

CONTRIBUȚIUNI
LA TRATAMENTUL DEMENTEI PRECOCE
PRIN
ȘOCUL CONVULSIVANT CARDIAZOLIC



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 Iunie 1939

DE

INOCENȚIU IONEL MICU

Medic intern la Spitalul de Bolii Mintale și Nervose Sibiu

CONTRIBUȚIUNI
LA TRATAMENTUL DEMENTEI PRECOCE
PRIN
ȘOCUL CONVULSIVANT CARDIAZOLIC



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

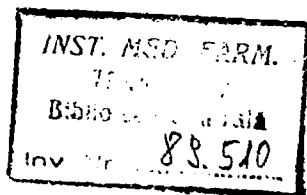
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 Iunie 1939

DE

INOCENȚIU IONEL MICU

Medic Intern la Spitalul de Boli Mintale și Nervoase Sibiu

24 MAY 2005



24/5/05

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

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori:

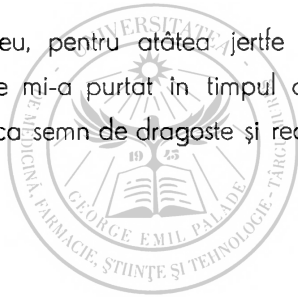
Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	„ „ BARONI V.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO GR.
Istoria Medicinii	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală	„ „ 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	}
Medicina operatorie	
Clinica Infantilă	„ „ POP A.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ POPOVICI GH.
Chimia medicală	„ „ POPOVICI GH.
Balneologia	„ „ SECĂREANU ȘT.
Clinica dermato-venerică	„ „ STURZA M.
Clinica urologică	„ „ TĂTARU C.
Clinica psihiatrică	„ „ ȚEPOSU E.
Anatomia patologică	„ „ URECHIA C.
Igiena generală	„ „ VASILIU T.
Fizică medicală	Agr. ZOLOG M.
	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președintele tezei: Prof. Dr. C. I. URECHIA		
Membrii:	{	Prof. Dr. V. PAPILIAN
		„ „ V. BOLOGA
		„ „ GH. BUZOIANU
		„ „ GR. BENETATO
Supleant:		D-1 Conf. Univ. I. GAVRILĂ

Memoriei mamei mele!

Tatălui meu, pentru atâtea jertfe și atâtea
gânduri ce mi-a purtat în timpul anilor mei
de studii, ca semn de dragoste și recunoștință.



Marioarei, dragoste statornică.

