

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA BOALEI LUI BASEDOW

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 OCTOMBRIE 1938

RĂDULESCU I. CONSTANTIN
PREPARATOR EXTRA-BUGETAR AL CLINICEI MEDICALE, CLUJ



CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”
1938

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

No.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA BOALEI LUI BASEDOW



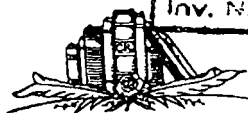
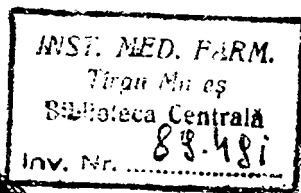
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 OCTOMBRIE 1938

DE

RĂDULESCU I. CONSTANTIN

PREPARATOR EXTRA-BUGETAR AL CLINICEI MEDICALE, CLUJ

24 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”

1938

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. M. STURZA

Profesori :

Clinica stomatologica	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Microbiologia	„ „	BARONI V.
Fiziologia umană	„ „	BENETATO GR.
Istoria Medicinii	„ „	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	„ „	DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	„ „	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „	GRIGORIU C.
Clinica medicală	„ „	HĂȚIEGANU I.
Medicina legală	„ „	KERNBACH M.
Chimia biologică	„ „	MANTA I.
Clinica oftalmologică	„ „	MICHAİL D.
Clinica neurologică	„ „	MINEA I.
Igiena și igiena socială	„ „	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	„ „	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	„ „	POP A.
Clinica Infantilă	„ „	POPOVICI GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „	POPOVICI GH.
Chimia medicală	„ „	SECĂREANU ȘT.
Balneologia	„ „	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	„ „	TĂTARU C.
Clinica urologică	„ „	ȚEPOȘU E.
Clinica psihiatrică	„ „	ȚRECHIA C.
Anatomia patologică	„ „	VASILIU I.
Igiena generală	Agr.	ZOLOG M.
Fizică medicală	Conf.	BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președintele tezei : Prof. Dr. IULIU HĂȚIEGANU

Membrii : { „ „ I. GOIA
 „ „ D. NEGRU
 „ „ A. POP
 „ „ GH. BUZOIANU

Supleant : D-l Doc. Dr. M. NICHITA,

*Teza aceasta o consider ca o treaptă
pe care o sui, despărțindu-mă, însă,
de ani frumoși și ființe ce nu le voi
mai vedea nici când.*

Părinților mei

*această dovadă modestă de
dragoste și recunoștință*

Lui Nelu și Tutu

tot sufletul meu de frate

Dlui Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

directorul Clinicii Medicale

*odată cu întreagă admirațiunea mea,
recunoștință pentru pregătirea profesio-
nrală câștigată în clinica Domniei-Sale,
precum și respectuoase mulțumiri pentru
prezidenția acestei lucrări.*

Dlui Prof. Dr. Ioan Goia

profesor de semiologie medicală

respectuoase omagii și mulțumiri.



Dlui Docent Dr. Ioan Gavrilă

Șeful secției de boli infecțioase a Clinicii Medicale

*asigurarea unui deosebit respect și a unei
neșterse amintiri pentru toată atențiunea acor-
dată în timpul a doi ani de zile de colaborare
continuă, precum și pentru ajutorul dat la al-
cătuirea acestei teze.*

INTRODUCERE — ISTORIC.

Boala lui Basedow-Graves, deși actualmente foarte mult discutată, nu se bucură în știința medicală de o vechime prea mare, nefiind pomenită în nici una din scrierile rămase din antichitate. Cu oarecare aproximație, se poate spune că în anii aceștia se împlinește un secol de când atențiunea medicală a remarcat individualitatea acestui sindrom clinic.

Descrierile făcute de Saint-Yves (1722), Demours (1821), Flajani (1800), Testa (1818), n'au rezistat criticei serioase și au dovedit că autorii de mai sus n'au recunoscut entitatea morbidă despre care discutăm. Primul care izolează unitatea clinică a Basedowului este medicul englez *Parry*, ale cărui memorii sunt publicate în 1825. În 1835, la Dublin, fără a cunoaște scrierile lui *Parry*, Profesorul *Graves* insistă asupra unei noi boli, din care nu mai cunoștea nici un caz. Lecțiunile profesorului irlandez nu sunt publicate decât în 1843, pe când celebrul memoriu al medicului din Merseburg, *Basedow*, apăruse încă din 1840. Trei personalități dotate cu un remarcabil simț clinic ajung, fără a cunoaște observațiile celorlalți, să identifice o nouă boală. Dintre toți trei, *Basedow* e cel care dă descrierea cea mai completă, afirmând origina discraziacă și generală a maladiei, având totodată și inspirația de a introduce în terapie iodul, care se menține și astăzi. Debatută încă multă vreme și uneori cu multă vehemență (ședințele Academiei Franceze de Medicină), s'a ajuns a fi recunoscută unanim, ca o boală caracterizată prin gușă, exoftalmie, tachicardie și tremurături. La acestea se leagă o mulțime de simptome, mai mult sau mai puțin constante. Nici unul însă din aceste semne nu are o valoare precisă pentru diagnostic și prognostic. De abia, acum de curând, prin progresul fizicei-biologice, măsurarea metabolismului bazal, se aduce o siguranță pe acest teren atât de alunecos, boala lui *Basedow* fiind din una din cele mai capricioase manifestări ale patologiei umane.

Etiologia și patogenia acestui sindrom sunt încă învăluite în ceață, ceea ce în știință în general, și medicină în special, se traduce printr'un șir lung de teorii și ipoteze. Ori cum ar varia însă acestea, într'o privință sunt la unison, și anume, că tiroida cu iodul său, constituie factorul principal. Modalitatea patologică s'ar putea explica fie printr'o secreție prea abundentă, fie printr'o secreție calitativ viciată, fie chiar prin ambele.

Diferitele școli, cele de medicină internă, cele chirurgicale și cele radiologice își atribuiesc fiecare rezultatele terapeutice cele mai bune. Dintre toate, școala patologiei interne se arată mai conciliantă și admite cazuri susceptibile de un tratament favorabil și prin alte mijloace decât ale ei proprii. Câtă vreme natura precisă și mecanismul intim al acestei turburări generale, nu sunt pe deplin clarificate, este destul de anevoios a găsi leacul cel adevărat. A descoperi procesul patologic după efectul mai mult sau mai puțin calmant al diferitelor medicații și procedee, e un drum lung și spinos. A afla cauza prin efect, e un sistem util uneori, alteori se dovedește a fi frate bun cu jocul de inteligență ce-l profesau sofștii vechii Helade. Astfel stând lucrurile, știu că nu eu voi fi cel ce va aduce argumentul decisiv, ci amintind pe scurt cele știu despre boala lui Basedow, voi schematiza diferitele tratamente actuale, și în deosebi cele medicale propriu zise, bazându-mă pe experiențele și rezultatele clinice medicale din Cluj, printre ai cărei modești-muncitori mă număr — și unde am căutat să văd, în timpul a 4 ani de zile, ceva prin lumina celor cari au adus acestei clinici o glorie pe deplin meritată.

GLANDA TIROIDĂ

Embriologie. Corpul tiroid se dezvoltă din endoderm, odată cu tractusul digestiv, cași glandele salivare, pancreasul și ficatul. Evoluția ulterioară îl transformă în glandă cu secreție internă. Se formează din 3 muguri: unul, median, nepereche, provenit din arcul al doilea branchial, sub forma unei mici fosete, care se veziculează, canalul de legătură, excretor la început, „canalul tireoglos al lui Hiss“, regresează, nerămânând decât „foramen caecum“, dela nivelul papilei caliciforme a V-ului lingual, locul deschiderii sale. Acest canal dă câteodată naștere la glande tiroide accesorii (Paulescu). Doi muguri laterali, ce se nasc dintr'un diverticol ventral al celei de a 4-a pungă branchială, se unesc cu mugurele median, constituind o rețea de cordoane pline, glanda tiroidă. Dezvoltarea se face până în luna a IV-a, când apare secreția tiroidană, ce ajunge la maximum în epoca pubertății.

Anatomic. Organ impar, median, corpul tiroid este situat în reg. subtiroidiană, înaintea conductului laringo-tracheal, de care aderă și ale cărui mișcări le urmează. Forma, în mod clasic, este comparată cu un „H“ majuscul, fiind constituită din 2 lobi laterali, uniți prin istm. Loja anatomică a glandei este formată din țesut fibro-conjunctiv, ce depinde de aponevrozele gâtului. Intre pereții lojii și glandă, care e învelită de o capsulă proprie, fibroasă, merg vasele tiroidiene, cărora în intervenția chirurgicală trebuie să li se dea o deosebită atențiune. Volumul glandular variază între 6—7 cm. lungime, 3 cm. înălțime și 1—2 cm. grosime. Este abundent irigată prin arterele tiroidiene: tiroidiana superioară ce provine din carotida externă și tiroidiana inferioară din artera subclaviculară. Uneori tiroidiana inferioară poate lipsi, fiind suplinită prin ramuri din tiroidiana superioară sau tiroidiana lui Neubauer. Venele se grupează în 3 trunchiuri: tiroidian superior și mijlociu se varsă în jugulara internă, cel inferior

în trunchiul venos brachio-cefalic stg. Este inervată de nervul vag, prin nervul recurent sau laringeul inferior și prin laringeul superior. Nervii simpatici provin din ganglionii cervicali.

Histologie. Secțiunea glandei, sub microscop, ne arată capsula conjunctivă, din care septuri se pleacă spre interior, separă veziculele glandulare. Acestea constituiesc glanda propriu zisă — foliculii tiroidieni, ce sunt mici glande fără canal excretor. Pe o membrană bazală epiteliul e format printr'un singur rând de celule glandulare, unele cu nucleu rotund, mai puțin colorabile, considerate celulele principale, iar celelalte eosinofile, celulele coloide al lui Langendorf. Ambele feluri de celule n'ar reprezenta decât 2 studii de activitate ale aceluiaș proces (Ebner). În mijlocul foliculului se găsește o substanță coloidă, amorfă, omogenă, de o colorație ușor gălbuie, care este coloidul. Septul intervezicular conține o rețea fină capilară, sangvină și limfatică.

