

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

Nr. 1356

TRATAMENTUL FIZIOTERAPEUTIC
AL
NEURASTENIEI



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22 DECEMBRIE 1938

DE
SZARVAS ADALBERT

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

Nr. 1356

TRATAMENTUL FIZIOTERAPEUTIC
AL
NEURASTENIEI

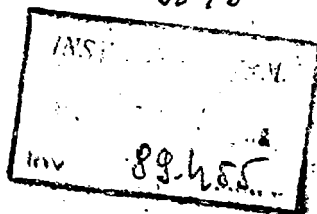


PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22 DECEMBRIE 1938

DE
SZARVAS ADALBERT

9749

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesorii:

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Pătologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală	" " POP A.
Medicina operatorie	" " POPOVICIU GH..
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " SECĂREANU ȘT.
Chimia medicală	Prof.. " STURZA M.
Balneologia	" " TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" " ȚEPOSU E.
Clinica urologică	" " URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" " VASILIU T.
Anatomia patologică	" " RĂCOVI A E.
Biologia generală	" " SECĂPEANU T.
Chimia	Conf. BĂRBULESCU N.
Fizica medicală	

JURIUL DE PROMOȚIE:

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. M. STURZA

MEMBRII: { " " GH. POPOVICIU
 " " I. MINEA
 " " V. BOLOGA
 " " GR. BENETATO

SUPLEANT „ Doc. GAVRILĂ

INTRODUCERE

Neurastenia, termen creat de *Beard* în anul 1868 spre a izola într'un sindrom fenomenele descrise înainte cu numele de epuizare nervoasă, este un cuvânt de care s'a abuzat mult atât de medici cât și de laici. Izolată dintre psihoneuroze, ea a rămas un sindrom neprecis și neclar, în jurul căruia s'au ridicat multe controverse care, excepând legea generală, în acest caz n'au contribuit și la progresarea tratamentului lui. Unii vedeau în fiecare pacient, și chiar cunoscut, un neurastenic și, impresionați numai de universalitatea răspândirii acestui sindrom, căutau să descrie și să îmmulțescă simptomele de neurastenie, preocupându-se de bolnav numai ca material de studiu și nu ca de persoană care necesită și așteaptă ajutor medical. Alții, prin negarea acestui sindrom ca izolabil, sau prin desconsiderarea gravității simptomelor de neurastenie, nu vedeau justificarea instituirii unui tratament, mai ales că neurastenicul reclamă multă oboseală, atenție, răbdare și simț iar eficacitatea tratamentului nu se poate prevedea aproape niciodată.

Aceste fapte au contribuit la oarecare desorientare care domnește și azi încă asupra concepțiunii despre neurastenie: în consecință conduita medicală recomandată variază după autor, ba chiar mai mult, în majoritatea cazurilor rămâne la discreția culturii — uneori a fanteziei — fiecărui medic.

Ca o urmare firească a celor amintite, s'au încercat multe feluri de tratamente medicamentoase, endocrinene, psicoanalitice, fizicale, care toate pot avea efecte bune, dar din motivele arătate, nici-unul nu și-a putut câștiga o autoritate terapeutică preponderantă.

În cele ce urmează voi căuta, conform subiectului ales, să redau unele noțiuni despre tratamentul neurasteniei prin agenții fizici, cari atacă boala mai aproape de origine și au efectele cele mai durabile, după cum voi căuta să demonstrez în cursul expunerii mele.

Planul de expunere va fi următorul:

1. Istoricul tratamentului fizical cu considerare asupra neurasteniei.

2. Definițiunea, etiologia, simptomatologia și diagnosticul neurasteniei.

3. Motivarea eficacității tratamentului fizical pe baza etiologiei.

4. Rolul și importanța componentei psihoterapeutice.

5. Tehnica procedurilor.

Trebuie să remarc că asupra punctului 1. voi insista numai cât este necesar pentru concordarea cu cele ce urmează și că mă voi feri, întrucât e posibil, să subdivid acest punct spre a păstra unitatea care, nepăstrată aci, duce chiar prin natura subiectului, incompatibil cu schematizarea și clasificările la fragmentare, artificializare sau chiar denaturare. Voi insista puțin asupra punctului 2. iar la punctul 5. mă voi extinde mai mult asupra procedurilor hidroterapeutice, ca fiind ele cele mai la îndemână iar aplicațiunea lor având o răspândire universală.



Istoricul scurt al fizioterapiei.

Fizioterapia este desigur cea mai veche ramură a medicinei. Utilizată — cel puțin câțiva dintre agenții fizici — instinctiv de omul preistoric, ea trece printr'o fază de cult religios, apoi se aplică empiric, pe urmă ceva mai rațional, iar în zilele noastre ea se individualizează ca o disciplină bine conturată, având o valoare medicală recunoscută și o legitimitate documentată fiziologic și clinic.

Cele dintâi izvoare scrise ne furnizează elemente, — din care se poate cel puțin deduce — întrebuințarea terapeutică a agenților fizici. Popoarele din antichitate, depozitare ale culturii, aveau credința, chiar convingerea, că prin agenții naturali se pot vindeca boli.

Thales din Milet (600 a. Chr.) amintește efectele magnetice ale electricității iar *Plinius* menționează întrebuințarea peștilor electrice pentru calmarea durerilor. *Hipocrat* (460—377 a. Chr.) întrevește, studiază și cunoaște rolul și aplicabilitatea terapeutică a climei, soarelui, aerului, a apei și a mării. *Asclepiade* din Bitinia utilizează apa, gimnastica, marea, *Aulus Cornelius Celsus* (sec. I.) e cel mai erudit fizioterapeut al Romanilor. *Galen* (sec. II.) reia și perfecționează metoda și lărgeste cunoștințele predecesorilor săi; cunoaște importanța climei, a apei, a fricțiunilor. După el se găsesc puține izvoare despre eventuala epocă de înflorire a fizioterapiei până în sec. X., când *Avicenna* reia studiile lui Hipocrat și se ocupă mai ales de climato și talasso-terapie. Pe urmă fizioterapia decade din nou până când în sec. al XVII—XVIII-lea *Floyer*, *Hoffmann* și *Hahn* reintroduc și rehabilitează hidroterapia, iar *Zander* construște aparate de gimnastică terapeutică. În sec. al XVI-lea *William Gilbert* crează termenul de electricitate, în secolul următor *Guerricke* construște cel dintâiu aparat electric, *Daubenton* studiază efectele fiziologice; în sec. al DVIII-lea avem întâia însemnare (*Kratzenstein*) despre un succes terapeutic obținut prin electricitate. Tot în acest secol *Galvani* și *Volta* introduc curenții continui, utilizați apoi de *Ranke* în tratamentul neurasteniei sub formă de galvanizare generală, iar de *Beard* ca galvanizare centrală. În 1831 *Faraday* descoperă curenții de in-

ducție, *Duchenne* în 1849 îi aplică la neurastenii: în 1867 *Stein*, *Eulenburg*, *Lehr* utilizează baia faradică, *Löwenfeld* faradizarea generală, *Rockwell* și *Beard* sunt foarte entuziasmați de efectele terapeutice ale tuturor formelor de electricitate în tratamentul neurasteniei.

Vincenz Priessnitz (sec. XIX) popularizează foarte mult hidroterapia și-i fixează tehnica, *Fleury* distruge aversiunea medicilor față de tratamentul hidric, *Winternitz* pune bazele științifice ale hidroterapiei moderne, *Kneipp* și *Oertl* atrag atențiunea marelui public asupra procedurilor hidriatice, se descopere curenții de înaltă frecvență (*Tesla*) iar *d'Arsonval* le studiază efectele fiziologice și prezice fizioterapieii un viitor strălucit; urmează apoi descoperirea razelor X, de rادیu, ultrascorte; climato și helioterapiea (*Rollier*) câștigă foarte mult în autoritate. (Rezumat după Lectia inaugurală a Prof. M. Sturza)

Cu aceasta am ajuns în zilele noastre când — grație și cercetărilor și experienței care arată că multe feluri de tratamente desconsiderate s'au arătat ca posedând o veritabilă bază științifică — fizioterapiea nu mai e privită cu dispreț sau scepticism, ci are o mare autoritate terapeutică. Pretutindeni se găsesc fizioterapeuții erudiți, se comunica pe zi ce trece rezultate terapeutice excelente; cercetările în variatele domenii ale fizioterapieii sunt în curs, cunoștințele se înmulțesc, indicațiunile se largesc și se documentează din ce în ce mai bine, iar tehnica se precizează.

Definițiunea, etiologia, simptomatologia și diagnosticul neurasteniei.