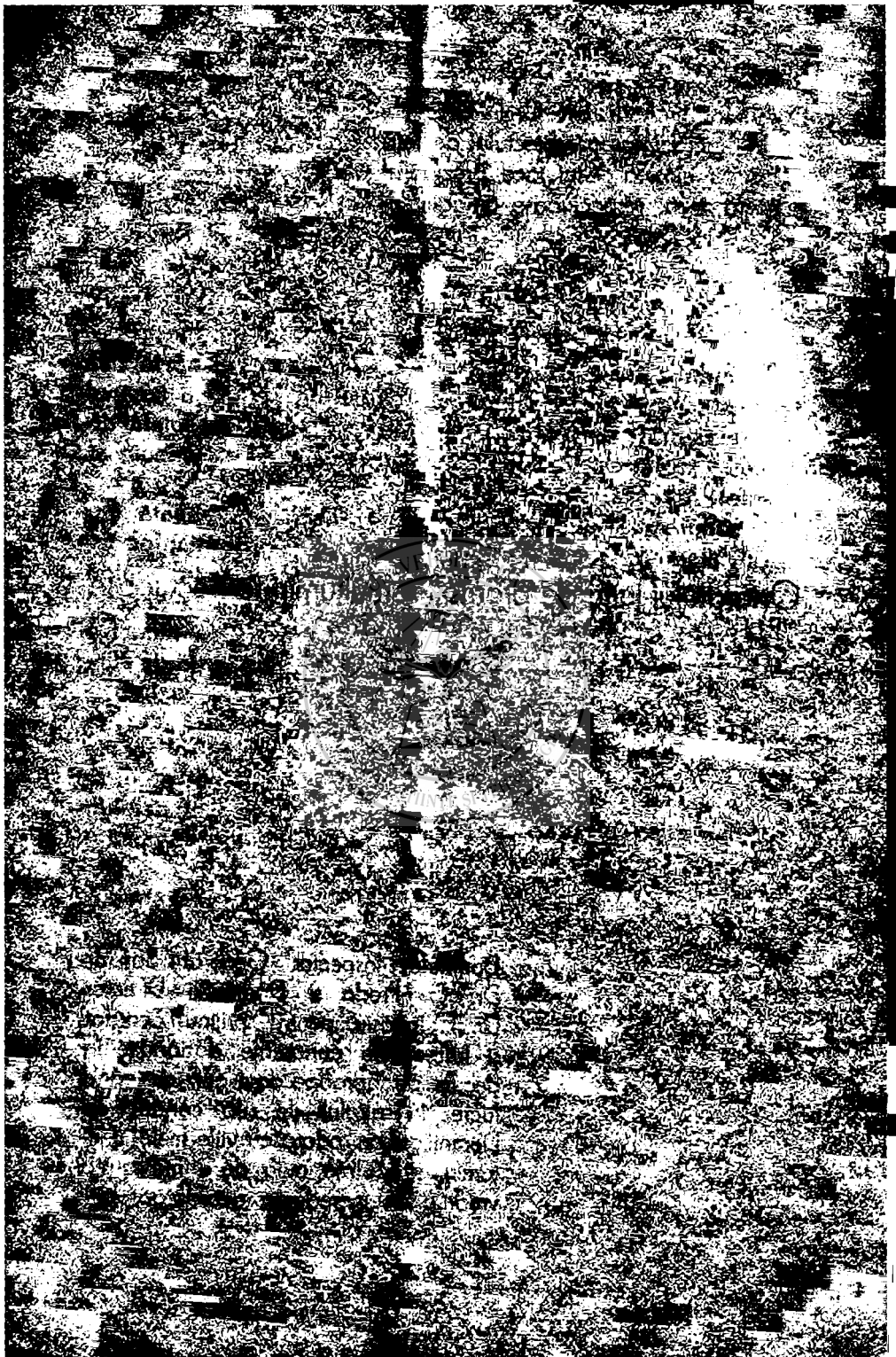


Domnului Profesor Dr. C. I. Urechea,
pentru încredințarea subiectului de față
și pentru cinstea ce-mi face prezidând
această teză, respectuoase omagii.

Onoratului juriu de promoție, mulțumiri respectuoase



Domnului Inspector General Sanitar
Dr. G. Preda și Domnului Director
Dr. L. Ionașiu, pentru sprijinul acordat
și frumoasele cunoștințe dobândite în
decurs de aproape doi ani, de când
lucrez în spitalul de sub conducerea
Domniilor-Lor, odată cu viile mele mul-
țumiri, străduința mea de a mă arăta
vrednic de încrederea acordată.



ISTORICUL

Înainte de a trece la expunerea noastră propriu zisă în ceea ce privește metoda și modul de acțiune a șocului convulsivant cardiazolic, vom trece pe scurt în revistă diversele concepții actuale asupra acestei boli, precum și formele clinice.

Demența precoce, este o psihoză generalizată caracterizată în special printr-o diminuare a facultăților intelectuale, cu o evoluție mai mult sau mai puțin rapidă spre demență. Referitor la etiologia și patogenia acestei afecțiuni există o serie întreagă de ipoteze. Unii autori o consideră ca o autointoxicație puberală, favorizată de surmenaj, de degenerescență, etc. Alții care admit o intoxicație endocrină, incriminează glanda interstițială din testicul, ovar și tiroidă-sistemul tiro-ovarian. Un rol foarte mare îl ocupă ereditatea, care se găsește cel puțin în 61%. Kretschmer și Bleuler sunt adepții teoriei psihosomatice și schizoide. Față de teoriile somatice susținute de Freud opune teoria psihogenetică.

Din punct de vedere clinic deosebitm trei forme: simplă, hebefrenocatatonică și paranoidă.

Atâta timp cât nu cunoaștem etiologia și patogenia acestei afecțiuni, un tratament profilactic nu se poate face. În ultimul timp cu dezvoltarea mare ce a luat-o igiena și profilaxia mintală, se caută să se facă o profilaxie care vizează educația și igiena copiilor predispuși. Ea consistă esențial în a feri pe acești indivizi de toate cauzele de surmenaj intelectual, fizic și moral, de a urmări cât mai de aproape posibil creșterea, stabilirea cât mai normală și mai ușoară a pubertății, adolescența lor precum și evitarea toxici infecțiilor.

Un tratament specific nu există. Se administrează paliative, calmante, hipnotice, opoterapie cu glande sexuale, tiroidă, paratiroidă, timus, suprarenală. S'a mai încercat preteroterapia, auroterapia, punctile lombare repetate, etc. Rezultatele însă nu întreceau pe cele ce remistonează spontan. Rezultate bune s'au obținut în ultimul timp prin tratamentul hipoglicemie cu șoc insulinic inițiat de Manfred Sakel și cu șocul convulsivant cardiazolic inițiat de Ladislaus von Meduna.

Astfel Sakel în statistica sa dă cifra de 88% ameliorări în cazuri recente până la 6 luni și 47,8% ameliorări în cazul celor trecuți de 1/2 an.

Metoda de tratament.

Ipoteza care a dus la descoperirea metodei de tratament n'a plecat din cercetările asupra schizofreniei, ci dela epilepsie.

În anul 1929, Nyirö și Jabolnszky publică în revista „Orvost Hetilap“, rezultate terapeutice în epilepsie, constatând o vindecare de 1,05%, iar dacă la epileptici survine o schizofrenie, procentul vindecărilor era 16,05. Această mare diferență de 15% l'a făcut pe Ladislaus von Meduna să se gândească, nu la existența unei simple coincidențe, ei a unui antagonism special biologic între cele două boli.

Această ipoteză a fost confirmată un an mai târziu, când G. Müller publică în: „Allgemeine Zeitung Psychiatrie 1930, Bd. 83“, două cazuri de schizofrenie catatonică la care survenind un atac epileptic spontan, dispar simptomele de schizofrenie. La aceleași concluzii ajunge și Dr. A. Glaus în publicația „Über Kombination von Schizofrenie und Epilepsie“ (Zeitung Neur. 1931, Bd. 135), într'un studiu pe 6000 schizofreniei, dintre care 8 cazuri aveau o combinație de schizofrenie-epilepsie, dintre care 4 cazuri la care simptomele de schizofrenie apăreau numai atunci când accesele de epilepsie nu survineau. Autorul ajunge

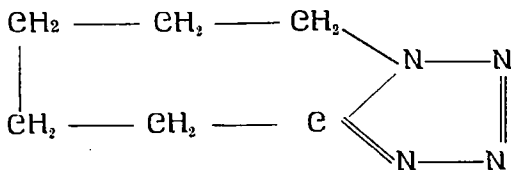
la concluzia că metabolismul cerebral și general în una din aceste boli este antagonist celeilalte.