Fiziologie. Luată târziu în considerare de către fiziologi, glanda tiroidă a suferit multe interpretări, bunăoară i se atribuia rolul de rezervor sangvin, pentru a opri sângele ce ar năvăli în cantitate prea mare spre creier, în poziția de decubit. Nu avem nici azi o explicație unanim recunoscută asupra modului de secreție și a căii de eliminare, în mediul intern, a produsului tiroidian. Ceeace ne interesează în mod practic, este natura incretului tiroidian și rolul său fiziologic.

Mac Carisson, precizează că singură tiroida poate fixa iodul în combinație organică. *Baumann* (1895) extrage din tiroidă substanța, numită de el „iodotirină“ (10% iod). Experiențele făcute au arătat că efectul său nu corespunde complet extractului total glandular. *Oswald*, reia cercetările, găsind tireoglobulina (1899) care ca și iodotirina, activează schimburile nutritive, putând fi deci comparată extractului integral, dar neegalându-l. *Kendal* (1914), reușește să izoleze, în stare cristalină, tiro-oxi-indolul, numit prin prescurtare „tiroxină“. Formula ei stabilită de *Harrington* este: eter diiodohydroxiphenilic al diiodotirozinei, și poate fi produsă prin sinteză în laborator. Tiroxina, calitativ, are o acțiune aproape identică extractului tiroidian, mai redusă însă cantitativ. Se pare deci că tiroxina ar fi veritabilul hormon. În tot cazul ea nu exclude coexistența altor hormoni, care ar avea rolul pregătitor (*Pende*). Tiroida conține în mod constant iod, 2—6 mgr. pe individ (*Popoviciu-Benetato*). Extractul total

sau tiroxina, administrată subcutan, intravenos, per os sau intra-peritoneal produce:

a) Creșterea arderilor și a metabolismului apei — scăderea greutateii se datorește deshidratării. Desintegrarea substanțelor proteice este exagerată. Met. bazal este mărit.

b) Asupra aparatului cardio-vascular produce ipotensiune, cu vasodilatație periferică. Prin administrare prelungită, ipertensiune. Ritmul cardiac devine tachicardic sau aritmic.

c) Ritmul respirator este modificat: polipnee, mărirea amplitudinilor mișcărilor respiratorii.

d) Aparatul digestiv, la doze mari, reacționează prin hipersecreție, diaree.

e) Produce hipertonia simpaticului; tremurături, agitație, exoftalmie, iritabilitate.

f) Rolul termoregulator, prin influența directă asupra metabolismului bazal, este legat și subordonat sistemului nervos central.

g) Cea mai importantă funcțiune este controlul regenerării și creșterii țesuturilor.

Deci se poate spune că glanda tiroidă, prin produsul sau producția săi, are un rol important în economia organismului, determinant în ceea ce privește nutrițiunea și creșterea. În mod clinic, hipofunțiunea produce mixedemul și nanismul, iar hiperfunțiunea și disfunțiunea boala lui Basedow.

Corelații cu alte glande endocrine:

1. Cu ipofiza e sinergică, în deosebi la organismele tinere.
2. E antagonistă cu pancreasul endocrin. În hipofunțiune tiroidiană toleranța pentru hidrații de carbon este crescută.

3. Paratiroidele sunt în parte sinergice.

4. Cu glandele genitale legăturile sunt constatate, nu însă suficient precizate. La animalele tiroidectomizate ovarele sunt atrofiat.

5. Cu glandele suprarenale relațiile sunt discutate, se crede că ipertiroida provoacă stimularea sistemului cromafin.

6. Timusul reacționează prin ipertrofe atât în hipo- cât și în hipersecreție tiroidiană.

BOALA LUI BASEDOW.

Etiologie.

Considerată boala lui Basedow, fie ca ipertiroidism, fie ca distiroidism, fie ca iper- cu distiroidism, cauzalitatea ne scapă. S'au luat în considerare toate momentele fiziologice și patologice, care pot favoriza apariția sindromului basedowian.

Vârsta. Cele mai frecvente cazuri sunt între 20—50 ani (72,2% după Gilbert-Dreyfuss). Perioadele extreme ale vieții contribuind în mică măsură.

Sexul. Contingentul cel mai mare îl dă sexul feminin.

Infecții generale și tiroidiene. Unii autori cred că tiroidita sau iperemia tiroidiană frecventă în stările infecțioase generale, pot determina o viciere secretorie a glandei, care poate merge până la un Basedow frust, sau chiar franc. În adevăr ipertiroidismul a fost semnalat în: a) reumatism articular acut și coree, b) febră tifoidă, c) scarlatină și streptococii, d) oreillon, e) gripă, f) tuse convulsivă, variolă, difterie, rușeolă, paludism, g) sifilis, susținut ca factor determinant de către unii autori, este combătut de alții. Se pot pune în evidență tiroidite secundare, terțiare gomoase sau sclerogomoase, eredosifilitice, destul de frecvent, însă mult mai rar tabloul basedowian. Sainton, în caz de tiroidă scleroasă și lobulată incriminează sifilisul. Hirschmann consideră adevăratul Basedow sifilitic de o excepțională raritate. h) tuberculoza. S'au semnalat frecvent, la tuberculoși, puseuri basedowiene fruste, care după Sergent ar fi o indicație pentru opoterapie ovariană, și o contraindicație pentru cea tiroidiană. Basedow-ul franc pare a constitui o pavăză pentru tuberculoză, nvers, formele fruste fiind puțin rezistente față de bacilul Koch. Mai ales tbc. incipient produce puseuri cu aspect ipertiroidian, dar e

dificil de a le confirma deoarece, met. bazal în mod obișnuit e crescut în orice stare febrilă.

Intoxicații. Opoterapia tiroidiană, mai ales cea inoportună (instituită pentru combaterea obezității), poate duce la forme fruste de Basedow. *Iodul*. Administrarea iodului ca profilactic în regiunile cu gușă endemică, sau rău dozat în terapia Basedow-ului, poate determina stări basedowiene, în primul caz, sau aduce agravări în cel de al doilea. E un lucru unanim recunoscut că numai pe un teren predispus (gușă) sau alterat (Basedow pre-existent), iodul are o acțiune nocivă. *Seroterapia*. S'a afirmat, în mod cu totul izolat, că accidentele serice evoluează cu creșterea corpului tiroid (Lavergne). Nici un alt autor nu a confirmat această observație. *Glandele endocrine* au fost, dar mai ales sunt încredințate în etiologia și patogenia Basedow-ului. Dar asupra lor vom mai reveni. *Debilitatea eredo-tiroidiană*. După Bergmann ar exista stări premorbide, ce fac încă parte din cadrul fiziologic. Aceste stări se manifestă prin anumite semne fizice. Persoanele cu această stare tireotropă pot face Basedow, în condiții în care un altul ar rămâne îndemn. *Sistemul nervos simpatic, turburări nervoase și emoții*. E stabilit că ipertiroidismul excită sistemul simpatic. Ar fi interesant de știut, dacă la rândul său simpaticele poate produce ipertiroidismul. Cele câteva cazuri observate până acum (Laignel, Bloch, Sergent, etc.) unde ipertiroidismul a apărut consecutiv unei iritații simpatică, nu au fost îndeajuns de evidente. Maranon susține că 28% din cazurile de Basedow sunt datorite emoțiilor, dar majoritatea acestora prezentau un teren ipertiroidian latent.

Toți factorii trecuți în revistă, pot figura ca momente favorizante, dar nici decum ca determinante.

Patogenie.

Souques, încă din 1913 a afirmat unitatea patogenică a Basedow-ului. Invocând orice fel de cauze, locale sau generale, un lucru e evident, că tiroida este întotdeauna centrul procesului fizio-patologic; celulele sale se hipertrofiază și secreția este modificată. Dar în timp ce unii autori (Oswald, Gley, Klose, etc.) consideră Basedowul ca o consecință a distiroidismului, ceilalți (Kraus, Falta, M. Labbé, etc.) îl încadrează ca o tireotoxicoză prin ipertiroidism. Discuțiunile histo-fiziologice, ca unitatea sau

dualitatea secreției tiroidiene, rolul veziculelor și al insulelor pline, semnificația coloidului (ca substanță de rezervă sau simplu deject)), nu pot aduce argumentul anatomo-patologic decisiv. În clinică, mixedemul și Basedow-ul se opun punct cu punct, ori mixedemul franc traduce patologia atiroidiei complete, iar tratamentul opoterapic exagerat al mixedemului poate cauza stări basedowiene. Prin tratamentul chirurgical sau radiologic, o bună parte din glandă este eliminată, restul, admițând distiroidismul, ar însemna să producă aceeași secreție calitativ viciată, care ar menține mai departe fenomenele morbide. Lucrul acesta nu se întâmplă: prin tratamentele de mai sus, reducând masa glandulară, deci și secreția, tabloul patologic se ameliorează. Teoria americană (Plummer) care își bazează aserțiunea distiroidismului din Basedowul primar pe deosebirea clinică dintre Basedow și adenomul toxic, este combătută (M. Labbé), prin faptul că existența acestei deosebiri nu este confirmată în clinică.

În ultimele decenii se susține din ce în ce mai mult natura pluriglandulară a acestui sindrom, prin acele teorii numite patogenice:

Teoria paratiro-tiroidiană și cea pluriglandulară (susținută de școala din Viena).

Teoria ipofizo-tiroidiană. Lobul anterior ipofizar produce un hormon tireotrop. La rândul său ipofiza e sub dependența mezocefalului. De aici unii autori au clasificat ipertiroidismul în tiroidian, ipofizar și mezocefalic. Cazuri refractare röntgenoterapiei tiroidiene s'au ameliorat prin iradiere ipofizară.

Teoria timico-tiroidiană. La basedowieni timusul este hipertrofiat participând în mod efectiv la alcătuirea tabloului clinic. Unele observații conchid că ipertimizarea dă stări morbide foarte asemănătoare Basedowului. Semnele vagotonice din Basedow indică o precumpănire a elementului timogen, unele insuccese după strumectomie explicându-se prin componenta timică.