Neurastenia este un complex de simptome somatice și psihice rezultând dintr'o tulburare fără bază anatomică a sistemului nervos, cu etiologie incomplet clarificată și variată, cu evoluțiune periodică, în general de lungă durată, traducându-se printr'o capacitate de muncă scăzută și — mai puțin — printr'o excitabilitate nervoasă anormală.

Definițiunea nu este de precizie, ci numai de necesitate: elementele determinante ne lipsesc parțial sau chiar complet, de aceea suntem siliți să introducem în definițiunea noastră și părți negative. Se zice că neurastenia este o psihoneuroză, care la rândul ei e o tulburare funcțională. Am etichetat deci neurastenia ca o tulburare funcțională din motivul că n'am putut descoperi pân'acum vre-o modificare anatomică sau *humorală*, care să ne permită o explicațiune a ei. Modificarea aceasta însă trebuie să existe, susțin cei mai mulți cercetători, și caută să dea de urma ei. Starea desvoltării metodelor însă nu sprijinește încă suficient dorințele: cauza rămâne încă necunoscută.

Teorii și hipoteze asupra cauzei și naturii acestei stări modificate avem și se pot formula încă altele, dar în legătură cu fiecare se pun întrebări la care niciuna nu poate răspunde. Declararea intransigentă pentru una dintre ele ar fi în detrimentul câmpului nostru vizual și al maleabilității în concepțiune, pe care e bine să le păstrăm intacte.

S'a spus că neurastenia e în fond o tulburare primitivă în metabolismul intim al celulei nervoase, alții susțin că alterarea metabolismului e secundară unor modificări a proceselor digestive dela nivelul tractului gastrointestinal, care au drept consecință o autointoxicațiune lentă dar susținută a sistemului nervos; unii atribuiau mare rol prezenței și produselor de digestie a diferitor paraziți intestinali.

Teoria endocrino-vegetativă și cea pur psihică, ca și în toate domeniile unde domnește incertitudinea, s'au formulat și aci. Manifestațiunile fizice și psihice sunt fenomene interdependente în istoria vieții unei personalități: ele nu se pot separa de cele somatice. Manifestațiunile neurotice se leagă cu fenomene patologice funcționale vegetative. Teoria psihică explică mai mult geneza simptomelor decât

a stării capabilă să le producă. Ea definește mai întâi neuroza ca fiind compusă din o anumită *constituțiune*, o anumită conduită în viață, o anumită personalitate. *Bernheim* acordă mare rol în geneza formei de exteriorizare a neurozei contagiunii psihice și autosugestiei. *Pierre Janet* zice că spiritul e compus din mai multe personalități care toate percep, voiesc și activează, dar sunt subordonate uneia dintre ele. La neurotici nu s'a impus nici una, așa că ei sunt câmpul de luptă pe care se vor greșa toate neajunsurile rezultate din războiul interminabil și cu succes variabil în fiecare moment al acestor personalități prea diferite și prea diferențiate.

Astfel neuroticul își risipește energia asistând la lupta aceasta, nu-i mai rămâne putere necesară pentru purtarea sarcinilor sale în viață, el nu mai poate învinge obstacolele ce le realizează raportul dintre exterior și personalitatea sa heterogenă. El nu poate cum ar vrea, sau cum ar dori să vrea și nu vrea să procedeze așa cum îi cer dorințele lui cele mai interioare: el nu este de acord cu sine însuși. Este o negare și o încercare de a evita și a ascunde negarea. Toată masa celor trăite de personalități, tot ce aduce sau pune în mișcare viața instinctivă, se incadrează în neuroză. Instinctele nu se pot manifesta libere, nici cu restricțiunile admise și suportate, ele sunt înfrânte și înfrânate de alte nizuinți, se nasc complexe refulate și neuroza e în plină evoluțiune.

Instinctul sexual în sensul lui *Freud* și instinctul de autoconservare au desigur rolul principal, totuși se pare că se poate rezerva în cazul nostru o importanță mărită sentimentului inferiorității conform teoriei lui *Adler*, care — deși poate nu se manifestă atât de evident — uneori joacă rolul psihogenetic primordial și poate fi un element foarte rebel în tratamentul aplicat.

Foarte mulți sunt de părere că rolul hotărîtor în geneza psihoneurozelor îl are constituțiunea: s'a descris chiar o diateză emotivă care ar fi baza neurasteniei, o afirmațiune de fapt admisă și de teoria psihică.

Niciuna dintre teoriile amintite nu se poate documenta suficient spre a ne putea declara pentru ea fără rezerve: s'ar spune mai curând că în anumite împrejurări și în oarecare procent a cazurilor fiecare dintre factorii amintiți poate avea o importanță mai mare decât ceilalți.

Un fond de *débilitate constituțională*, de degenerescență fizică sau psihică ereditară, pare a fi totdeauna la baza stărilor neurastenice în formele cronice, spune *Claude* și neagă rolul patogenetic al emoțiilor: nu pare că emoțiile, atât de intense și de repetate cât pot fi ele, să fie capabile să producă numai prin acțiunea lor această afec-

țiune cu cortegiul de simptome care li se atribue.

Bumke susține rolul dominant al cauzelor de ordin afectiv, acționând pe un teren predispus.

Cei mai mulți acordă constituțiunii rolul covârșitor în etiologia neurasteniei și s'au descris neurastenii zise constituționale în geneza cărora nu se poate descoperi nici o cauză exterioară.

Definind constituțiunea ca ceva congenital în care ereditatea are mare rol, rezultă logic că sunt persoane sortite fatal și neîndurat neurasteniei din momentul concepțiunii.

Pe de altă parte alții neagă realitatea acestei entități nosologice susținând că toate neurasteniile sunt câștigate.

Făcând media între aceste două păreri — operațiune care pare a fi totdeauna utilă și necesară — se poate spune că spre realizarea sindromului neurastenic trebuie un teren și împrejurări externe care să acționeze pe acest teren. Admițând în plus că între acești doi factori există o interdependență și interacțiune, concepțiunea noastră câștigă mult în mobilitate, lărgime și chiar precizie: astfel nu exagerăm, nu excludem și nu prejudiciem. Ne este posibil astfel să individualizăm fie care caz și să introducem totuși unitatea de vedere în judecarea neurasteniei, extrem de variabilă ca origine, intensitate, evoluțiune și manifestățiuni simptomatice: ea este rezultanta dintre receptivitatea terenului și intensitatea acțiunii factorilor externi.

Despre teren vom spune, cu precauțiunea propusă, că el trebuie să fie cel puțin nu nepotrivit și să fie conceput ca rezultatul unui echilibru dinamic, deci modificabil. Receptivitatea lui prezintă un indice extrem de variabil: sunt cazuri când neurastenia rezultă chiar din acțiunea factorilor inerenți existenței omului, atât e de mărit indicele de receptivitate. În aceste cazuri, constituționale numite, factorii externi sunt din punct de vedere practic aproape neglijabili. Importanța lor rezidă acolo că ei pot influența forma clinică și felul manifestățiunilor: contribuțiunea lor este deci redusă dar existentă.

Sunt în schimb cazurile când terenul are un indice de receptivitate suficient de scoborit, dar prin colaborarea unor factori externi mai intensivi și mai durabili decât cum s'ar putea fixa nivelul lor în mod arbitrar pentru viața de toate zilele, se produce o neurastenie. În aceste cazuri s'ar putea exclude rolul terenului dacă n'am ști că sunt terenuri pe care niciodată nu se poate greșa un sindrom astenic. Terenul deci și-a documentat indispensabilitatea: după cum am spus, n'a fost nepotrivit. Între aceste două extreme există toate celelalte neurastenii, nici când două la fel.

Sub rezerva că uneori nu putem stabili cu certitudine dacă ceea ce constatăm e cauză sau efect—poate ar fi mai bine să lăsăm problema deschisă și să ne declarăm în sensul unui cerc vicios — voi aminti câțiva factori care, acționând asupra unui teren susceptibil, sunt capabili să dea naștere unui sindrom neurastenic.

Traumatismele de ori ce natură, boalele infecțioase, boalele venerice, stările dispeptice, decepțiunile sentimentale și sexuale (timiditate, impotență sau ejaculațiune precoce accidentală), excesele sexuale sau perversiunile (onania), preocupățiunile morale, financiare, științifice, politice, profesionale, influințele toxice (alcool, nicotină) sau autotoxice, subnutriția, educațiunea greșită și grija nemăsurată a părinților, mediul familiar tarat, cariera nepotrivită, lipsa exercițiilor fizice, conflictele sociale etc. etc. pot fi cauze depistabile ca având rol în geneza neurasteniei. Deși foarte variate, totuși li se pot stabili câteva caractere mai mult sau mai puțin comune: în general acțiunea lor e de lungă durată și repetată, majoritatea lor interesează viața noastră sexuală, autoconservarea, vanitatea etc. sub o formă chiar modificată și uneori puțin cunoscută, iar starea sufletească produsă e frica, îngrijorarea, nemulțumirea.