Publicații asemănătoare fac și S. Steiner și A. Straus (Handb. Geisteskrankheiten, 5 Teil, 1932), pe un studiu de 6000 schizofreniei.

Ladislaus von Meduna plecând dela această ipoteză, că între epilepsie și schizofrenie există un antagonism biologic, și că prin atacurile epileptice se schimbă mediul chimic, umoral, hematologic, într'ășa fel că nu mai este favorabil pentru dezvoltarea schizofreniei și dă o posibilitate pentru remisiunea ei, își începe cercetările sale, căutând să producă atacuri epileptice artificiale la schizofreniei.

La început pentru a produce crizele epileptice întrebunțează o soluție de 25% oleu camforat. În prima zi administrează pe cale intramusculară dimineața pe stomacul gol, 10 emc. din soluția de 25%. mărind doza după nevoie până la o cantitate maximă de 10 gr. camfor, ceia ce revine din soluția de 25% 40 emc. oleu camforat. După injecție la aproximativ 35'—45" se produce accesul epileptic. Accesele de multe ori sunt incomplete din care cauză pot să atibă o influență defavorabilă asupra psihicului bolnavului, pe de altă parte camforul produce dureri locale, greață, vărsături și un mare desavantaj de tehnică din cauza cantităților mari ce trebuiesc injectate. Toate aceste fapte au contribuit la înlocuirea oleului camforat eu cardiazol.

Dintre toate preparatele cardiazolice, rezultatele cele mai bune pare a le da Cardiazolul „Knoll“. — Cardiazolul este un preparat sintetic, solubil în apă; din punct de vedere chimic este un pentamefilitetrazol:



Cardiazolul are marele avantaj asupra oleului camforat, fiindcă se poate administra intravenos și are o acțiune mult mai rapidă.

Tehnica tratamentului.

Bolnavii trebuie puși în condițiile cele mai bune de izolare și supraveghere; ar fi de dorit ca fiecare bolnav să fie izolat în timpul tratamentului în cameră separată. Acest deziderat fiind greu de realizat, se plasează tot bolnavii într-o singură sală, și se evită ca ei să se vadă unul pe altul în timpul convulsiei, printr'un paravan de pânză. După ce tratamentul este terminat la un pacient, paravanul se mută la patul celui următor.

Personalul medical trebuie să fie totdeauna gata de a interveni cu mijloacele adecvate, în cazul unei amenințări de asfixie, sau oricărei alte complicații neprevedute. O fiolă de lobelină trebuie avută totdeauna la îndemână pentru a putea înlătura de urgență, o oprire respiratorie prelungită, totdeauna foarte impresionantă. Pentru a evita în timpul crizei mușcarea limbii și a buzelor, se introduce între dinții bolnavului un tub de cauciuc înfășurat în tifon. Meduna recomandă ca doza medie cu care se începe tratamentul să fie 0,50 gr. cardiazol (5 cmc. din soluția de 10%). Injecția intravenoasă se face la plcea cotului cât mai rapid posibil, căci apariția crizei este condiționată pe lângă cantitatea de cardiazol injectată și de rapiditatea cu care a fost injectat. De unde indicația de a întrebunța ace de un calibru cât mai mare, după starea de permeabilitate a venelor. Dacă injecția n'a avut efectul dorit, imediat i se administrează 0,60 gr. Dacă nici după a II-a injecție nu face șoc, nu i se mai face a 3-a injecție. În ziua următoare se continuă cu doza de 0,70 gr., dacă nu se obține șocul, după un minut i se dă 0,80 gr. Dacă nici după această doză nu apare atacul, a 3-a zi i se dă 0,90 gr. și eventual 1,0 gr. după 0,90 gr.

Cu acest procedeu Meduna a avut în cazurile cele mai rebele, a 4-a zi după injecția II-a rezultat. Pacientul a

primit în ziua a 4-a 1,10 gr. și 1,20 gr. Meduna a urcat doza și a observat că nu-i de loc periculos dacă se administrează în total 4,60 gr., în interval de 3 minute: 1,60+1,60+1,40 gr.; peste această doză nu-i bine să se treacă. Șocurile trebuie să fie provocate de două ori săptămânal. Intervalele prea lungi între atacuri influențează în rău rezultatul terapeutic. Șocurile nu trebuie provocate tot a doua zi din motive psihologice, nu biologice. Dacă șocurile se fac prea des, pierdem timpul în care să influențăm psihicul bolnavului. În privința duratei tratamentului deci a numărului injecțiilor, nu se poate stabili o regulă, un procedeu schematic trebuind evitat. Este o greșeală de a se întrerupe tratamentul îndată ce s'a constatat o ameliorare. După Meduna remisiunile de scurtă durată, s'ar datora toate unui tratament foarte scurt; numărul minim de șocuri pe care el le face este de 30—35 și numai în cazurile în care n'a obținut nicio remisiune, a suspendat tratamentul. La cazurile la care ameliorarea este constantă și în sfârșit se obține o remisiune completă, tratamentul nu trebuie suspendat imediat, ci trebuie provocat încă cel puțin 3 atacuri epileptice.