Teoria suprarenno-tiroidiană. Hiperfuncțiunea tiroidiană stimulează sistemul cromafin. Crille susține că exacerbațiunile ipertiroidiene se datoresc adrenalinei, și a obținut rezultate frumoase prin extirparea suprarenalei; în unele cazuri ameliorări totale, iar în general reducerea semnelor simpatice.

Teoria genito-tiroidiană. Basedowul survenind în marea majoritate la femei, în perioada genitală (15—50 ani), în multe cazuri accidentele din sfera genitală, înscriindu-se ca momente

declanșante pe de o parte, iar pe altă parte, unele succese terapeutice prin iradierea ovarelor, a făcut ca legătura genito-tiroidiană să fie luată în discuție, fără a se fi precizat până acum, dacă e un raport de antagonism sau de sinergism.

Trebue să amintim și *concepția genezii periferice*, care după *von Bergmann*, s'ar explica printr'o oxidațiune exagerată la periferie, viciu care declanșează o iperfuncțiune tiroidiană, iar după *Eppinger* prin „seröse Entzündung“, îngroșarea membranei capilare, iar de aici necesitatea mai mare de oxigen pentru schimbările energetice



SIMPTOMATOLOGIE.

Cortegiul simptomatic al Basedowului este bogat, atât ca număr, cât și ca variație, la care trebuie adăugat faptul, că adeseori unele dintre semnele considerate cardinale, pot lipsi. Aceste semne sunt:

1. *Metabolismul bazal*, este numărul de calorii degajat pe oră și pe metru patrat de suprafața a unui organism, plasat în condiții fiziologice date (repaus absolut, temperatura ambientă 18° , à jeun complet de 12 ore) și constituie o constantă fiziologică, analoagă celei termice sau sfigmometrice. Este scăzut în: mixedem (congenital, câștigat și experimental), ablația parțială sau totală a glandei tiroide, cretinism, și nu întotdeauna în gușa simplă. Crește transitoriu în: stări febrile, frisoane, dispnee, perioada menstruală, gravitate, iar în mod durabil în: sindromul Basedow, opoterapie tiroidiană, și relativ în sindrome genitale (menopauză), suprarenale, ipofizare, acromegalie, diabet. Variațiunile normale ale metabolismului bazal sunt între -10% și $+10\%$. Se consideră de patologic pentru ipertiroidism, cifra peste $+10\%$ și pentru ipotiroidism sub -10% . Pentru a stabili însă diagnosticul de Basedow, se cere ca cifra să fie peste $+20\%$. Metabolismul bazal clasifică Basedowul în ușor ($+20\%—+30\%$) mijlociu ($+30\%—+60\%$) și grav (peste $+60\%$). Sunt citate cazuri cu $+150\%$ (Maranon și Carrasco). Acest test biologic este semnul cel mai fidel de diagnostic și prognostic din sindromul basedowian. El ne arată gravitatea cazului și prin determinarea lui repetată, putem constata în modul cel mai just evoluția, bună sau rea a boalei, deci continuarea sau preschimbarea tratamentului început.

2. *Exoftalmie și semne oculare*. Consecință directă a excitațiunii simpaticului cervical, exoftalmia poate fi reprodusă experimental și nu constituie un semn absolut de diagnostic. Se găsește

în 74% cazuri (Sainton), 68% (Gilbert-Dreyfuss). Prociđența globilor oculari se face în mod lent și bilateral, uneori abia observabilă, alteori mult exprimată, punând în evidență o privire stră-lucitoare, mirată sau tragică. Tratamentul antitiroidian, o influențează puțin, fiind unul din cele mai rezistente semne reziduale sau post-basedowiene, deci valoarea prognostică e foarte redusă.

Semne oculare: semnul lui *Graefe*, pleoapa superioară nu urmărește globii oculari la privirea în jos. Se găsește în 20% cazuri (Sainton). Semnul lui *Stelzweg* este: a) retracțiunea pleoapei superioare (cornea și sclerotica rămân descoperite în somn) și b) clipirea mult mai rară a pleoapei superioare (normal 3—10 pe minut). Semnul lui *Moebius* — convergența dificilă a globilor oculari. Semnul lui *Jellinek* — pleoapele bronzat pigmentate. Semnul lui *Joffroy* — la privirea în sus fruntea nu se încrețește.

3. *Tachicardia și semne cardio-vasculare*. Tachicardia face parte dintre așa numitele semne majore sau cardinale. Ritmul cardiac atinge o frecvență de 100—150, rar 200 bătăi pe minut. Este regulat dar instabil, variațiunile fiind ușor provocate de emoții, eforturi, etc. În fazele de agravare a boalei, frecvența crește. S'a susținut că tachicardia ar merge paralel cu metabolismul bazal. Paralelismul acesta însă de foarte multe ori lipsește, așa că valoarea practică pentru aprecierea intensității tiro-toxicozei este destul de redusă.

Bradicardia prin disociație atrio-ventriculară este excepțională.

Eretismul cardiac și al marelor artere (indeosebi ale gâtului) este frecvent (72%, Gilbert-Dreyfuss).

Palpitațiunile apar aproape în mod constant și sunt refractare tratamentului, persistând chiar după ameliorarea celorlalte fenomene.

Aritmia completă este diferit evaluată de autori, 3% (Leo), 33% (Kem și Hensel) 4,4% (Moga și Medeșan).

Aritmia extrasistolice, observată numai la ritmul inferior cifrei de 120 pe minut, după o lucrare a Clinicei Medicale din Cluj (Moga-Medeșan) 6,6%.

Tensiunea arterială: după aceeaș lucrare a Clinicei Medicale, tensiunea maximă este mărită în 30% cazuri, procent găsit și de alți autori. Tensiunea arterială ar prezenta 3 faze evolutive: ipertensiune prin iperepinefrie, ipotensiune prin ipertiroidism și iper-

tensiune prin hipertrofie cardiacă. Presiunea diferențială a fost utilizată de Read la alcătuirea unei formule matematice pentru aflarea metabolismului bazal: $M. B. = 0,75$ (frecv. puls $+0,74$ pres. dif.) -72 . Formula nu dă însă rezultate precise și nu poate fi utilizată.

Dimensiunile cardiace sunt mărite în o treime din cazuri, hipertiroidismul provocând reacții volumetrice ale cordului, mai ales când și alți factori colaborează. Această reacție depinde în mai mare măsură de vechimea afecțiunii decât de intensitatea ei. În toate cazurile unde apare insuficiența circulatorie, aceasta se instalează definitiv, devenind cronică, progresivă.

4. *Tremurăturile*. Descrise clasic de Charcot și Pierre Marie, figurează aproape constant în semiologia basedowiană (90—93%, Kocher, Lucien, Gilbert-Dreyfuss). Se caracterizează printr'un tremur rapid, mic, vibrator, mai exprimat la extremități, în poziție de echilibru. Poate exista de asemenea la para- și post-basedowieni.

5. *Corpul tiroid* (gușa). Variațiile de volum ale glandei tiroide în debutul și de cursul Basedowului, sunt obișnuite. Poate fi de volum și formă normală, ceea ce nu arată că funcțional e normală. Putem găsi un corp tiroid normal în aparență, neperplaziat, dar cu un mod palpabil, sau o hiperplazie difuză. Creșterea poate fi bilaterală, predomină sau strict unilaterală. Mult mai frecvent localizată la lobul drept. Consistența este moale, elastică, devenind cu timpul mai rezistentă. Poate fi însoțită de semne vasculare locale ca: freamăt și expansiune sistolică sau sufluri continue ori discontinue. Între variațiile de volum și gradul de toxicoză nu există un raport direct.

6. *Scăderea în greutate*. Deși menționată numai ca un semn secundar în tratatele clasice, din statistici i s'a recunoscut valoarea semiologică, toate cazurile de hipertiroidism fiind însoțite de o mai mare sau mai mică scădere în greutate. Dacă această scădere poate fi cauzată nu numai de tireotoxicoză ci și de turburările gastro-intestinale consecutive, curba ei poate arăta însă pentru un caz dat, evoluția boalei, fiecare puseu evolutiv fiind însoțit de un caracter corespunzător al acestei reprezentări. Ea nu ne poate indica vechimea afecțiunii și nici valoarea aproximativă a metabolismului bazal.

7. *Turburări vasomotorii*, frecvente în Basedow, sunt uneori mai accentuate în perioadele menstruale. Bufeuri de căldură,

eritem de pudoare (mai accentuat în regiunea pretiroidiană), transpirații profuze, termofobie, dermografie, acrocianoză.

8. *Turburări genito-urinare.* Turburările de ritm ale perioadelor menstruale sunt foarte frecvente. Mergând dela o scurtare a duratei 3—2—1 sau $\frac{1}{2}$ de zi, până la dispariția completă, altă dată ca o menopauză prematură, ori o amenoree transitorie sau definitivă. Revenirea menstruației se face spontan, sub influența tratamentului iodat, chirurgical sau opoterapie ovariană. Sarcina e posibilă, fiind însă întreruptă de cele mai multe ori prin avort, rareori e suportată până la termen. La bărbați funcțiunea genitală e mult mai rar afectată, prezentând tendință spre diminuare.

Turburări urinare: poliurie, cu urină clară, albuminurie pasageră, ce coincide cu fazele de agravare generală.

9. *Turburări digestive.* Sialoree, uscăciunea gurei, faringită cronică, modificări de apetit, turburări gastrice (grețuri, vărsături), intestinale (diaree, 38% Moebius), constipație, alternanță de diaree cu constipație), lenterie. Diareele ar fi datorite diminuării acidului clorhidric liber în stomac, diminuare datorită ipertiroidismului. Aceste turburări sunt greu influențabile prin medicația obișnuită, dispar însă uneori spontan.

10. *Disfonia și turburări respiratorii.* Mai obișnuite în gușa simplă, pot apare totuși și în gușele basedowificate sau chiar în Basedowul primar și constau din: tachipnee de efort, paralelă tachicardiei, ritm sacadat, incursiuni diafragmatice reduse, capacitatea respiratorie scăzută.