Persoana, asupra căreia se încearcă neajunsurile acestea, se va preocupa de starea ei, se va controla, va încerca să învingă sau să se învingă: ea ori va ruși ori—aci intervine rolul terenului—va continua să se preocupe chiar dacă cauza externă a dispărut, se va observa și inspecta neîncetat, va înregistra și modifica semnele accidentale ale funcțiunii organelor sale, își va produce turburări funcționale mai mult sau mai puțin reale, le va interpreta și acuza încontinuu — și starea aceasta e un sindrom neurastenic declarat.

De notat e că acest sindrom apare foarte rar înainte de pubertate și că nu este un monopol al sexului masculin, cum cred mulți. Aceste stabilite, am ajuns să putem afirma că din colaborarea terenului cu factorii amintiți prin mecanismul preocupățiunii se naște o slăbiciune a sistemului nervos, care se traduce printr'un complex de simptome pur funcționale. Aceste simptome sunt număroase și foarte variate.

Simptomul dominant e senzațiunea de *continuă oboseală*, mai accentuată dimineața: bolnavul nu poate sta mult sculat ci preferă pozițiunea sezândă sau culcată. Spre seară în schimb el devine mai viguros, mai activ și întreprinzător (oboseala paradoxă a lui Joteyko). Oboseala și fatigabilitate e și psihică; el e incapabil de muncă spirituală susținută și metodică, nu poate scrie sau citi timp mai în-

delungat, mai ales că prezintă destul de des senzațiunea de slăbiciune și presiune în ochi (astenopia neurastenică).

Durerea de cap e aproape totdeauna prezentă; localizarea este mai mult frontală sau occipitală (cefaleea în cască) dar se poate manifesta și numai ca o senzațiune de presiune sau de vid cerebral. Ea se asociază uneori cu accentuată hiperestezie a pielii capului.

Insomnia e foarte frecventă și se prezintă sub diferite forme: dificultate în adormire, trezire deasă, somn agitat sau frica de ora culcării. Insomnia este un simptom care neliniștește foarte mult bolnavul și adeseori el o acuză ca o cauzatoare a suferințelor sale.

Algiile cu diferite localizări se prezintă totdeauna: mai des avem o rachialgie cu localizare mai ales sacrată sau lombară. La o examinare mai amănunțită bolnavul sfârșește mărturisind că nu simte dureri veritabile ci numai senzațiuni vagi și neprecis localizate.

Din partea tubului digestiv se poate prezenta anorexia și sub alimentația — care împreună pot crea un cerc vicios și au o motivare emotivă sau sunt secundare unei gastro-enteropatii funcționale — disfagia, dispepsia sub forma de arsuri, greutate epigastrică, piroză, balonări. Constipațiunea e atât de constantă, încât această asociațiune patologică e dată ca exemplu pentru cazul când nu putem spune care este suferința primitivă, cea nervoasă sau cea intestinală. Aceasta tulburare de evacuare e foarte penibilă și rebelă prin complicațiunile-i toxice generale, inflamatorii, mecanice (hemoroizi). Diareea se prezintă mai rar: ea este în general emotivă sau chiar medicamentoasă. Toate aceste turburări pot fi, de obicei, și sunt, sursa pre-ocupațiunilor și interpretațiunilor hipocondriace în sensul unui cancer, ulcer, apendicite etc.

Aparatul urinar se afectează ceva mai rar: bolnavul acuză poliurie — de obicei consecutivă unei potomanii — polakiurie emotivă, uneori retențiune de urină, imposibilitate de-a urina în prezența unei persoane străine, diferite algi și este convins că suferă de calculoză, tuberculoză, cancer renal, stricturi uretrale etc.

Funcțiunea aparatului *genital* e foarte des modificată. Preocupațiunea neurastenicii, declanșată printr'un accident ce poate surveni ori cui, distruge funcțiunea normală a aparatului său genital și produce o infirmitate extrem de supărătoare cu neprevăzute consecințe sociale: adulter, perversiuni etc. Erejecțiunea poate fi nulă, insuficientă sau unică, iar ejaculațiunea precoce, tardivă sau nulă. Aceștia sunt cei mai desperați bolnavi și tratamentul lor este indicat și din punctul de vedere al partenerei sau familiei lor. La femei, dat fiind rolul lor mai mult pasiv, tulburările în sfera genitală survin mai rar și se manifestă în

general prin frigiditate, dureri, vaginism etc. După unele observațiuni se pare însă că numărul femeilor suferind de o frigiditate mai mult sau mai puțin manifestă e cu mult mai mare decât se presupune. Originea acestor stări de multe este frica de sarcină sau de boli venerice.

Aparatul cardio-vascular, prin modificabilitatea ce-o prezintă cu condițiunile fiziologice, emoțiuni, digestie, eforturi, foarte ușor e centrul de preocupățiune. Frica de arterioscleroză, angină de piept e aproape universală la neurastenici.

În rezumat orice stare anormală despre care neurastenicul are cunoștință că există, poate fi factor determinant în orientarea preocupățiunilor. Discuțiunile, cărțile de medicină, dar mai ales publicațiunile de vulgarizare a medicinei (*Claude*), aduc bolnavului material suficient pentru edificarea simptomelor sale, care cu trecerea timpului și cu progresarea cunoștințelor lui devin din ce în ce mai accentuate și organizate. El e incapabil să se gândească la altceva decât la boala sa, își notează toate simptomele și când crede că va fi ascultat, relatează, analizează și interpretează boala sa cu minuțiozitate și scrupulozitate uimitoare.

Egocentrismul, indolența pentru tot ce e străin, feliuritele și interminabilele suferințe și preocupățiuni creiază în jurul bolnavului o atmosferă nemeritată de ridicul și dispreț. Bolnavul simte, devine neîncredător, un neînțeles, purtând în suflet o suferință și o dorință arzătoare de a se vindeca. Foarte frecvent apare frica de nebunie, deși din punct de vedere social și juridic neurastenicul este complet responsabil și ce-i mai mult, aproape niciodată nu se constată ca un neurastenic să ajungă la psihoză adevărată (*Schäffer*).

S'au descris încă o serie de simptome, asupra cărora e inutilă insistența, neavând ele nici o importanță diagnostică. Amintesc numai că unele tulburări ale sistemului nervos vegetativ, descrise la neurastenici, se pot interpreta ca manifestațiuni ale unei eredități tarate (*Claude*), ale constituțiunii; alcaloza sângelui, colesterinemia, oxalemia, creșterea potasiului și a sărurilor sale, invocate de *Montassut* și *Deleville*, chiar ca momente etiologice. *Monakov* vede clasificarea etiologiei în perturbațiunile secrețiunii choroidiene și circulațiunii lichidului cefalo-rachidian iar *G. v. Bergmann* zice că neurastenicii sunt stigmatizați vegetativi și »basedowieni în miniatură fără boală«. Din cauza numărului mic de date statistice, posibilelor greșeli de tehnică și a eventualelor variațiuni individuale, toate acestea trebuie privite cu rezervă până la nouă cercetări și observațiuni.

Evoluțiunea neurasteniei este în general de lungă durată, adesea observându-se re- și intermitențe mai lungi sau mai scurte.

Prognosticul ei se poate fixa foarte greu. Quo ad vitam ea nu prezintă nici un pericol, nici chiar prin sinucidere (*Urechia*). Quo ad sanationem ne vom declara, orientându-ne după raportul dintre rolul terenului și al celorlalți factori: cu cât contribuțiunea terenului e mai mare cu atât șansele de vindecare sunt mai reduse (*Strümpell*). Se pare că agravarea prognosticului merge nu numai proporțional ci și progresiv cu creșterea indicelui de receptivitate a terenului. Sunt multe neurastenii care se vindecă clinic și social complet, altele lasă în urmă o ușoară fatigabilitate și o emotivitate puțin exagerată, altele se ameliorează prin tratament mai mult sau mai puțin și în sfârșit sunt cazuri care nu se influențează aproape deloc.

Asociațiunile patologice trebuie căutate și tratate totdeauna. Observațiunea arată că în cazul unei psihastenii sau unor preocupățiuni hipocondriace supraadăugate unui sindrom neurastenic, întregul complex are un prognostic mai bun decât dacă aceste sunt primitive (*Claude*).

Diagnosticul neurasteniei e destul de ușor dacă pe lângă cunoașterea acestui sindrom se realizează o singură condițiune: *examinarea amănunțită și conștiincioasă a tuturor organelor*. Numai după ce se constată lipsa oricărei suferinți organice, se va preciza diagnosticul. În cazul asociațiunilor patologice conduita e mai greu de fixat și reparțizarea simptomelor după origine și importanță cere multă erudiție, simț, observațiune.