La început Meduna a fost de părere, că trebuie evitată discuția cu bolnavii asupra stărilor lor anterioare. În prezent este de principiu, că o remisiune completă nu se poate obține până când pacientul n'a înțeles boala întreagă, nu și-a făcut critica trăirilor lui bolnăvicioase. Psihoterapia trebuie acomodată inteligenței, culturii, felului bolii pacientului și stării lui constituționale. Explicațiile trebuie date pas cu pas, treptat, nu brusce, căci ar putea întâmpina obstacole și opoziționism. Toemal din cauză aceasta Meduna este contra șocurilor tot la două zile, deoarece în ziua șocului conștiința bolnavului este alterată, amestecându-se starea crepusculară epileptoidă cu impresiunile schizofrenice, cu câte un moment lucid. După somn dispăre partea epileptoidă și rămâne starea schizofrenică, însă cu tabloul bolii modificat. Ziua optimă pentru psihoterapie este a treia zi după injecție.

La bolnavii care au făcut deja șoc cardiazolic de cele mai multe ori se observă o stare anxioasă când ne apropiem de ei cu stringa, ceea ce denotă o lipsă de amnezie în timpul șocului, și bolnavii ne povestesc de o serie de senzații penibile asemănătoare cu o senzație de moarte iminentă. Unii autori pentru a înălța acest inconvenient, asociază șocul insulitic cu cel cardiazolic.

Fenomenele din timpul șocului.

Imediat după injectarea dozei suficiente de cardiazol, la 10"—15" începe atacul epileptic. În producerea atacului deosebitm 4 faze :

- a) faza precriftică ;
- b) „ tonică ;
- c) „ clonică ;
- d) „ hipotonică.

Faza precriftică are o durată de câteva secunde și se caracterizează printr'o stare anxioasă, bolnavul încearcă să se ridice, suspină, închide câteodată ochii, alteori prezintă o tuse seacă. Brusce o secusă convulsivă anunță criza, care este începutul fazei tonice.

În faza tonică, capul și membrele inferioare părăsesc planul solului. Gamba este în extensiune pe coapsă, piciorul în extensiune forțată pe gambă. Antebrațul este în extensiune pe braț, mâna este flexată pe încheietura mâinii înpronație forțată, degetele sunt în flexiune, afară de pollice care este în extensiune. Atât membrele superioare, cât și cele inferioare sunt în adducție. Mușchii sunt contractați la maximum, fiind de o duritate lemnoasă. Capul este în extensiune forțată de gât. Ochii sunt închiși. Gura se deschide larg, pentru ea imediat să se închidă; acum este momentul de a se introduce, tubul de cauciuc înfășurat în tifon, sau tamponul de vată între dinți. Fața este cianotică și din cauza contractiei spastice a mușchilor toraco-abdominali, avem apnee completă. Pulsul rar și moale. Bolnavii adesea pierd urină și ejaculează fără erecție. — Această fază du-

rează aproximativ 20—30 secunde, după care apare faza clonică.

În faza clonică mușchii rămân în hipertonie, prezentând secuse convulsive. Se constată și în această fază o apnee, pulsul este rar, fața cianozată. Se mai poate observa o ușoară exoftalmie, midriază și Babinsky †.

După trecerea a lor 30—45 secunde faza hipotonică ia locul precedentei. Ea se caracterizează prin inspirații profunde și stertoroase și printr-o hipotonie generalizată, întreruptă din când în când prin secuse convulsive. Expirația protejează o saftă spumoasă și adesea sanghinolentă. Tegumentele se colorează încetul cu încetul, pulsul se accelerează până la 120—140 pulsații pe minut. Bolnavul de obicei intră într-un somn adânc, trezindu-se după 5—10 minute.

Complicații

În timpul șocului se pot produce rupturi musculare, luxații temporo mandibulare, umerale. Faza de apnee se poate prelungi uneori mai mult, când se va recurge la respirație artificială, injecție cu lobelină. Uneori mai survin retenții de urină, care cedează însă în 2—3 zile.

Comportarea cardio-vasculară, cerebrală, sanghină și urinară în timpul șocului

Meduna constată următoarele:

În ceea ce privește cordul nu s-au putut constata aritmii. Frecvența pulsului crește: 140 pulsații pe minut. Înainte de atac crește atât presiunea sistolică, cât și cea diastolică; sistolică crește cu 20—30 mm. Hg, diastolică, cu 5—15 mm. Hg. După atac presiunea sistolică scade cu 5—10 mm. Hg. La animalele injectate cu cardiazol, apoi operate (trepanate), a observat că, arterele și venele cerebrale mai mari sunt turgescente, iar cele mici, mai bine evidențiate.

Modificările tabloului sanghin sunt datorite nu atacului epileptic, ci dozei mari de cardiazol. Numărul leucocitelor rămâne invariabil, numai formula leucocitară deviază spre

stânga: neutrofilele relativ cresc, iar limfocitele scad. La două ore după atac neutrofilele cresc cu 11%, iar limfocitele scad cu 9%. La trei ore după atac, formula leucocitară revine la starea de dinaintea atacului.

În stare normală, aciditatea urinei scade cu 70% la 3 ore după dejun (ora 11 a. m.). După injectare de doze mici de cardiazol, aciditatea rămâne neinfluențată. După injectare de doze mari de cardiazol (doze de atac), aciditatea scade cu 44%. În fiecare urină după atac, se găsește acid lactic.

În stare normală, amoniacul scade cu 51,8% la 3 ore după dejun (ora 11 a. m.) După injectare de doze mici de cardiazol scăderea este de 57,3%. După injectare de doze mari de cardiazol (doze de atac), scăderea este numai de 37,8%. Deci atacul mărește conținutul urinei în amoniac cu 14%.