11. *Turburări psihice și nervoase:* iperemotivitate, iritabilitate, caracter instabil, astenie, nevralgii, iperestezii viscerale, paralizii ale mușchilor ochiului, feței, contracturi, convulsioni, etc.

12. *Modificările sangvine.* Sunt inconstante și fără valoare clinică. Se poate găsi uneori mononucleoză 60%, eosinofilie 8%, și scăderea polinuclearelor 20%.

13. *Sistemul pilos și tegumentele.* Se prezintă în puține cazuri turburări ca: vitiligo, plăci ipercrome, melanodermie. Aceste fenomene par mai degrabă de origine suprarenală.

FORME CLINICE.

Clasificarea cea mai potrivită a stărilor basedowiene se bazează pe intensitatea fenomenelor de ipertiroidism. Din acest punct de vedere, utilizând proba metabolismului bazal, se face următoarea clasificare: Basedow ușor (+20%—+30%), Basedow mijlociu (+30%—+60%), Basedow grav (peste +60%). În clinică, în mod curent este utilizată o altă clasificare. Astfel avem Basedow frust, Basedow primar, Basedow secundar și Basedow iodic.

1. **Forme fruste de Basedow.** Endocrinologia, prin terenul tot mai important pe care-l câștigă în patologia umană, explică multe din stările morbide prin factorul tiroidian. Metabolismul bazal însă, are cuvântul hotărâtor putând deosebi formele fruste basedowiene de gușele simpaticotonice și de sindromul parabasedowian. Sunt forme fruste acelea care prezintă în mod constant un metabolism bazal peste +20%, tabloul clinic fiind extrem de variabil, unul sau mai multe dintre semnele clinice putând lipsi. Gușa poate fi mărită sau nu, de asemenea semnele oculare. Sunt mai frecvente semnele subiective. Scăderea în greutate e aproape constantă. Evoluția cea mai obișnuită e în puseuri succesive, fiind bine influențate de tratamentul cu raze X și iod.

Basedow primar sau tipic. Cazurile de Basedow unde dela început întreagă simptomatologia se dezvoltă simultan. În același timp apar gușă, tremurături, tachicardie, metabolism bazal mărit, etc. Simptomatologia acestei forme a fost expusă în paginile anterioare, așa că nu o mai repetăm. Reamintim numai că foarte adesea multe dintre aceste semne pot lipsi

Basedow secundar, gușă basedowificată sau adenomul toxic. Pe un teren local alterat, gușa adenomatoasă, survin semne de ipertiroidism, adică o strumă simplă, suportată mai multă vreme, care la un moment dat produce întreagă simptomatologia Basedowului. Autorii americani (Plummer, Boethby), fac o deosebire

netă între Basedowul primar și adenomul toxic, atât în ce privește simptomatologia cât și tratamentul. Dăm mai jos o paralelă a simptomelor diferențiale (după I. Gavrilă).

Basedow primar

Adenom toxic

Gușă difuză parenchimatoasă, vasculară, pulsează, cu freamăt și sufluri.

Etatea medie 30 ani.

Gușa apare în cursul boalei.

Desvoltarea rapidă a simptomelor. (Câteva luni).

Exoftalm aproape constant.

Turburări psihice dese, crize gastro-intestinale.

Compresiunea tracheii foarte rar.

Presiunea arterială mai des normală.

Met. bazal foarte mărit, până la 100% și variabil.

Gușă nodulară, nu pulsează, fără sufluri, fără freamăt.

Etatea medie 47 ani.

Gușa este preexistentă de mai mulți ani.

Desvoltare insidioasă. (Mai mulți ani).

Exoftalmul poate lipsi.

Lipsește.

Compresiunea tracheii frecvent.

Presiunea arterială des mărită.

Met. bazal moderat 30—40% și constant.

În clinică aceste diferențe nu sunt însă confirmate de toți autorii și în special școala franceză (M. Labbé, Dautrebande, etc.), ajunge la concluzia că ipertiroidismul este unul, fie că e vorba de ipertiroidism frust, primar sau secundar, semnificația fiziopatologică este aceeași și implică același sancțiuni terapeutice.

Basedowul iodic. Cele mai multe din cazurile suspecte de Basedow iodic se ameliorează după încetarea administrării iodului, cazurile renitente explicându-se prin ipertiroidism preexistent și rezistent iodului. Sunt cazuri unde pe o gușă simplă tratamentul cu iod dă naștere fenomenelor de ipertiroidism, care pot apărea în completul lor. Acest ipertiroidism poate ceda după suspendarea iodului, dar poate constitui punctul de plecare al unui Basedow, de aceea se impune, în administrarea iodului la gușele simple, cea mai mare prudență.

TRATAMENTUL

Așa cum am mai spus și în introducerea acestei lucrări, puține dintre manifestările clinice ale patologiei umane, au evoluție atât de variată ca Basedowul. Evoluează cu puseuri de agravări și de ameliorări spontane. De aceea toți autorii sunt de părere, că orice concluzie în terapia Basedowului nu trebuie luată în considerare, decât dacă este bazată pe un cât mai mare număr de fapte riguros controlate, adică, se poate conchide asupra rezultatelor, numai când prin aceeași metodă, se obțin în mod constant rezultatele favorabile.

Mijloacele terapeutice întrebuintate în lupta antibasedowiană pot fi grupate în trei mari clase:

1. Tratament medical,
2. Tratament fizioterapic,
3. Tratament chirurgical.

Tratamentul medical.

Igienic-repaus și alimentațic. Repausul la pat, deci fizic, precum și unul moral, evitarea emoțiilor, șocurilor nervoase, preocupărilor intense, pe lângă un regim bogat în hidrați de carbon și grăsimi, fără toxice (ceaiu, cafea, alcool, tutun, etc.), poate aduce în unele cazuri ameliorări însemnate. Metabolismul bazal poate scădea cu 20—30% până chiar la cifra normală în cazuri de Basedow ușor. Cura trebuie să fie prelungită și e mai eficace într-o stațiune climaterică de altitudine subalpină.

Substanțe medicamentoase. *Salicilatul de sodiu*, indicat ca medicament simptomatic, sau etiologic (în Basedow de etiologie reumatismală) nu a dat rezultate care să-i prelungească utilizarea.

Chinina, preconizată de Paulescu sub forma de sulfat, clor-

hidrat, etc. a fost mult întrebuințată, astăzi numai ca un adjuvant sedativ.

Boratul de sodiu, pe care-l amintim numai.

Tartratul de ergotamină (Ginergenul Sandoz) a cărui acțiune electivă asupra elementului simpaticotonic din Basedow a avut o glorie efemeră, căci observațiile unor autori autorizați (M. Labbé, Porgès) au arătat accidente grave pe care le produce (cefalee, greață, vome, sincope, angor, emiplegii). Astăzi e indicat rar de tot și numai per os, în doze foarte reduse.

Vin apoi *medicamentele simptomatice*: bromuri alcaline, săruri de calciu, luminal, chinină, digitală, etc. După o statistică a Clinicii Medicale din Cluj (O. Păcurariu), pe un total de 81 bolnavi tratați prin repaus și medicamente, fără iod, radioterapie sau intervenție chirurgicală, s'au obținut următoarele rezultate: mari ameliorări 6,1%, mici ameliorări 30,7%, aceeaș stare 53,8%, agravate 7,6%, decese 1,5%.

Vitaminoterapia este reprezentată prin încercările actuale ce se fac cu vitamina A (Preparatul Vogan) și care pare a da rezultate bune. Natural că în clinicile unde se experimentează acest lucru tratamentul cu Vogan este combinat, așa că este încă prematur de a interpreta rezultatele bune numai prin prisma vitaminei A. Unele cazuri tratate numai cu Vogan s'au ameliorat într'un mod simțitor (H. Wendt).

Etioterapia umorală, serul de animal etiroidat, serul Moebius, e căzut de asemenea în desuetudine.

Tratamente opoterapice. Opoterapia ovariană cu oarecare efecte în cazurile suspecte de origine genitală, pare a influența favorabil sindromul ipertirodian. Opoterapia ipofizară, paratirodiană (Marinescu), suprarenală, timică, pancreatică, nu pot fi decât amintite. Cea tirodiană actualmente e considerată direct vătămătoare.

Tratamente etiologice: tratamentul antisifilitic (Sainton), iar în țările anglo-saxone, dându-se o mare importanță infecțiunilor amigdaliene, tratamentul în consecință.

Iodoterapia. Dintre mijloacele terapeutice contra Basedowului nici unul nu a suferit atâtea eclipse și reveniri ca iodul. Într'ebuințat încă din 1840 de însuși Basedow, este utilizat de medici pe o scară destul de întinsă, până când inconvenientele survenite în decursul tratamentului, fac ca să fie condamnat. Trouseau, care făcuse parte dintre cei ce-l izgoniseră, mai târziu re-

vine, recunoscând că totuși, câteodată, iodul aduce ameliorări. Mai târziu Kocher descriind iod-Basedowul, sperie complet lumea medicală, deși el îl admite ca tratament preoperator. În 1911, Marine și Lenhardt demonstrează că glanda hiperplaziată este mai săracă în iod, decât normal și că hipertrofia este datorită acestei carențe. Chvostek, Neisser, Loewy, Zondek, etc. publică rezultate, care reabilitează medicația iodică. Dar mai ales autorii americani, aducând statistici impresionante, fac ca iodul să-și recâștige pe deplin locul de onoare din arsenalul antibasedowian. În Europa este din nou reluat și studiat clinic de către M. Labbé, Fraser, Holst, Troelle, Dautrebande, etc., cari îl utilizează și în adenomul toxic, spre deosebire de americani.

Modul de acțiune al iodului s'ar explica prin faptul că glanda hipertrofiată și mai săracă în iod, poate acumula iodul și consecutiv și-ar reveni la funcțiunea normală. În stare fiziologică glanda tiroidă conține 0,2% iod, adică 2 mgr. iod la un gram de substanță tiroidiană uscată. Atunci când scade sub 0,1%, glanda reacționează prin hipertrofie și hiperplazie, iar când crește spre 2,2%, reacțiunile cedează, așa că, după Dautrebande, se poate spune că rezerva iodată a glandei variază în sens invers cu hiperplazia. Deși scăderea iodului intratiroidian e origina comună a tuturor gușelor, carența se datorește atât unui deficit de aport, cât și a unui de fixare locală. După Mac. Lendon (citată de Dautrebande), în Statele Unite gușele simple ca și cele hipertiroidiene sunt repartizate în regiunile cu ape sărace în iod.