Tabloul clinic este destul de elocvent, atributele descrise la simptomatologie sunt destul de caracteristice, totuși diagnosticul diferencial trebuie făcut în toate cazurile cu o serie de suferințe care imită acest sindrom sau în care neurastenia este simptomatică.

Cefaleea din sifilis, uremie, tumori cerebrale, defecte oculare se poate asocia cu astenie; putem avea stări astenice adevărate și legitime după epuizări fizice, toxi-infecțioase, insuficiente glandulare (*Addison*), *Claude*. Rini-chiul mobil, modificările monticulului seminal, adeseori ca urmări, tuberculoza pulmonară incipientă, pot realiza un sindrom neurasteniform: toate acestea se pot descoperi după un examen atent și conștiincios.

Mai important este diagnosticul diferencial cu unele sindrome cerebrale:

Confuziunea mentală în care avem antecedente toxi-infecțioase, desorientare în timp și spațiu, turburări de memorie, halucinațiuni etc., trebuie eliminată.

Paralizia generală debutează adesea cu un sindrom

neurasteniform, dar deficitul intelectual, turburările de memorie, disartria, semnele pupilare, evoluțiunea bolii, analiza lichidului cefalorachidian lămuresc curând diagnosticul. Un caracter importantă că neurastenia sifilitică este oligosimptomatică, bolnavul nu este neliniștit, nu se analizează, nu se preocupă. (Urechia-Mihalescu).

Melancolia poate cauza multe dificultăți, mai ales că unele forme sunt chiar *la limita clinică a acestor două suferințe*. Melancolicul este mai mult depresiv, meditațiunea lui nu se exteriorizează, el este foarte concentrat, dar nu se analizează. Accesele repetate sau o excitațiune maniacă anterioară pledează pentru melancolie.

Histeria clasică în general se exclude ușor: accesele tipice provocate de mediul inconjurător, negativismul capricios, cochetăria, paralițiile histerice, manierismul, hipermimia, halucinațiunile panoramice, extatice vizuale din stările crepusculare afirmă categoric prezența histeriei. Cazurile combinate trebuie interpretate ca atare. (Claude, Urechia).

Psichastenia, definită ca un sindrom polimorf, survenind pe un teren potrivit, caracterizându-se printr'o insuficiență a voinții unită cu o sensibilitate anormală și rău controlată (Claude) adeseori poate veni în discuțiune în diagnosticul diferencial. Se pot ivi dificultăți destul de mari din cauza că cele două sindrome pot să coexiste și să se combine intratăta încât mulți interpretează psichastenia ca starea mentală a neurastenicolui. (Chaslin).

Definind psichastenia ca o confuziune mentală în stare embrionară (Urechia-Mihalescu) caracterizându-se prin astenie, deprimare, apatie, equație personală întârziată, lipsă de atenție, anxietate, preocupățiuni organice, variind ca intensitate și durată, identificarea sindromului este mult ușurată. În acest caz depistarea unui factor toxic-infecțios și a micilor semne confuzionale e un moment important.

Chiar termenul de psichastenie crează un prejudiciu și un echivoc care e un obstacol în concepțiunea, — și la rândul ei în separare —, despre cele două sindrome. Conform nomenclaturii, presupunerea, că la baza amândouă este acelaș proces și că ele se deosebesc numai prin localizare, este întemeiată. Trebuie să se admită însă că sindromul descris sub numele de psichastenie nu pare a fi rezultatul numai a unei stări așa zicând de slăbiciune sau epuizare cerebrală. Cele două definițiuni și variatele numiri date psichastenie, delir emotiv (*Morel*), pseudomonomanie (*Delasiauve*), folia indoielii și manie raționantă (*Falret*) justifică afirmațiunea.

Psichastenia — termen poate nepotrivit, utilizarea căruia se justifică însă prin uz — nu este astenie cerebrală ci ceva mai adânc și mai puțin generalizat. Ea este mai

mult o psihosă parțială care poate îmbrăca forme variate.

În general se caracterizează printr'o personalitate modificată, cu reacțiuni net patologice; activitatea limitată prin barajele voinții și emotivitatea crează stări de agitațiune forțată și manifestațiuni anxioase. În practică psihastenicii se arată, ca scrupuloși, obsedați, fobici, impulsivi, ajungând adesea la psihose veritabile și declărate, evidente. Abulia lor îi orientează spre melancolie, deliruri: sindromul manifest al confuziunii mentale apare foarte ușor (Claude). Destul de des se pot ivi simptome schizoide sau schizofrenoide. Tablourile clinice realizate de psihastenie sunt destul de asemănătoare cu ale psihozelor amintite; adeseori le deosebește numai evoluțiunea. Diagnosticul diferențial față de neurastenie nu posedă puncte de reper fixe și totdeauna valabile. Ne vom orienta după întregul tablou clinic și nu trebuie să uităm că neurastenicul prezintă foarte rar, practic chiar niciodată, veritabile fenomene in-cadrabile în careva entitate psihiatrică.

Terminând partea clinică se pare că este necesară o scurtă fixare recapitulativă a elementelor — considerate pe baza celor precedente ca stabilite — care vor forma fundamentul și scheletul discuțiunilor următoare mai ales asupra legitimității tratamentului fizio-terapeutic în virtutea eficacității sale, documentată prin raportarea proprietăților fiziologice ale agenților fizici la toate procesele inițiale presupuse în etiologia neurasteniei.

Acest memento va fi utilizat și la punctul care va trata intervențiunea terapeutică a factorului psihic.

Se vor utiliza următoarele comemorative :

1. Etiologia neurasteniei nu este complect clarificată. Procesul patologic își exercită acțiunea asupra sistemului nervos printr'un mecanism puțin cunoscut, totuși afirmațiunea, că este un proces de tulburare în metabolismul celulei nervoase, este verosimilă. Aceasta tulburare poate fi primitiva, toxică endo sau exogenă, circulatorie-secretorie sau endocrină.

2. Psihogeneza simptomelor e un factor important și nu se poate neglija la înstituirea tratamentului, iar succesele terapeutice trebuie interpretate ca rezultând nu numai din acțiunea directă a procedurilor aplicate, ei și ca datorite contribuțiunii factorului psihic.

3. Tratamentul se poate întreprinde numai după un diagnostic precis; el trebuie individualizat după cauză, forma clinică, reactivitatea bolnavului, constelațiunea sa psihică etc.

Motivarea eficacității tratamentului pe baza etiologiei

Documentarea științifică a legitimității acestui tratament se isbește dela început de două obstacole.

a) Nu avem certitudinea proceselor patologice petrecute la nivelul sistemului nervos, nu știm dacă afectarea acestui sistem este primitivă sau secundară și nici asupra eventualului cerc vicios nu posedăm date suficiente.

b) Nu cunoaștem mecanismul întim prin care procedurile aplicate intervin pentru înlăturarea fenomenelor într'un organism supus neajunsurilor unui sindrom astenic.

Din aceste motive — spre a documenta totuși în limita posibilităților — singură cale în vederea acestui scop este confruntarea cunoștințelor noastre, mai mult sau mai puțin complete și precise, despre etiologia neurasteniei, cu datele, câștigate prin observațiune și experiență, referitoare la efectele procedurilor fizicale.

Considerând că procedurile electro și hidroterapeutice sunt cele mai eficace și mai răspândite, voi insista mai mult asupra efectelor acestor proceduri, iar celelalte le voi aminti mai pe scurt, efectele lor fiind mai simple iar aplicațiunea adesea rezultată dintr'un empirism sănătos.

Utilizarea electricității în tratamentul neurasteniei e un fapt cunoscut de toți și contribuțiunea ei în rezultatele terapeutice e recunoscută. (Erb, Laborderie.)

Efectele fiziologice ale energiei electrice sunt în funcție de varietatea care se aplică.

Curenții statici (franklinieni) își produc efectele prin *aero-ionizare* și prin *câmpul electromagnetic creat*. (Delherm.)

Școala rusă susține că efectele acestor curenți se datoresc mai mult *aeroionizării*: „aerul ionizat *cu semn negativ* e un important factor terapeutic simulând organismul și *augmentând activitatea vitală*“ (Tchijewski).

Efectele curenților statici se rezumă la o ameliorare a stării generale, tradusă printr'o senzațiune de forță și veselie, creșterea poftei de mâncare, diminuarea eretismului nervos, calm, somn bun și profund: efect sedativ, calmant și stenic.