În stare normală, fosfații scad cu 53,6% la 3 ore după dejun (ora 11 a. m.). După injectare de doze mici de cardiazol, scăderea este de 55,7%. După injectarea dozelor de atac, scad cu 43,6%. Deci, atacul mărește conținutul în fosfați al urinei cu 10%.

Conținutul urinei în cloruri în stare normală este de 875 mgr. După injectare de doze mici de cardiazol, clorurile nu se modifică. După doze mari de cardiazol (doze de atac), clorurile scad în urină cu 25,2%.

Modul de acțiune.

Privitor la modul de acțiune nu se cunoaște nimic precis, de unde numărul mare al ipotezelor. Vom cita câteva din ele: „Se schimbă mediul chimic humoral, hematologic“. „Cardiazolul excită nu numai scoarța, ci și centrul nervos vegetativ. Este vorba de un fel de masaj chimic. Se favorizează astfel combustionea substanțelor toxice. Măritrea schimburilor. Modificări considerabile asupra circulației cerebrale. Permeabilitatea barierii hemomeningee. Restabilirea echilibrului hormonal. Soc asupra sistemului neurovegetativ, etc.“

Contraindicații pentru tratament.

Șocul convulsivant cardiazolic expune organismul la o grea încercare. De aceea e necesar ca înaintea începerii tratamentului să se facă un examen cât mai minuțios și complet al bolnavului, pentru a nu avea surprize.

Contraindicațiile cunoscute sunt, existența unei maladii somatice grave, cardiopatiile și anomalțiile electro-cardiografice.

Rezultate terapeutice.

Cei mai mulți autori consideră metoda lui Meduna ea un progres important în terapia schizofreniei. Din cauza rezultatelor bune obținute, tratamentul a găsit ecou și s'a răspândit foarte repede. Autorii care au încercat acest nou mod de terapie în schizofrenie, se împart în două grupuri, cu păreri contrare: unii se declară entuziasmați de rezultatele obținute, iar ceilalți privesc lucrurile cu scepticism.

Astfel Meduna inițiatorul metodei, sale publică următoarele rezultate pe 110 cazuri:

Durata bolii	Remisiuni	Neschimbați
I. Până la 1/2 an	33	3
II. " " 1 "	6	1
III. " " 1 1/2 "	3	4
IV. " " 2 ani	6	5
V. " " 3 "	3	9
VI. Peste 3 "	3	8
VII. " 5 "	—	26
	54	56

Din statistica de mai sus rezultă un procent de 80—90% remisiuni, când tratamentul începe în prima 1/2 de an. Din anul 1937 și până în prezent numărul bolnavilor tratați și numărul publicațiilor a devenit așa de mare, că este foarte greu de totalizat. Dăm mai jos două statistici internaționale publicate de Meduna în luna Aprilie 1939. „Rezultate obținute în tratamentul schizofreniei prin cardiazol în afară de

Europa^a. Statistică stabilită pe publicațiile a 46 clinici sau azile, până în August 1938:

Nr. bolnavilor tratați	Remisiuni	Ameliorațiuni considerabile
1751	397	617
	22,7 ⁰ / ₀	35,2 ⁰ / ₀
Cazuri acute netrecând peste 1 an durată	Remisiuni	Ameliorațiuni considerabile
480	244	98
	50,8 ⁰ / ₀	20,4 ⁰ / ₀

Rezultate obținute în tratamentul schizofreniei prin cardiazol în Europa. Statistică stabilită pe publicațiile a 56 clinici sau azile, până în August 1938:

Nr. bolnavilor tratați	Remisiuni
2326	675
	29 ⁰ / ₀
Cazuri acute netrecând peste 1 ¹ / ₂ ani	Remisiuni
763	318
	52,2 ⁰ / ₀

Din statisticele de mai sus rezultă că, în schizofreniile acute și subacute — afectiuni datând de mai puțin de 1¹/₂ ani — s'au obținut 52⁰/₀ remisiuni totale.

Mortalitatea.

Mortalitatea în urma tratamentului cu cardiazol este foarte mică. Printre un număr de 500 cazuri tratate în Ungaria până în Mai 1937, n'a survenit decât un singur deces, la care la autopsie s'a constatat o degenerescență a miocardului, survenită în urma unei gripe.

Observațiuni personale.

La Spitalul de Boli Mintale din Sibiu, tratamentul cu cardiazol se face în mod curent. Vom publica câteva cazuri tratate personal.

I. D. A., bolnav în vârstă de 27 ani, român, greco-catolic, necăsătorit, student, din Gura-Răului, jud. Sibiu, intră în spital în 30 XII. 1936.

Antec. heredo colat. și personale, fără importanță.

Istoricul boalei actuale

Boala actuală a debutat în anul 1935, cu stări depresive, desinteres față de mediul înconjurător. A fost internat în clinica psihiatrică din Cluj, cu diagnosticul de Schizofrenie? În ultimul timp, impulsiv față de familie și cu rap-tusuri agresive.

Somatic nu prezintă nicio tulburare.