După administrarea iodului, aspectul macroscopic și microscopic al glandei tinde să revină la normal. Hiperplazia și hipervascularizația scad, în timp ce cantitatea coloidului crește. Acest efect poate începe curând după iodizare, mai frecvent și totodată mai evident se observă după o lună sau două de tratament. Nu toți autorii sunt însă de acord asupra rolului inhibitor al iodului, asupra glandei tiroide. Aceștia (Loeb, Grey), cred că iodul e stimulent al glandei, dar met. bazal nu este crescut, datorită fie faptului că deși excitant, iodul nu crește quantumul hormonal, fie că reține hormonul, fie că iodul, independent de tiroidă, scade el însuși met. bazal. După Plummer, iodul acționează prin fixarea sa pe tiroxina desiodată.

Toate aceste ipoteze în esență, recunosc același lucru, că iodul readuce spre normal o secreție glandulară perturbată, ceea ce rezultă atât din probele clinice, cât și histologice.

Dozajul și tratamentul. Soluții întrebunțate:

Loewy și Zondek: I. K. sol. 5%.

Fraser: Tra. iod. 5 sau 10% fără I. K.

Dautrebande: Lugol dublu sol. 10/20/100.

Plummer, Labbé, Clinica Medicală din Cluj, etc.

Sol., Lugol forte: Iod 5 gr., I. K. 10 gr.,
Apă 100 cmc.

Tratamentul iodat, în afară de cel atașat tratamentului chirurgical sau celui radiologic, e divers aplicat de autori. Pozologia variază atât prin cantitatea de iod, cât și prin timpul cât va dura tratamentul.

Clinica Medicală din Cluj urmează următoarea schemă:

A. *Tratament de atac.* Ziua I-a: 5+5+5 pic. se urcă doza zilnic cu câte 3 picături până la 3×10 sau chiar până la 3×15. La această doză bolnavului i se determină iarăși met. bazal. După Dautrebande e recomandabil a fracționa cât mai mult dozele, ajungând a se prescrie câte 2—4 picături în 10—20 reprize, spre a neutraliza astfel eliminarea rapidă a iodului. (50% în 24 ore, după Potel).

1. *Rezultate imediate*, pot fi: 1. Eșecuri imediate, dela 12% (Starr) până la 24% (Dautrebande), dar majoritatea acestora, după Gilbert-Dreyfuss, se explică prin alți factori nocivi, dintre cari unii pot fi evitați: insuficiențe cardiace, tratament cu doze insuficiente, diabet, sarcină, un puseu evolutiv ipertiroidian iodorezistent. 2. Succese imediate, ce se manifestă prin o scădere marcantă a metabolismului bazal, ameliorare clinică (creșterea greutateii corporale, fenomene subiective mult diminuate, turburări intestinale de asemenea, tachicardia diminuată — palpitațiunile, exoftalmia și volumul gusei perzistând). Faza aceasta de ameliorare imediată durează aproximativ 2 săptămâni, când atinge punctul maxim și este momentul cel mai favorabil pe care-l utilizează chirurgii.

B. *Perioada secundară a tratamentului.* De cele mai multeori după amelioraera imediată, observată în primele 15 zile, tabloul clinic se schimbă și met. bazal nu numai că nu scade mai departe sau să se mențină, dar chiar crește. Lucrul acesta a făcut pe mulți medici să abandoneze tratamentul iodat, considerând revenirea morbidă ca definitivă și datorită iodului. Crescând însă dozele, fie 1—2 picături la zi în plus, fie 20 picături tot la 10 zile, bolnavii își revin. Se poate ajunge astfel până la 80—100 picături pe

zi. Dozele acestea pot fi bine tolerate, nu trebuie însă să se abuzeze, ci sub controlul met. bazal, la fiecare caz, să se stabilească doza maximă necesară. Tratamentul trebuie să fie continuu. Această perioadă durează dela câteva săptămâni până la 3 luni. Pentru a preveni eventualele neajunsuri, pe cari le vom discuta mai jos, e bine să se ia următoarele măsuri: a) repaus absolut în pat, b) fracționarea dozelor, c) să se institue tratamente adjuvante: chinină, vogan, dar mai ales radioterapie.

2. *Rezultate îndepărtate.* Un șir lung de autori, mai ales partizanii intervenției chirurgicale, susțin că mai devreme sau mai târziu efectul iodului trece, bolnavul reîntorcându-se la boala sa care poate fi mai gravă. Totuși sunt cazuri observate, unde o ameliorare însemnată, ceea ce poate echivala cu o vindecare, s'a păstrat ani îndelungați. (Dautrebande, M. Labbé).

C. *Tratamentul de fond.* Cele mai multe cazuri necesită instituirea unui tratament de fond, ce durează ani de zile, obligând bolnavii, în acest timp, la o îngrijire zilnică. Pozologia este proporțională nevoilor fiecărui caz în parte. Numeroase sunt cazurile, unde odată cu încetarea tratamentului, reapare starea basedowiană, care cedează imediat la reluarea iodului. Se poate spune deci că iodul permite bolnavilor o existență aproape de normal în așteptarea vindecării definitive. Lucrul acesta îi poate scuti pe mulți de riscurile operației. Rămâne o categorie de cazuri, care înafară de cele a căror existență se datorește unor factori nocivi extratiroidieni, nu profită de tratamentul iodic și cărorora nu le rămâne decât mijlocul intervenției.

Accidentele iodice, așa zisul iodism, conjunctivită, coriză, etc., sunt foarte rare și fără vre-o alură gravă, neputând constitui o contraindicație. După unii autori, aceste accidente se datoresc numai abuzului de iod. Agravările generale, concomitente aplicării iodului, după M. Labbé, ne arată numai prezența unui puseu evolutiv, datorit însuși mecanismului morbid, mai puternic decât influența frenatoare a iodului.

Se poate spune deci că de tratamentul iodic profită toate formele de Basedow, chiar și cele secundare, pe cari autorii americani le socotesc neinfluențabile. Având în vedere însă că vindecări definitive s'au semnalat foarte rar, tratamentul cu iod își menține valoarea prin faptul că atât terapia radiologică, cât și cea chirurgicală beneficiază enorm prin asocierea lui.

În clinică toate stările basedowiene sunt întâi încercate prin

iod, atât ca pregătire pentru operație sau raze X, cât și ca tratament prin el însuși. Acolo, unde ameliorările sunt frapante, starea generală, metabolismul bazal, (care trebuie să se mențină sub +20%) și toate celelalte semne clinice cedând, se va continua tratamentul iodat, căutând a preciza pentru fiecare caz dozele cele mai potrivite. Când ameliorarea este pasageră, și mai târziu sau mai devreme, tabloul clinic revine, celelalte mijloace de vindecare, intervenția chirurgicală și radioterapia, pot fi utilizate cu aceleași șanse de reușită, ca și în cazul aplicării lor din primul moment. Totuși anumite forme au indicație precisă fie pentru operație, fie pentru Röntgen. Pe acestea le vom expune la capitolele speciale



TRATAMENTUL FIZIOTERAPIC.

Radioterapie. Tratamentul prin iradiere a plecat dela faptul că tiroida iradiată întâmplător a produs mixedem. Röntgenoterapia în Basedow a fost introdusă de Williams (1902), Mayo (1904) și Beck (1905), studiată și dezvoltată de Freund, Schwartz, Sielmann, Krause, Bergonié, Clunet, Delherm, M. Labbé, Solomon, etc. Modul de acțiune a razelor Röntgen în Basedow e încă mult discutat. Efectul iradiației ar fi numai frenator, prin radiosensibilitatea particulară a celulelor glandulare în stare de activitate secretorie. (Astier). Radioterapia micșorează secreția celulelor ipersecretorii și este deci la fel cu rezecția strumei (Borak). Razele Röntgen pun în libertate iod din molecula de iod-tireo-globulină (Salzmann). Modul de acțiune constă într'o încetinire, o deprimare, o reducere a creșterii și funcțiunii celulelor (Holzknecht). Majoritatea autorilor conchid că dozele terapeutice utilizate în ipertiroidism nu produc alterații istologice asupra glandei tiroide, iar razele Röntgen pot readuce, parțial sau complet, la o funcțiune normală stările de iper și disfuncțiune, nicio dată neobservându-se un efect excitator. O celulă este cu atât mai sensibilă la acțiunea razelor, cu cât activitatea sa biologică este mai mare (Bergonié și Tribondeau). Intre procesele biochimice patologice și cele normale există o deosebire importantă de radiosensibilitate, de aceea funcția normală a unei celule este mai greu de influențat, inversul fiind valabil pentru celulele cu funcțiunea normală. Pentru ca razele R. să aibe un efect asupra celulelor, trebuie ca acestea să fie în stare de funcțiune, să facă parte din complexul istologic, care constituie un organ viu, iar acesta să fie la rândul său în organism, având deci toate conexiunile vasculare și nervoase cu acest organism. (D. Negru).

Technica. Prin Röntgenoterapie se urmărește diminuarea funcțiunii glandei tiroide și nu suprimarea ei. Rezultatul tera-

peutic variază puțin în raport cu doza, adică se obține aproximativ acelaș rezultat, cu un minim de cantitativ de raze. Chiar duritatea razelor, dincolo de o anumită limită, pare a nu mai avea o influență netă asupra efectului terapeutic. Vom aminti câteva tehnici actuale a diferitelor centre medicale (citate în majoritatea lor după Prof. D. Negru — Raport la al doilea Congres Național de Radiologie, Cluj, 1937).

Viena (Institutul Holzknacht): un singur câmp, duritate 150—170 Kv., filtru greu $\frac{1}{2}$ mm. Cu, distanța focus—piele 30—40 cm. În cazurile grave doze mai mici, pentru a nu sili celulele să-și deverse brusc toată secreția. Între doze, câteva zile repaus.