Curenții continui (galvanici) produc o vasodilatațiune scăzând presiunea arterială, intervin în disociațiunea electrolitică, modifică reacțiunea celulei, printr'o acțiune asupra

membranelor selecționează ionii eliminabili și receptibili, produc o scindare a coloizilor amfoliți, orientează apa spre polul pozitiv și negativ. (Delherm.)

Curenții alternativi (faradici) produc o analgezie a sistemului nervos, regularizează circulațiunea, augmentează schimburile nutritive, excită secrețiunile în caz de deficiență și le scad în hipersecrețiunea. Pofta de mâncare și eliminările cresc, somnul devine mai bun, apare dorința de muncă, depresiunea dispăre, excitabilitatea nervoasă se normalizează: o parte a acestei acțiuni este sugestivă.

Curenții de înaltă frecvență măresc eliminările și secrețiunile atenuiază toxinele, scad metabolismul bazal. Acceptând teoria lui G. v. Bergman ei s'ar putea utiliza în tratament, dar acești curenți mai mult scad decât normalizează metabolismul bazal, iar la neurastenii e vorba despre exagerațiuni minimale, puțin influințabile prin arsonvalizare.

În aceasta ordine de idei trebuie amintite câteva procedee fizicale mai nouă: diatermia, razele scurte și ultrascurte, ultraviolete, razele de roentgen și de raiu care pentru tratamentul neurasteniei prezintă o valoare considerabilă în combaterea diferitelor simptome (spasme, algi.)

În ceea ce privește procedurile hidroterapeutice ele acționează după *Priessnitz* ca depurative iar după *Fleury* ca revulsive. Din controversa lui *Fleury* cu *Trousseau*, *Beni Barde* stabilește prima oară că procedurile hidriatice acționează prin intermediul sistemului nervos și rezumă — și în baza cercetărilor altor autori (*Winternitz*, *Strasser*, *Buchsbaum*, *Matthes* etc.) — efectele lor în modul următor.

I. Asupra sistemului nervos au o acțiune,

a) sedativă calmantă, „Apa comună la temperatura agreabilă în formă de duș purtat încet și fin asupra coloanei vertebrale timp de câteva minute, scade excitațiunea nervoasă și temperatura, anihilează stările spastice, risipește hiperestezia pielii, exercită o acțiune hipotensivă asupra inimii și vaselor sanghine, aduce somnul și determină în întreaga economie un calm inexprimabil“ *Beni Barde*.

b) stimulantă, stenică, și tonică. Se crează o senzațiune de bine și de forță, se înlătură oboseala, crește pofta de mâncare, se naște un dor pentru muncă fizică și intelectuală și se produce indirect o influințare a psihicului,

c) toni-sedativă. E un fapt clinic bine stabilit că aceeași procedură poate produce un efect tonic simultan cu o sedatiune. Adeseori acest efect se observă numai după aplicațiunea seriată a unei proceduri, ceea ce ne permite să presupunem că în producerea acestui efect combinat cola-

borează o educațiune a sistemului nervos,

d) reflexă. Prin aplicațiuni locale pe cale reflexă se pot influința organe îndepărtate. Astfel aplicațiunile pe partea superioară a corpului influințează funcțiunea inimii și a plămânilor, la picioare circulațiunea cerebrală și meningeală, pe coloana vertebrală funcțiunea sexuală, etc.

II. Asupra sistemului circulator au o acțiune,

a) contrafluxionară, acționând ca revulsive și derivative,

b) trofică prin efectele lor rezolutive, reconstituante, spoliatrice.

Clima, ca rezultată a compoziției aerului, a temperaturii, umidității, presiunii, luminozității, stării electrice a atmosferei are efecte sedative calmante sau excitante tonice. Băile de aer și de soare sunt calmante și stenice.

Masajul, sporturile, exercițiile musculare activează circulațiunea și funcțiunile dependente de ea.

Rezumând — spre a evidenția cât mai mult ceea ce ne interesează — pe baza celor precedente, indiferent de mecanism, se poate afirma categoric: agenții fizici corectează tonusul nervos și muscular, normalizează funcțiunile organelor și a vieții vegetative, ameliorează circulațiunea și distribuțiunea sângelui, favorizează toate fenomenele de nutrițiune, augmentează sau diminuează oxidațiunile, secrețiunile și excrețiunile, eliminările, determină o excitațiune sau o depresiune, modifică reacțiunea și compoziția sângelui.

Reamintindu-ne de cele spuse la etiologia neurasteniei și confruntându-le cu proprietățile fiziologice ale agenților fizici vedem că ei pot interveni chiar unde este necesar.

Printr'o acțiune directă asupra sistemului nervos, asupra circulațiunii, secrețiunii glandulare, saumediata prin corelația ce există între toate aceste funcțiuni, ei influințiază în bine toate procesele inițiale pe care le-am acuzat ca fiind la baza neurasteniei.

Prin multilateralitatea lor, agenții fizici pot combate și ori care simptom al neurasteniei și — cu sau fără intervențiunea unui factor psihic — ajung să aibă un efect general chiar dacă scopul inițial a fost combaterea numai a unui simptom.

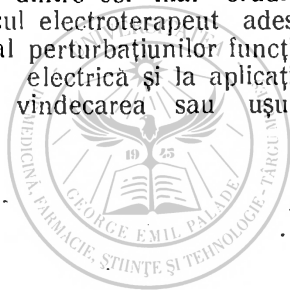
Cu puțin optimism se poate spera că prin aplicațiuni bine dosate și mai ales repetate, să se poată obține o educare a tuturor funcțiunilor — deranjate în neurastenie, — în așa sens ca ele să se mențină normalizate sau ameliorate, dacă nu definitiv, cel puțin pe un timp mai îndelungat. Observațiunea clinică — furnizându-ne adeseori neurastenici vindecați printr'un tratament fizic —

confirmă această afirmațiune și permite presupunerea că tratamentul a fost etiologic.

Astfel aplicațiunea procedurilor fizicale — nu o dată izvorită dintr'un empirism fericit, — își află pentru sindromul asteniei nervoase o justificarea mai mult sau mai puțin completă.

»De atât timp apa rece s'a impus medicinei empirice prin proprietățile sale stenice și prin calitatea de a păzi armonia funcțională a centrilor nervoși« (Pailhas) iar prin progresarea cunoștințelor noastre și înnmulțirea observațiilor, azi, ea poate fi aplicată ca element prețios într'un tratament patogenic și causal.

Din cauza celor două obstacole amintite toate acestea au o valoare numai relativă: obstacolele rămân și deocamdata nu se poate prevedea apropiata lor înlăturare; din acest motiv închei această parte cu cuvintele — de altfel, mutatis mutandis, potrivite pentru întreaga fizioterapie — unuia dintre cei mai erudiți electroterapeuți moderni: „medicul electroterapeut adesea se limitează la studiul minuțios al perturbațiilor funcționale prin diferite forme de energie electrică și la aplicațiunea lor cea mai potrivită pentru vindecarea sau ușurarea bolnavului“ (Delherm).



Rolul și importanța componentei psihoterapeutice

Aceasta este verosimil cea mai delicată și totodată cea mai interesantă parte a prezentei lucrări, natura căreia însă nu permite o analiză amănunțită a acestui factor din toate punctele de vedere. Voi căuta numai să evit lapsurile, exagerațiunile sau stilul telegrafic, păstrând pe cât e posibil cronologia manifestărilor acestei componente.

Prin componenta psihoterapeutică nu se va înțelege vre-o variantă a diferitelor metode psihoterapeutice definite, asociată tratamentului fizic, ci se va căuta a demonstra aparițiunea, persistența și intervențiunea favorabilă a unui factor psihic în geneza căruia joacă rol numai cele amintite până acum (*Baumgarten*).

Factorul psihoterapeutic își are origina în conduita corectă indispensabilă a medicului și în efectele subiective ale procedurilor aplicate. Mai târziu el se fortifică și prin succesele terapeutice ale agenților fizici și uneori — să-mi fie îngăduit a întrebuița acest termen — asistăm la un fel de autogeneză — fortificare a lui. El își poate câștiga cu timpul o autonomie indiscutabilă și se poate ușor observa — mai greu documenta — că o parte, sau accelerarea, succesului terapeutic se datorește numai lui; părere susținută încă la finea secolului trecut de *Frankl, Bernheim, Kraft-Ebing, Liebault etc.*

Caracteristica principală a acestui factor este aparițiunea lui, — precoce sau tardivă în decursul tratamentului — în mod spontan, natural și necesar.

Un neurastenic, consultând un medic și observând că toate plângerile lui au fost ascultate, cântărite și înțelese, că simptomele lui n'au fost desconsiderate, că el ca persoană n'a fost disprețuit pentru starea sa, reacționează printr'o profundă atașare față de acel medic. Examinarea conștiințioasă și amănunțită contribuie la formarea încredorii lui, și paralel cu aceasta, la creșterea autorității medicului.