Psihic. Liniștit, expresia mimică ușor rigidă, hipomimie, puțin comunicativ, manifestă mai puțin interes față de mediul înconjurător, trăind o viață interioară. Atenția spontană în deficit, cea provocată slab susținută, Auto-critica păstrată destul de bine, are conștiința boalei. Orientat bine în timp și spațiu, precum și asupra persoanei sale. Memoria bună. Calculul mintal îl face ceva mai încet, dar bine. Pacientul recunoaște că prezintă halucinații auditive și vizuale. Afirmativ aude voci care îi dictează și îi comandă tot ceea ce trebuie să facă. Uneori se opune la ceea ce i se ordonă și fiindcă atunci vocile devin și mai tari și mai insistente, ne mai putându-se stăpâni, izbucnește enervat și țipă, lovește sau sparge tot ce întâlnește în cale. Spune, că adesea a observat că lumea se ocupă de el, că se fac semne în urma lui, că este bănuț.

A urmat tratament cu Crinostenyl, pireto-terapie, auro-terapie, șocuri insulinice, fără niciun rezultat. I s'a făcut 10 șocuri cardiazolice fără să se poată obține vreo ameliorare.

II. F. N. Bolnav, în vârstă de 20 ani, român, ortodox, necăsătorit, student, comuna Ianca, jud. Brăila. Se găsește în spital dela 15 VI. 1936—20 XII. 1936 și din 15 VII. 1937—26 II. 1939. A mai fost internat în Spitalul Central din București în două rânduri.

Antec. Heredo-colat. și personale fără importanță.

Istoricul boalei actuale. Primele manifestări evidente în 1932: neglijarea studiilor, activitate dezordonată, bizaz-rerii, idei paranoide și de grandoare, idei de persecuție polarizate asupra familiei sale.

Somatice și neurologice, nu prezintă nimic deosebit.

Psihic. Pacientul se prezintă într-o atitudine fermă, cu o nuanță de sfidare însă totuși evlinclos. Mimica vie, mobilă. Fondul mintal intact în raport cu vârsta și cultura pacientului. Distmulează complet ideile sale delirante. La orice tentativă de pătrundere a sferei ideative morbide, răspunde invariabil: „n'am nimic de spus“. I s'a făcut tratament cu Calcic, Ergon și Pirifer, Sanoerizină, șocuri insultnice fără să se obțină un rezultat mai apreciatil. Se începe tratamentul cu șocuri cardiazolice, după 10 șocuri, părăsește spitalul în stare ameliorată.

III. Dr. B. G., în vârstă de 26 ani, rom.-cat., maghiar, necăsătorit, medic, Sfântul-Gheorghe. Intră în spitalul nostru în 14 V. 1938.

Antec. Heredo-colaterale, fără importanță.

Antec. personale: A mai fost internat într'un spital din Budapesta și în Clinica Psihiatrică din Cluj, de unde este demis ca vindecat.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală datează din 25 Aprilie 1937, când a debutat în mod brusc cu stări depresive și indiferență față de mediul înconjurător. Starea prezentă: Somatice și neurologice nimic deosebit.

Psihic. Liniștit, orientat în spațiu, dezorientat în timp. Atenția spontană diminuată, cea provocată se susține. Memoria trecutului lacunară, cea de fixație bună. Ecvația personală întârziată. Iluzii și halucinații nu se pot pune în evidență în timpul examinării. A urmat tratament opoterapic, sanoerizină, 35 șocuri insultnice fără niciun rezultat. A făcut și 25 șocuri cardiazolice fără să se poată obține vreo ameliorare.

IV. B. P. Bolnav de 30 ani, necăsătorit, evanghelic, comuna Cristian, jud. Brașov. Se găsește în spital dela 8 I. 1938, până la 26 III. 1938.

Antec. Heredo-colat. și personale, fără importanță.

Istoricul boalei actuale. A debutat de 3 zile prin insomnie, neglijarea ocupației, vorbește pe cont propriu, este confuz.

Starea prezentă: Este bine dezvoltat, tegumentele normale colorate, țesutul celulo-grăsos bine reprezentat, sistemul osos și muscular intacte. Aparatul respirator și circulator nu prezintă nimic deosebit. Aparatul digestiv normal. Sistemul nervos: Pilulele egale, centrale, reacționează bine la lumină și distanță. Reflexele și sensibilitatea păstrate.

Psihic. Este complet desorientat în timp și spațiu, precum și asupra persoanei sale. Este neliniștit, halucinează. Se începe tratamentul cu cardiazol și după 7 șocuri este luat acasă vindecat.

V. Dr. B. G. Bolnau în vârstă de 30 ani, ortodox, necăs., medic, București. Se găsește în spital dela 5 VI. 1938 până la 25 XII. 1938.

Antec. heredo-colat., fără importanță.

Antec. personale: neagă bolile infecto-contagioase și venerice.

Istoricul boalei actuale: boala actuală datează de aproximativ 2—3 luni, debutând în mod insidios cu idei de persecuție, iritabilitate, insomnie. A fost consultat de Prof. Tomescu, care i-a recomandat internarea în serviciul nostru.

Starea actuală: Somatice și neurologice nimic deosebit.

Psihic. Este într-o ușoară stare de agitație psihomotorie, orientat în timp și spațiu, asupra persoanei sale spune că nu este bolnav, ecuația personală întârziată. Calculul mintal și memoria bună. Atenția spontană diminuată, cea provocată se susține. Iluzii și halucinații nu se pot pune în evidență. Prezintă idei delirante de persecuție, afectivitatea diminuată. I s'a făcut tratament opoterapic, auro-terapic, șocuri insulinice, după care neobținându-se niciun rezultat se întrerupe tratamentul. Se începe tratamentul cu șocuri cardiazolice: după 4 șocuri, părăsește spitalul, reluându-și ocupația sa de medic de circumscripție.

