună a căzut dela o înălțime de vre-o 3—4 m, (traumă fizică). Ee atunci, de două ori a amețit și a căzut jos, pierzându-și cunoștința. Nu și-a mușcat limba, nu a făcut spume la gură și nu a avut emisie voluntară de urină.

35. M. Gh. de 41 ani, căsătorit, șef de manevră la C. F. R. Cluj. Intrat la 14 Iulie 1937, eșit la 6 Aug. 1937, vindecat.

În familia sa a fost un alienat. El a suferit de febră tifoidă, a avut o afecțiune șancroasă. Fumează 40—50 țigarete pe zi.

Bolnavul a evitat o ciocnire de tren. În acel moment a avut o emoție puternică, (șoc emotiv). De atunci simte o slăbiciune generală, are dureri la toate încheeturile

membrelor, așa că nu poate face serviciu.

36. P. P. de 54 ani, căsătorit, muncitor, Păltiniș. Intrat la 24 Martie 1937, eșit la 5 Apr. 1937, ameliorat.

A suferit de blenoragie, de tifos exantematic, a fost rănit în războiu. De atunci are vâjaituri în urechi și este fricos. Este alcoolic.

Istoric : Bolnavul a căzut și a fost rănit la cap, (traumă fizică). De atunci are tremurături, amețeli, turburări de vedere, dureri în membrele inferioare, slăbirea generală, vorbirea îngreunată, memoria scăzută. Fizic : are tabes. Psihic : se constată o stare depresivă și apatie.

37. S. P. de 34 ani, divorțat, conductor de tren, Tg. Mureș. Intrat la 1 Febr. 1937, eșit la 5 Febr. 1937, nevindecat.

A suferit de blenoragie, fumător.

Istoricul : bolnavul, înainte cu trei luni, s'a speriat, asistând la un accident de tren (șoc emotiv). De atunci are o slăbiciune generală, amețeli, cefalee cu caracter intermitent. Fizic : R. W. = pozitivă. Pupilele ușor inegale, reflexul fotomotric se produce leneș.

Cazurile observate, ca formă și număr.

Cazurile observate la Clinica Psihiatrică din Cluj, în număr de 37, se împart după cum urmează :

- 10 cazuri de histerie traumatică.
- 4 " de nevroză de războiu.
- 2 " de nevroză traumatică propriu zisă.
- 17 " de neurastenii traumatică.
- 4 " de nevroză emotivă.



CONCLUZIONI

1. Nevrezele traumatice sunt afecțiuni nervoase funcționale, cari survin după un traumatism psihic sau fizic.

2. În etiologia lor, rolul capital îl are emoțiunea. Traumatismele sunt agenții provocatori ai spaimei. Ereditatea sau constituția emotivă se constată într'un procent de cazuri. Uneori, dorința de a primi despăgubiri și rentă de invaliditate, contribuie la prelungirea sau imobilizarea lor.

3. Debutul apare imediat după traumatism. De multe ori, însă, apare după o oarecare trecere de timp, de câteva zile, săptămâni, sau chiar luni. (Fază de meditație.)

4. Simptomele sunt histerice, neurastenice, și histero-neurastenice; fenomene vegetative accentuate.

5. Principalele forme ce le putem deosebi sunt : histeria traumatică, nevroza de războiu, neurastenia traumatică, nevroza emotivă, nevroza traumatică propriu zisă și sinistroza.

6. Nevrozele traumatice, ca afecțiuni nervoase funcționale, nu au substrat anatomo-patologic.

7. Simularea și agravarea boalei, sunt frecvente.

8. Prognosticul ad vitam, e favorabil. Adeseori, însă, vindecarea este dificilă.

9. Nevrozele traumatice sunt afecțiuni nervoase funcționale, cari după majoritatea legislațiilor de asigurări sociale, produc incapacitate de muncă permanentă. Aceasta, însă, este declarată, sub rezerva unui control la termene legale. În caz de revendicare, despăgubirea definitivă este cea mai bună. Sinistroza, după autori, nu trebuie să fie compensată. Uneori, este recomandabil ca bolnavii să-și schimbe meseria.

Văzut și bun de imprimat :

Președintele tezei :

ss. Prof. Dr. I. C. Urechia

Decanul Facultății

ss Prof Dr. D. Michail



BIBLIOGRAFIA

- Asigos*: Surmenajul modern și nenrastenia. Biblioteca Minervei No. 210 București.
- Bauer Ioachim*: Hysterische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Berlin 1916.
- Baumgarten A.*: Naurasthenie. VI. Auflage Wörishofen.
- Breuer I.*: Studien über Hysterie. Wien 1909.
- Brăescu A. N.*: Turburări vazomotoare de origine histerică. Iași 1899.
- Brissaud*: Traité de médecine. Paris 1906.
- Becker W.*: Über traumatische Neurosen. Halle 1912.
- Charcot*: Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1880.
- Hartenberg P.*: L'hysterie et les hysteriques, Paris 1910.
- Forgue E — Jeanbrau E.*: Guide du Médecin dans les accidents du travail. Paris 1914.
- Gyepesy Gh.*: Traumatismele craniene. Cluj 1935.
- Jendrassik E.*: A neurasteniáról. Budapest 1908.
A háborús neurosisről. Budapest 1916.
- Kräepelin E.*: Psychiatrie. Leipzig 1909.
- Lessing O.*: Die Hysterie. Berlin 1920.
- Moravcsik E.*: Elmekór és gyógytan. Budapest 1922.
- Pitres*: Archives de Neurologie. Paris 1907.
- Roux I.*: Les nevroses posttraumatiques. Paris 1913.
- Szabó, Nyirő*: Elmekórtan. Szeged 1926.
- Schultze*: Beitrag zur Lehre der psychischen und nervösen Erkrankungen.
- Thoinot*: Nouveaux traité de médecine et thérapeutique. Paris 1900.
- Urechia*: Tratat de patologie neuro-mintală. Cluj 1926.
- Viber Ch.*: Précis médecine légale. Paris 1896.
- Vinchoa I.*: Les Névroses. Paris 1936.
- Windscheid Fr.*: Innere Erkrankungen mit besond. Berücksichtigung die Unfallnervenkrankheiten. Jena 1903.