Asigurarea că nu e prezentă nici o suferință gravă și mai ales vre-una dintre cele temute de bolnav, poate avea în condițiunile acestea ponderea suficientă. De cele mai multeori aceasta deja calmează excitațiunea sau stămulează depresiunea (*Jendrassik*).

Imprejurările acestea sunt optimale pentru impunerea și respectarea unui tratament.

Printr'un efect combinat al persuasiunii și sugestiunii, efect ce se menține și se manifestă în tot decursul tratamentului, reactivitatea față de procedurile aplicate câștigă tot mai mult în valoare.

Când, după un număr oarecare de proceduri, diminuează starea de oboseală, dispăre cefaleea, insomnia, anorexia etc. stările subiective ameliorate — și prin jocul emoțiunii, al perspectivei de mai bine — vor contribui la sistarea apariției nouălor simptome și la diminuarea celor existente.

Bolnavul, impresionat de ameliorarea sa, se autosugestionează — de data aceasta în sens bun — începe să aibă dor de muncă, iubire de viață, încredere în sine. Muncind și contemplând rezultatele terapeutice, prin distracție bolnavul n'are timp să se preocupe, să-și producă neajunsuri. Prin intricarea tuturor factorilor psihici amintiți cu efectele procedurilor, se vor consolida rezultatele obținute și se va crea o stare care lasă se întrevadă posibilitățile unei ameliorări și mai accentuate. Cu timpul prin reglementarea ocupațiilor, alimentației, somnului, a tuturor schimburilor materiale și energetice, viața neurastenicului devine mai liniștită, mai apropiată de normal și totodată mai dinamică, putând să vedem adesea rezultatele frumoase ale educației.

Documentându-și posibilitățile intelectuale și fizice, putând munci și crea, neurastenicul cu încetul se convinge că este tot atât de înzestrat și valoros ca și cei din jurul lui, că are un potențial energetic suficient spre a nu fi înfrânt de împrejurări și oameni; formele lui de compensație încep să dispară, sentimentul inferiorității biologice se atenuiază ba chiar dă loc unei sănătoase încrederi în sine.

Cunoscând influența psihicului asupra celor somatice — vegetative, e cât se poate de logic ca prin munca factorului psihic toate tulburările funcționale simptomatice să se atenuieze și chiar să dispară. Nu pot face excepție nici cele sexuale: prin combinarea acțiunii psihice cu cea directă a procedurilor fizicale, pot să se normalizeze funcțiunile, preocupățiunile și instinctele sexuale. Or, dacă am eliminat acest izvor de alimentare, conform teoriei lui Freud, trebuie cel puțin să cedeze toate simptomele sau complexe, rezultate la origine din sexualitate și ajunse în conștient sub formă modificată.

Factorul nostru psihoterapeutic desigur că nu lucrează atât de schematic și de prompt cum s'ar putea deduce din prezenta expunere; poate suferi numeroase variațiuni în succesiune, calitate și importanță. Acest factor este foarte

complex, acțiunea lui este extrem de complicată. El conține toți factorii psihoterapiei inferioare a lui Grasset, poate fi în conformitate cu oricare dintre metodele psihoterapeutice moderne, factorii terapeutici pot fi identici și chiar — așa zicând — calea de vindecare poate fi aceeași. În comparație cu metoda persuasiunii raționale a lui Dubois care utilizează în acest scop exclusiv dialectică prin vox viva, factorul nostru psihoterapeutic utilizează, pe lângă mulți alți factori, persuasiunea, dar nu numai prin dialectică; la rândul ei și dialectica nu e numai verbală, ci intervine fără prea multe explicațiuni în mod autohton, prin efecte. În acest sens factorul psihoterapeutic prin mecanismul lui se apropie mai mult de metoda individuală psihologică a lui Adler care — deși cel puțin parțial — se întemeiază pe o teorie a cărei valabilitate atât de răspândită cum susține Adler nu o putem admite (Schäffer) — trebuie să se recunoască că este mai puțin străină psihofiziologiei noastre. *Din faptul că în tratamentul fizical bolnavul nu-și demonstrează irealitatea compenzațiunilor sale fizice numai prin pură gândire, ci aceasta se bazează pe efecte observate și simțite, s'ar putea deduce eventuala superioritate a factorului psihic apărut prin tratamentul fizical față de cel al lui Adler; în orice caz se pare că rezultatele prin tratamentul fizical apar mai repede și sunt mai persistente.*

Am admis că sindromul neurastenic poate avea o patogenie conform teoriei lui Freud; psihoanaliza însă — fără să-i contestăm valoarea — nu este totdeauna metoda electivă de tratament psihic. Adeseori ea rămâne mai mult numai un mijloc de investigațiune, de studiu; mulți neurastenici nu se pretează la psihoanaliză, o consideră indiscretă, înjositoare, maltratantă sau chiar brutală, li-se creiază o stare de preocupațiune și mai accentuată (Schäffer) etc.: se poate afirma cel puțin o eficacitate mai generală a factorului psihic decât a psihoanalizei. În virtutea proprietăților calmante și sedivate ale procedurilor fizicale nu este exclus să se poată produce o stare în care se poate manifesta un fenomen, asemănător sau identic, cu „*psihocatharsis*“-ul lui Frank.

Constatăm deci în rezumat că factorul psihoterapeutic rezultă direct din efectele procedurilor fizioterapeutice și conduită medicului care le prescrie și eventual le aplică. El este un factor foarte complex dar unitar, conține ceva din fiecare agent psihic utilizat în terapeutică modernă. Beneficiază de colaborarea agenților fizici, apare spontan și se menține fără vre-un artificiu. Grație acestei componente bolnavul se supune tratamentului, îl respectă, reacțiunea e facilitată, se întrerupe calea de psihopatogeneză,

simptomele apărute dispar și se consolidează rezultatele obținute etc.

Această componentă trebuie să apară în fiecare tratament bine condus; intervențiunea ei este mai mult simptomească fără însă să fie exclusă o contribuțiune etiologică.

Tratamentul și tehnica procedurilor

Trecând la ultimul capitol al acestei lucrări este necesară fixarea unor principii generale și menționarea unor proceduri care fac parte din fizioterapie dar propriuzis n'au o tehnică anumită bine stabilită.

Ca principii generale se impun următoarele.

În cazurile când e indicată cura de sanatoriu (eretism foarte accentuat, asociațiuni cu alte psihoneuroze, emaciere, recidive, neurastenii alcoolice, cocainice, insomnii foarte rebele) se va alege o stațiune de preferință liniștită, unde nu se abuzează deloc de numărul procedurilor în detrimentul calității. Neurastenicul nu trebuie introdus în societatea celorlalți bolnavi (*Baumgarten*).

Bolnavul trebuie examinat dacă nu suferă de vre-o leziune care să contraindica procedurilor alese.

Se va determina impresionabilitatea și capacitatea lui reactivă prin timpul și modul cum apare reacțiunea.

Tratamentul se va individualiza după normele amintite; studiul psihologic al bolnavului se va executa în mod minuțios.

Schematic! după efectele lor procedurile hidriatice se divid în calmante (fricțiuni parțiale, împachetări, băi calde) tonizante (baia rece, dușurile și afuziunile reci) excitante (baia de șezut rece, dușul scoțian, fricțiunile generale) și stimulante (baia de jumătate, compresele pe trunchiu și abdomen, fricțiunile și spălările complete.)

Cazurile cu agitațiune, excitațiune trebuiesc întâi calmate și numai pe urmă se va trece la procedurile tonizante propriu zise.

Tratamentul nu se prescrie niciodată pe mai mult timp și se va evita ca bolnavul să consulte mai mulți medici. Familia trebuie prevenită și educată cum să se comporte cu bolnavul.

Durata unui tratament variază după caz; în medie o cură ține 6 săptămâni până la 2—2 luni (*Baumgarten*).

Procedurile se vor aplica cu delicatețe și moderațiune utilizând la început cele mai puțin energice și numai după ce se constată că sunt bine suportate se va trece la cele

care produc perturbațiuni mai accentuate în organism.

Nu se admite nici o deficiență funcțională produsă prin procedurile noastre. În cazul dacă apare sau se accentuează oboseala, indispoziția, adinamia, cefaleea, vertijul, senzațiunile de opresiune, palpitațiunile, fără să întreprinem tratamentul! reducem numărul, intensitatea procedurilor.

Se vor depune toate precauțiunile ca bolnavul să nu răcească; el nu se poate răci pe lângă o cură bine dozată.