VI. M. U. Bolnau în vârstă de 22 ani, ortodox, român, necăs., elev, Chişinău. Se găseşte în spital dela 22 II. 1938 până la 12 V. 1939.

Ant. heredo-col. şi personale fără importanţă.

Istoricul boalei actuale: boala actuală datează din anul 1936, când a fost internat la Bucureşti la Spitalul Elisabeta şi la Iaşi la spitalul Socola. Bolnavul este însoţit de un gardian public, care nu cunoaşte antecedentele bolnavului.

Starea prezentă: somatice şi neurologice nimic deosebit.

Psihic. Este bine orientat în timp şi spaţiu, precum şi asupra persoanei sale. Atenţia spontană şi provocată păstrate, ecuaţia personală întârziată. Calculul mintal îl face bine, memoria bună. Prezintă halucinaţii auditive. Afectivitatea puţin diminuată. N'are conştiinţa boalei.

A urmat tratament cu Sanoerisnă, Calciu, pitreo-terapie şi 34 şocuri insulinice hipoglicemice, fără să se poată obţine vre-o ameliorare mai însemnată. Se începe tratamentul cu cardiazol, după 5 şocuri părăseşte spitalul în stare mult ameliorată.

VII. J. A. Bolnavă în vârstă de 25 ani, ortodoxă, română, căs., casnică, Râmnicu-Vâlcea. Se găseşte în spital dela 20 V. 1938—5 III. 1939.

Istoricul boalei actuale: însoţitorul ne declară următoarele: a fost internată acum 3 zile în Sanatorul Wermescher Sibiu, fiind liniştită la internare. De 2 zile a devenit neliniştită şi foarte impulsivă, bătea şi muşca pe cel din jur, fapte pentru care este adus în serviciul nostru.

Starea prezentă: Somatice şi neurologice nimic patologice.

Psihic. Este într'o stare de agitaţie confuzională, nu se poate susţine o conversaţie cu dânsa. Vrea mereu să plece şi gesticulează, mimica foarte variabilă, prezintă grimaserii, râde, mimează plânsul, supărarea, alteori vesella. Dorbeşte pe cont propriu în mod incoerent. I s'a făcut tratament opoterapie cu Gynoestril şi Proglinon, face şi şocuri insulinice, fără rezultat. Se începe tratamentul cu şocuri cardiazolice, după 5 şocuri părăseşte spitalul în stare ameliorată.

VIII. R. C. bolnavă în vârstă de 33 ani, mozatică, divorțată, casnică, Bârlad. Intră în spital la 14 X. 1938.

Antecedentele heredocolaterale fără importanță.

Antecedentele personale: neagă bolile infecto-contagioasă și venerice.

Istoricul boalei actuale.

Fratele bolnavei declară următoarele: boala actuală a debutat în anul 1926 printr'o stare depresivă și indiferență față de mediul înconjurător.

Starea prezentă: somatice și neurologice nimic deosebit.

Psihic. Este bine orientată în timp și spațiu, precum și asupra persoanei sale. Nu prezintă cunoștința boalei. Ecuația personală întârziată, calculul mintal îl face greșit atât cu cifre mici, cât și cu cifre mari. Prezintă halucinații auditive. A făcut 10 șocuri cardiazolice fără să se obțină vreo schimbare.

IX. P. I. bolnavă în vârstă de 42 ani, romano-catolică, maghiară divorțată, casnică Sibiu. Se găsește în spital dela 2 V. 1938 până la 20 IX. 1938. Mama bolnavei declară următoarele: boala actuală datează din anul 1936 a debutat printr'o ușoară stare de nervozitate a fost internată 2 luni Octombrie și Noiembrie în sanatoriu Wermescher din Sibiu, a urmat apoi un tratament la domiciliu. În ultimul timp devine ușor irascibilă, neliniștită, nu vrea să ia medicamentele, făpte pentru care este internată în spitalul nostru. Starea prezentă: somatice și neurologice nimic deosebit.

Psihic. Este bine orientată în timp și spațiu, precum și asupra persoanei sale. Ecuația personală puțin închețată. Atenția spontană și provocată între limitele normale. Memoria bună. Calculul mintal cu cifre mici îl face corect și prompt, cu cifre mari greșește uneori. Prezintă halucinații auditive. Afectivitatea puțin diminuată. Se începe tratamentul cu șocuri cardiazolice și după un număr de opt șocuri părăsește spitalul ameliorată.

X. B. E. Bolnavă în vârstă de 41 ani, evanghelică necăsătorită, casnică, Clisnădie. Intră în spital la 15 IV. 1938. Antecedentele heredo-colaterale: o mătușă a suferit de

schizofrenie. Boala actuală datează aproximativ din anul 1933. În ultimul timp era neliniștită și se certa cu cei din casă.

Starea prezentă: somatic și neurologice nimic important.

Psihic. Răspunde cu multă dificultate la interogator. Figura inexpresivă, inertă. Este autistă cu stări de neliniște intermitente. Intelectualizește este foarte mult redusă, nu se poate susține o conversație cu dânsa. Nu se ocupă cu nimic. Să începe tratamentul cu șocuri cardiazolice, după un număr de 17 șocuri, nu se obține nicio schimbare în starea sa psihică.