Scoala franceză (Bèclere, Solomon): Doi câmpuri laterali cervicali, filtru 0,5 mm. Cu +1 mm. Al. Tensiune 120—150 Kv. Se dă 160 r pe câmp și ședință, ambii câmpuri în aceeași ședință. Doza totală 1800 r, în 12 ședințe săptămânale sau bilunare. Seria doua după 2 luni, a treia, dacă e indicată, după 3 luni.

L. Gally și M. Levy dau doze mari de raze dure. Tensiunea 200 Kv doza dela 3000—20.000 R Solomon, prima în 15 zile, a doua în 6 luni. Prin doza profundă se iradiază și firele simpaticului din regiunea cervicală.

Hess dă 150—180 r pe ședință, 6 ședințe fac o serie, care durează 2—3 săptămâni. Doza totală 8000—10.000 r pe serie. Cu cât cazul e mai grav, doza e mai fracționată.

Zimmer iradiază cu 135 Kv tensiune, filtru 10—12 Al doza 100—200 r pe câmp, 700—900 r pe câmp de serie, 2 ședințe pe săptămână. Iradiază, în unele cazuri și suprarenalele cu 6 ședințe de 400 R Solomon.

În Institutul de Radiologie Cluj, din Martie, 1937, se iradiază cu raze 160 Kv max, $\frac{1}{2}$ mm Cu +4 mm Al; 200 r pe ședință, 5 ședințe: una anterioară, tiroidă—timus, și câte 2 pe fiecare lob la 3—4 zile interval. Aceeaș poartă se repetă la 7 zile. Toată seria durează 14 zile. Cel mult 3 serii, iar între serii pauză de 4—6 săptămâni. Tratamentul este continuat până la revenirea metabolismului bazal la cifra de +15—+20%.

Rezultate.

Vindecarea și aici ca și la iodoterapie e diferit interpretată. Vom da mai jos mai multe rezultate statistice a diferiților autori:

Sielman (1923) din 500 cazuri, cu 50% forme fruste, obține: vindecări în 50,5%; ameliorări 44,5%; refractare 5%. Formele acute și subacute se pretează cele mai bine la tratament.

Izer Solomon (1926) din 100 cazuri: vindecări 70%; ameliorări 27%; refractare 7%.

Borak (1926): ameliorări mari 80%; în 1—4 luni, dintre aceștia o treime devin cu timpul vindecați complect.

Krause (1928) din 1342 cazuri obține: 10% vindecare complectă; 5% agravate; iar în medie generală un rezultat pozitiv de 82%.

L. Gally și *M. Lewy* (1936) din 76 cazuri cu B. ușor toate ameliorate sau vindecate, 53 cazuri cu B. mijlociu, din care la 40 met. bazal a scăzut cu 20—30%, ameliorate mult. Din 25 cazuri de B. grav, 23 au beneficiat prin radioterapie.

Gunsette, Seeger, Ritter și *Schneider* din 100 bolnavi: 44 au fost reexaminați, dintre care 32 vindecați, 8 ameliorați și 3 insuccese. 55 cazuri din cele 100, raportând în scris; 42 vindecați, 4 ameliorați și 10 insuccese.

Delherm și *Morel-Kahn* (1931) din 120 cazuri, vindecare sau mare ameliorare 77%, 18,3% aceeași stare, 3 cazuri agravate.

M. Labbé și *Azerad* (1935) din 28 cazuri de B. grav obțin 28,5% vindecări, 39,3% mari ameliorări, 21,5% mici ameliorări, 10,7% insuccese.

Gilbert-Dreyfuss (1930) din 30 cazuri găsește 3 vindecări, 5 mici ameliorări, restul insuccese.

Stanciu-Stroia (teză, 1928) din 78 cazuri, află 80—85% vindecări și ameliorări, recidive 10—15%, refractare 5%.

D. Negru (1936) pe 295 cazuri tratate la Institutul de Radiologie din Cluj, între anii 1922—1937, parțial controlate ulterior, clasează rezultatele în modul următor: vindecate 7%, foarte ameliorate 22%, ameliorate 55%, insuccese 16%. Rezultatele sunt interpretate în funcție de 3 semne: pulsul, greutatea corporală și met. bazal.

Din 295 cazuri tratate, 41 au putut fi controlate, la aceștia efectele radioterapice sunt următoarele: vindecări 39%, mari ameliorări 26,8%, ameliorări 26,8%, insuccese 7,3%.

După formele clinice:

Rezultate	B. tipic	B. frust	B. secundar
vindecări	12 (37,5%)	2 (28,5%)	2 (100%)
mari ameliorări	9 (28%)	2 (28,5%).	— —
ameliorări	8 (25%)	3 (42,9%)	— —
insuccese	3 (9,3%)	— —	— —

I. *Gavrilă* (1937) asupra 159 cazuri ospitalizate în clinica medicală Cluj (1926—1936) și tratate la Institutul de Radiologie Cluj, așa că în statistica anterioară figurează și aceste cazuri. Rezultatele sunt interpretate prin aceeaș prismă. Dacă cele trei semne: pulsul, greutatea și met. bazal revin la normal, menținându-se la examenele ulterioare, înseamnă vindecare. Marile ameliorări, unde cele trei funcțiuni sunt aproape normale, bolnavii putând relua o viață normală. Ameliorările acolo, unde tabloul clinic amendându-se, nu însă până la a-l scuti pe bolnav de restricțiuni mai mult sau mai puțin severe. Insuccesele, cazurile neameliorate câtuși de puțin, unele chiar agravate.

Rezultatele acestui autor sunt următoarele: 7,5% vindecări; 23,2% ameliorări mari; 58,5% ameliorări și 10,6% insuccese.

După formele clinice:

		vindecat	f. ameliorat	ameliorat	insucc.
B. ușor	din 35 cazuri	5 (14,3%)	9 (25,6%)	21 (60%)	—
B. mijlociu	din 69 cazuri	6 (8,7%)	15 (21,7%)	44 (63,7%)	4 (5,8%)
B. grav	din 55 cazuri	2 (1,8%)	13 (23,6%)	28 (50,9%)	13 (23,6%)

Se poate vedea ușor că vindecările cele mai numeroase aparțin formei ușoare și mijlocii, pe când insuccesele sunt recrutate din forma mijlocie și mai ales gravă.

După durata tratamentului:

		1 serie	2 serii	3 serii	4-6 serii
Vindecat	din 12 cazuri	3 (25%)	2 (16,6%)	5 (41,6%)	2 (16,6%)
F. ameliorat	din 37 cazuri	10 (27%)	14 (37,9%)	6 (16,2%)	7 (18,9%)
Ameliorat	din 93 cazuri	63 (67,7%)	24 (25,7%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)
Insucces	din 17 cazuri	8 (47%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)

Aici se vede că ameliorările cele mai multe au fost provocate de prima serie. Faptul că bolnavii nu s'au prezentat pentru continuarea tratamentului, nu se explică numai prin indolența bolnavilor, ci și prin motzul că ameliorarea s'a menținut, altfel mulți din ei ar fi revenit acolo unde starea lor s'a îmbunătățit.

Criticile aduse röntgenoterapiei.

Von Eiselsberg (1909) susține că această metodă ar produce o hiperplazie a țesutului conjunctiv pericapsular, care face mult

mai dificilă o intervenție chirurgicală ulterioară. Dar astăzi, majoritatea autorilor admit că țesutul conjunctiv adult e clasat printre cele mai puțin radiosensibile. Apoi sunt descrise forme de Basedow cu aderențe încă din timpul când nu se întrebuița radioterapia (Moebius). Dozajul actual al razelor exclude aceste reacțiuni. În decursul tratamentului pot apare puseuri de iperactivitate glandulară, uneori destul de grave, datorite razelor. Autori ca M. Labbé, neagă aceste puseuri, agravările datorându-se însuși stării morbide, care nu a fost influențată prin Röntgen. Micile inconveniente ale primelor ședințe (cefalee, vărsături, nervozitate, ridicarea transitorie a met. bazal), sunt de scurtă durată și dispar încă în decursul tratamentului.

Producerea mixedemului, a fost mai frecventă, când tratamentul nu era condus sub controlul met. bazal. Chiar când apare, mixedemul poate fi repede înlăturat prin opoterapie.

Autorii americani nu dau mare importanță röntgenoterapiei, Plummer nevăzând în ameliorările acestei metode decât o coincidență, iar Kessel, le explică mai mult prin repaus decât prin fizioterapie.

Indicații și contraindicații.

Indicațiile röntgenoterapiei sunt foarte extinse. Având în vedere avantajul incontestabil că această terapie nu comportă nici un pericol, ea poate fi utilizată în următoarele cazuri (I. Gavrilă):

1. Cazurile ușoare de Basedow.
2. Cazurile mijlocii și grave, nesupuse la un tratament conservator, vor fi încercate cu Röntgen, la care se poate atașa iod, și numai în caz de insucces, trecute chirurgului.
3. Stările basedowiene provocate de iod.
4. Cazurile unde intervenția chirurgicală e prea riscantă (cardiopatii, hipertensivi, diabetici, obezi, etc.)
5. Ipertiroidismul din menopauză.
6. Basedow în graviditate.
7. Recidivele postoperatorii.

Contraindicațiile sunt următoarele:

1. Cazurile unde pe lângă fenomene toxice se adaugă cele mecanice de compresiune și unde numai exereza chirurgicală e indicată.
2. Cazurile cu insuficiență circulatorie, după experiențele ultimilor ani, sunt mai rapid influențate prin ablație chirurgicală.

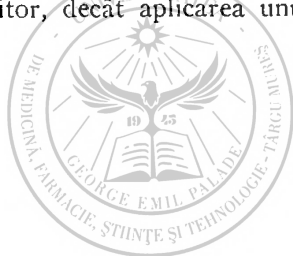
3. Tratamentul cu Röntgen cere un timp mai îndelungat, ceea ce starea socială a unora dintre bolnavi nu le permite.