Ne vom feri să administrăm procedurile în jurul oarelor de mâncare. Timpul cel mai potrivit este *dimineața*; dacă bolnavul este anemic sau denutrit el va consuma dimineața înainte de tratament puțină mâncare, iar procedurile vor fi de așa natură ca să nu sustragă căldură multă din organism.

Nu se va administra procedură hidroterapeutică generală unui bolnav care are pielea rece în întregime sau numai parțial (picioarele mai frecvent) fără a fi încălzită.

Pentru prevenirea congestiei retroactive și cefaleei hidroterapeutice va spăla fața, capul și ceafa cu apă rece și se va aplica pe frunte o compresă.

E preferabil ca chiar cele mai simple proceduri să se execute de un străin și nu de către însuși bolnavul (Jendrassik).

Ca domenii ale fizioterapiei care n'au o anumită tehnică sau ca prescripțiuni strâns legate de tratamentul fizic se vor menționa următoarele:

Se va reglementa munca, somnul, alimentațiunea bolnavului; se vor interzice beuturile alcoolice, ceaiul, cafeaua, condimentele; se vor opri alimentațiunile apropiate de ora culcării. Recomandăm schimbare de mediu mai ales dacă condițiunile sociale permit și familia bolnavului ar putea prejudicia și compromite rezultatele. Călătoriile, excursiunile care nu obolesc, uneori chiar vagabondajul, pot avea efecte foarte bune.

Climatul de câmp (până la 400 m.) are efecte calmante sedative: înălțimile mijlocii (600 m.) sunt toni-sedative. Atmosfera mai rece și cu umiditate suficientă este cea mai potrivită. Climatul de Sud se recomandă numai bolnavilor foarte slăbiți. Indicăm climatul de mare totdeauna când bolnavul îl suportă (Mauric; Mendelsohn). Indicăm Marea Adriatică și Mediterană primăvara, Marea Nordică, Baltică, Oceanul vara. Marea Neagră, climatul ei fiind excitant, pentru aceste efecte este contraindicată. Grasset recomandă marea pentru efectele ei toni-sedative în toate cazurile când ea influențiază în bine somnul bolnavului; climatul alpin este indicat pentru bolnavii robuști fără reacțiuni exagerate.

Baia de aer se recomandă începând cu 5 minute și urcând treptat până 45 (Baumgarten) dimineața sau spre seară în semiumbră, bolnavul fiind desbrăcat. De cele mai multeori ea nu este urmată de vre-o procedură hidroterapeutică.

Baia de soare (3—5—15 minute) se indică cu precauțiune, capul fiind în umbră, cu o continuă schimbare de poziție.

Sfătuim exerciții musculare, gimnastică, mai ales suedează, sporturi: bicicletă, canotaj, patinaj, scrimă, tăiere de lemne, diferite masajе (abdominale) etc. fără însă să obosească bolnavul.

Locurile cu prea mult soare sau luminozitate nu sunt potrivite. Culoarea roșie are efecte excitante, cea albastră calmante.

TEHNICA PROCEDURILOR ELECTROTERAPEUTICE

Sub rezerva că procedurile care vor fi amintite sunt numai cele de bază și că ele pot suferi o serie întreagă de modifițiuni, conform prescripției și preferinței fiecărui medic, se vor menționa următoarele:

Baia statică: bolnavul e așezat pe un taburet, cu picioarele izolatoare, care se leagă cu catodul iar deasupra bolnavului se plasează o placă mare metalică învelită și pusă în legătură cu anodul. Pacientul se menține în acest câmp electromagnetic 5—10 minute.

Faradizarea generală: bolnavul culcat pe un taburet își sprijinește picioarele umede pe o placă metalică legată cu catodul; anodul e în legătură cu un electrod în forma de ciupercă sau se ține într'o mână a medicului, iar celălalt se așează succesiv pe frunte, occiput, regiunea posterioară-anterioară cervicală, coloana vertebrală, toracele, regiunea epigastrică, flancuri, hipogastru, cele patru membre; se termină cu reluarea coloanei vertebrale. După o altă metodă anodul e purtat în aceiaș ordine în forma de electrod tăvălug mobil asupra întregului corp. Curentul trebuie bine simțit de bolnav iar baia durează 5—10—20 minute.

Galvanizarea generală se practică tot așa dar se acționează mai puțin asupra sistemului nervos central. Anodul este pe ceafă iar catodul e electrodul mobil.

Galvanizarea centrală. Un catod mare plat se așează pe regiunea epigastrică și un anod rotund pe regiunea frontală, creștet (1—2') dealungul vagului și simpaticului cervical (1—5') coloanei vertebrale (3—7').

Baia hidroelectrică (faradică sau galvanică).

a) Monopolară. Bolnavul se așează într'o vană cu apă, un electrod se scufundă în vană iar celălalt fixat

deasupra vanei, e ținut de bolnav cu mâinile; el n'are contact direct cu vana.

b) Bipolară. Vana e construită din material dielectric, electrozii la cele două extremități.

c) Cu patru celule. Fiecare membru este scufundat separat într'o baie locală iar electrozii se aplică în cele patru derivațiuni.

Temperatura apei de obicei variază între 33—36°C.; baia durează 5—10' dacă dorim efecte tonice și 15—30' dacă vrem să obținem o sedațiune și calmare.

Electricitatea se mai aplică sub formă de efluațiuni cu ajutorul unui excitator special, scânteii electrice cu un electrod sferic sau fricțiuni electrice cu ajutorul acestui electrod prin intermediul unei flanelle sau stoffe de lână. Aceste se aplică mai mult local și au indicațiuni foarte variate. Se pot aplica pentru combaterea oricăruia dintre simptomele enumerate la partea clinică și se pot combina în cele mai variate moduri.

TECHNICA PROCEDURILOR HIDROTERAPEUTICE

Se utilizează în general proceduri a căror temperatură nu depășește 36°, dar de obicei ele rămân sub această temperatură. La începutul curei se admit uneori câteva proceduri mai calde pentru diminuarea agitațiunii și eretismului.

Sunt descrise o mulțime de proceduri dintre care voi aminti următoarele:

Spălarea parțială completă. Bolnavul desbrăcat în pat este învelit într'un cearceaf uscat; se desvelește totdeauna numai segmentul pe care se lucrează. Se spală cu un ștergar sau burete muiat în apă 20—10°C; începem cu membrul inferior mai îndepărtat de noi; se spală, se șterge, se acopere membrele inferioare, spatele, toracele, abdomenul în sensul colonului, membrele superioare. Bolnavul rămâne acoperit 30—40' sau se îmbracă și face o scurtă preumblare sau exerciții moderate. Fricțiunile parțiale complete se practică în aceeași succesiune; se fricționează cu un cearceaf ud până ce corpul se încălzește, se șterge și se acopere.

Spălările complete se fac în poziție identică, se spală de 5—6 ori partea anterioară, posterioară laterală și internă al întregului corp, se șterge, se acopere.

Fricțiunea completă. Un cearceaf 220/240 cm. se cûtează, bolnavul își ridică brațele; colțul din mâna stângă se aplică în axila dreaptă, se învelește fața anterioară a corpului, laterală stângă, spatele; bolnavul își scoboară brațele iar tura doua se face peste umerii lui; cearceaful se fixează solid la gât prin cutare; membrele inferioare

trebuie bine învelite. Se fricționează energic cu ambele mâni în direcțiune verticală prin mișcări lungi până ce bolnavul se încălzește.

Spălările și fricțiunile inferioare se fac pe membrele inferioare, coloana sacrată și lombară.

Afuziunea complectă. Bolnavul în picioare, apa se proiectează cu ajutorul unui tub mobil. Afuziunea la genunchi începe dela călcâi, se urcă pe un membru până la ceafa și coboară pe celălalt; se face întâi pe fața posterioară apoi cea anterioară a corpului.

Afuziunea la picioare se întinde până la glezne, afuziunea la genunchi începe dela călcâi, se urcă pe o parte a membrului și coboară pe cealaltă; afuziunea la coapse se întinde până la regiunea inghinală, iar cea inferioară până la regiunea lombară și ombilic.

Baia de jumătate. Apa cu temperatura variind între 32—24° C. se pune într'o vană până la înălțimea de 25—30 cm. Bolnavului așezat în baie i-se fac 10—15 turnături pe spate, se fricționează această regiune, apoi pieptul, abdomenul, membrele superioare și inferioare. Se răcește apa eventual cu 2—3° și se fricționează în ordine inversă. Durata băii este de 3—6—10'; după Baumgarten la început ea durează numai 6" și bolnavul se culcă apoi din nou în pat. Adeseori aceasta baie trebuie să fie succedată de o afuziune sau un duș rece deoarece mulți bolnavi nu se încălzesc suficient. Jendrassik nu admite temperatură mai scăzută de 28° C.