XI. A. C. Bolnavă în vârstă de 27 ani, ortodoxă, necăsătorită, farmacistă, București. Intră în spital la 9 V. 1937. Antecedente heredo-colaterale: nimeni în familie n'a suferit de ureo boală mintală. Antecedente personale: este o fire nervoasă. Boala actuală datează din anul 1937. A debutat printr'o stare de agitație psihomotorie, insomnie și idei delirante de persecuție. Starea prezentă: somatic și neurologice nimic deosebit.

Psihic. Este negativistă, mimica variabilă, uneori exprimă ironie, zâmbește când i se pune o întrebare prea elementară, prezintă tendința de a zeflemita. Ecuația personală normală, uneori întârziată din cauza negativismului. Orientată în timp și spațiu, parțial orientată asupra persoanei sale. Atenția spontană diminuată, cea provocată se susține greu. Memoria bună. Calculul mintal îl face bine atât cu cifre mici, cât și cu cifre mari. Prezintă idei delirante de persecuție. A fost tratată cu prețio terapie, sanocristină și 30 șocuri insultante, fără să se poată obține ureo ameliorare. Se începe tratamentul cu șocuri cardiazolice și după un număr de 15 șocuri starea sa psihică rămâne neschimbată.

XII. B. M. Bolnavă în vârstă de 28 ani, ortodoxă, necăsătorită, casnică, Râmnicul-Sărat. Intră în Spital la 7 I. 1939. Antecedentele heredo-colaterale: o soră a pacientei a suferit de T. B. C. osoasă. Antecedente personale: a 10-a din 11 copii, din care trăiese 4. În prima copilărie n'a su-

ferit de o afecțiune mai importantă. Vorbirea, mersul și dentiția i-au apărut la timp. Era o copilă normală, veselă. La școală a fost premiantă, fire sburdalnică, prietenoasă. Menstruată la 13 ani, epocile catamentale sau succedat regulat.

Istoricul boalei actuale: a debutat în anul 1936. Un bătat, Sublt., a început să facă curte pacientei. Acest Sublt. (împreună cu tatăl său) se distra făcând hipnotism. În casa pacientei ei au hipnotizat toată lumea: tată, mamă, soră, etc. Pacienta aprezentat în timpul acestor ședințe, o stare accentuată de neliniște anxietate și apoi stări halucinatorii și delirante. A fost internată la Spitalul Central din București timp de 8 zile, de unde este adusă în spitalul nostru.

Starea prezentă: somatic și neurologic nimic patologic.

Psihic. Este negativistă, ecuația personală întâziată. Atenția spontană absentă. Cea prouocată se susține dificil din cauza negativismului. Prezintă idei delirante foarte bogate nesistematizate cu diferite caractere: de grandoare, persecuție, mistice, metabolice, de auto-acuzare. Urmează tratamentul cu șocuri insulinice în număr de 25, neobținând nici o ameliorare, se întrerupe tratamentul. Se începe tratamentul cu șocuri cardiazolice și după 4 șocuri se obține o ameliorare.



CONCLUZIUNI

Printre noile metode de tratament a demenței precoce — metoda șocurilor cu insulină — sau a șocurilor convulsivante cu cardiazol, azoman, clorhidratul de amoniac prostigmină, metoda convulsivantă cu eardiazol, experimentată și de noi s'a arătat a da bune rezultate. Ea trebuie aplicată cât mai de timpuriu, ca și în celelalte metode, căci cu cât afecțiunea e mai înaintată cu atât rezultatele devin mai rare.

Se administrează după cazuri un număr de 30—40 socuri și la nevoie se pot relua când o reșuță survine sau poate amenința.

E preferabil a se asocia după unii autori cu șocul insulinic, evităm astfel senzația de moarte iminentă de care se plâng mulți bolnavi, și caută să o evite ca atare.

Metoda convulsivantă cu azoman, clorhidrat de amoniac, prostigmină, nu par să aibă acest desavantaj, însă experiența nu e încă destul de întinsă. Mortalitatea e mai mică decât cu insulină și accidente mai puține — iar tehnica relativ mai simplă.

Dăzută și bună de imprimat :

Președintele tezei :

(ss) Profesor *Dr. C. I. Urechia*

Decanul Facultății :

(ss) Profesor *Dr. I. Drăgoiu*



BIBLIOGRAFIE :

- C. I. Urechia și S. Mihăilescu : *Tratat de patologie Neuro-mentală. Fascicola 3-4*. Editura Lepaje, Cluj 1927.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 24-e année — T. I — No. 4
Avril 1936
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 95-e année — T. II — No. 2.
Juillet 1937
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 95-e année — T. II — No. 4.
Novembre 1937
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 95-e année — T. II — No. 5
Decembre 1937.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 96-e année — T. I -- No. 3
Mars 1938.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 95-e année — T. I — No. 5
Mai 1938.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 96-e année — T. II — No. 2.
Juillet 1938
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 96-e année — T. II — No. 3.
Octobre 1938.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 97-e année — T. I — No. 1.
Janvier 1939.
- Annales Médico-Psychologiques XV-e Série 97-e année — T. I — No. 4.
Avril 1939.
- Ladislau von Meduna: *Die Konvulsions-therapie der Schizophrenie* 1937.
The American Journal of Psychiatry. Vol. 94 May 1938 Supplement.
The American Journal of Psychiatry. Vol. 95 September 1938, No. 2.
The American Journal of Psychiatry. Vol. 95 November 1938, No. 3.
L'encéphale, Journal de Neurologie et de Psychiatrie. Juillet—Aout 1938.
L'encéphale, Journal de Neurologie et de Psychiatrie. Decembre 1937.
-