4. Cazurile cu gușă degenerată malign, coloid sau chistic (Klewitz).

În general radioterapia nu trebuie să se opună celorlalte tratamente, deoarece efectul său nu e întotdeauna așa de constant, pentru a fi indicată ca singurul mijloc terapeutic. Asocierea tratamentului medicamentos și igienico-dietetic, nu face decât să mărească mult șansele unui mai bun rezultat.

Radioterapia + iod. În clinica medicală din Cluj, de cele mai multeori, tratamentul radioterapeutic se atașează iodoterapia.

Tratamentul cu Röntgen se face după normele expuse mai sus, iar iodul se administrează în doze de 10—40 picături la zi, în mai multe reprize, timp de 2 săptămâni, o săptămână repaus și se repetă. Nu numai rezultatele obținute în această clinică, dar și cele obținute de alți autori (M. Labbé, Gilbert-Dreyfuss), arată un efect mai mulțumitor, decât aplicarea unuia singur din cele două tratamente.



TRATAMENT CHIRURGICAL.

Metoda terapeutică prin intervenție chirurgicală a avut mulți aderenți, fiind o vreme îndelungată singurul mijloc de luptă împotriva Basedowului. Actualmente se bucură de o mare favoare în America, cuprinzând încet, încet tot mai mulți partizani și în Europa, datorită faptului că prin noul procedeu de pregătire pre- și postoperatorie, rezultatele chirurgicale au devenit cu mult mai atrăgătoare.

Amintim pe scurt diferitele procedee chirurgicale:

1. Intervențiile pe simpaticul cervical (Toma Ionescu, Jaboulay) producând o oarecare ameliorare asupra semnelor simpactice, nu au fost menținute, deoarece nu se adresau factorului causal. Se mai utilizează astăzi ca o completare a tratamentului medical sau chirurgical.

2. Ligatura arterelor tiroidiene (Mikulitz-Rogers) nu mai contează decât ca un timp preliminar operației pe tiroidă.

3. Rezecțiunile tiroidiene, practicate prima oară de Tilleaux, sunt singurele intervenții bazate pe experiențe fiziologice și clinice. Astăzi este utilizată tiroidectomia subtotală, care în privința rezultatelor e mult superioară celorlalte tipuri de operație.

La actul operator propriu zis, se adăugă pregătirea pre- și postoperatorie. Tratamentul preoperator constă dintr'o pregătire indiferentă (igieno-dietetică) și una diferențată, cu iod. E utilizat iodul în soluție lugol forte, dându-se 2—15 picături, de 2 ori la zi (Plummer și Boothby) sau individualizându-se după caz, dela 3×5 picături până la 3×10, sau în cazurile grave, dela 3×10 până la 3×20. Pregătirea durează 8—10 zile, momentul oportun fiind decis prin determinarea metabolismului bazal și puls. Tiroidectomia subtotală se face sub anestezie locală sau paravertebrală. Se are în vedere nervul recurent și glandele paratiroide. Operația

este o lobectomie bilaterală și se face în 7 timpi (după tehnica Clinicii Chirurgicale din Cluj).

Timpul I. Incizia planurilor superficiale, până la glandă.

Timpul II. Ligatura pedicolului arterial al lobului cu care se începe operația.

Timpul III. Luxarea lobului, cu o pensă Museaux.

Timpul IV. Lobectomia subtotală, prin incizie cu bisturiul. Se lasă o lamă de țesut de $\frac{1}{2}$ —1 cm. grosime, aderentă de trachee.

Timpul V. Hemostaza suprafeței de secțiune, se reunesc marginile, reconstituind un mic lob tiroidian.

Timpul VI. Lobectomia subtotală a lobului al II-lea, după aceeași tehnică. Istmul este rezecat cu unul din lobi. Se face drenarea temporară.

Timpul VII. Refacerea planurilor anatomice.

Toate cazurile prezintă în primele zile reacțiunea postoperatorie, febră 38—40°, agitație, tachicardie. Prin dozări sanghine s'a văzut că acestei perioade îi corespunde iodul cel mai scăzut. Pe aceste cercetări se bazează iodoterapia postoperatorie, care durează 10 zile (Plummer) sau 6 săptămâni (Mayo). Se pot asocia injecțiuni cu insulină și glucoză.

Rezultatele diferiților autori variază. Vindecările complete cu reducerea tuturor semnelor până la normal fiind și aici destul de rară. O vindecare relativă, după *Peyclon*, se obține în 60% a cazurilor, după *Holz* în 10%, *Landau* 21%, *Berard* 22%, *Pemberton* 54%, *Iudd* 65%. Inconvenientul cel mai mare al tratamentului chirurgical este mortalitatea. După *Kochner* 3%, *Rachm* 13%, *Crille* 0,8—1,5%, în clinica *Mayo* 1,7—0,8%. În *Clinica Chirurgicală din Cluj* (Alexiu Pop, Teză 1934) pe 40 cazuri s'au obținut:

a) Fără tratament iodat pre- și postoperator, vindecări 70%, pe cale de vindecare 10%, mortalitate 20%.

b) Cu tratament iodat pre- și postoperator, vindecări 85%, pe cale de vindecare 5%, mortalitate 10%.

Mixedemul postoperator este rar întâlnit. Recidivele postoperatorii, după diferiți autori 10—20%, egale cu cele din radioterapie (R. Sielmann).

Statisticile chirurgicale au fost ameliorate prin respectarea câtorva principii:

1. Să se institue tratamentul pre- și postoperator cu iod.

2. Nu se operează în plin puseu. Metabolismul bazal să nu depășească +70% (Mayo) sau +100% (Bèrard) și mai ales să nu fie în creștere, cu tot tratamentul medical pregătitor.

3. Să se intervină cât mai precoce.

4. Prudență în operațiile asupra copiilor.

5. Deși intervenția chirurgicală este tratamentul indicat în decompensările cardiace, să se încerce întâi o ameliorare medicală.

Având în vedere că intervenția nu este absolut inofensivă, că nu vindecă radical bolnavul, adesea ducându-l dacă nu la un eșec, mai adesea la o ameliorare insuficientă, că necesită un tratament medicamentos atât înainte cât și după operație, se poate spune că stările basedowiene nu constituiesc afecțiuni pur chirurgicale, și că tratamentul operator are indicațiile următoare:

1. Cazurile cu compresiune mecanică, sau o gușă prea mare, unde operația este indicată în scop estetic.

2. Cazurile, unde, din considerente sociale, timpul de îngrijire trebuie să fie cât mai scurt.

3. Cazurile rezistente la radioterapie.

4. Cazurile unde volumul inimii crește, sau chiar unde s'a instalat insuficiența circulatorie până la asistolie, au indicație grabnică pentru intervenție.

5. Cazurile suspecte de degenerare malignă (evoluție rapidă).

6. Struma degenerată coloid sau chistic (Klewitz).

7. La cererea formală a bolnavului

OBSERVAȚII PERSONALE.

Cazurile de Basedow, internate în Clinica Medicală din Cluj, din 1926—1936 au fost studiate de Doc. Dr. I. Gavrilă, iar concluziile d-sale le-am amintit în capitolul anterior. Cele internate dela începutul anului 1937 și până la 1 Sept. 1938, sunt în număr de 80, iar studiul lor statistic îl vom face acum.

Dintre aceste 80 cazuri:

1. 10 cazuri, prezentând o formă ușoară de Basedow au fost supuse la un *tratament medical* simplu, adică repaus, regim și medicație (vitamina A, tonice și simptomatice), rezultatele au fost satisfăcătoare, prin ameliorări și în unele cazuri chiar vindecări.

2. 53 cazuri au urmat un *tratament radiologic*, iar rezultatele obținute se pot clasifica în felul următor:

a) După formă clinică:

				vindecat	f. ameliorat	ameliorat	insucces
B. ușor	din	16 cazuri	2 (12,5%)	3 (18,6%)	11 (68,7%)	—	—
B. mijlociu	„	22 „	— —	4 (18,1%)	18 (81,8%)	—	—
B. grav	„	15 „	— —	1 (6,6%)	12 (80,6%)	2 (13,3%)	—

Deci analizând cazurile după forma clinică, avem 16 cazuri de B. ușor, 22 B. mijlociu și 15 B. grav. Rezultatul terapeutic ne arată că vindecări s'a obținut numai în formele ușoare, ameliorările mari și mici cele mai numeroase în formele mijlocii, pe când în formele grave ameliorări mici și 2 insuccese.

b) După durata tratamentului:

				1 serie	2 serii	3 serii	4 serii
Vindecate	din	3 cazuri	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	—	—
Foarte amel.	„	6 „	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	—	—
Ameliorate	„	41 „	34 (82,9%)	4 (9,7%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)	—
Insuccese	„	3 „	— —	2 (66,6%)	1 (33,3%)	—	—

Acest tablou ne arată că vindecările s'au obținut în procente egale după 1—2—3 serii de Röntgen. Ameliorările mari, mai numeroase după prima serie (50%). Ameliorări de asemenea (82,9%). Vindecările ca și ameliorările, mari și mici, probabil că sunt durabile deoarece bolnavii nu au revenit până acum. Aprecierea rezultatelor s'a făcut având în vedere cele trei semne mai importante: metabolismul bazal, greutatea corporală și pulsul. După revenirea acestor trei funcțiuni, rezultatele au fost clasificate în: vindecări, ameliorări mari, ameliorări și insuccese. Trebuie să adăugăm că toate aceste cazuri, tratate prin Röntgen, au fost supuse concomitent și iodoterapiei, după procedeul amintit la capitolul radioterapie + iod.

3. În 17 cazuri s'a făcut *indicația unui tratament chirurgical*, în care scop au fost îndrumate spre Clinica Chirurgicală din Cluj

Vom relata pe scurt, observația clinică a câtorva cazuri supuse radioterapiei.