Baia plină rece cu apă de 7—12° durează maximum 20—30" și trebuie asociată totdeauna cu fricțiuni. Baia plină indiferentă (33—36°) durează 15—60'. Se prescrie numai temporar pentru formele agitate.

Baia rece occipitală (5—15') combate cefaleea și regularizează funcțiunea sexuală.

Baia de șezut rece (2—5') combate impotența, spermatoarea, libidoul diminuat, constipațiunea, insomnia. E contraindicată în excitațiunile sexuale.

Baia de picioare rece (1—3') se administrează zilnic având efecte bune asupra răcelii și transpirațiunii habituale a picioarelor, excitațiunilor cerebrale; administrată seara înlătură insomnia.

Dușul rece orizontal sau vertical (5—20—30") de obicei se administrează la o temperatură de 22°—16° C și se scade apoi progresiv după toleranță. Jendrassik recomandă că acest duș să se administreze numai până produce senzațiuni dezagreabile. Dușul indiferent 32—34° C (3—15') se administrează de 2 ori pe zi în formele agitate; e și o procedură de pregătire pentru cele reci.

Dușul scoțian constă dintr'un duș alternant cald (34—40° C). durând 1' fiind urmat de un duș rece de 5—20". Se poate administra cu sau fără tranzițiune; are efecte toni-sedative, fiind însă o procedură energetică, indicațiunile lui sunt restrânse iar Baumgarten, în opoziție cu școală franceză, susține că este chiar contraindicat.

Impachetarea umedă. Patul se acopere cu o pătură peste care se așează un cearceaf muiat în apă de 18—20° și stors. Bolnavul se culcă pe cearceaf și-și ridică brațele, o aripă a cearceafului se trece prin cele două axile și se întinde fără cute sub bolnav; se împachetează și membrul inferior de aceeași parte. Bolnavul își coboară brațele, aripa cealaltă se trece peste umerii lui și se cutează bine la gât, se împachetează membrul inferior rămas liber. Peste cearceaf se aplică pătura cu grije să nu facă cute. Adeseori se utilizează împachetarea modificată care constă dintr'o compresă cruciată și o împachetare pe jumătate. Compresa cruciată se face cu un ștergar, lung de 3 m., se pleacă din axila dreaptă apoi umărul stâng, axila dreaptă, axila stângă, umărul drept. Impachetarea pe trei sferturi se întinde dela vârful picioarelor până în axilă, iar cea pe jumătate până la ombilic. Ele sunt calmante și se administrează de obicei dimineața ori seara pentru combaterea insomniei, agitațiunii, stărilor de excitațiune.

Compresele consistă în aplicațiunea unui ștergar muiat în apă și stors peste care se așează un ștergar uscat.

Compresele la cap și ceafa combat eretismul, congestiunile, insomnia.

Compresele la trunchiu — cele mai des utilizate — se întind dela axilă până la pubis; compresele abdominale dela apendicele xifoid la pubis. Aceste comprese, stimulante pentru funcțiunile organelor digestive, sunt în acelaș timp sedative pentru sistemul nervos; se aplică adeseori după prânz și mai ales în cursul nopții. Au efecte foarte bune în diferite algii spinale și abdominale, spasme intestinale, constipațiuni.

Compresele la pulpă sau la picioare au efecte bune în agitațiuni, insomnii; tot așa cele pe coloana vertebrală; în plus că influențează și funcțiunile sexuale.

Hidroforele — tuburi dispuse în diferite forme care mențin temperatura constantă prin apa de temperatură invariabilă care circulă în ele — se aplică la cap, ceafă, având indicațiunile compreselor, mai ales pe cord în aritmii, tahicardii, dureri precardiace.

De mare valoare sunt hidroforele Atzperger și psichroforul aplicate asupra prostatei, colicului seminal care influențează într'un mod vădit neurastenile sexuale, în

deosebi impotența psihică, ejaculațiunile precoce, spermatoarea, priapismul și erecțiunile incomplete.

* * *

Neurastenia nu admite schematizarea tratamentului și nici fizioterapia nu se pretează la acest lucru.

Tendința noastră este să utilizăm pe cât este posibil totdeauna aplicațiunile cu caracter general. După *Jendrassik* procedurile de bază cu care putem rezolva complect tratamentul hidric în imensa majoritate a cazurilor sunt baia de jumătate, fricțiunea complectă și dușul rece. *Baumgarten* preferă procedurile fine, repetate; el se declară categoric împotriva procedurilor administrate fără o foarte accentuată precauțiune și caută să rezume, pe cât e posibil, tratamentul hidric la puține proceduri zicând că în general sunt suficiente pe săptămână două spălări generale, două afuziuni la picioare, două jumătate băi. Toți autorii sunt de acord că orice abuz se răsbună asupra bolnavului și condamnă sistemul practicat în unele instituțiuni hidrotapeutice de a administra bolnavului procedurile spre exemplu după formula: în zori spălări, dimineața baie de picioare, înainte de masă baie de jumătate, după prânz comprese, abdominale apoi încă două trei proceduri, iar seara împachetări. Desigur că sunt cazuri când trebuie să administrăm mai multe proceduri pe zi dar conduita corectă cere ca să reducem numărul lor îndată ce este posibil. Dintre procedurile amintite — inclusiv cele menționate numai cu caracterul general — putem face combinațiuni variate, sub rezerva ca să nu anihilăm reciproc efectele și să nu abuzăm de ele. Experiența medicului valorează foarte mult, dar aplicațiunea abuzivă, nesistemată-rapsodică nu se poate justifica prin nici un argument. Conduita medicului trebuie să fie condusă de 2 axiome, care deși extrem de simple și logice, totuși adeseori sunt uitate: decât să aplicăm o procedură prea forte sau prea lungă mai bine o reducem în timp și intensitate și că mai important decât forma procedurilor este felul cum se administrează.

Astfel prin procedurile noastre — la aparență simple, chiar rudimentare, în realitate însă bazate pe efecte riguros controlate — se pot obține rezultate adeseori surprinzătoare, în general satisfăcătoare, în tratamentul nenorociților neurastenici.

Cunoscând natura acestui sindrom și știind că adeseori ce consecințe neplăcute poate avea cel mai mic gest nepotrivit al medicului — fără să pretindem prin aceasta

ca el să fie un prestidigitator al conduitei — atribuind rolul care îi se cuvine componentei psihoterapeutice, se explică îndată motivul și legitimitatea afirmațiunii lui de *Fleury*: »un medic care n'a cunoscut pe sine însuși toate neajunsurile neurozei depresive nu-și înțelege bolnavii și nu simpatizează pe deplin cu ei« ceea ce cum am arătat este necesar. Asociindu-se acestora un tratament fizical bine indicat și condus, în prezența rezultatelor terapeutice excelente, cuvintele lui d'Arsonval — deși nu se pot accepta fără rezervă — își câștigă o vădită importanță: «sunt convins că terapeuțiica viitorului va întrebuița ca mijloace curative numai modificatori fizici... care au cel puțin avantajul de a nu introduce nici un corp străin în organismul nostru.»



CONCLUZIUNI

1. *Neurastenia este un sindrom foarte complex și polimorf, cu etiologia variată, baza ei fiind o deficiență funcțională a sistemului nervos.*
2. *Pe baza efectelor fiziologice ale agenților fizici raportate la etiologie ea se pretează la un tratament fizioterapeutic.*
3. *Fizioterapia este un excelent tratament simptomatic, adeseori și etiologic, ceace se poate documenta și prin număröse observațiuni clinice.*
4. *În decursul tratamentului apare o componentă psihoterapeutică; aceasta nu numai completează, ci și influențează în mod favorabil mersul întregului tratament fizical.*
5. *Tratamentul fizioterapeutic trebuie riguros individualizat după indicațiuni și posibilități.*
6. *Rezultatele obținute de cele mai multe ori sunt superioare celor realizate prin alte metode curente.*

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la

Decanul Facultății:
ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. M. Sturza

BIBLIOGRAFIA

- BAUMGARTEN A.: *Neurasthenie.*
BAIULESCU G.: *Hidroterapie medicală.*
CLAUDE H.: *Precis de pathologie nerveuse.*
DELHERM L.: *Electro-radiotherapie.*
ERB W.: *Handbuch der Elektrotherapie.*
GRASSET I.: *Thérapeutique des maladies du système nerveux.*
JENDRASSIK E.: *A neurăstheniáról.*
LABORDERIE I.: *L'électricité médicale en clientèle.*
SCHAFFER K.: *Elme és idegkörtan.*
STURZA M.: *Istoricul scurt al balneologiei și fizioterapiei (Clujul Medical No. 2. 1932).*
STURZA M.: *Curs de balneologiei.*
URECHIA—MIHAILESCU: *Tratat de patologie neuro-mintală.*