Obs. I. — M. E. femeie, 29 ani. Intră în clinică în 11/XI, 1935 cu fenomene de B. ușor, — palpitațiuni, ușoare tremurături, scădere în greutate, iritabilitate, met. bazal + 22%. Se institue un tratament radiologic + lugol, în doze crescând de la 3×2 pic. După 3 ședințe, la interval de 10 zile, în care timp lugolul a crescut la 3×12 picături, bolnava ameliorată, este lăsată acasă, cu indicație de a reveni. În 3/V, 1938 revine. Acasă s'a simțit bine, până când în cursul unei sarcini toate fenomenele reapar, sarcina evoluând până la termen, normală. A slăbit în greutate și forțe. Met. bazal +31%. Se fac 4 ședințe de Röntgen. Urmează o ameliorare, care se constată și la a treia internare, 1/VII, 1938, când met. bazal este +9%, greutatea corporală crescută cu 6 kgr. Deci un B. ușor, care după 2 serii de radioterapie poate fi considerată ca vindecată.

Obs. II. — S. E. femeie, 45 ani, vine în clinică la 14/III, 1938, suferă de 3 ani fiind tratată cu iod de către medicul casei. Imbunătățirile în acest timp au fost transitorii, deoarece gușa, exoftalmia, slăbirea, tremurăturile și nervositatea s'au accentuat, palpitațiunile îndeosebi, fiind principala acuză a bolnavei. Prezintă un met. bazal de +30%. Se institue tratament medical, lugol + vogan, și o serie de 4 ședințe de radioterapie. Să obține o ușoară

ameliorare. Revine în 24/V, 1938. S'a simțit bine, s'a îngrășat cu 3 kgr., met. bazal +24%.

Se poate spune că e un Basedow ușor, ameliorat prin două serii de radioterapie. Bolnava continuând tratamentul are șanse de vindecare, sau cel puțin o mare ameliorare.

Obs. III. — G. I. femeie, 57 ani. Internată în 18/VI, 1937. În urmă cu un an a luat iodură de K, după sfatul unei prietene, pentru a-i reduce un nodul tiroidian pe care-l avea de 4 ani. De atunci are palpitațiuni, tremurături, slăbește, diaree (10—20 scaune la zi). După 2 serii de Röntgen se ameliorează pentru scurtă vreme. Vine în clinică cu toate semnele mai accentuate ca la debutul boalei: pulsul 120 pe minut, met. bazal +56%. Se fac 5 ședințe de radioterapie, salitinol și bromură de sodiu. Revine în 2/IX, 1937, pentru continuarea tratamentului. Nu a mai slăbit, scaunele 3—4 la zi, palpitațiunile mai rare. Met. bazal +50%. Se fac 4 ședințe de Röntgen + calmante (cerebrozan). Pulsul se menține la 90 pe minut, starea subiectivă mult ameliorată. În 4/XI, 1937, după alte 4 ședințe met. bazal e +46%, câștigând 4 kgr. în greutate. În 3/III, 1938, revenită pentru control, met. bazal +29%, pulsul 80 pe minut, scaunul normal, fenomenele subiective foarte șterse. În rezumat, un caz de B. mijlociu, suspect de B. iodic (deaceea nu s'a prescris în tratament iod), care după 3 serii de radioterapie poate fi încadrat ca un caz foarte ameliorat.

Obs. IV. — C. A. fată de 18 ani. Vine în 4/IX, 1930, cu fenomene tipice de B. ce datează de 5 luni. A slăbit 13 kgr., pulsul 140 pe minut, gușe hipertrofiată difuz, pulsatilă, diaree, exoftalmie pronunțată, greutatea actuală 41 kgr., semnele oculare (Graefe, Moebius, Stellwag) prezente, met. bazal +110%. Deci un B. grav. Face 3 ședințe de radioterapie plus calmante. Bolnava se ameliorează, pulsul 110—120, diaree dispăre, câștigă un kgr. în greutate, mai puțin nervoasă. Revine după o lună și jumătate; met. bazal +64%, greutatea 45 kgr., pulsul 110. Se face o nouă serie de 3 ședințe. În 13/, 1931, met. bazal +35%, greutatea 46 kgr., pulsul 110—100. O altă serie de 3 ședințe. În 22/IV, 1931; met. bazal +45%, greutatea 49 kgr., puls 110—100, afebrilă, starea generală bună. La 7/IX, 1931: met. bazal +50%, greutatea 53 kgr., puls 100. După a cincia serie la care s'a adăugat și lugol, în 25/IX, 1931: met. bazal +14%, greutatea 54 kgr., pulsul 80—85. La 30/IX, 1931: met. bazal +9%, greutatea 55 kgr., pulsul 77 pe minut, tremurăturile dispărute, gușa și exoftalmia mult

redușă. La controlul făcut după 1—2—4 ani, rezultatul bun se menține, met. bazal +8%, puls 75, greutatea 58 kgr.

Deci, asupra unui B. grav după 5 serii de ședințe, executate în decurs de un an, la ultima serie atașându-se și lugol, se obține o vindecare completă, bolnava putând duce o viață absolut normală, singurele semne ce persistă fiind o ușoară exoftalmie și hipertrofie tiroidiană.



CONCLUZIUNI.

- 1 Etiologia boalei este neprecizată, admițându-se diferite cauze favorizante.
2. Patogenia boalei se explică sau prin ipertiroidism sau iper-, cu distiroidism, rolul principal avându-l glanda tiroidă.
3. Simptomatologia sa este foarte bogată și variată, în unele dintre cazuri unele simptome putând lipsi.
4. Simptomele principale ale boalei sunt: gușa, exoftalmia, tahicardia, tremurăturile, creșterea metabolismului bazal și scăderea în greutate. Mai sunt și alte semne secundare.
5. Formele clinice sunt: Basedow frust, Basedow primar sau tipic, Basedow secundar sau adenomul toxic și Basedowul iodic.
6. Tratamentul este de 3 feluri: a) medical,
b) radiologic,
c, chirurgical.
 - a) *Medical*. Igieno-dietetic și medicamentos (vitamina A, iod și tonice). Dintre medicamente cel mai important este *iodul*.
 1. Iodul se poate atașa tratamentului radiologic, în toate formele clinice de Basedow, afară de iod-Basedow.
 2. Este utilizat în pregătirea pre- și postoperatorie, rezultatele chirurgicale fiind astfel considerabil ameliorate.
 - b) *Radiologic*. Este indicat în cazurile de: Basedow ușor, mijlociu și grav, iod-Basedow, cazurile, unde operația este prea riscantă, Basedow din menopauză, Basedow în graviditate, recidive postoperatorii.
 - c) *Chirurgical*. Este indicat în cazurile: cu compresiune mecanică, Röntgenorezistente, cu volumul cardiac crescut, cu insuficiență circulatorie chiar asistolie, cu glanda tiroidă degenerată malign și unde, din considerații sociale tratamentul trebuie să fie cât mai scurt.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății,
Prof. Dr. M. Sturza.

Președintele tezei,
Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

BIBLIOGRAFIE.

1. *Alexiu Pop.*: Gușa exoftalmică și tratamentul ei chirurgical. (Teză Cluj, 1934).
2. *Arthus M.*: Précis de Physiologie. Paris, 1927.
3. *Branca A.*: Précis d'Hystologie. Paris, 1923.
4. *Collet I. F.*: Précis de pathologie interne. Vol. I. Paris, 1931.
5. *Dautrebande L.*: Traité des goitres par l'iod a doses contin. et progres. Bull. Acad. Royale de Med. Belgique. Dec. 1927.
6. — Quelques nouvelles sur le trait iodu de l'hypertiroïdie. Presse Médicale, 1928.
7. — La clasifcation physiopath. des goitres. Presse Méd., 1927.
8. *Fraser, Dunhill et Rogers*: Traité des goitres exopht. Paris Médical, 1926.
9. *Frankl Ștefan*: Patogenia în Basedow. (Teză Cluj), 1938.
10. *Gavrilă I.*: Röntgenoterapia în boala lui Basedow. Coraport la al doilea Congres național de radiologie Cluj, 1937.
11. — Metabolismul bazal în bolile glandei tiroide. Clujul Medical, 1927.
12. — Tratatul în Basedow. Clujul Medical, 1934.
13. *Gilbert-Dreyfuss*: L'hypertiroïdisme et son trait. Paris, 1930.
14. *Haas M.*: Tratatul preoperator în boala lui Basedow. Clujul Medical, 1933.
15. *Hașieganu I.*: Sifilisul visceral medical. Cluj, 1926.
16. *Hașieganu și Goia*: Tratat Elementar de Semiologie și Patologia Medicală. Vol. I. Cluj, 1934.
17. *Labbé M.*: L'iod dans les trait de la maladie de Basedow. Soc. Med. Hopitaux, 1926.
18. — Valeur du metab. basal dans les diagnostique de la maladie de Basedow. Presse Médicale, 1928.
19. — Diagnostique du syndrome thyroïdien. Presse Médicale, 1926.
20. *Michail D.*: Tratat de Oftalmologie. Cluj, 1928.
21. *Moga și Medeșan*: Turburări cardio-vasculare în boala lui Basedow. Rev. de Endocrinologie, Gynecologie, Obstetrică, 1936.
22. *Negru D.*: Stadiul actual al radioterapiei profunde. Clujul Medical, 1924.
23. — Röntgenoterapia în boala lui Basedow. Raport la al doilea Congr. național de radiologie Cluj, 1937.
24. *Păcurariu O.*: Iodul în ipertiroïdism. Clujul Medical, 1935.
25. — Tratatul boalei lui Basedow. Clujul Medical, 1933.
26. *Paulesco*: Physiologie medicale. Vol. II. București, 1920.
27. *Popoviciu-Benetato*: Elemente de fiziologie medicală. Vol. II. Cluj, 1937.
28. *Ștanciu-Stroia*: Tratatul radioterapic al gușei exoftalmice. (Teză), Cluj, 1928.
29. *Sainton P.*: Les indic. respectives de la radioth. et du trait. chirurg. dans le goitre exopht. Paris Médical, 1928.
30. *Testut L.*: Traité d'anatomie humaine. Vol. IV. Paris, 1923.
31. *Urechia C.*: Curs de endocrinologie. Cluj, Ianuarie, 1927.
32. *Wendt H.*: Tratatul boalei lui Basedow prin doze mari de vitamina A. Münch. Med. Wochenschrift, 1933.